

Cadernos de

Ciência e Saúde



Enfermagem e Farmácia

v. 1, n. 1/2011

ISSN 2236-9503



Cadernos de Ciência e Saúde volume 1 número 1 jan./jun./2011



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORA CIENTÍFICA

Ludmila Mourão Xavier Gomes

EDITORES ASSOCIADOS

Dra. Dulce Aparecida Barbosa, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Ms. Carla Silvana Oliveira e Silva, Faculdades Santo Agostinho – FASA

Ms. Waldemar de Paula Júnior, Faculdades Santo Agostinho - FASA

CORPO EDITORIAL

Dra. Aline Oliveira Silveira, União Social Camiliana - USC, Brasil

Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Brasil

Dra. Giannina do Espírito-Santo, Universidade Federal de Goiás – UFG, Brasil

Dra. Eunice Francisca Martins, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Brasil

Dra. Magda Santos Koerich, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Dra. Kátia Conceição Guimarães Veiga – União Metropolitana de Educação e Cultura, UNIME, Bahia, Brasil

Dr. Roberto Borges Filho, Universidade Federal de Goiás – UFG, Brasil

REVISÃO LINGUÍSTICA

Nely Rachel Veloso Lauton

DIAGRAMAÇÃO

Coordenação: Naiara Vieira Silva Ivo

Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Alice Almeida

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho , 2011-
v. : il. 28 cm.

Semestral
Vol. 1, n. 1, 2011.
Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.
ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.



S U M Á R I O

EDITORIAL	5
ARTIGOS DE REVISÃO	
A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA REVISÃO <i>THE IMPORTANCE OF FAMILY PLANNING: A REVIEW</i>	7
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA <i>RISK FACTORS ASSOCIATED WITH HYPERTENSION IN CHILDHOOD: A REVIEW</i>	15
ARTIGOS ORIGINAIS	
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE A SUA APLICABILIDADE <i>NURSING CARE SYSTEMATIZATION: AWARENESS OF TECHNICAL NURSING CENTER OF INTENSIVE CARE ABOUT THEIR APPLICABILITY</i>	25
O COTIDIANO DAS PESSOAS QUE SE SUBMETEM À HEMODIÁLISE <i>DAILY LIFE OF THE PEOPLE WHO SUBMITTED TO HEMODIALYSIS</i>	39
ANÁLISE DAS TENTATIVAS DE AUTOEXTERMÍNIO NO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO, MINAS GERAIS <i>ANALYSIS OF ATTEMPTED SUICIDE IN MUNICIPALITY OF BOM DESPACHO, MINAS GERAIS</i>	49
ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS DE PROFESSORES DE ESCOLAS PÚBLICAS <i>ANALYSIS OF KNOWLEDGE ABOUT FIRST AID OF PUBLIC SCHOOL TEACHERS</i>	57
PRÁTICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE <i>ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES: KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PRIMARY CARE NURSES HEALTH</i>	65
AS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL NO CAPS-TM EM MONTES CLAROS <i>DIFFICULTIES FACED BY FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER IN-CAPS TM CLEAR HILLS</i>	75
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA <i>EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH BREAST CANCER</i>	85
PERFIL DAS MULHERES QUE REALIZAM EXAME DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO <i>PROFILE OF WOMEN WHO ARE CONDUCTING THE EXAMINATION FOR THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER</i>	95
INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	105



Uma instituição que investe em educação e que incentiva o desenvolvimento científico da região em que se insere possibilita a construção de um acervo de conhecimento nas suas distintas áreas de atuação. A importância do conhecimento científico e tecnológico será reconhecida e útil para a humanidade se for difundido, pois a interação entre pesquisadores alarga o campo do saber científico e proporciona mais credibilidade a tal mister.

Nessa perspectiva que os cursos de Enfermagem e Farmácia das Faculdades Santo Agostinho orgulham-se pelo lançamento dos *CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE*, que será um importante instrumento de difusão de produção científica e tecnológica, a qual, além de construir um acervo valioso de estudos e pesquisas, será significativo também para a indústria, o comércio, a educação e os serviços de nossa região na área da saúde.

Publicação científica, os *CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE* está aberto à colaboração de profissionais de quaisquer instituições, nacionais ou estrangeiras. O periódico propõe a divulgação do conhecimento científico na área da saúde, compreendendo diversas áreas das ciências da saúde tais como: enfermagem, farmácia, medicina, fisioterapia, educação física, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, biologia dentre outras ciências. A divulgação do conhecimento científico se fará por meio de pesquisas, artigos de atualização, reflexões teóricas, contribuindo para o aperfeiçoamento do ensino e da pesquisa na área da saúde.

Com a edição deste número da revista *CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE*, pretende-se iniciar a sua divulgação e dar a conhecer o seu perfil em termos de conteúdo e de forma, sendo disponível eletronicamente.

Deixo aqui uma palavra de reconhecimento e de agradecimento a todos quantos colaboraram com os seus trabalhos, uns publicados neste número e outros que, por carências de espaço, só o serão em números seguintes.

Ao Leitor, um encarecido apelo: divulgue a revista e envie os seus comentários e artigos.

À revista *CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE* desejo os maiores êxitos e uma longa vida.

Ludmila Mourão Xavier Gomes
Editora Científica

A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA REVISÃO

Norma Suely Dias Moreira¹; Fábio José Soares da Silva²; Mariza Alves Barbosa Teles³;
Emerson Ribeiro Lima⁴; Igor Raineh Durães Cruz⁵

RESUMO: O planejamento familiar deve ser compreendido não somente nos aspectos de procriação, mas deve abranger o indivíduo como um todo, valorizando aspectos socioeconômicos tais como moradia, conforto, educação, alimentação e lazer. O objetivo deste estudo é analisar, a partir de pertinente revisão literária, os estudos sobre a importância do planejamento familiar aos usuários da estratégia da saúde da família. Trata-se de uma revisão bibliográfica em que se procedeu à busca eletrônica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em bancos de periódicos científicos. A amostra resultou em (16) publicações que atenderam aos critérios de inclusão. Notou-se que planejamento familiar representa uma ferramenta importante para melhorar indicadores da saúde pública de uma população. Portanto, deve-se priorizar toda a complexidade do ser humano, dotando o cidadão de conhecimentos, sensibilizando-o para planejar a sua família de acordo com suas reais condições.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento familiar; Educação em saúde; Estratégia de Saúde da Família.

THE IMPORTANCE OF FAMILY PLANNING: A REVIEW

ABSTRACT: Family planning must be understood not only in the aspects of procreation, but should encompass the whole person, valuing the socioeconomic aspects such as housing, comfort, education, food and leisure. The aim of this study is to analyze, from a literature review relevant studies on the importance of family planning, to users of the strategy of family health. This is a literature review in which they conducted the electronic survey in the Virtual Health Library (VHL) in databases of scientific journals. The final sample (16) publications met the inclusion criteria. It was noted that family planning is an important tool for improving public health indicators of a population. So you should prioritize the full complexity of human beings, providing a citizen of knowledge, sensitizing it to plan their family according to their actual conditions.

KEYWORDS: Family Planning, Health Education, Family Health Strategy.

¹ Enfermeira graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas. E-mail: ddnorma@yahoo.com.br

² Enfermeiro graduado pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas. E-mail: fbsoarez@yahoo.com.br

³ Enfermeira Especialista em Geriatria e Gerontologia e docente das Faculdades Unidas do Norte de Minas. E-mail: marizapsf@yahoo.com.br

⁴ Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros. E-mail: emrlima@yahoo.com.br

⁵ Professor- Coordenador do NTCC das Faculdades Unidas do Norte de Minas. E-mail: igorraineh@hotmail.com

Submissão: 21/12/2010 . Aprovação: 25/01/2011

INTRODUÇÃO

O planejamento familiar é uma das áreas estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-2001) a ser oferecida por todos os municípios brasileiros como responsabilidade da atenção primária à saúde, levada às populações por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (MOURA; SILVA, 2006).

Em 1984, o governo brasileiro implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), introduzindo um novo enfoque centrado na integralidade de maneira equânime embasada na educação em saúde, promovendo o conhecimento da mulher sobre sua anatomia, fisiologia e sexualidade aliado ao acesso aos meios de contracepção, sendo esta uma das primeiras medidas tomadas para o controle da fecundidade nas famílias (OSIS *et al.*, 2006).

Com a LEI Nº. 9.263, foi regulado o artigo 226 da Constituição Federal que afirma ser o Planejamento Familiar o conjunto de ações que visa à regulação da fecundidade, resguardando o direito sexual e reprodutivo de todo cidadão. As informações pertinentes ao assunto devem ser transmitidas igualitariamente, garantindo que todos tenham acesso aos meios, métodos e técnicas de regulação da fecundidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Moura e Silva (2006), o Programa Saúde da Família tem o propósito de reverter a forma de oferta da assistência à saúde, incorporando ações coletivas de cunho promocional e preventivo para substituir progressivamente o atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto. Nesse aspecto, é imprescindível o estabelecimento de parcerias intersetoriais como educação, ação social, trabalho, outras instâncias governamentais e a sociedade civil.

O Planejamento Familiar tem como objetivo priorizar toda a complexidade do ser humano, ou seja, os aspectos financeiro, cultural e psicológico, trazendo ao casal uma perspectiva de planejar sua família de acordo com suas reais condições. Acredita-se que a busca por evoluções e mudanças da realidade exige o desenvolvimento e aplicação de novos conhecimentos (PEREIRA *et al.*, 2007).

O conhecimento é promotor de liberdade, afirma Longo (2001, p. 32), ao assegurar que “A aprendizagem visa à libertação do homem buscando sua sintonia, de modo a possibilitar ao indivíduo fazer uso de sua capacidade de optar livremente, com clareza e compreensão, a respeito da consequência de seus atos”.

Tendo em vista que o Planejamento Familiar envolve vários aspectos da vida cotidiana, ele representa, dessa forma, um direito de todo ser humano garantido pela Constituição Federal, tornando-se uma questão fundamental no âmbito socioeconômico, mental e cultural de todos os cidadãos (COELHO, 2005).

Vale destacar que as ações em relação ao planejamento familiar possuem limitações na Estratégia de Saúde da Família, por questões de profissionais despreparados, adesão insuficiente da comunidade e disponibilidade inadequada de materiais fornecidos pelo governo. Nesse contexto, torna-se de grande relevância analisar os aspectos envolvidos no Planejamento Familiar.

Portanto, o objetivo central deste trabalho é fazer uma análise de literatura acerca da importância do planejamento familiar aos usuários da Estratégia Saúde da Família. Torna-se imperativo identificar, também, os benefícios alcançados com as ações referentes ao planejamento familiar e contribuir com estudos relevantes para os profissionais de saúde que atuam na ESF.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, acerca da importância do planejamento familiar ao usuário da Estratégia de Saúde da Família, cuja trajetória metodológica apoiou-se em leituras exploratórias, seletivas e análise das publicações científicas.

A pesquisa bibliográfica tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com aquilo que foi escrito sobre determinado assunto (MARCONI e LAKATOS, 2007). Ademais, Gil (2002) assevera que a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. É desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos nacionais.

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca pública virtual, em bancos de periódicos científicos da UFMG, de estudos nacionais com esta temática, também documentações do Ministério da Saúde, além de consultas na Biblioteca Dr. Raimundo Avelar, das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE e da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

Os descritores usados foram: Planejamento familiar; Educação em saúde; Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a outubro de 2010, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados no período de 2000 a 2010; b) publicações disponíveis na íntegra e em português que se referiam ao tema proposto.

Foram inicialmente identificados (1.036) diferentes estudos na BVS e (12) estudos em bibliotecas de Universidades públicas virtuais, sendo considerados o título e o resumo do artigo para a seleção ampla dos trabalhos. Identificou-se que alguns estudos foram citados em mais de uma base de dados.

A seguir, procedeu-se à leitura dos títulos de cada artigo, resultando em um total de 60 publicações selecionadas. Realizou-se a leitura criteriosa do resumo de todas as publicações, das quais foram selecionadas 38, que, após serem lidas na íntegra, permitiram a identificação de 16 artigos, os quais constituíram a amostra deste estudo que atenderam aos critérios de inclusão.

A etapa seguinte compreendeu a análise e fichamento dos artigos e sua posterior discussão. Posteriormente, deu-se início à redação da revisão, enfocando aspectos como Conceituação do planejamento familiar, Importância do planejamento familiar ao usuário da estratégia de saúde da família e Assistência em planejamento familiar, que se configuram conforme objetivos propostos nesse estudo, para melhor compreensão e visualização dos resultados da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Em relação ao tipo de estudo na amostra, houve predominância de pesquisa qualitativa (70%), já as pesquisas quantitativas totalizaram em 30%. Não houve revisões de literatura, das publicações vistas durante a elaboração deste estudo.

Analisando o contexto histórico do planejamento familiar, Coelho, Lucena e Silva (2000) afirmam que, embora reconhecido oficialmente como direito de cidadania, ele reflete interesses das instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder.

Para Ribeiro (2002), as políticas acerca do planejamento familiar são destinadas a homens, mulheres e casais, e não devem se restringir apenas à distribuição de métodos contraceptivos, pois sua amplitude alcança a integralidade do ser humano. Tal informação encontra respaldo na LEI nº. 9.263, que, no art. 3º, afirma ser o planejamento familiar parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Vale salientar que ao Sistema Único de Saúde compete garantir, em toda a sua rede de serviços, no que se refere à atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas, entre outras: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis, também em conformidade com a LEI nº. 9.263.

Estratégia de Saúde da família e a assistência ao planejamento familiar

A assistência ao planejamento familiar é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Partindo dessa premissa, Martins, Aguiar, Freitas (2007) asseguram que, para haver uma boa assistência ao Programa de Planejamento Familiar, é necessária uma interação entre os usuários e o orientador, facilitando assim a transferência das informações aos clientes, tornando-os aptos a definirem sua escolha de contracepção.

Corroborando com os estudos, Osis *et.al* (2007) constatam em pesquisa que, no Brasil, há uma maior efetividade das atividades de planejamento familiar em locais onde já está implementada a Estratégia de Saúde da Família, sendo nos demais praticadas de forma isolada e que os profissionais não se consideram capacitados para prestarem assistência nessa área. Tais autores destacam ainda que o planejamento familiar continua marcado pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde.

Semelhante constatação é percebida em Coelho, Lucena, Silva (2000) quando discorrem sobre a discrepância entre o discurso oficial sobre planejamento familiar e a realidade apresentada com grandes problemas na saúde reprodutiva da mulher brasileira, como escolha de anticoncepcionais extremamente limitada, altas taxas de aborto, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e um risco crescente de bem-estar de mulheres e homens, devido a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo.

Longo (2001) também alerta sobre a deficiência de serviços de planejamento familiar ao constatar em seus estudos que nestes serviços é evidente a falta de supervisão e falta de participação da comunidade.

Para atender às expectativas dos clientes, uma rede de serviços de planejamento familiar deve estar disponível, ser conveniente e aceitável. O atendimento deve estar próximo ao cliente. É preciso haver autonomia dos usuários pela escolha de métodos de forma descentralizada.

Para tanto, às equipes da Estratégia de Saúde da Família competem estabelecer integração com os serviços de pós-parto, de pós-aborto, de prevenção do câncer de colo uterino, de controle das doenças sexualmente transmissíveis, pois, tendo nas mulheres em idade reprodutiva um de seu público alvo, é necessário expandir a rede de atendimento e otimizar o contato do usuário com a equipe de saúde. (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Educação em saúde

Com base nos estudos de Pereira *et. al* (2007), atividades relacionadas ao planejamento familiar desenvolvidas em grupos operativos representam uma estratégia capaz de determinar condutas individuais e coletivas, nas quais se encontra a participação dos usuários pela busca da solução de seus problemas. Esse autor afirma ainda caber ao enfermeiro incentivar o diálogo, cuja finalidade é facilitar a participação, contemplação da troca de conhecimentos, garantia da expressão e discussão de ideias das usuárias.

Semelhante informação encontra respaldo em Oliveira e Marcon (2007) ao esclarecerem que a educação em saúde, quando realizada de forma dialogada e participativa entre diferentes saberes, com intuito de ajudar as pessoas na compreensão das raízes de seus problemas e na busca de soluções compartilhadas para melhoria da qualidade de vida de indivíduos, de grupos e de populações, constitui um importante instrumento para o trabalho com famílias.

Entretanto, os estudos de Pereira (2007) e Oliveira e Marcon (2007) ressaltam dificuldades na atuação dos enfermeiros na realização de educação em saúde, uma vez que constatam que a concepção de educação em saúde dos enfermeiros é a tradicional, em que o repasse do saber acontece verticalmente, junto a um usuário passivo que deve modificar seu comportamento de acordo com o que é recomendado.

Ainda a esse respeito, Fernandes e Backes (2010) observa em seus estudos que os membros de uma equipe de saúde da família reconhecem e aceitam seus papéis como educadores em saúde. Porém as descobertas sobre esses papéis e como eles devem ser desempenhados é um processo recente que esses profissionais vêm vivenciando.

Benefícios do planejamento familiar

Políticas públicas voltadas para a regulação da fecundidade, somadas a outros fatores, de acordo com Oliveira (2006), resultam em queda da taxa de fecundidade total (TFT), que passou de 6,4 filhos por mulher em idade reprodutiva para 2,2 filhos, um nível muito próximo do nível de reposição populacional. O presente estudo vai ao encontro de Fonseca *et al* (2008) ao afirmarem que maior acesso ao planejamento familiar previne gravidezes indesejadas e conseqüentemente reduz número de abortos provocados.

Segundo Halber (2002), os objetivos básicos do planejamento familiar incluem prevenção de gravidez não programada, prevenção de gravidez de alto risco e promoção de um maior intervalo interpartal, que sabidamente determina uma significativa redução das taxas de mortalidade infantil.

Ao se comparar o planejamento familiar proposto teoricamente, Coelho, Lucena e Silva (2000) observam que a realidade é contraditória. Suas pesquisas revelam que, no Brasil, há sérios problemas referentes à saúde reprodutiva da mulher, encontrando situações, como: escolha de anticoncepcionais extremamente limitadas, altas taxas de aborto, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e aumento de risco à saúde de homens e mulheres devido à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao planejamento familiar representa um instrumento valioso para a promoção de saúde dos usuários da ESF, pois as ações e atividades desenvolvidas em grupos operativos e individualmente envolvem a pessoa de forma global, sendo capazes de sensibilizá-la no sentido de constituir sua família de forma responsável.

Ressalta-se que assistência em planejamento familiar é de responsabilidade da Atenção Básica, a ser desenvolvida em atividades na Estratégia de Saúde da Família, junto a parcerias intersetoriais com entidades governamentais e não governamentais.

Identificou-se a importância principal do planejamento familiar aos usuários da Estratégia de saúde da família, sendo que uma melhor assistência resulta na redução do número de abortos e gravidezes indesejadas; melhor detecção precoce de câncer de colo de útero; melhoria no número de atendimento de mulheres em atenção pré-natal; redução na taxa de nascimento por cesariana; crescente bem-estar de mulheres e homens; melhor educação sobre doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo. Através da assistência ao planejamento familiar é possível desenvolver no indivíduo a compreensão para planejar sua família de forma consciente e prudente, considerando sua realidade socioeconômica, emocional e cultural, resultando assim melhores indicadores de saúde para a população assistida.

Destaca-se a necessidade de tornar mais adequada a aplicação das atividades condizentes ao planejamento familiar na estratégia de saúde da família e de capacitação para essa equipe, a fim de que toda a teoria proposta pelas políticas públicas pertinentes a essa temática seja efetivada. Portanto, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a melhoria da assistência ao planejamento familiar e, com os profissionais de saúde, visto que fornece informações relevantes que subsidiarão a implementação de políticas públicas e a elaboração do planejamento das equipes da Estratégia Saúde da Família, junto aos usuários, proporcionado assim uma assistência integral, equânime, universal e, sobretudo, resolutiva.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas do artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Planejamento Familiar*: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001.* Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2001.

COELHO, E.B.S. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. *Rev. Brasileira de enfermagem.* Brasília, v. 58, n. 6. p.665-72, Nov/Dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a07v58n6.pdf>>. Acesso em: <28 de abr. 2010>.

COELHO, E.A.C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. Política de planejamento familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. *Rev. esc. Enfermagem.* USP. São Paulo, v.34, n. 2, p.119-127, Jun 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a01.pdf>>. Acesso em: <02 de jun. 2010>.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FERNANDES, M.P; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev. Brasileira de enfermagem.* Brasília, v. 63, n.4, p. 567-573, jul-ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: <02 de jun. 2010>.

FONSECA, W; MISAGO, C; FREITAS, P; SANTOS, E. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 14, nº 2, p. 279-286, Jun 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n2/0105.pdf>>. Acesso em: < 08 de set 2010>.

HALBER, H. W. *Tratado de ginecologia.* 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. 1600p.

LONGO, B.F.L. *Um estudo das práticas contraceptivas entre as mulheres de 15 a 24 anos no Brasil.* 2001. Dissertação. Programa de Pós graduação doutorada em Epidemiologia da UFMG/CEDEPLAR. Belo Horizonte (MG), 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia científica.* 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MOURA, E.R.F; SILVA, R.M. Informação e Planejamento Familiar como medidas de promoção a saúde. *Rev. Ciência e saúde coletiva.* v 9. n. 4, p 1023-1032, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400023&script=sci_arttext>. Acesso em: <05 de jun 2010>.

MOURA, E.R.F; SILVA, R.M; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em Planejamento Familiar no programa saúde da Família no Brasil. *Rev. Cad. Saúde pública.* Rio de Janeiro, v. 23. n.4, p. 961/970. Abril, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n4/22.pdf>>. <Acesso em: 05 de jun 2010>.

OLIVEIRA, V.B. *A queda da fecundidade nas Minas e nos Gerais, um estudo ecológico*. 2006. Dissertação. Programa de Pós graduação doutorada em Epidemiologia. UFMG; Belo Horizonte (MG), 2006.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev. esc. Enferm. USP*. São Paulo. V.41, n.1, p. 65-72. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>> . Acesso em: < 08 de ago 2010>.

OSIS, M.J.D; FAÚNDES, A; MAKUCH, M.Y; MELLO, M.B; SOUSA, M.H; ARAÚJO, M.J.O. Atenção ao Planejamento Familiar Hoje: Reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde pública*. Rio de Janeiro, v.22. n 11, p. 2481-2490, Nov 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf>> . Acesso em: <10 de mai 2010>.

PEREIRA, Q.L.C; SILVA, C.B.D.C.A; PELZER, M.T; LUNARDI, V.L; SIQUEIRA, H.H. Processo de (RE) construção de um grupo de Planejamento Familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Rev. Texto contexto enfermagem*. Florianópolis. V. 16, nº 2, p. 320-5. Abr/Jun 2007.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Círlei Lopes dos Reis¹, Leila das Graças Siqueira Santos², Sileide Pereira da
Silva³, Beatriz Lima dos Santos⁴, Aline Emanuely de Souza Lima⁵,
Hellen Fabianne das Neves⁶

RESUMO: Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que teve como objetivo identificar publicações relacionadas aos Fatores de Risco Associados à Hipertensão Arterial na Infância. As buscas dos artigos foram realizadas no banco de dados da *Literatura Latino- América e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS-* (de 1982 até 2010), por meio dos seguintes descritores: “Hipertensão Arterial na Infância” e “Fatores de Risco”. A análise resultou em 78 publicações. Foram excluídas as publicações (32 referências) que não eram relacionadas aos fatores de risco para a hipertensão arterial na infância, sendo que das 46 referências (100%) da amostra selecionada para o estudo, (10) refere-se a Livros ou a capítulos de livros e 36 referem-se a artigos de periódicos. Nessa revisão, identificou-se que os objetivos mais frequentemente definidos para os artigos de periódicos ligados a fatores de risco para a hipertensão arterial na infância destacavam a obesidade infantil, fatores hereditários e ambientais, alimentação, sedentarismo e o sexo feminino dentre outros. Os dados descritos sugerem interesse crescente sobre o tema, assim, observou-se a tendência de estudos sobre a hipertensão arterial na infância. Conclui-se que esta tem origem na infância e, se diagnosticada precocemente e estimulará a adoção precoce de hábitos alimentares e de atividade física, pode-se proporcionar uma melhor qualidade de vida na fase adulta e conseqüentemente diminuir a morbidade/mortalidade cardiovascular e renal futuramente. Destaca-se que, dentre os diversos fatores de risco analisados, o excesso de peso corporal se apresentou como o mais prevalente para a elevação da pressão arterial em crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial na Infância; Fatores de Risco; Hipertensão.

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH HYPERTENSION IN CHILDHOOD: A REVIEW

ABSTRACT: This is a literature review aimed to identify publications related to the risk factors associated with hypertension in childhood. The searches were conducted of articles in the database of Latin America and Caribbean Health Sciences —LILACS (1982 to 2010) through the following descriptors: “Hypertension in Childhood” and “Risk Factors.” The analysis resulted in 78 publications. Publications were excluded (32 references) that were not related to risk factors for hypertension in childhood, with references from 46 (100%) of the sample

¹ Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: cirleilopes@oi.com.br

² Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: leilasiqueirasantos@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: sileide.vitoria@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: beatrizlseduarda@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: alinemanuellys@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Graduada em Enfermagem nas Faculdades Santo Agostinho. E-mail: hfn.neves@ig.com.br

Submissão: 06/07/2010 . Aprovação: 24/01/2011

selected for the study (10) refers to books or chapters books and 36 refer to journal articles. This review identified that the objectives most frequently identified for journal articles related to risk factors for hypertension in childhood highlighted childhood obesity, hereditary and environmental factors, diet, physical inactivity and being female and others. The data presented suggest growing interest in the topic, so there was a tendency for studies on hypertension in childhood. Concluding that it originates in childhood and is diagnosed early and encourage early adoption of eating and physical activity can provide a better quality of life in adulthood and thus reduce the morbidity / mortality and renal future highlights that among the various risk factors analyzed, excess body weight is presented as the most prevalent potential risk factor for BP elevation in children.

KEYWORDS: Hypertension in Childhood; Risk Factors; Hypertension.

INTRODUÇÃO

A hipertensão é uma doença muito comum, acometendo tanto homens como mulheres, jovens, idosos e crianças. É definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de valores arbitrariamente definidos como limites de normalidade (MOURA *et al.*, 2004). Na maioria dos casos, a pessoa com pressão alta não apresenta sintomas, sendo diagnosticada por acaso, em exames de rotina ao aparecimento de complicações e os órgãos mais acometidos por complicações da pressão alta são: coração, rins, cérebro e olhos (BEHRMAN *et al.*, 2002). Geralmente, é um problema de família e não tem cura, mas tem tratamento. O tratamento da pressão arterial é feito com ou sem medicamento e de acordo com a necessidade do paciente. O desenvolvimento da hipertensão é mais precoce e intenso nas pessoas que possuem os chamados “fatores de risco”. São considerados fatores de risco: consumo excessivo de sal, fumo, estresse, obesidade, falta de atividades físicas e herança familiar. Em outras palavras, quanto maior for o número de risco presente numa pessoa, maior será a chance de desenvolver hipertensão arterial (MOURA *et al.*, 2004).

A hipertensão arterial em crianças requer atenção especial, pois, é uma doença crônica que apresenta maior prevalência no mundo (SANTANA, 2003). Apesar de a hipertensão essencial em crianças não se apresentar como fator de risco para eventos cardiovasculares na infância, as alterações cardiovasculares e hemodinâmicas são observadas nesses indivíduos a partir da segunda década de vida ou até mais precocemente (CONSTANZI *et al.*, 2009).

Estudos envolvendo o interesse pela avaliação da hipertensão em crianças e adolescentes surgiram na década de 1960 no Brasil, e a partir de 1970 apareceram as primeiras recomendações para a medida rotineira da Pressão Arterial (PA) nessa faixa etária. Esse fato estimulou, então, outros grandes estudos epidemiológicos com o objetivo de conhecer o comportamento normal da PA nesse grupo de indivíduos, seus fatores determinantes e sua relação com a futura Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Doença Cardiovascular (DCV) no adulto, obviamente com vistas a medidas de prevenção primária. Apesar de que a incidência de HAS em crianças seja historicamente, baixa; dados recentes indicam que, na última década, a detecção de níveis de PA mais elevados têm aumentado substancialmente entre crianças (CAMPANA *et al.*, 2009).

Somente nos últimos 25 anos o problema da hipertensão arterial recebeu a devida atenção do pediatra. A incorporação dessa medida como parte do exame físico da criança,

bem como a publicação de normas para a sua avaliação na infância, possibilitaram a detecção não somente da hipertensão arterial secundária assintomática previamente não detectada, mas também das elevações discretas da pressão arterial (SALGADO; KLIEGMAN; 2003). A medida da PA deve ser compreendida como resultado do impacto de influências ambientais sobre a expressão de vários genes que, por sua vez, também têm seus genes reguladores. Vários fatores sabidamente relacionados à PA em adultos também estão associados ao comportamento da PA em crianças e adolescentes, destacando-se o sexo, a idade, a história familiar positiva para HAS e a presença de sobrepeso ou obesidade (CAMPANA *et al.*, 2009). Smeltzer e Bare (2001) também enfatizam que são considerados “fatores de risco” o consumo de sal, estresse emocional, obesidade, falta de atividade física e herança familiar.

Campana *et al.* (2009) afirmam que o diagnóstico de HAS e da condição de pré-hipertensão em crianças e adolescentes é uma realidade de grande impacto médico-social e com repercussões potenciais sobre a saúde cardiovascular na fase adulta. Por outro lado, representa uma oportunidade importante para o emprego de medidas de prevenção primária, potencialmente de maior eficácia na redução das taxas de eventos cardiovasculares fatais e não fatais do que quando adotadas na idade adulta. Nessa perspectiva, a anamnese e o exame físico representam os pilares na avaliação do indivíduo jovem com alteração da PA. Com uma boa avaliação clínica, pode-se confirmar alteração da PA ou não, indicar possíveis causas secundárias de hipertensão arterial, detectar alterações sobre os órgãos-alvo da HAS e reconhecer a presença de outros fatores de risco cardiovasculares. A presença de história familiar positiva para a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias ou qualquer forma de DCV merece destaque, pois impõe maior risco a esse jovem. Sintomas relacionados à alteração da PA não são frequentes nessa faixa etária. Além disso, a hipertensão prolongada lesiona os vasos sanguíneos no cérebro, olhos, coração e rins, e aumenta o risco de acidente vascular cerebral, angina, infarto do miocárdio, cegueira e insuficiência cardíaca e renal (NETTINA, 2003).

Nesse contexto, estabeleceu-se como objetivo deste estudo identificar os fatores de risco associados à hipertensão arterial na infância, publicados na base de dados da LILACS - *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* em relação ao tipo de produção e o ano de publicação, os diferentes periódicos, bem como seus objetivos.

METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de revisão bibliográfica de publicações sobre os fatores de riscos associados à hipertensão arterial na infância. Para iniciar a busca das referências, foram selecionados os descritores “Hipertensão Arterial na Infância” e “Fatores de Risco”. Para a seleção dos artigos, estabeleceram-se como critérios de inclusão: publicações no idioma português, com textos disponíveis no formato completo ou resumos que abordassem os fatores de risco para a hipertensão arterial na infância, no período de 1982 (ano de início da base de dados do sistema) até o ano de 2010.

As buscas foram realizadas durante o mês de maio de 2010, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente no banco de dados da *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). No LILACS foram encontradas 78 referências, que foram selecionadas (algumas com trabalhos disponíveis na forma completa e outros que disponibilizavam apenas os resumos). Foram excluídas as publicações (32 referências) não relacionadas aos fatores de risco para a hipertensão arterial na infância. As 46 referências obtidas constituíram a amostra deste estudo que foram, primeiramente, catalogadas e

analisadas, segundo os tipos de estudo, análise do conteúdo descrito relacionando os fatores de risco para a hipertensão arterial na infância.

Algumas dificuldades encontradas para a coleta de dados foram a não disponibilidade dos artigos na íntegra e também o fato de alguns resumos não conterem informações sobre as abordagens metodológicas e objetivos dos artigos. Apesar dessas dificuldades encontradas em algumas produções, foi possível obter as informações desejadas na grande maioria dos resumos. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise das frequências absoluta e percentual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão da literatura sobre Fatores de Riscos Associados à Hipertensão Arterial na Infância, foram analisadas 46 referências, A distribuição quanto ao tipo de produção está apresentada na Tabela 1.

TABELA 1

Distribuição do total das referências sobre os Fatores de Risco para Hipertensão Arterial na Infância, segundo o tipo de produção, na base de dados LILACS, de 1982 a 2010

Tipo de produção	N	%
Livro ou capítulo de livro	10	21,74
Artigos de Periódicos	36	78,26
Total	46	100

Fonte: LILACS- 1982-2010.

Conforme observado na Tabela 1, as referências mais frequentes foram as publicações no formato de artigo ou periódico. Destaca-se que o maior número de referências publicadas em artigos ou periódicos, referia-se aos Arquivos Brasileiro de Cardiologia e a Revista Paulista de Pediatria. Esses periódicos têm como principal veículo de divulgação as pesquisas científicas nacionais nas áreas das ciências cardiovascular, enfatizando estas doenças na infância. Outra questão é que buscam elevar o padrão da prática pediátrica e do atendimento médico especializado em crianças e adolescentes, com vista a proporcionar um adulto saudável.

Com relação aos livros ou capítulos de livros, é importante ressaltar que, das 10 referências encontradas, 01 era publicação do Ministério da Saúde do Brasil, o que demonstra o pouco interesse pelo tema e a pouca colaboração por parte dessa entidade governamental. Por outro lado, observa-se que algumas referências encontradas também eram resultados de pesquisas de cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

TABELA 2

Distribuição dos tipos de periódicos sobre os Fatores de risco para Hipertensão Arterial na Infância, segundo o período de publicação, na base de dados LILACS, de 1982 a 2010

Período de Publicação	N	%
1982- 1992	11	23,91
1993-2003	12	26,09
2004-2010	23	50
Total	46	100

Fonte: LILACS- 1982-2010

Na Tabela 2, observa-se um aumento do número de trabalhos científicos publicados ao longo dos anos, principalmente após o ano 2004, o que demonstra que antes desta data não havia seriedade com a hipertensão arterial na infância. Hoje é considerada um problema grave de saúde pública, principalmente relacionando-a aos fatores de risco como a obesidade que é atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública e sua prevalência tem crescido acentuadamente nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (DUALIB *et al.*, 2008).

Considerando-se apenas os artigos publicados, segundo o tipo de periódico, pode-se constatar que 36 artigos encontrados nesse levantamento, foram publicados em 14 periódicos diferentes. Os periódicos com maior número de publicações sobre o tema foram: o Arquivo Brasileiro de Cardiologia, com 9 publicações; Revista Paulista Pediátrica, com 8 publicações e Jornal de Pediatria – Rio de Janeiro, com seis publicações (Tabela 3).

TABELA 3
Distribuição de tipos de publicações sobre os Fatores de Risco para a Hipertensão arterial na Infância, na base de dados LILACS, de 1982 a 2010.

Tipos de Periódicos	N	%
Livros	10	21,74
Acta	2	4,35
Arquivo Brasileiro de Cardiologia	9	19,57
Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica	1	2,17
Jornal Brasileiro de Neurocirurgia	1	2,17
Revista Brasileira de Hipertensão	1	2,17
Revista da Sociedade Brasileira de Aliment. e Nutrição	1	2,17
Revista Brasileira Médica	1	2,17
Revista Brasileira Médica Esporte	3	6,52
Revista Paulista Pediátrica	8	17,40
Revista Baiana de Saúde Pública	1	2,17
Revista de Saúde Pública	1	2,17
Jornal de Pediatria Rio de Janeiro	6	13,06
Divulgação Saúde Debate	1	2,17
Total	46	100,00

Fonte: LILACS- 1982-2010

Observa-se, pela Tabela 4, que os objetivos mais frequentemente definidos para as publicações dos artigos incluíam a obesidade- 15, aleitamento materno ineficaz- 2, ansiedade-2, fatores hereditários-4, fatores ambientais-2, condições socioeconômicas-1, raça-3, alimentação-5, sedentarismo-5, sexo- 4 e outros- 3. Observou-se, nessa amostra, uma associação de risco entre os fatores hereditários e sexo, bem como alimentação e sedentarismo para a elevação da pressão arterial na infância.

TABELA 4

Distribuição das referências sobre os Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial na Infância, segundo o objetivo da pesquisa, na base de dados LILACS, de 1982 a 2010.

Fatores de Risco	N	%
Obesidade	15	32,62
Aleitamento Materno Ineficaz	2	4,35
Ansiedade	2	4,35
Fatores Hereditários	4	8,69
Fatores Ambientais	2	4,35
Condições Socioeconômicas	1	2,17
Raça	3	6,52
Alimentação	5	10,87
Sedentarismo	5	10,87
Sexo	4	8,69
Outros	3	6,52
Total	46	100,00

Fonte: LILACS- 1982-2010

Publicações dos estudos de Naghettini *et al.* (2010) demonstraram que a obesidade, alimentação e sedentarismo são as mais relevantes na determinação da pressão arterial na infância, evidenciando uma prevalência de obesidade compatíveis com outros trabalhos. Na análise dos fatores de risco para a hipertensão arterial na infância, verificou-se que a obesidade e o sobrepeso infantil predispõem a um maior risco de hipertensão arterial. A associação entre obesidade/sobrepeso e hipertensão arterial infantil foi relatada por vários estudos, sendo constatada uma prevalência três vezes maior de hipertensão nas crianças obesas do que nas eutróficas. Confirmando ainda mais a constatação de que as crianças obesas apresentam uma prevalência três vezes maior de hipertensão do que as não obesas, observa-se, nos estudos de Naghettini *et al.* (2010), uma relação entre os danos da obesidade ao sistema cardiovascular e o conseqüente aumento da pressão arterial, sendo que crianças obesas assim se mantêm na idade adulta, o que reforça a elaboração de estratégias com enfoque adicional ao estado nutricional infantil, relacionada tanto à prevenção da própria obesidade quanto à hipertensão arterial na vida adulta.

Pais e Carrera (2009) destacam que as alterações nutricionais na infância e adolescência podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares já nessas faixas etárias e também na vida adulta, principalmente diante da presença de fatores de risco, como alteração no perfil lipídico e obesidade, além do sexo feminino. Salgado e Kliegman (2003) afirmam que as medidas pressóricas tendem a se elevar primeiramente no gênero feminino devido a vários fatores inerentes expostos e quanto aos mecanismos simpáticos e endócrinos.

Para a prevenção da hipertensão arterial e demais comorbidades na idade adulta, são necessárias políticas públicas de saúde com foco de ação no combate ao excesso de peso na infância e prática de lazer.

Quanto às publicações encontradas, Salgado e Kliegman (2003) descrevem que a raça negra é um fator determinante para a hipertensão arterial na infância, principalmente por apresentar-se com maior prevalência, morbidade e mortalidade nos negros. Na infância,

a pressão arterial tem uma tendência a ser mais alta em crianças negras do que em brancas. Outro fator relevante apresentado nas publicações refere-se ao sedentarismo como fator de risco para a hipertensão na infância. Segundo Santos *et al.* (2008), o sedentarismo é ocasionado pela diminuição do nível de atividade física por várias razões, como a menor tendência de caminhar e/ou andar de bicicleta e o aumento do uso de carros para o transporte de crianças, bem como a diminuição de atividades recreacionais e esportivas realizadas no tempo livre destas. Acrescente-se a isso o aumento de atividades sedentárias, como assistir à televisão, jogar videogames e fazer uso do computador. A prática de atividade física exerce um efeito positivo para evitarem-se os riscos cardiovasculares em adultos e, em crianças, ela vem sendo relacionada como uma estratégia para o desenvolvimento físico e alguns dados mostram que o menor nível de atividade física e o sedentarismo estão associados com maior prevalência de obesidade infantil, apontando o sedentarismo como um fator de risco presente em idade precoce. Essa mesma autora relata que existe demonstração de que as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, podem ter sua origem na infância e adolescência, portanto, tem-se a necessidade de investigar esses fatores de risco nesse período, com o objetivo de planejar intervenções cada vez mais precoces e, possivelmente, mais efetivas, reduzindo, no futuro, a morbidade e mortalidade.

Nas publicações de Salgado e Kliegman (2003), a hipertensão arterial na infância é descrita como associada aos fatores de risco genéticos e ambientais. Os fatores genéticos predominantes da hipertensão arterial associam-se a uma ou mais anormalidades dentro de um conjunto complexo de sistemas, como o transporte de eletrólitos, os mecanismos de controle simpático e endócrino, cada qual com alterações genéticas em potencial. A ocorrência de alteração em algum desses genes, ou uma combinação de alterações, resultaria na manifestação clínica de hipertensão arterial. De acordo com as publicações da referida autora, é na era pré-molecular que é sugerido que os fatores hereditários contribuem em, pelo menos, 20 a 50% da variação da pressão arterial. Evidências epidemiológicas indicam que bebês pequenos ao nascimento, e que crescem mais devagar durante o primeiro ano de vida, têm maior incidência de hipertensão arterial e morte por eventos cardiovasculares quando adultos. Aparentemente, o peso de nascimento tem valor prognóstico para os níveis pressóricos em todas as faixas etárias, da infância à velhice. Esses achados sugerem que um ou mais fatores perinatais, provavelmente relacionados à nutrição materna e/ou fetal, podem alterar permanentemente fatores fisiológicos, predispondo o indivíduo para o risco aumentado de doença cardiovascular tardia. Em adição aos fatores genéticos, os fatores ambientais são igualmente importantes na determinação da pressão arterial ao longo da vida e estão associados à dieta rica em sódio e potássio, obesidade, estresse psicológico e outros fatores, como sedentarismo, fumo e algumas drogas. Observa-se que, em crianças jovens (menores de seis anos de idade), a hipertensão tem maior chance de ser secundária, enquanto que, no final da primeira década e início da segunda, a hipertensão essencial começa a ser etiologia predominante a fatores de riscos.

A hipertensão é mais comum em pessoas de raça negra do que nas de raça branca, devido a um forte fator predisponente à HAS, deixando as pessoas afrobrasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita, quando comparadas às pessoas de etnia branca. Pessoas de etnia negra apresentam um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando, desse modo, o aparecimento da HAS (CRUZ *et al.*, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que as publicações sobre a temática tiveram grande aumento nos últimos anos, principalmente após o ano 2006, no entanto, os livros ou capítulos de livros mostram pouco interesse em relação ao assunto abordado. A hipertensão arterial sistêmica do adulto pode ter sua origem na infância. Estratégias preventivas, notadamente relacionadas à identificação dos diversos fatores de risco cardiovascular associados com a hipertensão arterial, nessa faixa etária, devem ser adotadas precocemente, na tentativa de reduzir as complicações tardias dessa moléstia.

Neste estudo, entre os diversos fatores de risco analisados, a obesidade foi a que teve maior prevalência como fator de risco potencial para a elevação da pressão arterial em crianças. Nessa perspectiva, verifica-se a necessidade de intensificar cada vez mais precocemente a educação alimentar das famílias, orientando-as, por exemplo, a evitarem o uso de alimentos industrializados; mais atenção dos profissionais de saúde que trabalham com crianças e os benefícios de uma infância saudável influenciando de forma direta na qualidade de vida do futuro adulto, com o objetivo de prevenir que esse indivíduo se torne um adulto hipertenso e para que se possa, também, diminuir a morbidade/mortalidade cardiovascular e renal futuramente.

Estudos de revisão bibliográfica podem caracterizar o caminho percorrido para o conhecimento atual e direcionar novas pesquisas. Assim, observou-se a tendência de estudos sobre a hipertensão arterial na infância, enfatizando que a hipertensão arterial tem origem na infância e se diagnosticada precocemente pode proporcionar uma melhor qualidade de vida na fase adulta. Espera-se que este estudo de revisão, apesar das limitações, sirva de incentivo para novas pesquisas sobre os fatores de risco que levam à hipertensão arterial na infância.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

C. L. R. Santos participou da concepção do estudo, da análise dos dados, da discussão, dos resultados e da redação do manuscrito. L. G. S. Santos participou da correção ortográfica, redação e revisão do artigo. S. P. Silva, B. L. Santos Silva e A. E. S. Lima Silva participaram da concepção do estudo e da redação do artigo.

REFERÊNCIAS

BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Roberto M *et al.* *Nelson Tratado de Pediatria*. . 16 ed. Rio de Janeiro: Guanaabara Koogan, 2002, 2353p.

CAMPANA, Érika Maria Gonçalves; BRANDÃO, Andréa Araújo; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; FREITAS, Elizabete Vianna de; POZZAN, Roberto; BRANDÃO, Ayrton Pires. Pré-hipertensão em crianças e adolescentes. *Revista brasileira de hipertensão*, v. 16, n.2, p. 92-102, 2009. Disponível em: <departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/08-pre-hipertensao.pdf>. Acesso em: <06 de nov. 2009>.

CONSTANZI, Cristiane B. *et al.* Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, agosto 2009. Disponível em: <http://

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000400011>.
Acesso em: <10 de out. 2009>.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; LIMA, Roberta de. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovascular. *Revista enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=11019&indexSearch=ID>>.
Acesso em: <11 de jan. 2011>.

DUALIB, Patrícia Médici; DIB, Sérgio Atala *et al.* Como diagnosticar e tratar obesidade. *Revista brasileira de medicina*, v. 65, n. 12, p. 26-31, dez 2008. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3945>. Acesso em: <05 de maio 2010>.

MOURA, Adriana A.; SILVA, Maria A. M.; FERRAZ, Maria R. M. T.; RIVEIRA, Ivan R.; Prevalência de pressão arterial elevada em escolares e adolescentes de Maceió. *Jornal de pediatria do Rio de Janeiro*, Porto Alegre, v. 80, n. 1, p. 298-302, Jan./Fev. 2004.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a08.pdf>>. Acesso em: <15 de set. 2009>.

NAGHETTINI, Alessandra Vitorino; BELEM, Joice M.F.; SALGADO, Cláudia Maria *et al.* Avaliação dos fatores de risco e proteção associados à elevação da pressão arterial em crianças. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 94, n.4, Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400009>.
Acesso em: <26 de maio 2010>.

NETTINA, Sandra M., *Prática de enfermagem*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 1694 p.

PAIS, Alejandro Bernardo; CARRERA, Elena Fernandez de. Necessidades básicas insatisfeitas, desnutrição infantil e risco de doenças na vida. *Revista paulista pediátrica*, v. 27, n. 2, p.127-132, jun 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/02.pdf>>.
Acesso em: <24 de jan. 2011>.

SALGADO, Cláudia Maria; CARVALHÃES, João Tomás de Abreu. Hipertensão arterial na infância. *Jornal de Pediatria*, v. 79, Supl. 1, p. 115-124, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a13.pdf>>. Acesso em: <14 de out. 2009>.

SANTANA, João Carlos *et al.* *Semiologia pediátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2003. 264p.

SANTOS, Maria Gisele dos; PEGORARO, Marina; SANDRINI, Fabiano; MACUCO, Emílio César. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 90, n. 4, p. 301-308, Abril 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008000400012&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: <19 de maio de 2010>.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 133p.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA
INTENSIVA SOBRE A SUA APLICABILIDADE**

Sirlaine de Pinho¹, Cleiciene Pires Colares², Edilene Oliveira Amaral³, Lucinéia de Pinho⁴

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção dos técnicos de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital de Montes Claros/MG sobre a aplicabilidade da SAE. Trata-se de um estudo qualitativo, com aplicação de entrevista semiestruturada a 28 técnicos de enfermagem do CTI, no período de abril de 2009. Os técnicos de enfermagem entrevistados apresentaram dificuldades em conceituar a SAE, no entanto, apontam sua contribuição para a atuação da enfermagem e consideram importante sua aplicação. A temática SAE não é incluída na formação profissional básica dos técnicos e por isso deve ser complementada na prática profissional. Os técnicos de enfermagem dos CTI's da instituição estudada têm uma percepção positiva sobre a SAE.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Equipe de assistência ao paciente; Processos de enfermagem; Centro de terapia intensiva.

**NURSING CARE SYSTEMATIZATION: AWARENESS OF TECHNICAL NURSING
CENTER OF INTENSIVE CARE ABOUT THEIR APPLICABILITY**

ABSTRACT: This study it has as objective to understand the perception of the technician of nursing of the Center of Intensive Therapy of the hospital in the city of Montes Claros, Minas Gerais, on the applicability of the Systematization of the nursing assistance. This is a qualitative study with application of semi-structured interview to 28 technical nurses from the center of intensive care in the period from April, 2009. The technician nurses had difficulty conceptualizing the NCS, however, point out their contribution to the work of nurses and consider it important to your application. The NCS is not included in the technical studies and therefore should be complemented in professional practice. Therefore, the technician of nursing of the center of intensive care, have a positive perception about the NCS.

KEYWORDS: Nursing; Patient Care team; Nursing process; Center of intensive care.

¹ Enfermeira. Supervisora de Estágio das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: sirlainedepinho@yahoo.com.br

² Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: cleicepires@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente no Departamento de Enfermagem das Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: edilene_amaral@hotmail.com

⁴ Nutricionista. Mestre em Ciências Agrárias. Docente das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lucineiapinho@hotmail.com

Submissão: 23/09/2010 . Aprovação: 12/02/2011

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Para realizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática. O método é a organização, a sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência. Para a implantação e operacionalização do cuidar, o enfermeiro usa o método da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (REPPETTO; SOUZA, 2005).

A implantação da SAE é uma necessidade para a definição, diferenciação e valorização da profissão e dos profissionais de enfermagem, além de ser um importante recurso de que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente (SILVA *et al.*, 2007).

A aplicação de uma assistência de enfermagem sistematizada é a única possibilidade de o enfermeiro atingir sua autonomia profissional e constitui a essência de sua prática profissional (ANDRADE, 2007). Desde 1986, o planejamento da assistência é uma imposição legal com a lei do Exercício Profissional nº 7.498, art.11: “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente: c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”. Reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º afirma que: “A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada”.

Ao adotar-se a SAE como metodologia de trabalho, a equipe de enfermagem tem oportunidade de valorizar suas ações e realizar um cuidado integral em relação ao paciente. Nesse aspecto, a legislação assegura a participação do Técnico de Enfermagem ao afirmar que ele assiste o enfermeiro nas atividades de planejamento, programação, orientação e supervisão das ações de enfermagem. O Decreto nº 94.406/87 regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem (BRASIL, 1987).

Constata-se que o técnico de enfermagem tem amparo legal quanto a sua participação em grau auxiliar no planejamento da assistência. O enfermeiro, ao ser assistido pelo técnico de enfermagem, compartilha e analisa as suas informações e observações para a realização de um plano de cuidados adequado às necessidades do paciente (CRUZ, 2008).

A utilização da SAE é um dos meios que a enfermagem dispõe para aplicar seus conhecimentos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita conhecer as fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico e, assim, promover o cuidado e o restabelecimento do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das

condições necessárias para que ele seja realizado (BITTAR *et al.*, 2006). A SAE, como uma metodologia assistencial, vem sendo utilizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), o qual pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes (ARAÚJO; HERMIDA, 2006). Assim, a SAE passa a ser sinônimo de processo de enfermagem, o qual representa um instrumento de planejamento e execução de cuidados (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

No Brasil, ainda, são poucos os trabalhos sobre a SAE no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Esse é um local destinado a clientes enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional enfermeiro grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes (MAITTÉ, 2001).

Tendo em vista que o paciente crítico internado em um CTI é um ser dependente dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve ser capaz de detectar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais comprometidas, e auxiliá-lo no atendimento das que estão afetadas, de acordo com o grau de prioridades estabelecido no plano de atendimento de enfermagem. Os enfermeiros devem atuar de forma sistematizada na assistência de enfermagem prestada ao paciente crítico interno em CTI, utilizando todas as etapas do PE (LIMA, 2006).

No entanto, atualmente, esses pacientes recebem cuidados muitas vezes sem planejamento, o que demonstra pouca fundamentação teórica. Na prática clínica, tem-se presenciado que enfermeiros intensivistas em geral, ainda não documentam a assistência que prestam de forma sistematizada (LIMA, 2006).

Nesse contexto, o planejamento e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem adequadas e eficientes para a prevenção e solução de problemas em CTI podem ser facilitados pela implementação do PE. Para tanto, faz-se necessário que os enfermeiros conheçam o real significado desse método, bem como a melhor forma de aplicá-lo, de acordo com a sua realidade. O objetivo da pesquisa foi compreender a percepção dos técnicos de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de um hospital de Montes Claros/MG sobre a aplicabilidade da Sistematização da assistência de enfermagem.

METODOLOGIA

Para a execução do trabalho, utilizou-se a pesquisa qualitativa com aplicação de entrevista semiestruturada a 28 técnicos de enfermagem que estavam inclusos no quadro de funcionários dos CTI Geral e Coronariano em um Hospital na cidade de Montes Claros-MG, em abril de 2009. O roteiro da entrevista abordou as seguintes questões: conhecimento sobre SAE e seus objetivos, contribuição da SAE para a enfermagem, importância da SAE para o cliente internado, mudanças com a implantação da SAE, participação de alguma capacitação técnica sobre a SAE e dúvidas sobre a SAE.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas com um auxílio de um gravador de áudio e transcritas na íntegra, com consentimento dos participantes, para manter a fidedignidade das informações obtidas. Os relatos foram lidos e analisados para a interpretação dos discursos (GOMES *et al.*, 2005). Destes, categorias de entendimento foram identificadas com recortes das falas dos entrevistados que se relacionam. A análise dos dados ocorreu com a codificação das falas dos entrevistados. Os códigos foram agrupados pelas semelhanças de significados em categorias específicas. Para garantir o anonimato, os enfermeiros foram identificados como E1, E2 sucessivamente.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob o número do processo nº1342/09 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO

A população deste estudo constitui-se de 28 técnicos de enfermagem que atuam no CTI geral, inaugurado no ano 1991, cujo projeto de implantação da SAE teve início em 2006, e no CTI coronariano, inaugurado em 2008, sendo implementada a SAE desde sua inauguração. A entrevista revelou que os funcionários têm um tempo de atuação que varia de 18 anos a um ano e um mês. Assim sendo, todos os entrevistados tiveram contato direto, na instituição, com a temática SAE.

CONCEITO DA SAE

Dificuldade em conceituar a SAE

Neste estudo, evidenciou-se que os técnicos de enfermagem apresentam dificuldade em conceituar a SAE, limitando-se a responder somente ao significado da sigla. Seus depoimentos se sustentaram em conceitos práticos elaborados a partir do julgamento a que o próprio nome, SAE, remete. Observa-se ainda que o conceito da SAE foi visto de forma fragmentada.

A sigla SAE, não sei o que é, mas assim, a SAE é o controle que o enfermeiro tem assim, através dela você vai checar, você vai ter um respaldo com o que você faz com o paciente, curativo, banho. Higiene oral o que você manipula, a manipulação que você faz com o paciente você encontra na SAE pra você está checando ai é o controle, o respaldo que você tem que você está fazendo [...]. (E3)

Modelo utilizado para adequar a assistência de enfermagem, padronizar. (E16)

Conforme Kletemberg (2004), existem diversas nomenclaturas para a SAE, o que pode ter colaborado com a dificuldade de os profissionais conceituarem o processo. Os técnicos não definiram claramente a SAE, percebendo-se que ainda existem limitações. O desconhecimento dos profissionais sobre o processo de enfermagem torna-se barreira para a adesão à execução desse método assistencial nas instituições de saúde. Quando o realizam sem o necessário conhecimento, o fazem apenas para o cumprimento de tarefa institucional, não havendo a conscientização coletiva da importância desse processo para a sua atuação como profissional da saúde com responsabilidade social (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Desconhecimento do conceito de SAE

Na análise das informações, confirmam-se as lacunas sobre a concepção da SAE na formação do técnico de enfermagem e ao longo de sua trajetória profissional, dificultando o seu entendimento; alguns não souberam conceituar ou relacionar nenhuma informação pertinente à Sistematização da Assistência, conforme as falas:

Ah, agora você me apertou sem abraçar, sinceramente, eu to completamente por fora do assunto de SAE. (E7)

Os técnicos de enfermagem são de grande relevância no planejamento da assistência de enfermagem. É importante, pois, inseri-los de forma mais participativa nesse contexto, sendo necessário o reconhecimento da necessidade de capacitação da equipe de enfermagem e do investimento no preparo para o desempenho dessa prática (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Alguns autores ressaltam que, no processo de implementação da SAE, as maiores dificuldades observadas estão relacionadas à falta de um conhecimento específico e à desatualização dos profissionais envolvidos, fatores que podem resultar na perda do estímulo e, conseqüentemente, gerar desmotivação e insatisfação quanto à realização da SAE (ARAÚJO *et al.*, 1996 *apud* BACKES, *et al.*, 2005).

Conhecimento claro do conceito de SAE

A SAE foi considerada, pelos técnicos entrevistados, um instrumento exclusivo do enfermeiro que dá mais autonomia e responsabilidade profissional, demonstrando clareza na descrição do processo.

Sistematização da assistência em enfermagem. (E17)

A SAE é a sistematização da assistência de enfermagem [...] agora precisa de uma avaliação que é feita pelo enfermeiro que após essa avaliação é feita prescrição de enfermagem. (E19)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado, e deve ser seguido em todos os tipos de serviços de saúde (CARVALHO *et al.* 2007).

Assim, é necessário que o enfermeiro elabore e implemente a SAE, caracterizada como sua função exclusiva, partindo não só dos dados coletados com o cliente, mas também das informações da equipe de Enfermagem e da equipe de saúde, o que permite caracterizar a SAE como autônoma e dependente, simultaneamente. Desse modo, destaca-se a importância da participação dos técnicos de enfermagem na efetivação desse processo (LOPES *et al.*, 2007).

Conceito incorreto sobre a SAE

Pode-se constatar, com o estudo, que alguns dos técnicos entrevistados conceituaram equivocadamente a SAE.

No momento não to lembrando, a sigla não me lembro, sei que a SAE é uma prevenção de úlcera, isso que os enfermeiros passa pra gente. (E14)

Esse desconhecimento sugere a necessidade de formação e treinamento para a aplicação da SAE na vivência diária do trabalho dos técnicos.

OBJETIVO DA SAE

Identificação correta do objetivo da SAE

A partir das entrevistas com os participantes deste estudo, percebeu-se que os integrantes da equipe de enfermagem têm noção dos objetivos da SAE, conferindo segurança e otimização na sua aplicação. As falas dos técnicos ilustram tais afirmativas:

Ver o paciente de forma holística, avaliar o paciente, demonstrar através de indicadores, toda assistência ao paciente, higienização oral, escaras, mudanças de decúbito olha de... como o todo. (E1)

É na verdade é isso de ta prestando assistência de acordo, conforme o caso do cliente, a necessidade do cliente. (E25)

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, baseada em princípios científicos, tendo como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, e subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPEL *et al.*, 2009).

Identificação incorreta do objetivo da SAE

A partir deste estudo, verificou-se que alguns dos entrevistados identificaram de forma incorreta o objetivo da SAE, reafirmando o desconhecimento dos funcionários dos CTI's da instituição pesquisada sobre esse tema.

Bom de qualquer forma como já havia dito, é um documento a mais para que você possa estar dando a certeza pra digamos, o funcionário que irá receber novamente pra ser confirmado ali onde que você realmente foi feito aquele procedimento que realmente você executou aqueles cuidados. (E19)

Padronizar o atendimento e também ter uma melhor divisão do trabalho pra não ficar sobrecarregado. (E22)

Clareza de conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o agir profissional, uma vez que confere segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente. É necessário que toda a equipe de enfermagem, envolvida no processo de implementação desse sistema, saiba além do seu conceito, quais são os seus passos e, principalmente, como cada um destes deve ser implementado em sua prática diária (DOMINGOS; CHAVES, 2005).

CONTRIBUIÇÃO DA SAE PARA A ENFERMAGEM

Nesta pesquisa, notou-se que os técnicos entrevistados concordam que a SAE colabora na qualidade da assistência prestada ao cliente, embora não compreenda ao certo a real contribuição.

A SAE contribui para a atuação da enfermagem. (E1, E 3, E 4, E 6, E8, E13, E15, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E25, E28)

Os resultados observados confirmam a percepção de técnicas de enfermagem em estudos realizados por Cruz (2008), em que consideram o plano de cuidado estabelecido pela SAE um guia facilitador e norteador da assistência de enfermagem, que proporciona organização, segurança e qualidade.

IMPORTÂNCIA DA SAE PARA O CLIENTE NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO

Podemos constatar que os entrevistados consideram importante a aplicação da SAE, uma vez que o método prioriza as necessidades do cliente, podendo acompanhar seu desenvolvimento e melhorando a qualidade da assistência de enfermagem.

Sim. É uma forma do técnico e enfermeiro de está realizando o acompanhando do paciente. (E1)

Muito importante, muito importante, uma das coisas que ajuda o paciente é a SAE, pra mim acho que é a SAE, ajuda a prevenir coisas que vem a prejudicar o paciente, úlcera de pressão, o que mais martela aqui no CTI é isso, o que mais previne é úlcera de pressão. (E2)

A utilização da sistematização da assistência de enfermagem possibilita conhecer o perfil do paciente, auxiliando na escolha do método de assistência de enfermagem a ser utilizado (CARVALHO *et al.*, 2008). Entretanto, a SAE não proporciona apenas uma melhora na qualidade da assistência, mas também confere ao profissional maior autonomia de suas ações e o respaldo legal (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Bom é de suma importância porque a gente vai saber a evolução que o paciente vai ter nesse processo se ele for admitido de certa forma com alguma lesão de pele supnhamos, você vai saber se foi adquirida essa lesão aqui ou se realmente já veio ou se está evoluindo uma melhora ou piora daquele procedimento realizado. (E19)

Com a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, garante-se a responsabilidade junto ao cliente assistido, através do planejamento da assistência. Essa metodologia permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados, possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcancem resultados pelos quais a equipe de enfermagem é responsável (ANDRADE, 2007; TRUPEL *et al.*, 2009).

MUDANÇA COM A IMPLANTAÇÃO DA SAE

O processo de enfermagem é um modelo para operacionalização do cuidado de enfermagem que deve ser seguido em todos os serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2008). Essa concepção manifesta-se nos relatos de alguns dos sujeitos da pesquisa em que afirmam que, após a implantação da SAE, observou-se:

Mais organização no serviço, assim, você conduz melhor o que você tem quer fazer sabe, você prioriza também melhor sabe? (E5)

O que mudou? O tempo de internação do paciente melhorou muito, ta prevenindo? Menos tempo no setor onde eu trabalho menos tempo ele ficar melhor é. (E2)

A utilização do SAE oportuniza avanços na qualidade da assistência como: redução da incidência e tempo das internações hospitalares à medida que agiliza o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde; cria um plano de eficácia de custos; gastos com erros e desperdícios de tempo resultantes de um ambiente de trabalho desorganizado são minimizados; melhora a comunicação entre a equipe; as informações são documentadas para posterior utilização na assistência, no ensino e, principalmente, na pesquisa (TRUPEL *et al.*, 2009; AMANTE, ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Grande parte dos técnicos de enfermagem relata que a SAE melhora a qualidade da assistência. Esse método de assistência oferece muitas vantagens. Além do atendimento individualizado, permite também que o enfermeiro se aproxime do cliente, participando mais de sua realidade e favorecendo o relacionamento entre o agente doador e o agente receptor do cuidado de enfermagem (OCHOA-VIGO *et al.*, 2001).

O cuidado do enfermeiro, de está observando o paciente depois da SAE o enfermeiro ele olha o paciente mais de perto de uma forma mais humana. (E1)

Para alguns técnicos, a SAE culmina em ações desencadeadas pela prescrição da enfermagem, o que facilita o trabalho diário, uma vez que norteará a equipe de enfermagem na realização dos cuidados e a avaliação destes constantemente. Para Horta (1979), a prescrição de enfermagem é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades humanas básicas e específicas do ser humano.

Os cuidados de enfermagem em geral mudaram, porque ficou mais fácil pra gente poder administrar esses cuidados, porque o enfermeiro tem como fazer a prescrição em cima do paciente e nos realizar os cuidados. (E6)

Reafirmando o que o entrevistado nº 18 disse, os autores Leon, Freitas e Nóbrega (2009) pontuam que a utilização da SAE permite à Enfermagem expor e utilizar seus conhecimentos de forma organizada, atuando na interação com outros membros da equipe de saúde. E, por conseguinte, melhorando a interação entre enfermeiros e técnicos, com uma perspectiva crítica e construtiva das etapas de trabalho.

Eu acho que interação entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem o cuidado o que a gente pode fazer pra melhorar a questão do atendimento um atendimento maior ao cliente, mas o que melhorou mesmo foi essa interação enfermeiro e técnico de enfermagem. (E18)

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE SOBRE A SAE

Neste estudo, alguns profissionais afirmam ser capacitados sobre a SAE, sendo essa capacitação feita em treinamentos oferecidos pela própria instituição.

Sim. (E3, E5, E6, E8, E9, E12, E13, E15, E16, E19, E23, E27, E28)

Já perdi a conta, já fiz mais 20 cursos. (E17)

E outros que afirmaram não terem sido capacitados sobre a SAE, o que dificulta a aplicação da sistematização na prática profissional.

Não. Assim, só quando a gente tem, quando a gente tem admissão eles fazem um treinamento eles falam sobre a SAE, eles falam no geral por alto que é a SAE. (E14)

A falta de capacitação específica sobre a SAE, entre a equipe, resulta em pouco envolvimento dos profissionais na efetivação do processo e, portanto, considerado um ponto negativo na sua prática (FEIJÃO *et al.*, 2006).

Pode-se notar disparidade nas respostas dos profissionais da pesquisa em relação à participação em treinamento. A literatura afirma que o processo de entendimento depende não apenas da pessoa que recebe, mas da pessoa que transmite o saber e da forma como é transmitido (MEDEIROS; HERNANDES, 1999). Por isso, no momento em que alguns entrevistados afirmam não saber se foram capacitados ou não, sugere-se que não gravaram ou não deram importância ao que lhes foi transmitido.

Percebe-se, então, que toda a equipe precisa ser treinada e habilitada a desenvolver o processo de enfermagem, e o enfermeiro necessita, continuamente, habilitar sua equipe a efetivamente desenvolverem as ações planejadas (SANTOS *et al.*, 1998).

A implantação da SAE tornou-se obrigatória em todo o território nacional desde 2002, por meio da resolução do COFEN 272/2002 e, por isso, há a necessidade da capacitação profissional sobre o assunto (RAMOS; CARVALHO; CANNINI, 2009).

O ensino da SAE é proporcionado aos graduandos de enfermagem; entretanto, pouca ou nenhuma informação é dada durante a formação dos profissionais de nível médio. Estes passam a conhecer essa metodologia de assistência após o ingresso profissional nas instituições, mediante treinamentos específicos (RAMOS; CARVALHO; CANNINI, 2009; HERMIDA; ARAÚJO, 2006; BETEGHELLI *et al.*, 2005).

Apesar de a SAE estar incorporada à prática profissional de algumas instituições, a realidade mostra uma desarticulação entre ensino e prática assistencial e o baixo impacto da academia para a transformação dos serviços de saúde na prestação da assistência (GONÇALVES *et al.*, 2007; TRUPEL *et al.*, 2009).

DÚVIDAS SOBRE A SAE

Depoimentos dos participantes que relatam não ter dúvidas sobre a SAE.

Não. (E1, E2, E4, E5, E6, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26)

Não, porque SAE virou pra nós assim... todos os dias temos que checar a SAE então assim, desde quando implantou a SAE, a SAE pra nós é como se fosse a prescrição de enfermagem, uma prescrição médica, que dizer uma prescrição médica prescreve os medicamentos e poucos cuidados, e a SAE prescreve todos os cuidados do paciente. (E17)

No entanto, observou-se que, em alguns depoimentos, os participantes revelam a não familiaridade com o processo, apresentam dúvidas sobre o papel do enfermeiro e sua responsabilidade na execução da SAE.

Os montes (risos). O que está acontecendo é que a humanização ta ficando pra traz deixando passar e ta focando sempre papelada no burocrático. (E27)

Sim. No fundo, no fundo não sei falar da SAE, eu não sei realmente eu não sei. (E28)

Alguns autores apontam que a elaboração de formulários de registros podem facilitar a implementação da SAE e a compreensão dos integrantes da equipe de enfermagem sobre ela. Ressaltam ainda que, na grande maioria, a equipe técnica reconhece a SAE como um programa desenvolvido pela enfermagem para que esta possa aplicar seus conhecimentos no cuidado aos pacientes. No entanto, não basta que se reconheça a SAE como um método sistemático e prático, ótimo para a aplicação de conhecimentos no cuidado aos pacientes. É necessário que toda a equipe de enfermagem, envolvida no processo de implementação desse sistema, saiba quais são os seus passos e, principalmente, como cada um destes deve ser implementado em sua prática diária (AMANTE *et al.*, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pôde-se perceber que os técnicos de enfermagem dos CTI's da instituição estudada, têm uma percepção positiva sobre a SAE, mesmo possuindo dificuldade em compreender seus objetivos de forma clara e prática.

A equipe entrevistada vê a SAE como assistência de enfermagem ao cliente, alguns limitando sua significação à definição da sigla. Constatou-se, que houve capacitação dos colaboradores na instituição em relação à SAE.

Durante a realização deste estudo, notou-se que a maioria dos participantes da pesquisa relaciona a qualidade da assistência à implantação da SAE. Entretanto, não basta que se reconheça o método, é necessária sensibilização de toda a equipe de enfermagem e envolvimento para que saibam quais são seus passos e como deve ser promovida diariamente.

Considerando que os técnicos de enfermagem têm contato constante e próximo com o paciente, é de suma importância seu envolvimento na SAE, pois, além do conhecimento de seu papel, obterá uma sistematização adequada da assistência de enfermagem.

Os resultados encontrados nesta pesquisa são representativos para a amostra estudada. Sugerem-se novos estudos com outras equipes sobre a percepção dos técnicos de enfermagem a respeito da aplicabilidade da SAE, pois sempre haverá informações novas e relevantes a serem coletadas, analisadas e discutidas.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283 p.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista. Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso junho. 2009.

ANDRADE, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n.1, p. 96-98, 2007.

ARAÚJO, I.E.M.; HERMIDA, P.M.V. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso setembro. 2008.

ARAÚJO, I.E.M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 9 n. 1 p. 18-27, 1996 *apud* BACKES, D. S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. *Acta Scientiarum*, Maringá-Paraná, v. 27, n. 01, p. 25-29, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/php/>>. Acesso em maio. 2009

BETEGHELLI, P.; TOLEDO, V. P.; CRESPOCHI, J.L.; DURAN, E.C.M. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n.4, p. 617-628, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br>>. Acesso 20 maio de 2009.

BITTAR, D. B; PEREIRA, L.V.; LEMOS, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto contexto - enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 617-628, 2006.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 junho 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução COFEN-272/2002*. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/2008>>. Acesso em outubro. 2008.

CARVALHO, E.C. *et al.* Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 1, n. 1, p. 95-99, 2007.

CARVALHO, S. C.; SILVA, C. P., FERREIRA, L. S.; CORRÊA, S. A. Reflexo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/>>. Acesso maio. 2009.

CRUZ, A. M. P. *Formação do técnico de enfermagem no desenvolvimento de competências para implementar a sistematização da assistência de enfermagem*. 2008. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DOMINGUES, T. A.M.; CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 39, p. 580-588, 2007.

FEIJÃO, A.R. et al. Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem em hospital de doenças infecciosas. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p 00-00, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br>>. Acesso em março. 2009.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.185-221.

GONÇALVES, L. R. R. et al.. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. *Enfermagem*, v. 11, n. 3, 2007. p. 459-465. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a10.pdf>>. Acesso junho. 2009.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 59, n. 3. 2006, p. 314-20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso maio 2009.

HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

KLETEMBERG, D. F. *A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica*. 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

LEON, P. A. P.; FREITAS, F. F. Q.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem em dissertações de mestrado: estudo bibliográfico. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, v. 3, n. 1, 2009. p. 120-26. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>>. Acesso junho. 2009.

LIMA, L.R. et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 3, 2006, p. 349-357, Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso junho. 2009.

LOPES, David Neto. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n.6. p. 627-634, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/02.pdf>>. Acesso em:

MATTÉ, V.M.; THOFHERN, M.B.; MUNIZ, R.M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 22, n.1, p. 101-121, 2001.

MEDEIROS, J. B.; HERNANDES, S. *Manual da secretária*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

OCHOA-VIGO, K. *et al.*. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Revista escola enfermagem USP [online]*. 2001, v.35, n.4, p. 390-398. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: abril. 2009.

OLIVEIRA, S.M. *et al.* Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 121, n. spe, p.169-173, 2008.

RAMOS, L. A. R.; CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica Enfermagem*. v. 11, n. 1, 2009; p. 39-44. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/pdf>>. Acesso em junho. 2009.

REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C.P . O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em Maio. 2009.

SANTOS, J. F., RAMOS, T. A. G. Implementação da metodologia de assistência de enfermagem em UTI(s) - como está e quais os fatores intervenientes. *Revista Baiana de Enfermagem*, 1998; v. 11, n. 1. p. 47-61 *apud* MATTÉ, V.M.; THOFERN, M.B.; MUNIZ, R.M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 22, n.1, p. 101-121, 2001.

SILVA, D.C.N.; SUZELE, RIBEIRO, A.A.; FABRICIO, S.C.C. Produção do Conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem a idosos. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n.3; p. 406-410, 2007.

TAKAHASHI, A.A.; BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J. L.M.; SOUZA, M.F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paulista de enfermagem*; v.21, n. 1, p. 32-38, 2008.

TIMBY, B. K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. Traduzido por Regina Garcez. 6º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRUPPEL, T.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em maio. 2009.

O COTIDIANO DAS PESSOAS QUE SE SUBMETEM À HEMODIÁLISE

Ellen Patrícia Fonseca Pereira¹, Betânia Santana Borborema²,
Ana Carolina Oliveira Rodrigues³

RESUMO: A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada uma doença em estágio terminal que deteriora de forma progressiva e irreversível a função renal, reduzindo a capacidade do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva cujo objetivo foi compreender quais mudanças ocorrem na vida cotidiana de doentes renais crônicos que se submetem à hemodiálise, após o diagnóstico dessa patologia. A população da pesquisa foram pacientes acima de 18 anos que se submeteram à hemodiálise na fundação de saúde Dilson De Quadros Godinho, da cidade de Montes Claros-MG, no período de fevereiro/maio de 2010. Dentre as mudanças destacam-se: as modificações no hábito alimentar, na ingestão hídrica, cansaço, medo da morte, limitações, insegurança e depressão. Tais mudanças podem inibir o portador de IRC de dar atenção ao tratamento hemolítico e o impede de buscar uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Hemodiálise; Sentimentos.

DAILY LIFE OF THE PEOPLE WHO SUBMITTED TO HEMODIALYSIS

ABSTRACT: Chronic renal failure (CRF) is considered an end-stage renal disease that deteriorates progressively and irreversible renal function, reducing the body's ability to maintain metabolic and electrolyte balances. The present work this was an descriptive and qualitative research aimed: understand what changes occur in daily life in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis after the diagnosis of this pathology. The population of the study were patients over 18 years undergoing hemodialysis in the foundation of health Dilson De Quadros Godinho, the city of Montes Claros-MG, from February-May 2010. Among the changes include: changes in dietary habits in fluid intake, tiredness, fear, limitations, insecurity and depression. Such changes can inhibit the wearer IRC hemolytic attention to treatment and seek a better quality of life.

KEYWORDS: Enfermagem; Hemodialysis; Feelings.

¹ Enfermeira. Pós graduanda em Saúde da Família, Faculdades Integradas Pitágoras. Email: ellempaty07@yahoo.com.br

² Enfermeira. Pós graduanda em Saúde da Família, Faculdades Integradas Pitágoras. Email: betaniaborborema@hotmail.com

³ Farmacêutica. Docente da Fasi-Ibituruna. Email: aninharodrigues5@hotmail.com

Submissão: 06/07/2010 . Aprovação: 24/01/2011

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada uma doença em estágio terminal (DRET) que deteriora de forma progressiva e irreversível a função renal, reduzindo assim a capacidade do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrolíticos, resultando em uma retenção de ureia e outros resíduos nitrogenados no sangue (SMELTZER *et al.*, 2008). As causas principais podem ser: pré-renal (em decorrência da isquemia renal); renal (consequente de doenças como as glomerulopatias, hipertensão arterial, diabetes, dentre outras); pós-renal (em virtude da obstrução do fluxo urinário) (QUEIROZ *et al.*, 2008).

A doença renal crônica (DRC) desponta como um problema de saúde pública mundial devido ao aumento expressivo de sua incidência, prevalência, evolução desfavorável e alto custo. Dados estatísticos demonstram que 70.872 brasileiros fazem diálise no país e as regiões Sudeste (53%) e Nordeste (20%) possuem o maior contingente de pessoas em tratamento. Entre os anos de 2005 e 2006, a DRC teve um aumento de (8,8%), e no ano de 2006, a prevalência foi de 383 pessoas/milhão de habitantes. A taxa de mortalidade pela doença chegou a 13% no ano de 2005, e o custo do tratamento financiado, em sua maioria pelo Sistema Único de Saúde (89,4%), chega a 1,6 bilhões de reais/ano, 10% de toda verba destinada a hospitais, clínicas, medicações e profissionais de saúde (FRÁGUAS *et al.*, 2008).

De acordo com Nettina (2003), o tratamento para paciente com IRC baseia-se em detectar as causas que levaram à IRC e tratá-las, quando possível, regular a dieta desse paciente, tratar patologias associadas para melhorar a dinâmica renal e realizar diálise ou transplante renal.

Smeltzer e Bare (2005) descrevem que, para pacientes com IRC, a hemodiálise é de suma importância para o prolongamento da vida, embora ela não cure a doença renal e nem compense as perdas das atividades endócrinas ou metabólicas dos rins, mas removem os líquidos e produtos residuais urêmicos do corpo, quando os rins não conseguem fazê-lo. Na hemodiálise, o sangue carregado de toxinas e resíduos nitrogenados é desviado do paciente para um aparelho, o dialisador, que filtra esse sangue e, em seguida, o devolve ao paciente. Esse processo é feito de duas a três vezes na semana, em seções de até quatro horas. Mas, de acordo com Lima e Gualda (2001), a pessoa que tem IRC em programa de hemodiálise convive com o fato de possuir uma doença incurável, que a obriga a submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração. Cattai *et al.* (2007) enfocam que o tratamento da hemodiálise causa forte impacto na vida desses pacientes, uma vez que a alimentação, a vida social, a condição física e mental e também os valores que os orientam são alterados pelo tratamento e pela própria doença. E todos esses fatores geram neles diversos sentimentos, devido a todos esses processos que acontecem em suas vidas depois da descoberta da IRC. Entretanto, Reis *et al.* (2008), em seus estudos, buscaram descrever esses sentimentos que arrolam os pacientes com IRC, e demonstram que a reação frente ao diagnóstico do problema renal faz emergir sentimentos de medo pelo desconhecimento da doença; ter incerteza quanto ao futuro e pensar na possibilidade de morte, além do mecanismo de defesa, “negação”. O processo de aceitação da doença renal é acompanhado de conflitos, medo e incerteza, tais como sentimentos de tristeza, revolta e isolamento social. E, junto a isso, a desesperança que engloba a ausência de perspectivas quanto ao futuro, que emerge pelo fato de a cura estar distante da realidade daquele indivíduo. Tais sentimentos foram identificados com maior intensidade naqueles indivíduos com idade mais avançada e que vivenciam a doença renal há mais tempo, sendo que a impossibilidade de realizar o transplante acentua esse sentimento. Em contrapartida, os mais jo-

vens, mesmo aqueles com alguns anos de doença renal, elaboram planos e têm perspectivas quanto ao futuro. Com isso, esta pesquisa traz, então, o seguinte questionamento: Quais as mudanças ocorrem na vida de clientes com insuficiência renal crônica (IRC) após o diagnóstico da doença e como a enfrentam?

Estudos de Machado e Car (2003) comprovam que a condição crônica e o tratamento hemolítico são fontes de estresses e representam desvantagens, por ocasionar problemas como retraimento social, desemprego, dependência da previdência social parcial, impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda um sentimento ambíguo entre o medo de viver e morrer. Descreve-se ainda que a realidade da vida cotidiana dos pacientes com IRC em hemodiálise é permeada de alterações físicas que impõem limitações ao cotidiano e exigem adaptações. Adaptação a um novo modo de vida, mudanças na alimentação, medo, alterações físicas, cansaço, depressão e carência.

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em compreender quais mudanças ocorreram na vida cotidiana de doentes renais crônicos que se submeteram à hemodiálise, após o diagnóstico da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com caráter qualitativo. Expressa Trivinos (1987) que a pesquisa qualitativa não se preocupa nem subsidiariamente das “causas”, nem das consequências da existência dos fenômenos sociais, mas das características deles, já que sua função principal é descrever. Esta pesquisa foi do tipo descritiva, uma vez que se pretendeu compreender sobre mudanças que ocorreram na vida do cliente renal crônico e o processo hemolítico, após a descoberta da doença.

A pesquisa de campo foi realizada na Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho no período de fevereiro a maio de 2010. Essa Fundação é uma entidade beneficente sem fins lucrativos de média e alta complexidade. A amostra compreendeu pacientes de ambos os sexos que apresentaram idade igual ou superior a 18 anos e que se encontravam em tratamento hemodialítico.

Optou-se por utilizar, como instrumento de coletas de dados, a entrevista com perguntas norteadoras e o auxílio de um gravador para o registro das respostas, com subsequente transcrição detalhada e estudada por meio de técnica de análise de conteúdo. Os textos passaram por pequenas correções linguísticas, porém, não eliminando o caráter espontâneo das falas (GOLDEMBERG *et al.*, 2008).

A coleta de dados foi realizada após aprovação deste projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FUNORTE e autorização junto à instituição hospitalar. A coleta de dados foi realizada mediante aspectos éticos legais, conforme resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, de forma direta e indireta, individual e coletiva, sejam realizada em quaisquer categorias profissionais.

Os pacientes foram informados sobre o tema central da entrevista e orientados sobre a finalidade de nossa visita, o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância de sua colaboração para a realização do estudo. Também, foi-lhes solicitado que, antes de participarem da entrevista, assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi previamente exposto e discutido para que eles soubessem de que se tratava a pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 10 pacientes, sendo 5 deles do sexo masculino e 5 do sexo feminino com idades compreendidas entre 21 a 60 anos, com tempo de tratamento variando de 1 a 15 anos de terapia hemolítica e, além da IRC, eles possuíam doenças relacionadas, como: diabetes, hipertensão e problemas cardíacos.

O impacto da doença no cotidiano do portador

O tratamento da IRC é realizado através da terapia renal substitutiva, por meio da diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. Mesmo com os avanços tecnológicos e maior conhecimento dessas terapias, os pacientes ainda podem apresentar complicações durante e após o tratamento (FAVA, 2006). Segundo Kusumota *et al* (2004) o doente renal crônico sofre alterações da vida diária devido à necessidade de realizar o tratamento, precisando do suporte formal de atenção à saúde, pois vive dependente da equipe de saúde e da máquina para ter o cuidado necessário.

A IRC e o tratamento hemodialítico provocam uma sequência de situações para o paciente renal crônico, que compromete o aspecto não só físico, como psicológico, com repercussão pessoais, familiares e sociais. No convívio com esses pacientes, ficou clara a importância da intervenção da enfermagem em busca de solução nas limitações provocadas pela IRC e o tratamento, sendo necessário um reaprender a viver, de uma maneira mais humana. (CESARINO *et al*, 1998).

Após análise dos dados sobre as mudanças ocorridas na vida dos portadores de IRC, observaram-se alterações significativas no estilo de vida desses pacientes, como: dificuldades para viajar ou fazer passeios prolongados, restrições para trabalhar, impossibilidade de ingerir água em abundância, e as limitações decorrentes do próprio tratamento. Notou-se que alguns pacientes apresentaram uma revolta inicial, mais foram se adaptando ao longo do tratamento.

[...] Mudou da água pra vinho, não que eu seja menos feliz hoje na verdade não sou menos feliz, continuo sendo feliz, mas é muitas coisas que eu fazia anteriormente hoje eu não posso fazer sou limitado a fazer muitas coisas que com saúde você tem mais opções de ter uma vida mais tranquila e mais completa ... a gente tem que aprender a conviver com a IRC de uma maneira assim que você tenha a sua vida respeitando os seus limites e tomando a sua medicação corretamente você vai ter uma vida totalmente normal ... então existe uma mudança mais essa mudança com o tempo você acaba se adaptando a ela não é nada que você precise se suicidar por isso nada disso [...].
(Paciente III)

Segundo Martins e Cesarino (2005), o tratamento é responsável por um cotidiano monótono e restrito e as atividades desses indivíduos são limitadas, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que se refletem na vida diária.

Quanto ao sentimento em relação às mudanças houve muita divergência nas opiniões, alguns encararam o tratamento e o aceitaram satisfatoriamente, enquanto outros não.

[...] Quando fiquei sabendo da doença eu..., tinha uma filha que precisa de mim com 7 anos de idade, então a primeira impressão que passa é que você vai

morrer isso vem na sua cabeça “pô” vou morrer como vai ficar minha família meus sonhos por que você tem metas tem objetivos e de repente você acaba tendo que podar esses sonhos na hora que você precisa no caso dar continuidade a esses sonhos vai você tem que interromper eles por uma notícia dessas... então para mim foi muito difícil assim no momento em que você recebe a notícia... depois você tem um acompanhamento psicológico muito grande na medicina que ajuda a superar esses obstáculos ... ai você vai criando motivação pra viver[...] (Paciente III)

[...] Eu senti muito mal até hoje não aceito eu to aqui mais... me da uma tristeza que parece que vai me dar depressão, eu não gosto de sangue, mesmo o meu eu não gosto de ver[...] (Paciente IV)

[...] Eu não senti muito bem não né eu senti, tipo assim inútil por um tempo né, mais depois a gente vai adaptando a nova vida [...] (paciente V)

[...] Encarei normal porque não adianta né precisa do tratamento eu tenho que opinar ou fazer ou morrer. (Paciente VII)

A adesão à terapia hemodialítica não é um processo simples para o portador de IRC. Existem vários fatores envolvidos que agem de forma inter-relacionada. Cada paciente segue o tratamento de uma forma única e característica, influenciado pelos inúmeros fatores adquiridos ao longo da vida, pelo apoio familiar e pelos relacionamentos com as outras pessoas (MALDANER *et al*, 2008).

No início do tratamento, os pacientes relataram que sentiram medo por não entenderem direito o tratamento, que o desconhecimento gerou muita insegurança. Alguns acreditavam que não precisariam fazer sempre a hemodiálise, outros disseram que o início representou superação, tristeza e medo de não conseguir ir até o final.

[...] Superação, muita superação muita paciência eu chorei muito eu tive momentos que eu achei que não ia conseguir e momentos que eu achei que ia dar conta [...] (Paciente III)

[...] Não aceitei, fiquei nervosa, fiquei muito triste, chorei muito e até hoje eu não aceito. (Paciente IV)

[...] O início do tratamento foi difícil porque eu não entendia direito o tratamento eu achava que começava a fazer depois o rim voltava, mas não é assim, não tem jeito mais [...] (Paciente VIII)

De acordo com Meireles *et al* (2004), a família representa um apoio psicológico fundamental, pois leva os pacientes a aceitarem melhor a doença e aderirem melhor ao tratamento, se comparados àqueles que não sentem esse apoio.

Pode-se confirmar o que foi citado por Meireles *et al* (2004), visto que os pacientes que têm um apoio familiar possuem maior força de vontade para enfrentar essa patologia, pois é na família que encontram motivação para enfrentar o tratamento.

[...] .A minha motivação maior é minha filha, hoje eu deito na maquina pensando em continuar vivendo, viver do lado da minha filha da minha família e a minha família me acha um herói na verdade por que eu conseguir superar as dificuldades... eu sou um herói para minha filha e ela mesma já me falou que sou um herói, então eu não preciso mais de nenhum elogio a não ser esse pra mim já ta ótimo já [...] (Paciente III)

Os temas relacionados com a morte são constantes em pacientes com IRC, apesar do progresso nos tratamentos renais. Segundo Martins e Cesarino (2005) a expectativa de vida de um paciente em estágio final da doença é muito menor do que a descrita nos diversos grupos da mesma faixa etária da população geral. Essa situação pode ser verificada não só em pacientes em estágios terminais. A sensação de medo do desconhecido, medo de morrer e ainda a sensação de alívio são muito observadas nos pacientes submetidos à hemodiálise.

[...] No começo muito medo da morte, depois você começa a entender a máquina, o que é a máquina. Ai você começa a estudar o teu problema começa a criar resistência a esses medos que você tinha passa a matar o “bicho papão”, aquela historia todo desconhecido pra você te traz medo no começo, depois com o passar do tempo você vai adquirindo experiência ... Então hoje pra mim é normal fazer hemodiálise é uma rotina [...] (Paciente III).

[...] Há tenho a sensação assim que parece que cada dia que venho aqui, tenho a sensação de que eu vou morrer, então eu vivo cada dia como se fosse o ultimo, mas não assim triste por isso, é preparando. (Paciente V)

[...] Fazer hemodiálise é bom tem dias que chego aqui muito pesada eu fico doida pra entrar na máquina porque quando termina e começa tirar o peso é um alívio, a gente se sente muito bem. (Paciente VIII)

[...] se não fazer morre [...] (Paciente IX).

[...] antigamente eu trabalhava para o meu patrão hoje eu trabalho para a minha saúde para a minha vida por minha família, então eu fico 4 horas aqui é me tratando me cuidando para que eu possa continuar vivendo feliz ne. Eu não tenho assim nenhum problema de tristeza eu acho que as pessoas que vivem triste elas morrem antes eu costumo dizer isso para todo mundo daqui na clinica ne, a gente tem que criar motivo para viver e não motivo para morrer é isso que acontece com o tempo”.(Paciente III).

Os sentimentos expressados pelos pacientes revelam conformação com a doença, pois a única forma de sobrevivência é o tratamento dialítico. Outra questão são os pensamentos que permeiam a “vida” e a “morte”.

O anseio por um transplante

O transplante é um procedimento cirúrgico onde um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo é transferido para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida. Sendo assim, no transplante de rim, implanta-se um rim sadio em um indivíduo portador de insuficiência renal terminal. Esse novo rim passará a desempenhar as funções que os rins doentes não conseguem mais manter. (MANUAL DE TRANSPLANTE RENAL, 2010). A maioria dos entrevistados gostaria de realizar o transplante e receber um novo rim, entretanto alguns não podem devido à idade avançada e doenças cardíacas. E ainda há aqueles que têm medo da rejeição do órgão, por terem tido experiências de amigos que faleceram ou voltaram novamente para a máquina.

[...] Eu tenho opção de fazer hemodiálise, tenho opção de fazer transplante que eu ainda não fiz..., eu optei em fazer hemodiálise (HD)..., não pulo etapas, enquanto eu tiver braços pra fazer HD, tiver minha fistula puncionada eu não tenho que mexer na minha barriga e nem cortar minha barriga, porque eu acho desnecessário [...] (paciente III)

[...] .O transplante eu não posso fazer porque tenho um problema muito serio no coração e não posso fazer cirurgias prolongadas, mas espero a cura de Deus[...] (Paciente IV)

[...] Eu queria mais agora minha idade ta muito avançada ..., vou levando a vida ai sofrendo[...] (Paciente VI)

[...] Minha perspectiva é meus rins voltarem ao normal. Mais não to muito afim de transplantar não porque tem um colega nosso lá que transplantou e agora ta na máquina do mesmo jeito[...] (Paciente VII)

O profissional enfermeiro, como coordenador da equipe, deve coordenar a assistência prestada, identificar as necessidades individuais de cada cliente, proporcionar meios de atendimento que favoreçam uma melhor adequação ao tratamento, garantindo, dessa forma, uma qualidade de vida melhor, aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças, quando necessárias. A prática do cuidar personalizado está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, e uma das formas de alcançar este objetivo é através do processo de enfermagem. (SOUZA *et al*, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na IRC, o estilo de vida dos pacientes é alterado, os sentimentos de depressão, o medo de morrer são acrescidos, devido a imprevisibilidade da doença. O tempo gasto nas sessões, o cansaço das viagens, as punções realizadas com frequência e o fato de estarem cronicamente doentes podem criar conflitos, frustrações e depressão.

É importante que a enfermagem dê oportunidade a esses pacientes de expressarem seus sentimentos a respeito da IRC, seus medos e suas preocupações. É necessário que o profissional enfermeiro, junto ao paciente, formule estratégias seguras e efetivas para lidar com os problemas e medos sempre presentes. Assim, a enfermagem estará transmitindo segurança e boa comunicação que melhorarão o cuidado adequado e contínuo.

Novos estudos na mesma linha devem ser desenvolvidos para melhor monitoramento do impacto do tratamento hemodialítico na qualidade de vida dos pacientes que a ele se submetem.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas do artigo.

REFERÊNCIAS

CATTAI, G. B. P.; ROCHA, F. A.; JUNIOR, N. N.; PIMENTEL, G. G.A. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica. *Cienc Cuid Saúde*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 460-467, 2007.

CASTRO, Maria Cristina Ribeiro. **Manual de Transplante Renal**. São Paulo: Manole, 2003.

CESARINO, C.B.; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 271-7, 2008.

GOLDEMBERG, R.; OTUTUMI, C. Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da percepção musical nos cursos de graduação em música do Brasil. In: IV SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS, v. 4, 2008, São Paulo. *Anais...* 2008. Disponível em: < http://www.fflch.usp.br/SIMCAM4_Ricardo_Goldemberg_e_Cristiane_Otutumi.pdf> . Acesso em: <23 de janeiro 2011>

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A.P.; MARQUES, S.. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-32, 2004.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R.. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 235-41, 2001.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R.. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 27-35, 2003.

MALDANER, C. R.; BEUTER M.; BRONDANI, C. M.; BUDÓ, M. L. D.; PAULETTO, M. R.. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 4, p. 647-53, 2008.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C.B.. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. v. 15, n. 5, p. 670-6, 2005.

MEIRELES, V. C.; GOES, H. L. F.; DIAS, T. A. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. *Revista Ciencia, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 3, n. 2, p. 169-178, 2004.

NETTINA, Sandra M.. *Prática de enfermagem*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; DANTAS, Maria Catarina de Queiroz; RAMOS, Islane Costa; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos

sujeitos. *Texto contexto- enfermagem*. Florianópolis, v.17 n.1, p. 55-63, 2008.

REIS, C. K.; GUIARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília, v.61, n.3, p. 336-41, 2008.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.. *Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SOUZA, E. F.; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B. M.. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-35, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciência sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1ª Ed. São Paulo: Atlas, 1987.

ANÁLISE DAS TENTATIVAS DE AUTOEXTERMÍNIO NO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO, MINAS GERAIS

Simone Rosado Couto Santos¹, Silvania Aparecida Couto Silva²,
Thiago Luis de Andrade Barbosa³

RESUMO: O estudo teve por objetivo analisar as tentativas de autoextermínio em usuários assistidos no Pronto Atendimento Municipal do município de Bom Despacho (MG) no ano de 2008. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa. A amostra constituiu-se de 89 atendimentos realizados em 2008 com diagnóstico de tentativa de autoextermínio. Utilizou-se questionário estruturado para a coleta dos dados. A análise dos dados se deu por meio da estatística descritiva. A pesquisa foi realizada em janeiro de 2009. Do total de casos investigados, a maior parte era do sexo feminino 67%, pertencente à faixa etária de 21 a 40 anos (53,9%). Em relação ao método de autoextermínio, houve maior prevalência dos casos de envenenamento (86,5%). 74,2% evoluíram com alta. Os resultados apresentados permitiram conhecer o perfil dos atendimentos por tentativa de autoextermínio, de forma a subsidiar o planejamento de políticas de controle e prevenção efetivas, fundamentais para a redução do impacto desse agravo na população.

PALAVRAS-CHAVE: Tentativa de Suicídio; Epidemiologia; Atendimento de Emergência; Medicina de Emergência.

ANALYSIS OF ATTEMPTED SUICIDE IN MUNICIPALITY OF BOM DESPACHO, MINAS GERAIS

ABSTRACT: The study aimed to evaluate the attempted suicide in assisted users in the Emergency Service in municipality of Bom Despacho, Minas Gerais, in 2008. This is an exploratory-descriptive study of quantitative approach. The sample consisted of 89 medical records in 2008 with diagnosis of attempted suicide. We used a structured questionnaire for data collection. Data analysis was carried out using descriptive statistics. The survey was conducted in January 2009. Of the total cases investigated, most were female 67% belonging to age group 21-40 years (53,9%). Regarding the method of suicide, higher prevalence of cases of poisoning (86,5%). 74,2% progressed to discharged. The results helped to understand the profile of attendance for attempted suicide in order to support the planning policies to control and effective prevention to reducing the impact of this grievance in the population.

KEYWORDS: Suicide, attempted; Epidemiology; Emergency Medical Services; Emergency Emergency.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Universidade Presidente Antônio Carlos. E-mail: valsi76@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Universidade Presidente Antônio Carlos. E-mail: silcoutho21@yahoo.com.br

³ Enfermeiro. Coordenador de Epidemiologia de Januária, Minas Gerais. E-mail: tl_andrade@yahoo.com.br
Submissão: 08/11/2010 . Aprovação: 20/12/2010

INTRODUÇÃO

As causas externas englobam um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais e as causas intencionais. Entre as causas intencionais, encontram-se o suicídio e suas tentativas (SÁ *et al.*, 2010).

A tentativa de autoextermínio representa a tentativa de resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (KAPLAN *et al.*, 2002). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é o ato humano de causar a cessação da própria vida (SÁ *et al.*, 2010).

Devido à sua complexidade, o autoextermínio tem sido objeto de estudo nas diversas áreas científicas (MENEGHEL; VICTORIA; FARIA; CARVALHO; FALK, 2004). Esse fenômeno vem ganhando impulso em termos numéricos e de impacto na população mundial. Projeções da OMS (2003) apontam que no ano de 2020 mais de um milhão e meio de pessoas morrerão por autoextermínio no mundo.

Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por autoextermínio vem migrando em participação percentual do grupo dos idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 44 anos). Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o autoextermínio está entre as três maiores causas de morte. Em indivíduos entre 15 e 44 anos, a tentativa de autoextermínio é a sexta causa de incapacitação. Para cada autoextermínio, há em média cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem intensas consequências emocionais, sociais e econômicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, as taxas de autoextermínio (3,5 a 4,6 por 100.000 habitantes por ano) são baixas, principalmente quando comparadas às de alguns países europeus que atingem 40 por 100.000 habitantes por ano (BRASIL, 2004). Contudo, em números absolutos de autoextermínio, por tratar-se de um país populoso, o Brasil está entre os 10 países com maior número de mortes (BARROS *et al.*, 2004; WANG *et al.*, 2004; MELLO-SANTOS *et al.*, 2005).

Em alguns grupos populacionais, como o de jovens em grandes cidades, o de indígenas no Centro-Oeste e do Norte e entre lavradores do interior do Rio Grande do Sul, os valores aproximam-se aos de países do leste europeu e Escandinávia (BRASIL, 2004; BOTEGA, 2007).

As principais informações existentes na literatura sobre as diferenças entre os sexos quanto ao comportamento de autoextermínio são as seguintes: o sexo feminino predomina nas tentativas de autoextermínio, porém, uma maior proporção do sexo masculino consuma o ato. Em relação aos dados nacionais, não existem estudos sobre as diferenças entre os sexos especificamente quanto ao comportamento de autoextermínio, mas já se observou uma clara diferença, que é vista em praticamente todo o Ocidente, em que predominam as tentativas de autoextermínio entre o sexo feminino e a consumação do ato entre o sexo masculino (STEFANELLO, 2007).

Sendo a tentativa de autoextermínio uma ocorrência constante nas Urgências e Emergências com grande relevância, nota-se uma real necessidade de conhecer o perfil dos usuários que passam por essas intercorrências. O presente estudo teve por objetivo analisar as tentativas de autoextermínio no município de Bom Despacho, Minas Gerais, no ano de 2008.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, tendo como principal foco traçar o perfil das tentativas de autoextermínio no município de Bom Despacho em 2008.

A amostra foi constituída de 89 usuários atendidos no Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Bom Despacho em 2008 com diagnóstico de tentativa de autoextermínio. Os dados coletados foram provenientes da ficha de atendimento do usuário. A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2009. Para tanto, foi utilizado formulário semiestruturado, no qual foram abordadas as seguintes variáveis: sexo, idade, método utilizado e evolução do caso (alta, internação, transferência e evasão).

A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva. Foram empregados recursos estatísticos, como porcentagem e cálculo da razão entre os óbitos masculinos e femininos para a comparação entre os sexos. Os dados foram analisados através do software Microsoft Excel 2003.

Para a realização da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos, de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de casos atendidos no Pronto Atendimento Municipal de Bom Despacho no ano de 2008, 67% das vítimas eram do sexo feminino (Figura 1). A análise da razão de sexo apontou que as mulheres tentaram duas vezes mais autoextermínio que os homens (2,1:1). Segundo Minayo (2005), as mulheres apresentam maior frequência de comportamento de autoextermínio sem desfecho fatal. Contudo, evidências apontam que os homens cometem mais autoextermínio que as mulheres (FEKETE *et al.*, 2005; FLEISHMANN *et al.*, 2005; STEFANELLO, 2007). Tal fenômeno é chamado de paradoxo do gênero. Ainda não se sabe exatamente o porquê disso. Para Hawton (2000), uma das hipóteses que tenta explicar esse paradoxo é a da letalidade, segundo a qual os homens usariam métodos mais violentos do que as mulheres, principalmente armas de fogo, portanto morreriam mais. Essa afirmativa sofre críticas, principalmente por vir frequentemente associada a uma visão de que as mulheres seriam menos capazes, inaptas física e cognitivamente (CANETTO; SAKINOVSKY, 1998; MURPHY, 1998).

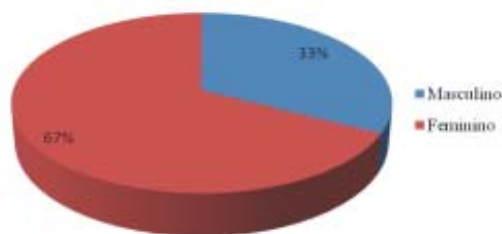


Figura 1- Distribuição percentual dos casos de tentativa de autoextermínio, segundo sexo, atendidos no Pronto Atendimento de Bom Despacho, Minas Gerais, 2008.

Especula-se que as altas taxas de comportamento de autoextermínio entre as mulheres estariam relacionadas à depressão e o seu tratamento atenuaria a gravidade das tentativas de autoextermínio, portanto, preveniria o ato. Já entre os homens, as taxas de abuso e dependência de álcool são maiores e eles buscariam menos tratamento quando comparados com o sexo feminino (SUOMINEN; ISOMETSA; MARTUNNEN; OSTAMO; LONNQVIST, 2004). No sexo masculino, as situações empregatícia, econômica e política exercem maior influência do que no sexo feminino. Abuso sexual, principalmente na infância e entre o sexo feminino, está fortemente associado à tentativa de autoextermínio. Atitudes agressivas e antissociais predominam entre os homens com comportamento de autoextermínio. Há maior prevalência de depressão nas mulheres e de abuso de álcool nos homens que manifestam comportamento de autoextermínio. Há um predomínio, no sexo masculino, de métodos mais violentos nas tentativas e consumação do ato (STEFANELLO, 2007).

Foi observado que a faixa etária mais frequente no estudo foi a de 21 a 40 anos com o percentual de 53,9% (Figura 2). Os adultos jovens têm apresentado cada vez mais comportamentos de autoextermínio em relação a outros grupos etários, colocando-os em maior risco para óbito. Estudo realizado sobre tentativas de suicídio em Itabira, segundo faixa etária, no período de 1996 a 2001, apontou que quase 65% delas ocorreram na população jovem com menos de 30 anos de idade (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007). Em termos globais, a mortalidade por autoextermínio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Além disso, a faixa etária de 20 a 40 anos inclui parte da população economicamente ativa no país, o que mostra o impacto das tentativas de suicídio na sociedade. Estudo de Almeida *et al.* (2009) realçou a faixa etária de 15 a 34 anos como a mais frequente entre indivíduos que obtiveram diagnóstico de tentativa de suicídio.

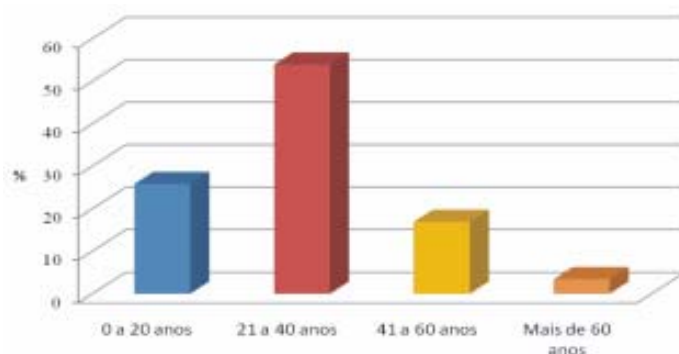


Figura 2- Distribuição percentual dos casos de tentativa de autoextermínio, segundo faixa etária, atendidos no Pronto Atendimento de Bom Despacho, Minas Gerais, 2008.

De acordo com a Figura 3, observa-se que na maioria das tentativas de autoextermínio dos usuários atendidos no PAM, o método usado foi envenenamento (86,5%). Esse achado se assemelha ao estudo nacional conduzido por Sá *et al.* (2010), no qual se verificou os atendimentos desses agravos em serviços de emergência no ano de 2007. Considerando todo o universo de intoxicações, das leves às graves, as mais comuns são causadas por medicamentos, principalmente os ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos e anticonvulsivantes. A escolha do método também se associa à acessibilidade. Por exemplo, no meio rural chinês a maioria dos autoextermínios ocorre por autoenvenenamento com pesticidas (CHENG; LEE, 2000).

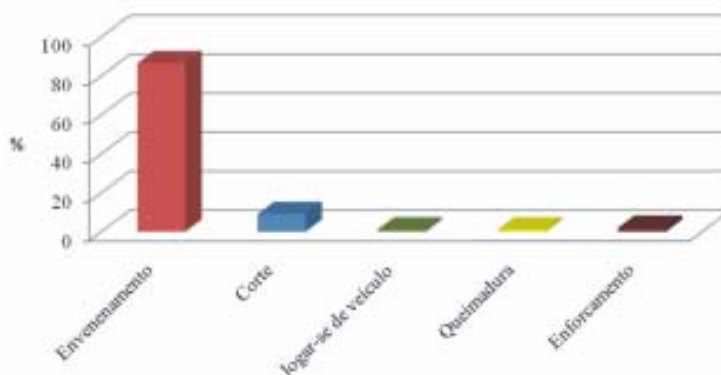


Figura 3- Frequência dos casos de tentativa de autoextermínio, segundo método de lesão atendidos no Pronto Atendimento de Bom Despacho, Minas Gerais, 2008.

Segundo Rios (2005), apesar do grande número de casos registrados, a taxa de letalidade é aparentemente baixa. Contudo, a morbidade é elevada, o que vem reacender a necessidade de vigilância, orientação e educação permanente de profissionais da saúde aos clientes do sistema de saúde brasileiro para modificar essas mórbidas estatísticas, através da promoção à saúde. Os profissionais de Saúde devem usar e multiplicar os dizeres de Paracelsus, “Todo medicamento é veneno, é a dose que diferencia o veneno do remédio”.

A Figura 4 apresenta a evolução das vítimas atendidas no Pronto Atendimento de Bom Despacho. Foi observado que 74,2% dos usuários receberam alta nas primeiras vinte quatro horas após o atendimento. Apesar de boa parte dos casos evoluírem com alta, há que se ressaltar a magnitude de complicações, como hipotensão, arritmias cardíacas e depressão respiratória, o que indica maior risco de óbito. Situações como essas são preditivas, em alguns casos, para internações em unidades de terapia intensiva. Os procedimentos empregados na assistência aos casos de autoextermínio geram custos onerosos ao sistema de saúde, além de muitos dos usuários, que passam pela experiência várias vezes, se tornarem incapazes de exercer suas funções profissionais e acabarem sobrecarregando a Previdência Social (LEÓN; BARROS, 2003).

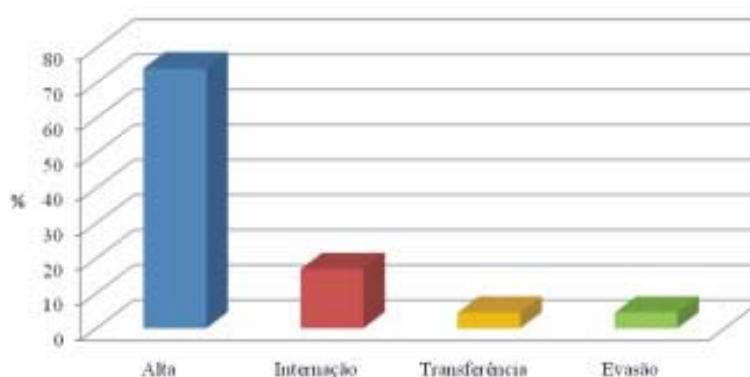


Figura 4- Distribuição dos casos de tentativa de autoextermínio, segundo evolução do caso, atendidos no Pronto Atendimento de Bom Despacho, Minas Gerais, 2008.

Nesse contexto, destaca-se a importância das equipes de urgência e emergência atuantes e capacitadas para atuar em tais intercorrências de forma que possam manter um

elo efetivo de referência e contrarreferência com a Estratégia Saúde da Família e os Centros de Saúde Psicossocial (CAPS). Foi analisado que 86% dos usuários com diagnóstico de tentativa de autoextermínio foram encaminhados para o CAPS existente em Bom Despacho em 2008. Contudo, raros foram os acompanhamentos pelos serviços de contrarreferência na Atenção Primária, o que revela falhas no processo de assistência aos grupos mais suscetíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil das vítimas de tentativas de autoextermínio em Bom Despacho revela a dimensão desse tipo de agravo externo, fazendo-se presente na juventude e no adulto jovem. Nesse sentido, pontua-se a necessidade de discutir sobre o tema, utilizando-se de estratégias educativas que possibilitem a valorização da vida, o resgate da autoestima e de perspectivas para a população que se tem mostrado vulnerável à prática suicida. Contudo, entende-se que a violência autoinfligida é um assunto social de grande relevância para a saúde pública e necessita ser encarada no planejamento das ações do SUS em todos os níveis de gestão.

É fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados no sentido de diagnosticar, notificar e codificar a causa básica desse agravo. Além disso, realizar o monitoramento de fatores desencadeantes que podem favorecer novos casos de tentativas de autoextermínio. Ressalta-se ainda a necessidade de se discutir acerca de programas, tratamento e prevenção para os grupos mais vulneráveis ao comportamento de autoextermínio, que podem ser detectados e acompanhados pelos programas de Saúde da Família, mas necessitam também de atenção profissional especializada.

Por fim, busca-se aqui analisar situações de especificidade envolvendo o comportamento de autoextermínio. Ao compreendê-las, pode-se avançar no conhecimento e colaborar para aumentar a qualidade de vida e, sobretudo, da gestão do setor saúde. Tal fato ainda demanda maiores investigações para que se estabeleçam possíveis mecanismos causais e estratégias de prevenção. À medida que se avança na sua compreensão, mais medidas de prevenção podem ser desenvolvidas e adotadas.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas do artigo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.A.; GUEDES, P.M.M.; NOGUEIRA, J.A.; ALMEIDA J.; FRANÇA, U.M.; SILVA, A.C.O. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. *Rev Eletron Enferm.* v. 11 n. 2, p. 383-9, 2009.

BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, H.B.; MÁRIN-LÉON L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. (Editores). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre (RS): Artmed Editora, 2004.

BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 29, n. 1, p.7-8, mar. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Base de dados de mortalidade. In: DATASUS, editor. *Brasil: Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Ministério da Saúde, 2004.

CANETTO, S.S.; SAKINOFSKY, I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* v. 28 n. 1, p. 1-23, 1998.

CHENG, A.T.A.; LEE, C-S. Suicide in Asia and the Far East. In: HAWTON, K.; HEERIGEN, K.V. (Editores). *Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons. p. 29-48, 2000.

FEKETE, S.; VOROS, V.; OSVATH, P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J.* v. 46, n. 2, p. 288-93, 2005.

FLEISCHMANN, A.; BERTOLOTE, J.M.; DE LEO, D.; BOTEGA, N.; PHILLIPS, M.; SISASK, M.; *et al.* Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med.* v. 35, n. 10, p. 1467-74, 2005.

HAWTON, K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* n. 177, p. 484-5, 2000.

LEÓN, M.L.; BARROS M.B.A. Mortes por Suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista eletrônica de Saúde Pública.* v. 37, n. 3, p. 357-63, 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acessado em: 19 de setembro de 2008.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y.P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* v. 27, n. 2, p. 131-4, 2005.

MENEGHEL, S.N.; VICTORIA, C.G.; FARIA, N.M.X.; CARVALHO, L.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública.* v. 38, n. 6, p. 804-10, 2004.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: Brasil. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Anexo VII. Brasília: Ministério da Saúde, p. 206-34, 2005.

NARDI, A. E. *Questões Atuais sobre depressão*. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2006.

MURPHY, G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry.* v. 39, n. 4, p. 165-75, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington: OPAS, 2003.

RIOS, D.P. *et al.* Tentativa de suicídio com uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. *Revista eletrônica de Farmácia*, v. 2, 2005. Disponível em: www.farmacia.ufg.br. Acessado em: 18 de setembro de 2008.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. O Suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acessado em: 16 de setembro de 2008.

STEFANELLO, Sabrina. *Tentativas de suicídio atendidas no Hospital das Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos*. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: São Paulo, Unicamp, 2007.

SUOMINEN, K.; ISOMETSA, E.; MARTUNNEN, M.; OSTAMO, A.; LONNQVIST, J. Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychol Med*.v. 34, n. 2, p. 313-21, 2004.

WANG, Y.P.; MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J.M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO A.; TENG, C.T.; WANG, Y.P.(Editores). *Suicídio estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS DE PROFESSORES DE ESCOLAS PÚBLICAS

Ludmila Mourão Xavier Gomes¹; Christiano Almeida Santos²; Marta Raquel Mendes
Vieira³; Thiago Luis de Andrade Barbosa⁴.

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento sobre noções básicas de primeiros socorros dos professores de uma escola pública estadual do município de Turmalina, Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os docentes da referida escola. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado. A maior parte dos entrevistados foi do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos e tempo de serviço na escola em estudo superior a 20 anos. Foi constatado o desconhecimento sobre as práticas de primeiros socorros por parte dos professores e o fato de que estes, em sua maioria, já passaram por situações escolares que necessitassem do atendimento imediato. A ocorrência mais comum no cenário em estudo foram as fraturas, e foi verificado um grande interesse dos profissionais pesquisados em serem capacitados a desenvolverem os procedimentos básicos em primeiros socorros. Conclui-se a necessidade da capacitação de pessoas leigas para desenvolverem os primeiros socorros no ambiente escolar.

PALAVRAS-CHAVE: Primeiros socorros; Avaliação; Conhecimento; Professores.

ANALYSIS OF KNOWLEDGE ABOUT FIRST AID OF PUBLIC SCHOOL TEACHERS

ABSTRACT: The purpose of this study was to assess the knowledge about basic first aid for teachers of a public school in the city of Tourmaline, Minas Gerais. This is a descriptive research with quantitative approach. The research subjects were the teachers of this school. To collect data, we used a structured questionnaire. Most respondents were female, aged between 40 and 49 years and time of service in the studied school was more than 20 years. It was found ignorance about the practices of first aid by teachers and the fact that they, at most, have gone through the school situations that needed immediate attention. The more common occurrence in the school setting were fractures, and found a great interest of the respondents in being able to develop the basics of first aid. It is the necessity of training for lay people to develop first aid at school.

KEYWORDS: First aid; Evaluation; Knowledge; Teachers.

¹ Enfermeira. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Enfermagem. Avenida Francisco Caetani, nº 673, Major Prates, Montes Claros, MG, Braisl. CEP: 39403-202. Telefone: (038) 91234425 / 32143247. E-mail: ludyxavier@yahoo.com.br.

² Enfermeiro. Universidade Estadual de Montes Claros, MG. E-mail: christiopath@ yahoo.com.br

³ Enfermeira. Universidade Estadual de Montes Claros, MG. E-mail: martaraquelmendes@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros, MG. E-mail: tl_andrade@yahoo.com.br

A educação vem sendo entendida como um processo de humanização que se dá ao longo de toda a vida, de modos diferentes, ocorrendo em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola, entre outros. Além de um processo infinito, que acontece em múltiplos espaços e diferentes situações da vida, compreende-se que a educação está ligada à aquisição e articulação do conhecimento popular e científico, entendida como uma reorganização, incorporação e criação do conhecimento. A educação e a saúde são práticas sociais que sempre estiveram articuladas, tendência que tem sido retomada nas últimas décadas como parte do trabalho do profissional da saúde e do educador (RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007).

A educação combinada com a saúde proporciona um vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe. São pessoas, cidadãos potencialmente capazes de compartilhar um conjunto de valores éticos, que levem em conta os ideais de bem-estar comum, de justiça e de necessidade de praticar ações úteis e produtivas (BRASIL, 2004).

As práticas de educação em saúde são de grande relevância na prevenção de doenças e promoção de saúde, pois a detenção do conhecimento possibilita uma maior argumentação crítica e, conseqüentemente, sensibiliza as pessoas a desenvolverem medidas benéficas para a saúde. Dessa forma, um maior conhecimento na área da saúde é de suma importância para todos, o que implica em aprendizagem dos vários segmentos das ações da saúde, entre eles as de noções básicas de primeiros socorros que se apresentam como premissa à prevenção de maiores agravos e até mesmo o salvamento de vidas.

Silva e Sá (2007) relatam que as práticas educativas que visem à divulgação de primeiros socorros são de grande relevância, já que apresentam como finalidade o ensinamento de pequenas ações de salvar vidas, de evitar sequelas maiores e de simplesmente ser solidário.

A importância dos primeiros socorros reside no fato de que, apesar da grande maioria dos acidentes poderem ser evitados, quando eles ocorrem, alguns conhecimentos simples podem diminuir o sofrimento, evitar complicações futuras e até mesmo salvar vidas. Mas, do mesmo modo, um atendimento de emergência mal feito pode comprometer ainda mais a saúde da vítima (MANCINI; ROSENBAUM; FERRO, 2002).

É extremamente importante que a população em geral seja estimulada a aprender técnicas de primeiros socorros, pois os acidentes podem acontecer a todos e o atendimento correto e rápido pode salvar uma vida ou pelo menos minimizar a dor de sequelas no futuro (SILVA; SÁ, 2007).

A inserção das noções básicas de primeiros socorros para professores já é realidade em algumas regiões do nosso país, a exemplo da cidade de Santos, no Estado de São Paulo que, pelo Decreto n.º 4.241 de 17 de maio de 2004, professores da rede pública recebem semestralmente noções de primeiros socorros (SANTOS, 2001). No âmbito nacional, já existe o projeto de lei n.º 6211 de 2005, de autoria do Deputado Carlos Nader, analisado pela Comissão de Seguridade Social e família, que dispõe sobre a obrigatoriedade de aulas de primeiros socorros a cada seis meses para alunos nas escolas de ensino médio e fundamental em todo território nacional (BRASIL, 2005). Esses acontecimentos ou relatos permitem dizer que o atendimento pré-hospitalar está adquirindo um reconhecimento cada vez maior de sua importância no nosso país, principalmente pelo fato de os acidentes e violências configurarem um alto índice de morbidade e mortalidade, fundamentando-se, assim, a necessidade cada vez mais premente de implantação de pesquisas e projetos que visem

à capacitação de leigos sobre noções básicas de primeiros socorros.

A prestação de socorro, além de ser um dever moral, é um dever legal, e a sua recusa é crime de omissão de socorro. Nota-se que, na grande maioria das vezes, o primeiro atendimento é realizado pela população leiga que se encontra perto da vítima ou no local do acidente. O atendimento realizado por pessoas não capacitadas a prestar os primeiros socorros pode, em vez de ajudar, causar prejuízo às vítimas. Todavia, não se deve dispensar uma atitude de quem está presenciando a ocorrência sob pena de perder um tempo importante para a atuação com sucesso do serviço especializado (MANCINI; ROSENBAUM; FERRO, 2002).

O presente estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento dos professores de uma escola pública estadual sobre noções básicas de primeiros socorros.

METODOLOGIA

Estudo de caráter exploratório-descritivo realizado em uma escola pública estadual, localizada no município de Turmalina, Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa foram a totalidade dos professores da escola (95,7%) que consentiram em participar do presente estudo.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos próprios pesquisadores, mediante leitura e análise prévia da literatura. O instrumento é composto de questões fechadas de múltipla escolha dispostas em escala de likert (concordo totalmente, concordo, sem opinião, discordo, discordo totalmente) que permitem analisar desde o conhecimento dos professores sobre noções básicas de primeiros socorros até as situações de emergência ocorridas no ambiente escolar. Para a validação de conteúdo, o instrumento de coleta de dados foi apreciado por três juízes especialistas na área quanto à presença ou ausência dos critérios de abrangência, objetividade e pertinência. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com a descrição do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados foi feita mediante a estatística descritiva.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes e aprovado pelo Parecer Consubstanciado – nº 1071/2008.

RESULTADOS

Na análise dos dados, verificou-se que 81,8% são do sexo feminino e 18,2% do sexo masculino. Ressalta-se que 38,6% tinham de 20 a 39 anos de idade e 47,7% de 40 a 49 anos de idade. No que diz respeito ao tempo de docência desses professores, observou-se que 11,4% trabalham há menos de um ano, 22,7% de 1 a 5 anos, 11,4% de 6 a 10 anos e 34,1% trabalham há mais de 20 anos nessa escola.

Em relação ao preparo dos professores de escolas públicas para desenvolverem procedimentos básicos de primeiros socorros, 2,3% concordam totalmente, 9,1% concordam, 11,4% não manifestaram opinião, 61,3% discordam, 15,9% discordam totalmente.

Considerando-se a responsabilidade e o preparo do docente e da direção da escola na prestação de socorro no ambiente escolar, em período de aula, para orientar e prestar o atendimento inicial, 36,6% concordaram totalmente, 45,5% concordaram, 6,8% não manifestaram opinião, 9,1% discordaram e 2,3% discordaram totalmente.

Com relação à capacitação de professores de escolas públicas sobre noções básicas de primeiros socorros, como forma de amenizar agravos decorrentes de acidentes escolares, 81,8% dos professores responderam não possuir conhecimentos quaisquer sobre

primeiros socorros e 18,2% informaram apresentar conhecimentos relacionados ao primeiro atendimento a uma vítima. Além disso, do total de informantes que não apresentam conhecimentos em primeiros socorros, 50,0% já passaram por situações de emergências no ambiente escolar e necessitariam de noções básicas de primeiros socorros (Tabela 1).

Em relação à fonte de conhecimento em primeiros socorros, 37,5% responderam ter adquirido tal conhecimento por meio de treinamentos realizados por profissionais de saúde habilitados em situações emergenciais; 25% através de leitura de periódicos sobre o assunto e 37,5% pela observação cotidiana de fatos que necessitavam de atendimento imediato. Entretanto, não se pode afirmar que os professores que responderam ter algum conhecimento em primeiros socorros estejam preparados para realizar o primeiro atendimento a uma pessoa portadora de mal súbito ou vítima de acidente, já que 62,5% desses professores não foram treinados por profissionais de saúde capacitados em situações de emergência.

TABELA 1

Análise do conhecimento de primeiros socorros relacionado a situações de emergência no ambiente escolar. Turmalina, Minas Gerais, 2008.

		Você tem algum conhecimento sobre primeiros socorros?		
		Não	Sim	Total
Você já passou por situações escolares que necessitavam de conhecimento de primeiros socorros?	Não	14	1	15
	%	31,8%	2,3%	34,1%
	Sim	22	7	29
	%	50,0%	15,9%	65,9%
Total	%	81,8%	18,2%	100,0%

Do total de docentes que vivenciou situações escolares que necessitavam de primeiros socorros no ambiente escolar, cerca de 62,1% já passaram por essas situações mais de duas vezes (Figura 1). Dentre os professores que vivenciaram tais casos, 41,3% foram capazes de realizar os primeiros socorros e 58,7% passaram por tal situação, contudo, não foram capazes de realizar os primeiros socorros.

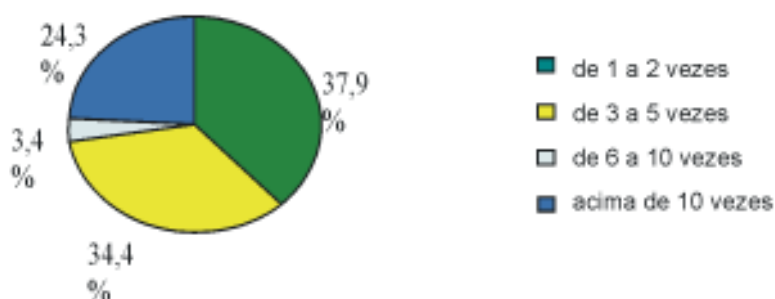


Figura 1- Distribuição da frequência das situações de primeiros socorros vivenciadas pelos docentes de uma escola pública municipal.

Em relação às ocorrências mais comuns na instituição, descritas pelos sujeitos da pesquisa (Figura 2), as mais frequentes foram as fraturas (29,5%) e desmaios (20,4%).

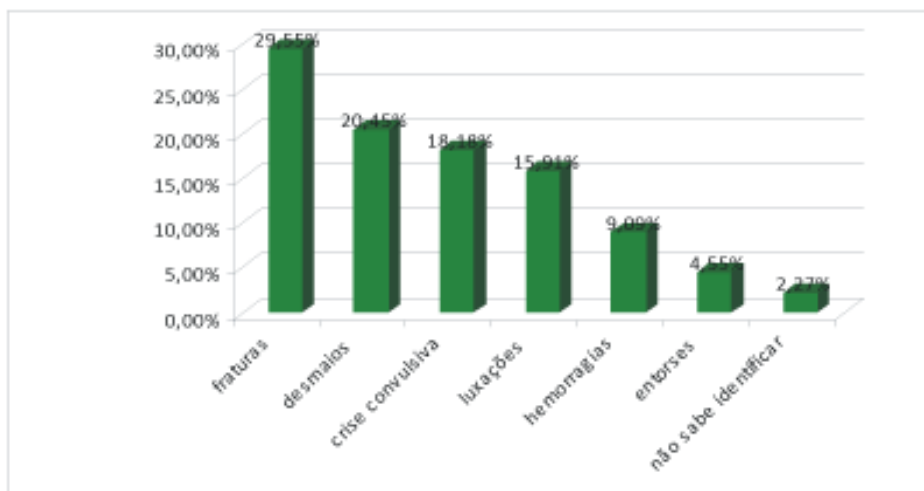


Figura 2 – Ocorrências mais comuns que necessitam do primeiro atendimento, descritas pelos docentes da escola pública.

Acerca da importância da capacitação em primeiros socorros, constatou-se que 90,9% dos professores participantes responderam que a capacitação seria importante e necessária, pois os ajudaria em situações emergenciais. Apenas 9,1% responderam que seria importante a capacitação, contudo, não seria necessária, já que há profissionais habilitados e disponíveis para esse tipo de atendimento.

DISCUSSÃO

Em ocasiões de emergência, saber avaliar a vítima e realizar um atendimento precoce permite um aumento da sobrevivência e uma redução na ocorrência de sequelas. É, então, fundamental a participação da população leiga no reconhecimento e início de intervenções em situações de emergência (FERREIRA e GARCIA, 2001; CANESIN *et al*, 2001).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) no Brasil, em parceria com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), Instituto Paulo Montenegro e Editora Moderna, lançou uma pesquisa que apresenta um retrato atual dos professores brasileiros do Ensino Fundamental e Médio, de escolas públicas e privadas, nas 27 unidades da Federação. O estudo revela que 81,5% dos professores são mulheres e 18,5% são homens, com idade média de 38 anos (MEC/INEP, 2003). Nesse contexto, foi possível perceber a aproximação desses dados com os coletados para o estudo em questão, o que revela uma semelhança do perfil de professores de escolas públicas, mesmo em regiões distintas do Brasil.

É importante destacar que os docentes apontaram a necessidade da capacitação sobre noções básicas de primeiros socorros para as situações de emergência. Aliado a isso, uma vez capacitado, o professor tem o poder de influenciar o seu aluno em nível de conduta, em caso de uma emergência, devido ao seu vínculo afetivo diário com ele. (SENA, 2006). O educador é a pessoa mais adequada na escola para identificar situações de risco

no sentido de prevenir a ocorrência de acidentes escolares, constituindo-se também a primeira pessoa a ter contato com o aluno acidentado e a formar uma opinião sobre os fatores relacionados ao acidente. No entanto, existe um receio muito grande do educador em ações que, para ele, são de responsabilidade médica, mesmo em casos nos quais os primeiros socorros poderiam ser cruciais à sobrevivência da criança. Isso demonstra que a responsabilidade e a preparação da escola, voltada para o atendimento emergencial, são parciais. Assim, observa-se a inexistência de um preparo para atendimentos dos professores nos quais não é possível aguardar o socorro hospitalar, quando é necessária a intervenção em minutos (SENA, 2006).

Liberal (2005) descreve em seus estudos que as crianças e adolescentes tendem a passar aproximadamente um terço do dia na escola ou no caminho em direção a esta. Com isso, a segurança no espaço escolar, no que tange ao ambiente físico, emocional e psicológico, é objeto de constante preocupação de responsáveis, professores e direção da escola. Assim como a sociedade, o papel da escola vem mudando drasticamente nos últimos anos, ultrapassando a sua função acadêmica e passando a agregar a socialização, formação do caráter, comportamento e cidadania. Para isso, é importante que todos os seus atores estejam preparados para lidar com a multiplicidade de questões que envolvem a criança e o adolescente numa sociedade que os torna tão vulneráveis.

A importância do período escolar para a abordagem da saúde na perspectiva de sua promoção, por intermédio do desenvolvimento de ações para a prevenção de agravos e para o fortalecimento dos fatores de proteção, é destacada também pelo Ministério da Saúde (2002). Este interpreta a escola como possuidora de função social e política voltada à transformação da sociedade e ao exercício da cidadania, o que justifica o desenvolvimento de ações de proteção à saúde, voltadas para a comunidade escolar. Segre e Júnior (2001), baseados no Estatuto da Criança e do Adolescente, reafirmam a visão que a maioria dos sujeitos da pesquisa tem com relação à prestação de socorro no ambiente escolar como sendo de responsabilidade da direção e do responsável pela criança no período de aula. Além disso, a maior parte dos docentes afirma que compete à direção da escola indicar os servidores a serem treinados no atendimento inicial do acidente, bem como o acompanhamento da evolução do caso e comunicar aos pais ou responsáveis pela criança a ocorrência, o mais rápido possível.

A baixa capacitação de professores de escolas públicas sobre noções básicas de primeiros socorros retrata um despreparo da maioria desses profissionais para atuarem como socorristas em casos de acidentes escolares. De acordo com Silva e Sá (2007), isso poderia ser devido à inexistência no Brasil de uma Política Pública de Saúde vinculada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) que estabeleça a exigência de um treinamento formal e a formação em estratégias preventivas, incluindo primeiros socorros, para situações emergenciais dos profissionais ligados à educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto questionado pelo estudo permitiu perceber relevante desconhecimento por parte dos professores acerca de noções básicas de primeiros socorros. Diante dessa informação, espera-se que este estudo venha fortalecer as ações de pesquisa que se propõem a desenvolver práticas de educação popular. Isso possibilitará reflexões sobre a necessidade de inclusão permanente em escolas de treinamento para professores em noções básicas de primeiros socorros, marcando um avanço na educação regional e

apoiando as ações de saúde, especialmente as ações de atendimento de urgência e emergência.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Christiano de Almeida Santos e Ludmila Mourão Xavier Gomes participaram de todas as etapas. Thiago Luis de Andrade Barbosa e Marta Raquel Mendes Vieira participaram da análise e interpretação dos resultados, elaboração do artigo e revisão crítica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde. 299p., 2004.

BRASIL. PROJETO DE LEI Nº 6.211, DE 2005. *Comissão de seguridade social e família*. Autoria do Deputado Carlos Nader. Senado, 2005. Disponível em <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/409436.pdf> > Acesso em: 17 de agosto de 2007.

CANESIN, M.F.; CARDOSO, L.T.Q.; SOARES, A.E.; MORETTI, M.A.; TIMERMAN S.; RAMIRES, J.A.F.. Campanhas públicas de ressuscitação cardiopulmonar: uma necessidade real. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. v. 11, n. 2, p. 512-8, 2001.

FERREIRA, A.V.S.; GARCIA, E. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v.11, p. 214-225, 2001.

LIBERAL, E. F. *et al*. Escola segura. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v.8, n. 5, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?> > Acesso em: 25 de outubro de 2008.

MANCINI, B.H.; ROSENBAUM, J.L.; FERRO, M.A.C.. *Organização de um serviço de primeiros socorros em uma empresa*. Campo Grande-MS, 49p., 2002.

MEC/INEP. *Microdados SAEB/2003*. Brasília: INEP, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A promoção da saúde no contexto escolar: Informes Técnicos Institucionais. Projeto Promoção da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública*. v. 36, p. 533-5, 2002.

RODRÍGUEZ, C.A.; KOLLING, M.G.; MESQUIDA, P.. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Revista Brasileira Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 01 de setembro de 2007.

SANTOS, Governo de. *Decreto N.º 4.241 DE 17 de Maio de 2004*. Regulamenta a LEI N.º 1.971, de 24 de Outubro de 2001. Dispõe Sobre as Políticas públicas

de combate a incêndio nos estabelecimentos de ensino da rede oficial do município. Disponível em: <<https://www.egov.santos.sp.gov.br/legis/document/?view=1423>> Acesso em: 29 de agosto de 2009.

SENA, S.P.. *A representação social dos acidentes escolares por educadores em escolas de 1ª a 4ª série do ensino fundamental*, Belo Horizonte. 2006. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente]. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, C. F. DA. ; SÁ, A. L. A. *Jovens Alunos Conhecem Primeiros Socorros?* Santos: Publi Saúde Ltda, 2007. Disponível em: < <http://www.publisaude.com.br/portal/artigos/enfermagem/jovens-alunos-conhecem-primeiros-socorros.html>>. Acesso em: 23 de abril de 2009.

PRÁTICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Samyra Mara Coelho Caxito¹, Cristiane Renata Brandão Nascimento²,
Enio Thalles Batista de Faria³

RESUMO: As Práticas Alternativas/Complementares (PA/C) são importantes na área da saúde, tanto na manutenção, quanto no tratamento de doenças, trazendo resultados eficazes, sem efeitos colaterais, além de estarem regulamentadas em lei, como exercício da enfermagem. O objetivo foi identificar se os profissionais enfermeiros conhecem as PA/C, se são utilizadas e quais são empregadas na população da Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Montes Claros-MG. Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Os sujeitos foram 52 enfermeiros dos PSF, da zona urbana de Montes Claros. Para a análise dos dados utilizou-se um questionário estruturado. A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Através dos resultados, verificamos que os entrevistados conhecem as PA/C; porém estas não são aplicadas nos grupos operativos dos PSF. Muitos não as tiveram como disciplina na graduação; desconhecendo às leis regulamentadoras. A televisão foi a principal fonte de informação. Finalmente, os participantes reconheceram melhorias proporcionadas pelas PA/C, a importância de sua implantação nas ESF e a capacitação da enfermagem. Recomenda-se, então, a capacitação dos enfermeiros em relação as PA/C, pois oferecem baixo custo e ausência de efeitos colaterais; servindo para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Programa Saúde da Família; Enfermagem

ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES: KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PRIMARY CARE NURSES HEALTH

ABSTRACT: Alternative/Complementary practices (PA/C) are important in the area of health, both in maintenance, as, in the treatment of diseases; bringing effective results without side effects, besides, they are regulated by law as an exercise of nursing. The goal was to identify whether the professional nurses know about PA/C, as well as, if they are used and which are employed in the population of family health Program (PSF) of the city of Montes Claros-MG. descriptive, Exploratory Study with quantitative approach. The subjects were 52 nurses of PSF, the urban area of Montes Claros. For analysis of the data used a structured questionnaire. Research has adoption of the uninove Committee of ethics in research. Through the results show that respondents know the PA/C; However these are not applied in operating groups of PSF. Many not have undergraduate discipline; where regulatory laws. Television was the primary source of information. Finally, participants recognized improvements offered by PA/

¹ Acadêmica do 7º Período do curso de Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros – MG, Brasil. E-mail: samyracaxito@yahoo.com.br

² Acadêmica do 7º Período do curso de Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros – MG, Brasil. E-mail: ccristianerenata19@yahoo.com.br

³ Orientador. Fisioterapeuta. Mestre em Engenharia Biomédica. Professor das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: thallesfisio@yahoo.com.br

Submissão: 15/12/2010 . Aprovação: 20/01/2011

C, its importance in PSF deployment and training of nursing. It is recommended, then, the training of nurses in the PA/C because offer low-cost and absence of side effects; serving for prevention, promotion and recovery of health.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Family Health Program; Nursing.

INTRODUÇÃO

No final do século XIX, surge a visão holística do ser, descrita por Capra (1982), em que o universo deixa de ser categorizado como um montante de peças soltas e passa a ser um todo dinâmico, cujas partes estão interrelacionadas. Com isso, os profissionais da área da saúde passam a enxergar os seres humanos não mais apenas como máquinas, conforme descrevem Barbosa *et al.* (2001), e sim, como fluidos de energia que se interrelacionam e se influenciam reciprocamente. Para Silva (1999), a ideia de que o processo saúde-doença não deve ser tratado de forma isolada, pois esse estado pode ser considerado um estado contínuo, em que a saúde deixa de ser um estado de total bem-estar; passando a ser resultado de mudanças e/ou desafios ambientais enfrentados pelo organismo.

A partir da década de 80, segundo Gerber (1988), foi lançada, na medicina tradicional, uma linha de raciocínio na qual o funcionamento do corpo está constituído de diversos sistemas energéticos, que se influenciam reciprocamente e que nossos pensamentos e emoções podem afetar a nossa fisiologia orgânica, podendo obter, através de terapias simples, excelentes agentes de cura bastante eficazes. Baseando nisso, as Práticas Alternativas/Complementares (PA/C) podem e devem ser consideradas eficazes, podendo ser definidas, na visão de Souza (2000), como sendo um amplo domínio de recursos de cura englobando todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas, além de suas teorias e crenças acompanhantes, com o simples intuito de prevenir ou tratar as doenças ou, apenas, promover a saúde e bem-estar.

Nos tempos atuais, essas práticas vêm crescendo e se tornando de grande importância, tanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando e cobrando que seus Estados-Membros façam o uso da Medicina tradicional ou Medicina Complementar/Alternativa, a fim de que possam ser implantadas no sistema de saúde de forma integrada. Essas práticas possuem um campo de sistema médico complexo e de grandes recursos terapêuticos, em que abordam e impulsionam mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, por intermédio de tecnologias seguras e eficazes. Elas são voltadas para o acolhimento, o desenvolvimento da aproximação terapêutica, a integração dos seres com o ambiente e a sociedade, além de possuir uma visão ampliada do processo saúde-doença e promoção do cuidado humanizado (BRASIL, 2006).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 971, implantando diretrizes e responsabilidades para a implantação e implementação das ações e serviços das PA/C com abrangência nacional (BRASIL, 2006); passando, também, a serem recomendadas com ênfase na atenção básica, como nova alternativa para a promoção, manutenção e recuperação da saúde; sendo regulamentadas pela Resolução do COFEN 290/2004, que informa: "Art. 1º - Fixar como Especialidades de Enfermagem, de competência do Enfermeiro, as abaixo nominadas: Terapias Naturais/Tradicionais e Complementares/Não Convencionais."

E a Resolução COFEN 197/97, que também afirma a implantação das PA/C

como um procedimento da atenção em enfermagem, como se segue: “Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.”

Em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, demonstrada no estudo de Paranaguá (2009), em 4.050 municípios, (72%) deles contam com as PA/C na atenção primária e (30%) possuem ato normativo ou lei que regulamenta a instauração delas. É nítido que o gerenciamento dos Programas Saúde da Família (PSF), em nosso país, é feito, basicamente, pelo profissional Enfermeiro, tendo como pilares a equipe de enfermagem e, de suporte, as demais profissões atuantes nesse meio. Por isso, para efetuar com êxito as estratégias do acesso e uso correto dessas práticas, é necessário realizar um diagnóstico situacional de cada população, e nada melhor do que aquele que está intimamente vinculado à clientela, que no caso é o profissional enfermeiro e sua equipe (PARANAGUÁ, 2009). Com isso, acreditamos que as PA/C implantadas e realizadas na atenção primária diminuiriam, conseqüentemente e em grande porcentagem, os problemas específicos de cada uma determinada população; visto que o profissional enfermeiro, nos dias de hoje, possui bases legais para o conhecimento teórico-prático acerca das PA/C; gerando, assim, melhoria de convivência e qualidade de vida para toda a população, além de diminuir a demanda de pessoas para níveis terciários de atenção com problemas que poderiam ser solucionados nos PSF. Nessa perspectiva o objetivo deste estudo é verificar se os profissionais enfermeiros que trabalham no PSF de Montes Claros – MG possuem conhecimento e aplicam as técnicas denominadas Práticas Alternativas/Complementares junto a sua clientela.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Práticas Alternativas ou complementares na Saúde

As Práticas Alternativas/Complementares vem crescendo muito nos últimos anos, como ressaltava Barros (2007), indo em sentido contrário do atual modelo biomédico; com o intuito de prevenir e tratar doenças, promover saúde e bem-estar. O real interesse em formular e implementar políticas públicas para o uso e aplicação de PA/C no âmbito da saúde, começou na década de 80, de acordo com Brasil (2006), quando a Organização Mundial da Saúde se compromete a incentivar seus Estados-Membros a aderirem à ideia, tanto para o sistema de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de pesquisas científicas.

No Brasil a legitimação e institucionalização dessa nova prática iniciaram-se na década de 80, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, a partir dessa época, começava a descentralização do poder da saúde, quando os municípios, aos poucos, tornavam-se autônomos e possuíam maior liberdade nas suas definições de políticas e ações em saúde, conforme suas necessidades, podendo, então, implantar medidas pioneiras na época; além da participação popular, em que a voz do povo passava a ser ouvida (BRASIL, 2006).

Em levantamento feito por Brasil (2006), constatou-se que algumas dessas práticas são contempladas em 26 estados; sendo 19 capitais e 232 municípios. A região com maior índice foi a Sudeste e, principalmente, no contexto dos PSF. Através desse e outros dados, é bastante perceptível a busca da população por tratamentos que façam o uso das práticas alternativas/complementares no âmbito da saúde, em nível nacional e mundial. Conforme Paranaguá (2009), dessa forma, pode haver interferência diretamente e/ou indiretamente no processo saúde-doença. Isso porque as limitações impostas pelo paradigma

newtoniano-cartesiano, conseqüentemente, levaram à reflexão e mudança do conceito mecanicista para o conceito holístico, convergindo, assim, para as PA/C. Além disso, Trovo (2002) cita que esse aumento está relacionado, também, a outros fatores, como preço elevado da assistência médica; preço elevado de alguns medicamentos; precariedade da assistência nos serviços públicos de saúde; isso devido às práticas serem tão, ou até mais, eficazes que os procedimentos medicamentosos e não causarem efeitos colaterais.

As PA/C possuem a preocupação com as diferenças individuais de cada ser, conforme Barbosa *et al.* (2001), além de evidenciarem o enfoque global da mente, corpo, comportamento e meio ambiente. Já para Nogueira (1984), as buscas vêm crescendo cada vez mais entre os profissionais de saúde, isso porque, estes estão passando a conscientizar-se sobre os riscos causados pelo exagerado consumo de medicamentos industrializados, além de vivenciarem uma possível reação de frustração e desencantamento com a ciência ortodoxa.

O Profissional Enfermeiro e as Práticas Alternativas/Complementares

As PA/C e a enfermagem possuem uma identidade similar, segundo Barros (2007), seu uso já é descrito desde a época de Florence Nightingale, no cuidado aos seus pacientes; ou seja, naquela época, ela tratava seus pacientes como um ser sistêmico e dinâmico, como é afirmado por Dobrachinski (2008), em que o ser era influenciado a todo instante pelo ambiente. Anos depois, esse cuidado diferenciado do ser, por Florence, veio a ser explicado nas teorias de Myra E. Levine (Teoria Holística) e Martha Rogers (Teoria do Modelo Conceitual do Homem), em que ambas reafirmam que o homem é um ser sistêmico, dinâmico, tendo sua saúde, constantemente, interferida e mudada, de acordo com o ambiente em que está inserido. A enfermagem tem como obrigações profissionais a de procurar manter o estado de saúde do ser, integrado, e também a harmonia deste com o ambiente e, quando já houver um problema instalado, procurar reconhecer essas interferências e solucioná-las. Segundo Capra (1982), a enfermagem é altamente qualificada e potencialmente preparada para prestar uma abordagem holística no âmbito assistencial, podendo aplicá-la no sistema atual de saúde.

Estudos realizados no Canadá, conforme Trovo (2002), demonstraram que alunos do último ano de graduação do curso de Enfermagem são os que mais fazem uso das PA/C, correspondendo a (44,7%); já no Brasil, a adesão e procura por essas práticas vem, cada vez mais, aumentando. De acordo com Paranaguá (2009) e Trovo (2002), as técnicas mais utilizadas são a homeopatia, florais, acupuntura, fitoterapia, chás medicinais e massagem; tanto para finalidades estéticas, quanto para tratamento de diversas doenças, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras.

Na atualidade, dentro do contexto dos PSF, a enfermagem vem exercendo um papel importante, encontrando-se em contato direto e íntimo com a população. Possui, assim, a oportunidade de educar e esclarecer quanto aos pontos positivos e negativos dessas práticas; além de possuir regulamentação em lei que aprova a realização dessas práticas. Por isso, para Paranaguá (2009), a inserção dessas PA/C na atenção básica exigiria capacitação dos profissionais a respeito destas, além de fazê-los compreender, respeitar e apoiar a singularidade de cada ser, propiciando uma relação mais humana, voltada para a visão holística do ser.

De acordo com Paranaguá (2009) e na visão das pesquisadoras, acredita-se que o uso das práticas alternativas, na atenção primária, poderá trazer grandes benefícios à

população, relacionadas ao melhoramento de sua qualidade de vida e na recuperação rápida e eficaz do processo doença. Isso porque, seu custo financeiro é bastante baixo e estão regulamentadas nas ações de promoção da saúde, demonstrando e reforçando, assim, a importância e relevância desta pesquisa. Além de incentivar o subsídio de ações educativas aos profissionais que querem atuar nesse novo modelo assistencial, que está cada vez mais se inserindo no âmbito da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo-descritivo que apresenta características específicas de determinada população além de uma abordagem exploratória, com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e/ou opiniões, procurando demonstrar a real situação de determinado fato (GIL, 2006).

Este estudo foi realizado nos Programas Saúde da Família (PSF), da zona urbana da cidade de Montes Claros. A cidade conta com aproximadamente 350 mil habitantes, com grande polo industrial e universitário. Possui, atualmente, 52 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), distribuídas em pontos estratégicos, composta por uma equipe multidisciplinar.

O público alvo da pesquisa foram 52 profissionais enfermeiros que trabalham nos PSF da zona urbana de Montes Claros, visto que as PA/C fazem parte do exercício desse profissional, sendo legalmente reconhecidas. O questionário foi entregue em uma reunião mensal, no mês de outubro, na Secretaria de Saúde de Montes Claros. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, elaborado pelas próprias pesquisadoras, no qual continha as informações: tempo de profissão, sexo, conhecimento e aplicabilidade das PA/C.

Esta pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), pelo protocolo nº 0261/10. Todos os participantes assinaram, por livre e espontânea vontade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que concordaram com a realização da pesquisa, tendo suas identidades mantidas em sigilo profissional. Além disso, houve o Termo de Concorrência da Instituição (TCI), assinado pelo responsável da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, como forma de autorização para a realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos profissionais enfermeiros, nos PSF de Montes Claros, demonstrou maioria feminina, correspondendo a um percentual de 94,3%, enquanto o percentual masculino foi de 5,7%, confirmado através dos estudos de Nuñez (2003) e Trovo (2002), em que afirmam em seus achados que a enfermagem, ainda, é uma profissão predominantemente feminina. A faixa etária prevalente dos participantes foi de 28 a 30 anos de idade, com uma média de tempo de serviço de, aproximadamente, quatro anos.

O percentual de profissionais enfermeiros que conhecem cientificamente as PA/C corresponde a 85,7% (Tabela 1), sendo reafirmado pelos estudos de Nuñez (2003) e Dobrachinski (2008). Além disso, conforme Paranaguá (2009), está ocorrendo uma procura significativa dessas práticas não apenas pela população, mas, também, pelos profissionais de enfermagem.

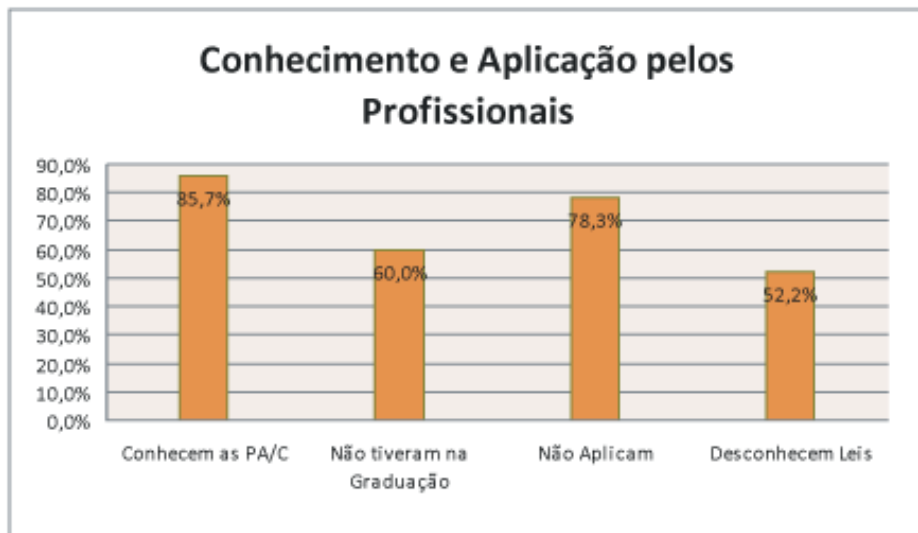


Figura 1: Conhecimento e aplicação das PA/C pelos enfermeiros dos Programas Saúde da Família. Montes Claros, Minas Gerais, 2010.

Durante a graduação, 60% dos profissionais enfermeiros, não tiveram na estrutura curricular da faculdade alguma disciplina relacionadas às PA/C (Figura 1), em contradição com Dobrachinski (2008) que afirma, em sua pesquisa, que o conhecimento aprendido sobre as PA/C ocorreu no ambiente acadêmico. Atualmente, o tema é humanização, ou seja, estar em contato direto com o paciente de forma humana. Essa é uma das principais características das PA/C, pois, o ser é visto como um todo dinâmico, com influências externas e internas, que afetam diretamente e/ou indiretamente seu equilíbrio (NUÑEZ, 2003). Além disso, é um método eficaz, sem qualquer efeito colateral e de baixo custo, conforme afirma Paranaguá (2009). Contudo, o fato de ser regulamentada em lei como uma prática da profissão de enfermagem, sua aplicação pode proporcionar melhoras na qualidade de vida da clientela, influenciando, então, na diminuição da superlotação nos níveis terciários de saúde (BARBOSA *et al.*, 2001).

Outro ponto discutido foi que 88,6% dos participantes julgaram importante a capacitação dos profissionais enfermeiros em relação às PA/C; já 82,6% reconhecem as melhorias que elas proporcionam no tratamento e/ou manutenção da saúde e, apenas 78,2% consideraram importante e/ou necessário a implantação das Práticas Alternativas/Complementares nos PSF, entretanto, 52,2% desconhecem as leis que regulamentam essas práticas, estando os resultados encontrados de acordo com os estudos de Nuñez (2003) e Dobrachinski (2008). Dessa forma, a implantação das PA/C nos PSF torna-se difícil, pois os enfermeiros desconhecem que as PA/C fazem parte de uma política pública com abrangência nacional (BRASIL, 2006).

As PA/C trazem benefícios ao seio familiar, proporcionando um maior vínculo entre pais e filhos, além de aproximar profissionais e população. Elas podem ser trabalhadas em diversos grupos, porém, 78,3% dos profissionais não aplicam as PA/C em nenhum grupo, reafirmando os estudos de Nuñez (2003) e Dobrachinski (2008). Já o restante dos profissionais que aplicam essas práticas alternativas, correspondendo a um percentual de, aproximadamente, 22%, demonstrou que o grupo mais trabalhado é o infantil (crianças) 21,7%, seguido, por RN 17,4%, adultos 13%, gestantes/idosos/doentes crônicos 8,7% e mães adolescentes 4,3%.

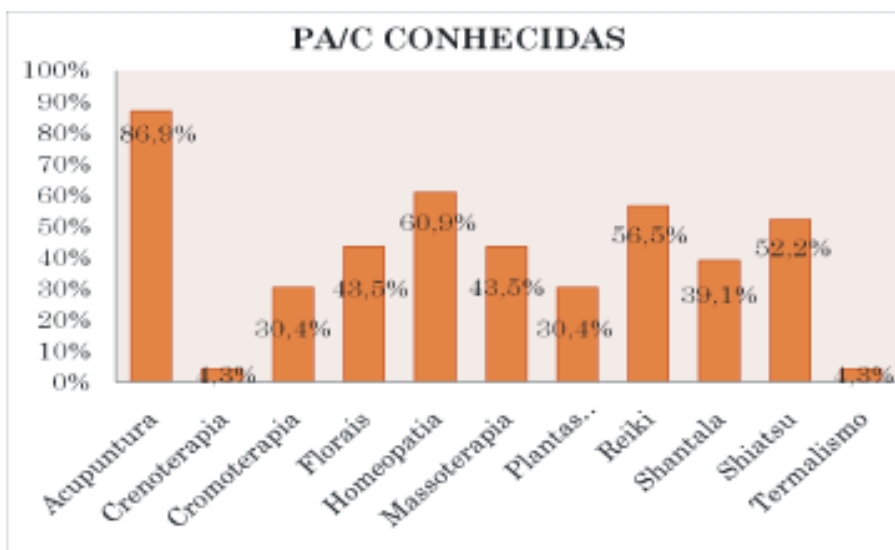


Figura 2: Relação das PA/C mais citadas e conhecidas pelos enfermeiros dos Programas Saúde da Família. Montes Claros, Minas Gerais, 2010.

Verificou-se que muitos dos profissionais conheceram um pouco mais dessas práticas por outros meios além da graduação; sendo a televisão a principal divulgadora das PA/C, correspondendo a 56,5%, seguida de livros 47,8%; internet 43,5%; amigos 34,8%; ambiente de serviço 30,4%; jornais 17,4% e curso técnico 4,3%. Entretanto, Dobrachinski (2008) demonstra em seus achados que a principal divulgadora das PA/C, em primeiro lugar, foram os livros; e a televisão, em segundo lugar. Já as práticas mais conhecidas, a principal destacada foi a acupuntura 86,9%; seguida por homeopatia 60,9%; reiki com 56,5%; shiatsu 52,2%; florais e massoterapia 43,5%; shantala 39,1%; plantas medicinais e cromoterapia com 30,4% e termalismo social/crenoterapia 4,3% (Figura 2). Porém, nos estudos de Nuñez (2003) e Souza (2000), as práticas alternativas mais destacadas foram, em ordem decrescente, a fitoterapia, seguida por nutrição e terapias físicas.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e os dados coletados, chegou-se à conclusão de que os profissionais enfermeiros, mesmo conhecendo as Práticas Alternativas/ Complementares e suas ações positivas na manutenção e recuperação da saúde, além de estar regulamentada em lei, não as aplicam nos grupos da atenção primária; privando, então, a população de uma segunda alternativa para seu tratamento. Entretanto, percebe-se, também, que grande parte desses profissionais desconhece qualquer lei que regulamente essas práticas, deixando clara a falta de capacitação adequada destes, tanto na graduação quanto na educação continuada dos serviços públicos, que têm como objetivos capacitar sempre seus profissionais.

A implantação das Práticas Alternativas/Complementares no âmbito do PSF se faz relevante e necessária, uma vez que a eficácia na prevenção, manutenção e recuperação da saúde é comprovada cientificamente, além de proporcionar uma forma fácil de ampliação das práticas no ato do cuidar e oferecer ao usuário um cuidado humanizado e em contato direto com o profissional enfermeiro. Em segundo lugar, desafogar níveis terciários de assuntos que podem ser resolvidos na atenção primária, reeducando, então, a população ao novo modelo de

assistência. Outro motivo é que as PA/C possuem baixo custo financeiro para os serviços públicos, ficando, assim, o orçamento municipal recebido do Estado exposto a uma melhor redistribuição. Logo, o objetivo principal seria o de providenciar melhorias no âmbito da saúde, levando-se em consideração a qualidade do serviço e a segurança na assistência prestada à clientela, conforme regem as políticas públicas de saúde do nosso país.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Autora Samyra Mara Coelho Caxito responsabilizou-se pela elaboração escrita, tabulação, análise/discussão dos dados do trabalho e conclusão; Autora Cristiane Renata Brandão Nascimento, responsabilizou-se pela coleta e tabulação dos dados; Autor Enio Thalles Batista de Faria responsabilizou-se por orientar as acadêmicas na formulação do trabalho, elaboração, análise/discussão, conclusão e correções necessárias.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M A.; FONSECA, A P M.; BACHION, M M.; SOUZA, J T.; FARIA, R M.; OLIVEIRA, L M A C.; ANDRAUS, L M S. Terapias alternativas de saúde x alopatia: tendências entre acadêmicos de medicina. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: <Março de 2010> OK

BARROS, NF; TOVEY, P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 28, n.2, p.207-214, 2007.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix. 1982.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN 197/97, de 19 de março de 1997*: estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7041§ionID=34>>. Acesso em: <Maio de 2010>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN 290/2004, de 24 de março de 2004*: fixa as especialidades da enfermagem Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4326>>. Acesso em: <Maio de 2010>.

DOBACHINSKI, Leandro. MAINERI, Marilissa. A representação social das terapias alternativas na visão dos graduandos de enfermagem da Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB. *Biblioteca Médica Virtual em Português [online]*. 2008. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/thesis/showTheses.cfm?ThesisCatid=14>>. Acesso em: <Abril de 2010>.

GERBER, R. *Medicina vibracional: uma medicina para o futuro*. São Paulo: Cultrix. 1988.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2006. 206 p.

GOVERNO FEDERAL (Br). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. 2006. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/>>. Acesso em: <Março de 2010>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). *Resolução nº 196/96*. Brasília, DF. Conselho Nacional da Saúde; 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 971 – *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*; DOU – seção 1; 04/05/2006.

NOGUEIRA, M.J.C. Recursos naturais nas práticas caseiras de cuidado a saúde - utilização pela enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177-186, 1984.

NUÑEZ, Helena M^a. F.; CIOSAK, Suely I. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito de administrativo 71 – Santo Amaro – SP*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 11-18, 2003.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SOUZA, Marcus Antônio de; SIQUEIRA, Karina Machado. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.75-80, 2009.

SILVA, MJP; GIMENES; OMPV. *Florais - uma alternativa saudável: pesquisas revelam tratamentos e resultados dessa terapia*. São Paulo: Gente, 1999, 306p.

SOUZA, V.T. *Enfermeiros que trabalham com terapias complementares: conhecendo sua prática*. 2000. Dissertação. Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; São Paulo (SP), 2000.

TROVO, MM; SILVA, MJP. Terapias Alternativas/Complementares – a visão do graduando de enfermagem. *Revista Esc. Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 75-79, 2002.

AS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL NO CAPS-TM EM MONTES CLAROS

Sileide Pereira Da Silva¹, Beatriz Lima Dos Santos²,
Cirlei Lopes dos Reis e Santos³, Juliana Lessa Lopes⁴

RESUMO: Este estudo teve como objetivo compreender as dificuldades enfrentadas por familiares que cuidam de portadores de transtorno mental, atendidos no CAPS TM e as relações estabelecidas por eles com o serviço de saúde mental da cidade de Montes Claros – MG. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo com os familiares usuários do serviço do CAPS TM. Foram entrevistados dez familiares de portadores de transtorno mental. A análise dos dados coletados nos revelou particularidades do cuidar e das relações entre doente mental e a família e as dificuldades decorrentes desse processo evidenciadas na fala do familiar cuidador onde o mesmo demonstra tristeza, angustia, sofrimento mental, incerteza e instabilidade financeira. Concluímos que o familiar cuidador exerce fundamental importância na inserção do ente querido que sofre de transtorno mental na sociedade e na consolidação da reformas dos serviços de Saúde mental no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Enfermagem, Psicologia, Relações Familiares.

DIFFICULTIES FACED BY FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER IN-CAPS TM CLEAR HILLS

ABSTRACT : This study try to understand the difficulties faced by family careers of the mentally ill treated in the CAPS TM and the relationships they have with the mental health service in the city of Montes Claros - MG. This was a qualitative descriptive in character with the relatives of service users CAPS TM. We interviewed ten family members of patients with mental disorders. Analysis of data collected proved to be of special care and the relationship between mental illness and family and the difficulties arising from this process highlighted in the speech of the caregiver where it shows sadness, anxiety, mental distress, uncertainty and financial instability. It is concluded that the caregiver plays a fundamental role in the insertion of a one who suffers from mental disorder in society and the consolidation of reforms of mental health services in Brazil. However it does need the guidance of family caregivers before they entered the loved one mentally ill in bed in the family.

KEYWORDS: Mental Health, Nursing, Psychology, Family Relations.

¹ Enfermeira. Pós Graduanda em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: sileide.vitoria@yahoo.com.br

² Enfermeira. Pós Graduanda em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: beatrizlseduarda@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Pós Graduanda em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: cirleilopes@oi.com.br

⁴ Mestre Em Ciências Da Educação – UFMG e Doutoranda Em Ciências Da Educação – Udelmar /Chile. julellopes@yahoo.com.br.

Submissão: 22/09/2010 . Aprovação: 20/01/2011

INTRODUÇÃO

A convivência com o doente mental não é fácil, eles são imprevisíveis, algumas vezes agressivos, se isolam ou mesmo não demonstram afeto. As alterações na vida e a sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores de paciente psiquiátricos vêm sendo investigadas desde a reforma psiquiátrica, na década de 50, quando o atendimento psiquiátrico comunitário foi implantado em diversos países (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009).

A Reforma Psiquiátrica teve como uma de suas propostas resgatar o portador de transtorno mental e reinseri-lo no seio familiar. Desta forma, percebe-se que ocorre uma grande transformação no tocante ao tratamento do paciente com transtorno mental. Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, ele agora deveria ser efetivamente inserido nesse grupo, a partir do qual poderia receber subsídios, atenção e cuidados necessários para uma vida plena e integrada na sociedade. Com esta mudança, surgem dificuldades, uma vez que os familiares não estavam preparados para enfrentar este novo desafio, que seria lidar com a loucura de forma tão próxima, e ainda ser parte imprescindível da reinserção social do portador de transtorno mental (BRASIL, 2005).

No entanto o que está ocorrendo é algo inovador, onde o doente mental é resgatado para o leito da família, entretanto esse embate é importante entre as propostas da Reforma Psiquiátrica e da inclusão ou manutenção do doente mental na família. Portanto o doente é entregue a família, sem o devido conhecimento de suas reais necessidades e condições em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de existência. (BRASIL, 2005).

A convivência com o paciente com transtorno psíquico é um fator desencadeante de estresse e desgaste físico/emocional para seus familiares, e isso dificulta ainda mais a aceitação e a adaptação do doente mental na sociedade. Diante de tal situação, cabe ao profissional de saúde mental oferecer o aporte necessário a esses cuidadores, trabalhando assim a questão da adaptação e estimulando a aceitação, reduzindo o índice de rejeição (SILVA, 2005).

Durante a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, as discussões sobre as dificuldades enfrentadas pela família do portador de transtorno mental não obtiveram destaque, uma vez que outras questões mais estruturais estavam em debates e demandavam respostas urgentes. Cinco anos depois, em 1992, na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, os familiares tiveram seu lugar, sua importância e representatividades asseguradas. Após amplos debates entre os diversos profissionais envolvidos nos cuidados com pacientes com transtorno mental foram feitas uma série de recomendações, entre elas destacamos a seguir: “[...] evitar culpabilizar o usuário e família, e promover o atendimento integrado da mesma inserida no contexto comunitário e social” (SILVA *et al.* 2008, p.1, 2).

Continuando essa trajetória a terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, destacou como fundamental a importância da família como aliada na nova forma de atenção a ser dada ao portador de transtorno mental, e nela buscar o suporte dos serviços de saúde através do cuidado familiar e dos enfrentamentos das crises (BRASIL, 2005).

Atualmente, devido às propostas de mudança da Reforma Psiquiátrica, está em funcionamento uma rede ampla e diferenciada de serviços substitutivos do modelo psiquiátrico tradicional. De maneira geral, eles se caracterizam pela utilização intensiva de um

conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas para manter o portador de transtorno mental na comunidade. Todavia, cabe pontuar que é uma vivência repleta de obstáculos, dificuldades, incertezas e sofrimentos tanto para o portador de transtorno mental quanto para os seus familiares e aqueles que estão em seu entorno (SILVA *et al.* 2008, p.2).

Este estudo lida com uma temática relevante e atual, e poderá contribuir para o conhecimento da realidade psicossocial dos grupos familiares pesquisados e da sua efetiva articulação com o serviço de saúde mental. Neste contexto, a partir do exposto, surgem os seguintes questionamentos: Quais são dificuldades enfrentadas pelos familiares que cuidam de portadores de transtorno mental, atendidos no CAPS TM e as relações estabelecidas por eles com o serviço de saúde mental? Quais são as relações do portador de transtorno mental na família e o serviço de saúde mental?

Este artigo está organizado por partes para melhor situar o leitor no contexto da temática pesquisada. O conhecimento produzido sobre esse assunto pretende trazer uma efetiva contribuição em termos sociais. Uma vez que seus resultados poderão esclarecer alguns aspectos desta delicada relação entre a família e o portador de transtorno mental. A primeira parte apresenta o Marco Teórico seguido na elaboração do trabalho, e dividido em três eixos norteadores: A família e a doença mental; As Funções e as Relações da Família Com o Portador do Transtorno Mental; As Dificuldades Enfrentadas Pelos Familiares De Portadores De Transtornos Mental, não apenas no sentido de esclarecer as reflexões que nos levaram à consolidação do tema estudado, mas também, no intuito de fornecer referências teóricas possibilitadoras de novas discussões. A segunda parte trata dos Procedimentos Metodológicos onde procuramos esclarecer as abordagens e as técnicas seguidas na elaboração do trabalho, consideradas de fundamental importância para a compreensão do modo como olhamos para nosso objeto de estudo e, conseqüentemente, das interpretações propostas. Apresentamos também a Análise dos Resultados, dos dados levantados junto aos familiares numa seqüência de momentos intimamente relacionados e que consideramos indissociáveis: a busca em compreender o contexto em que estava inserido e o perfil do familiar cuidador e a procura em levantar as principais dificuldades enfrentadas na relação com o portador de transtorno mental e os serviços de saúde mental oferecidos. Finalmente, a última parte traz as Considerações Finais onde relacionamos objetividade às deduções retiradas das respostas apresentadas pelo familiar cuidador, bem como as Referências Bibliográficas utilizadas no referencial teórico.

A Família e a Doença Mental

A doença mental é considerada uma falha na forma como o indivíduo se comporta e expressa seus sentimentos, pensamentos e ações. O portador de doença mental é classificado como um indivíduo diferente, que não vive dentro das regras que a sociedade impõe, ele é visto como um ser incapaz de realizar certas funções e ainda ameaçador para a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Segundo Monteiro e Barroso (2000) a família é formada por pessoas que convivem em determinado lugar, durante um espaço de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas ou não por laços de consangüinidade. Por tanto a família no contexto da modalidade de assistência psiquiátrica, terá que conviver/vivenciar junto ao seu familiar o seu ir-e-vir (do) hospital-dia, como forma de facilitar esse processo adaptativo de interação familiar. A partir das diversas concepções de família e de nossa própria vivência, entendemos família como

um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído por pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios (SIMIONATO; OLIVEIRA, 2003).

A família é fundamental na manutenção do doente mental fora da instituição psiquiátrica. Acredita-se que ela precisa ser preparada e apoiada antecipadamente por profissionais de saúde mental. É importante contar com a família no processo de reinserção, ajudá-la a encontrar caminhos para a resolução dos seus problemas e esclarecer suas dúvidas. (COLVERO *et al.*, 2004).

No Brasil investe-se muito pouco em trabalhos que preparem a família para a convivência com o doente mental (WAIDMAN *et al.*, 2002). Tudo isto porque “a doença não reside, isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros da família” (COLVERO *et al.*, 2004).

O familiar cuidador tem um papel muito importante na reinserção do ente querido no leito familiar e sociedade. Observa-se que, no Brasil a família do doente mental não recebe nenhum tipo de subsídio para encarar a sobrecarga emocional e financeira decorrente da convivência diária. Portanto a responsabilidade do cuidar faz com que a família mesmo sem preparação, receba o doente mental, ajuda a encontrar caminhos para resolução dos seus problemas e esclarecer suas dúvidas diante a tal realidade (WAIDAM *et al.*, 2002).

As Funções e as Relações da Família Com o Portador do Transtorno Mental

A família tem a função de garantir suas necessidades básicas, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-la aos serviços de saúde, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhe suporte social, arcar com seus gastos e superar dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar.

Diante das marcas de uma cultura globalizada inscrita no campo simbólico e na construção dos saberes sociais, identificamos a família enquanto um grupo que constitui um campo de relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiência existenciais. (COLVERO *et al.*, 2004, p.198).

Este grupo atravessa o tempo, passando por inúmeras transformações e críticas, sem afastar-se, ao menos em tese, da responsabilidade e das exigências dos papéis socialmente atribuídos a ela de procriar e criar filhos saudáveis e preparados para assumir o mercado profissional e a vida em coletividade. A necessidade do cuidado e/ou assistência da família ao doente mental é uma parte ou estratégia do tratamento, pois a família é vista como um apoio estrutural, onde o doente mental se sente seguro pela aproximação cotidiana dos seus entes queridos (GONÇALVES; SENA, 2001).

O relacionamento dificulta-se quando o ente familiar querido passa a fazer cobranças diversas à família, situação na qual muitas vezes está relacionada à confusão da própria mente, sendo consequências do transtorno mental. No entanto faz se necessário ressaltar que a família se encontra despreparada para reagir diante de tamanhas dificuldades, as quais são complexas para o leito familiar e muitas vezes essa responsabilidade chega até a adoecer a família. (GONÇALVES; SENA, 2001).

A responsabilidade do familiar cuidador é aumentada quando o ente querido entra em crise, chegando a afetar a sua convivência com o meio social e até a ser excluído por ser simplesmente um parente. Sendo assim é obrigado a deixar os seus planos de futuro para

dedicar aos cuidados com o mesmo, mas é importante ressaltar que o cuidador também tem o direito de cuidar da sua própria vida. (MONTEIRO; BARROSO *et al.*, 2000).

Dificuldades Enfrentadas Pelas Famílias no Tratamento do Portador de Transtorno Mental

A convivência familiar com o doente mental pode encontrar-se em um estado de complexidade em que alguns dos integrantes não conseguem interagir com o doente, o que é extremamente prejudicial para ele e toda sua família. A família ainda se apresenta aos serviços de saúde como informante, ou seja, leva as informações que acontecem com o doente mental e a partir daí, segue passivamente as orientações e prescrições oferecidas pelo tratamento. Os familiares que procuram ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais apresentam demandas das mais variadas. Dentre elas, podemos destacar: a dificuldade para lidar com as situações de crises vividas; os conflitos familiares emergentes; a culpa, o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados; o isolamento social a que fica sujeitos, as dificuldades materiais da vida cotidiana, a complexidade dos relacionamentos com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como o desconhecimento da doença propriamente dita. (MONTEIRO; BARROSO *et al.*, 2000).

Frente a este complexo cotidiano, acredita-se que as ações dirigidas à família de indivíduos portadores de transtorno mental devem estruturar-se de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/ profissional/serviço. Compreende-se o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado indispensado ao doente mental.

Segundo Silva *et al.* (2008), uma das principais dificuldades citadas pelo familiar – cuidador são os gastos financeiros, e a mudança na dinâmica familiar, pois com o doente em casa muitas vezes o orçamento não atende as necessidades previstas, tantas mudanças ocasionam uma sobrecarga na renda e no cotidiano familiar, englobando ainda desgaste físico, psicológico e emocional. Dessa forma, os serviços de saúde deveriam propiciar uma assistência integral e de qualidade ao doente e à sua família. Outra dificuldade enfrentada é a desesperança da cura ou controle da doença, ou até mesmo de um convívio saudável com o doente mental (SILVA *et al.*, 2008).

No exemplar de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a redução da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviço substitutivos de atenção à saúde mental, portanto, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental na sociedade. A questão crucial do portador de transtorno mental trata-se de buscar um espaço social para ser inserido na família e parti daí na cultura e sociedade. Sendo assim, a indagação sobre outro lugar para a loucura põe em debate outro pólo da questão: as dificuldades dos familiares cuidadores. O familiar cuidador tem como responsabilidade o cuidado com o ente querido portador de transtorno mental, mas é duvidoso se ele tem capacidade de cuidar do mesmo como deve ser cuidado, e muitas das vezes o familiar cuidador deixa de viver a sua própria vida pra cuidar do ente querido. (COLVERO *et al.* 2004, p. 198).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Adotou-se a pesquisa qualitativa que, de acordo com as autoras Marconi e Lakatos (2006) a metodologia qualitativa consiste em analisar e glosar aspectos mais profundos, propondo a complexidade do comportamento humano.

O presente estudo foi realizado na cidade de Montes Claros (MG), e a amostra foi composta por dez familiares-cuidadores de portadores de transtorno mental, usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-TM) que concordaram em participar da pesquisa, aceitando o convite de livre e espontânea vontade, e que foi oficializado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados, utilizou-se da entrevista semi-estruturada com o objetivo de compreender as dificuldades encontradas nas relações estabelecidas entre a família do doente mental e inclusão social do doente mental. Os dados foram coletados por meio de gravação em MP3 com o consentimento de todos os entrevistados e transcritos imediatamente após a sua realização para que nenhum detalhe se perdesse. Cada entrevista durou aproximadamente 40 minutos.

As entrevistas realizaram-se individualmente, no âmbito da instituição, com garantia do anonimato dos participantes. Para a análise dos dados utilizou-se da técnica de análise do conteúdo, que de acordo com Bardin (1977) pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos e qualitativos, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Esta técnica de pesquisa pode ser aplicada com múltiplos propósitos, desde que a investigação tenha como base o conteúdo da comunicação.

Através dessa técnica, busca-se inferir aspectos da cultura e mudança, valores, atitudes e sentimentos, sendo um instrumento particularmente útil em pesquisas sociais, educacionais, de cunho qualitativo, quando existe o interesse de se investigar determinados problema, a partir da própria expressão dos sujeitos, quer seja em dissertações, artigos, depoimentos, entrevistas, redações, diários pessoais, testes projetivos e assim por diante. (DUARTE; FURTADO 2000).

Para esta pesquisa, a categorização empregada foi a da análise temática, que determina uma das possibilidades de trabalho categorial e que consiste em descobrir os sentidos que compõem a comunicação e, cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo escolhido.

Assim, uma vez feitas às leituras das respostas dos participantes e identificadas às unidades de registro, completa Marconi e Lakatos (2007). O processo de análise dos dados qualitativos é complexo, envolvendo procedimentos e decisões que não se limitam a um conjunto de regras, pois o que existe são algumas indicações e sugestões calçadas nas próprias experiências dos pesquisadores e que servem como possíveis caminhos na determinação dos procedimentos de análise.

Vale salientar que essa pesquisa atendeu a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que traça as diretrizes e as normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da SOEBRAS – FUNORTE, em Montes Claros, Minas Gerais. Parecer número do protocolo 035/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração das descrições e das discussões, feitas a partir dos resultados recorrentes da coleta e análise dos dados de pesquisa, estão distribuídos em tópicos que procuram ser relacionados e integrados, em três eixos de discussão: descreve a relação do familiar-cuidador com o portador de transtorno mental; indica as dificuldades que a família enfrenta em relação aos cuidados com o portador de transtorno mental; contempla a visão

em relação ao CAPS TM no tratamento do portador de transtorno mental.

O primeiro eixo descreve relação familiar cuidador e o portador de transtorno mental. Nesta categoria agrupamos respostas em que o familiar define a sua relação no cotidiano com o ente familiar portador de transtorno mental. Essa relação é semelhante à que se estabelece com criança, sendo assim é observada em suas ações.

Eu sinto que... nós não damos certo. Muito contraditório entre nós, tem que ter paciência, eu ando sem paciência... Ela não me tem como mãe, nem sabe que sou mãe dela e ela tem que ficar sã... Não pode nem ficar dentro de casa... Mas eu, ela não gosta, ela manda sumi, e ai vai ficar só no papo, sinto umas tristeza que já tenho vergonha até. Por que ela num toma remédio em casa. Como que eu vou falar que ta tudo bem... Se ela não me ajuda... Não da E1.

Me relaciono bem... Ela alimenta direitinho, sabe do problema, lembra da consulta então não tenho muito problema. E 2.

É boa, eu tenho relação boa com ela... Boa de mexer, a única dificuldade dela é que ela não dorme. E3.

Tem hora que tá muito difícil de movimentar com ela, por que às vezes ela tá tão agressiva que nem os remédios ta dando jeito pra ela. ela toma os medicamentos direitinho mas nem isso tá dando jeito...agride a mãe dela. E4...

Ele é nervoso, me agride, me bate... Muito nervoso, se passar a hora de comer ele fica muito nervoso. E5.

Além dele me agredir com palavras do nada... É boa, a gente se dá super bem, brinca, ai do nada ele começa agredir todo mundo... Tem hora que ele fala que vai parar de tomar o remédio e fala que quer morrer. E6.

A família é muito relevante, e é responsável por tudo o que possa suceder a seus membros, inclusive pela participação ativa na inserção do portador de transtorno mental na sociedade, uma vez que atribuímos uma grande importância à família, sendo ela lugar obrigatório dos afetos, dos sentimentos e do amor, com isso ao lidar diretamente com os enfrentamentos gerados com os desafios de se relacionarem com portadores de transtorno mental surgem dificuldades de inúmera grandeza e complexidade.

O segundo eixo indica dificuldades que a família enfrenta em relação aos cuidados com o portador de transtorno mental. Aqui incluímos respostas que o familiar cuidador nos informou em relação às dificuldades que a família enfrenta no cuidar do ente querido portador de transtorno mental. Dificuldades tais como: não saber como lidar com as crises, surtos e até mesmo no cotidiano.

Observamos que isso se deve na maioria das vezes, por falta de conhecimento sobre a doença, despreparo psicológico e falta de recursos financeiros, alguns familiares chegaram a chorar no desabafo e ao mesmo tempo pediram ajuda e relataram não saber como agir diante de tamanha situação, outros disseram sentir baixa a sua auto-estima e sentem como se tivessem perdendo a sua própria identidade e vivendo uma vida que não é a sua própria.

Ele toma álcool, e não pode por causa dos medicamentos, fica nervoso, me agride, me bate... E as pessoas coloca ele pra trabalhar... Ai eu chego e eles fica rindo de mim. Eu não posso sair, minha vontade é de estudar... Mas não posso deixar ele sozinho porque não tem quem me ajuda... Quantas vezes eu passo noite sem dormi. Com ele eu me preocupo, em deixar ele só, agora

mesmo um pouco que sai pra lavar roupa aqui no quintal ele já tava com o fogão ligado. Eu preocupo com meu filho... Eu tenho medo de internar ele... Tenho medo de judiar dele lá. E7.

No terceiro e último eixo os entrevistados comentaram a visão deles em relação aos serviços oferecidos pelo CAPS TM no tratamento do portador de transtorno mental. Alguns dos entrevistados disseram que o atendimento é ruim, e que não tem um atendimento humanizado e que o serviço precisa melhorar.

O atendimento aqui é nota zero... Demora demais... Tem gente que não tem paciência de esperar... Aqui só tem dois enfermeiros... A médica não quer saber como eu estou só quer saber dela. Eu ligo pra cá pra para confirmar a consulta e eles não sabem passar informação... Falou assim; hoje não tem médico. É bom, aqui pego os remédios dela... Ela consulta e não tenho que me preocupar. E8.

Esse povo não entendi... Não respeita a minha dor. Às vezes... Eu chego aqui com fome com meu filho e eles ainda faz hora com minha cara....não sei o que fazer, não sei quem procurar. E5.

Eu moro longe do CAPS, e eles marca a consulta e eu chego lá e eles falam que não tem consulta.... Isso é uma falta de respeito. As pessoas de lá, não falo todas, más, não tem condição de trabalhar com a gente. E9.

A família se sente fragilizada com tanta responsabilidade, uma vez que a desinstitucionalização devolveu a responsabilidade do cuidar para a família. No entanto a família passa a ser responsável pelo doente mental e conseqüentemente pelos seus atos na sociedade, e essas atribuições são desgastantes para a família uma vez que a mesma não tem segurança em relação aos atos do ente querido e essas ações fazem com que o familiar cuidador deixe de viver a sua própria vida para cuidar do doente mental inserido no leito da família (MORENO, 2010).

A família carece ser estimulada a modificar sua forma de visualizar e cuidar do portador de transtorno mental, visando melhorar a convivência e permitir sua inserção no meio familiar. Os serviços de saúde mental têm um papel importante, devendo proporcionar à família espaços de trocas, possibilitando que sejam parceiros em uma nova forma de cuidado (MORENO, 2010, p.4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer uma ampla gama de situações relacionadas aos familiares de portadores de transtorno mental da cidade de Montes Claros MG, e acreditamos que esses dados podem contribuir para preparar a família antes de receber o ente portador de transtorno mental e juntamente com a qualidade da assistência ao binômio familiar cuidador. Podemos perceber nesta pesquisa que os familiares cuidadores responsabilizam-se por cuidados que antes pertenciam ao contexto hospitalar. Segundo relatos dos familiares a convivência se torna difícil por não haver um diálogo entre o doente portador de transtorno mental, embora a família tente aproximar do mesmo. Sendo assim, muitos familiares relataram que não sabem lidar com os problemas, uma vez que o comportamento do ente querido doente é variável.

A maioria dos entrevistados deixou claro que o mais difícil do cuidar, ou seja, o que interfere no relacionamento familiar e sociedade é o seu comportamento variável. Isto é

em vários aspectos, tal como o portador não consegue adotar os hábitos da família e consolidar com os seus.

Os familiares abordaram também a necessidade de serem ouvidos pelos profissionais da saúde, principalmente pelos profissionais médicos, telefonista e recepcionista. Segundo os familiares cuidadores os médicos não querem saber como o doente se comporta na família e sendo assim só quer ouvir o usuário com transtorno mental.

O familiar cuidador ainda relata que o CAPS TM tem pouco profissional enfermeiro e que se aumentassem o numero de profissionais seria uma ajuda muito grande na vida deles. Existe de fato uma necessidade imediata de mudanças e de busca de novas alternativas para com o atendimento, colocando em prática a equidade, integralidade e finalmente a universalidade. Dessa forma faz se necessário um atendimento mais humanizado voltado para a assistência a esses pacientes e seus familiares.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas do artigo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, E. *Análise do conteúdo*. São Paulo: Editora EPU, 1977.

BARROSO. S. M.; BANDEIRA. M.; NASCIMENTO. E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.9, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 26 janeiro 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, novembro de (2005). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 28 outubro 2009.

COLVERO, Luciana de Almeida. *et al.* Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.38 n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>. Acesso em: 12 outubro 2009.

DUARTE, Simone Viana; FURTADO, Maria Sueli Viana. *Manual para elaboração de monografia e projetos de pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Unimontes, 2000.

GONÇALVES. A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexões sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.9, n. 2, 2001, Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf. Acesso em: 29 set. 2009.

WAIDMAN, M. Angélica Pagliarini *et al.* Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela Enfermagem. *Revista ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v. 1, n. 1, p. 97-100, 1. sem. 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article>. Acesso em: 14 outubro 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria Lakatos. *Fundamentos de metodologia científica*. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2007. p.315.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia científica*. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2006. p. 305.

MONTEIRO, A.R.M.; BARROSO, M.G.T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – estudo de caso. *Rev. Latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 20-26, dez 2000. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=g_ogle&base=LILACS&la. Acesso em: 30 outubro 2009.

MORENO, Vania. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v.63, n.4 , Jul/Ago. 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em: 02 de jan. 2011.

SILVA, Viviane Aparecida *et al.* Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. *Revista Acadêmica Digital do grupo POLIS Educacional*. v. 04, n.5. 2008. Disponível em: www.seufuturonapratica.com.br/.../PDF/02_ART_Enfermagem.pdf . Acesso em: 04 setembro 2009.

SILVA, Jackeline Cristina Vianna da. As dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o doente mental. In: Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos-UNIFEOB , São João da Boa Vista/SP. 2005. *Anais...* São João da Boa Vista, 2005. Disponível em: www.vsp.br/slicunp/resumos/14siicusp/840.pdf. Acesso em: 15 dezembro 2010.

SIMIONATO, M. A,W, OLIVEIRA, G.O. Funções e transformações da família ao longo da história. In: I ENCONTRO DE PARANAENSE DE PSICOPEDAGOGIA – ppr, novembro/2003. *Anais...* Paraná, 2003. Disponível em: www.abpp.com.br/abppprnorte/artigos.htm. Acesso em: 04 de set. 2009.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Josilene Batista Cruz¹, Anna Gabrielle Fonseca Pereira²,
Renata Cristina Ribeiro Gonçalves³

RESUMO: Este estudo teve como objetivo descrever as variáveis epidemiológicas associadas ao câncer de mama em mulheres cadastradas no Centro Oncológico da Santa Casa de Montes Claros, no período entre 01 de julho de 2009 a 31 de dezembro de 2009. Foram coletados dados de 45 prontuários arquivados no SAME. Analisaram-se os dados através de uma abordagem estatística descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/FUNORTE com parecer nº 016/10. A população investigada apresentou, em média, 51,5 anos de idade; a maioria casada (47%), cor branca (51%), menarca entre 12 a 14 anos (39%), sem histórico de câncer de mama na família (85%), a própria paciente detectou o tumor (56%), o tipo mais frequente de tumor foi o carcinoma ductal infiltrante (71%), grau II (53%). O estudo mostrou ainda a necessidade de se realizar estudos similares a este com o intuito de caracterizar as mulheres afetadas pelo câncer de mama para melhorar a atenção à saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil epidemiológico; Mulheres; Neoplasia mamária.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH BREAST CANCER

ABSTRACT: This study aimed to describe the epidemiological variables associated to breast cancer in women enrolled at Centro Oncológico of Santa Casa of Montes Claros, from 2009-07-01 to 2009-12-31. Datas were collected from 45 promptuaries archived in the SAME. The datas analysis was made by a descriptive statistical approach. The study was approved by the CEP / FUNORTE with opinion nº 016/10. The study showed that the investigated population presented, on average, 51.1 years old; the majority is married (47%), white (51%), presents menarche between 12 to 14 years (39%), more than half (84%) do not have breast cancer historical on family, the tumor was detected by the own patient (56%), the type of tumor more often was the ductal carcinoma (71%), the stage more often was the rate II (53%), and the majority. The study also showed the need to conduct studies similar to this in order to characterize women affected by breast cancer to improve health care for women.

KEYWORDS: Epidemiological profile; Women; Breast neoplasm.

¹ Enfermeira graduada pelas Faculdades Santo Agostinho - Montes Claros, MG, Brasil. Email: josy_clara@yahoo.com.br

² Enfermeira graduada pelas Faculdades Santo Agostinho- Montes Claros, MG, Brasil. Email: annagabrielle@hotmail.com

³ Professora da disciplina de Enfermagem Oncológica das Faculdades Santo Agostinho- Montes Claros, MG, Brasil. Enfermeira Especialista em Enfermagem Oncológica pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica - SBEO. Email: recirri@gmail.com

Submissão: 20/09/2010 . Aprovação: 20/12/2010

A mortalidade por doenças crônico-degenerativas vem apresentando uma progressiva ascensão, destacando-se entre elas as neoplasias. Nas últimas décadas, o câncer tem se caracterizado como um problema de saúde pública em nível mundial (BRASIL, 2009). O Brasil segue as tendências mundiais da estimativa e mortalidade por câncer, e após a década de 60, com a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, o câncer e as doenças do aparelho circulatório começaram a ser as principais causas de morte (CAMPANA, 2007).

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, dito como maligno, que invade os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo e formar metástase. Assim, essa patologia é considerada degenerativa resultante de uma mutação genética, em que as células anormais manifestam uma tendência agressiva e incontrolável, dividindo-se mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta (SILVA, 2005).

Kligerman (2000) afirma que as neoplasias malignas merecem abordagem diferenciada, pelo aumento da sua prevalência, por utilizarem grande volume de recursos financeiros, por representarem importante ônus institucional e social e, ainda, por sua crescente importância como causa de adoecimento e de morte no país.

Em relação ao câncer de mama, sabe-se que se origina da alteração (genética e/ou epigenética) de uma única célula da estrutura glandular mamária. A subsequente progressão do tumor ocorre pelo acúmulo de alterações em genes reguladores do crescimento e diferenciação celular, que resulta na expansão clonal e seleção dessas células. Evidências indicam que células-tronco localizadas predominantemente nos ductos mamários pode ser o sítio de origem da neoplasia (BATISTON, 2003; OLIVEIRA *et. al*, 2009).

O câncer de mama é o tumor maligno mais comum entre as mulheres. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e apresenta altas taxas de mortalidade com 548 mil óbitos no ano de 2007. Em 1986, a mortalidade de mulheres era causada em primeiro lugar por doenças do aparelho circulatório e em segundo lugar por neoplasias. Pode-se, então, observar a mudança nas causas de morte em mulheres nos últimos 20 anos, já que atualmente a principal causa de morte é o câncer de mama (CAMPANA, 2007).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), o câncer de mama é considerado um grande problema de saúde pública causando custos sociais elevados e importantes consequências físicas e psíquicas nas mulheres acometidas (BATISTON, 2003; OLIVEIRA *et. al*, 2009; REYES, 2009). No Brasil, ele é responsável pelo surgimento de 22% de casos novos de câncer em mulheres, a cada ano. De acordo com o Ministério da Saúde, o número de casos esperados para 2010 é de 49.240, com um risco estimado de 49 casos para cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, sendo previsto 27.620 casos para o ano de 2010, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Para o Estado de Minas Gerais as estimativas são de 4.250 novos casos, sendo 950 apenas na cidade de Belo Horizonte. Mesmo considerado um tipo de câncer de bom prognóstico, as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil continuam elevadas, provavelmente devido ao diagnóstico tardio (BRASIL, 2009; INCA, 2009).

O diagnóstico de câncer de mama acarreta, muitas vezes, um efeito devastador na vida das mulheres, gerando medos, incertezas e distúrbios de autoimagem. O conhecimento do perfil dessas mulheres é, seguramente, de grande valia, pois obtemos um

conhecimento epidemiológico da referida patologia. E ainda pode auxiliar no controle da doença, revelando os fatores fisiopatológicos, os fatores de risco que podem ser modificados para impedir a progressão de tumor e principalmente identificar as mulheres de maior risco para o desenvolvimento da neoplasia, possibilitando assim um diagnóstico precoce e um tratamento adequado evitando maiores mutilações. O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, sobretudo pelas altas taxas de mortalidade e pela preocupação estigmatizante dos tratamentos invasivos. A sobrevida livre da doença e a sobrevida global são os principais parâmetros utilizados para avaliar os resultados do tratamento oncológico. Assim, apesar do aumento da sobrevida com este tipo de câncer e das dificuldades no diagnóstico precoce e no tratamento, melhorar a qualidade de vida constitui desafio para as mulheres com câncer de mama e para os profissionais de saúde (LEAL *et al.*, 2002; CAMPANA, 2007).

Os levantamentos iniciais apontam que a maioria das mulheres afetadas pela neoplasia maligna mamária encontram-se na faixa etária de 40 a 69 anos, pertencem ao grupo racial caucasóide, são casadas, baixa escolaridade, menarca precoce antes dos 12 anos de idade, nulíparas, usam anticoncepcionais orais, na maioria das vezes o tumor é detectado pela própria mulher, em estágio II e III, com predominância do carcinoma ductal (BATISTON, 2003; BATISTON *et al.*, 2009; MEDINA *et al.*, 2009; PEREA, 1999).

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo geral descrever as variáveis epidemiológicas associadas ao câncer de mama em mulheres cadastradas no Centro Oncológico Irmã Malvina da Santa Casa de Montes Claros, no período compreendido entre 01 de julho de 2009 a 31 de dezembro de 2009. Os objetivos específicos propuseram descrever o perfil das mulheres através de variáveis socioculturais e demográficas relativas à idade, raça, estado civil; identificar em mulheres as variáveis relacionadas à história reprodutiva e hormonal, como idade menarca, idade menopausa, identificar na população de mulheres estudadas algumas variáveis de natureza clínica relativas a antecedentes familiares das pacientes, modo de detecção da doença, tipo histológico do tumor e estadiamento clínico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, realizada junto aos prontuários de atendimento das clientes arquivados no SAME (Serviço Arquivo Médico Estatístico) do Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG, no período compreendido entre 01 de julho de 2009 a 31 de dezembro de 2009. Destaca-se que a Santa Casa de Montes Claros tem 138 anos de serviços prestados à saúde da população norte - mineira, se consolida como o maior Hospital da região, referência em serviços médicos de alta complexidade e para o serviço de Oncologia para o Norte de Minas e sul da Bahia.

Realizou-se uma pesquisa documental, a fim de levantar dados das fichas/prontuários de atendimento. Os dados foram coletados de maneira sistemática, elaborou-se um roteiro com questões objetivas e subjetivas previamente formuladas pelos pesquisadores responsáveis. Nesse roteiro, foram registradas as informações necessárias para a realização da pesquisa. Atenderam-se aos aspectos éticos e legais de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/96 do Ministério da Saúde que regem as normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi solicitada autorização para a Diretoria Geral do Hospital Santa Casa de Caridade de Montes Claros em concordância com a chefia clínica do setor de Oncologia desse hospital, através do Termo de Concordância, permitindo a

utilização dos dados do prontuário para a realização da pesquisa. Após a autorização, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE e foi aprovada com o parecer nº 016/10. Foi garantido o caráter confidencial das informações colhidas, que foram utilizadas apenas para fins científicos e não causaram nenhum tipo de prejuízo físico ou moral.

Foram analisados os prontuários médicos de 45 pacientes com diagnóstico de câncer de mama, cadastrados no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG no período de 01 de julho de 2009 a 31 de dezembro de 2009.

Para a avaliação geral das variáveis epidemiológicas, realizou a análise estatística descritiva. Os dados coletados foram expostos em tabelas e gráficos através do Microsoft Excel for Windows XP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada constituiu-se de 45 mulheres entre 20 e 90 anos, a maioria casada (47%), predominantemente de cor branca (51%), apresentaram menarca entre 12 a 14 anos (39%), multíparas (51%), mais da metade (84%) não tem histórico de câncer na família, o tumor foi detectado pela própria paciente (56%), o tipo de tumor mais frequente foi o carcinoma ductal infiltrante (71%), o estadiamento mais frequente foi o grau II (53%), e a maioria (44%) confirmou o diagnóstico em até seis meses depois da suspeita.

Em relação à idade, a Tabela 1 mostra que (36%) das mulheres tinham idade entre 41 a 50 anos. A média da idade das mulheres pesquisadas foi 51,5 anos. A menor idade é de 27 anos e a maior 86 anos. A faixa etária entre 45 e 65 anos é mais propensa a ter o câncer de mama. Segundo, Batiston (2003), após os 30 anos de idade, há um crescimento da incidência de câncer de mama em mulheres; a ocorrência mantém-se estável entre 45 e 50 anos e aumenta continuamente com o avançar da idade. Nessa faixa etária (a partir dos 40 anos), a mulher começa a vivenciar a sintomatologia do período climatério, devido à deficiência estrogênica nessa fase, muitas mulheres procuram cuidados médicos iniciando sua terapia de reposição hormonal, aumentando os riscos do desenvolvimento do câncer de mama. A literatura é consistente em afirmar que a grande maioria dos casos da doença é registrada entre os 45 e 55 anos de idade, dados encontrados também nestes estudos.

TABELA 1

Perfil das mulheres com câncer de mama atendidas no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG, segundo as variáveis sociodemográficas.

Variável	Frequência	Percentual
Idade		
20- 30 anos	2	4%
31- 40 anos	7	16%
41- 50 anos	16	36%
51- 60 anos	7	16%
61- 70 anos	9	20%
71- 80 anos	2	4%
81- 90 anos	2	4%
Estado civil		
Solteira	11	24%
Casada	21	47%
Viúva	5	11%
Divorciada	6	13%
Ignorado	2	4%
Raça		
Negra	4	9%
Branca	23	51%
Mestiço	16	36%
Ignorado	2	4%

A análise quanto ao estado civil, entre as mulheres estudadas, mostra que a maioria é casada (47%), (24%) solteira, (11%) viúva, (13%) divorciada. Segundo Campana (2007), a situação conjugal constitui fator importante para a mulher que vivencia o câncer de mama, pois o apoio recebido pelo companheiro e família ajuda na melhoria da sua qualidade de vida.

Ainda de acordo com a Tabela 1, no aspecto relativo à raça, encontrou-se que a maioria das mulheres é de cor branca (51%), negras (9%), mestiça (36%). Segundo Batiston (2003) e Campana (2007), as mulheres brancas são mais propensas a desenvolver o câncer de mama do que mulheres negras e mestiças. Embora as mulheres brancas sejam mais acometidas pela doença, as mulheres negras apresentam uma maior mortalidade por câncer de mama, indicando diferenças em seu prognóstico, quando comparadas as duas raças. Isso se deve a fatores clínicos, biológicos e socioeconômicos, principalmente no que concerne ao acesso aos cuidados da saúde.

Em relação à menarca, como mostra a Tabela 2, (39%) das mulheres teve menarca entre os 12 e 14 anos, o que não é considerado como fator de risco para a ocorrência do câncer de mama. Ressalta-se que mulheres que possuem menarca com idade igual ou inferior a 11 anos apresentam uma chance maior de desenvolver a doença do que aquelas nas quais a menarca foi observada aos 14 anos de idade ou mais. Quanto mais cedo for a idade da menarca, ocorre também o crescimento precoce da mama, o aumento de células

susceptíveis à transformação maligna e mais cedo se inicia a exposição da mulher aos níveis de estrógeno no organismo (BATISTON, 2003; REYES, 2009). Destaca-se que esse dado não estava registrado em 14 prontuários, o que acabou impedindo a tabulação destes.

TABELA 2

Percentual das mulheres com câncer de mama cadastradas no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG, segundo a história reprodutiva

Variável	Frequência	Percentual
Menarca		
8 anos	1	2%
11 anos	2	4%
12 anos	6	13%
13 anos	6	13%
14 anos	6	13%
15 anos	2	4%
16 anos	3	7%
17 anos	1	2%
18 anos	3	7%
Ignorado	15	33%
Número de gestações		
Nulíparas	6	13%
1 ou 2	12	27%
	23	51%
Ignorado	4	9%

Das informações colhidas sobre o histórico reprodutivo, a nuliparidade foi encontrada em (13%) das pacientes (Tabela 2). De acordo com Batiston (2007) e Oliveira *et al* (2009), a ausência de gestação é um fator de risco para o câncer de mama. Isso está associado com a baixa diferenciação das estruturas na glândula mamária das mulheres nulíparas, que retém uma grande quantidade de células epiteliais indiferenciadas, as células-tronco, susceptíveis à transformação neoplásica. A maioria das mulheres (51%) teve três ou mais gestações, 27% tiveram de uma a duas gestações e em 9% dos prontuários analisados, não foi informado números de filhos.



Figura 1- Percentual das mulheres com câncer de mama no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG, de acordo com antecedentes familiares com câncer de mama.

TABELA 3

Percentual das mulheres com câncer de mama cadastradas no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG, segundo as variáveis de natureza clínica.

Variável	Frequência	Percentual
Forma de detecção do tumor		
Própria paciente	25	56%
Exame clínico	5	11%
Exame de imagem	13	29%
Ignorado	2	4%
Tipo histológico		
Carcinoma ductal infiltrante	32	71%
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	6	13%
Carcinoma lobular	3	7%
Outros	2	5%
Ignorado	2	4%
Estadiamento		
Grau I	3	7%
Grau II	24	53%
Grau III	14	31%
Grau IV	1	2%
Ignorado	3	7%

Vale ressaltar que (85%) das pacientes pesquisadas não possuem antecedentes familiares com câncer de mama (Figura 1). Essa variável se torna muito relevante, pois, segundo Reyes (2009), mulheres com familiares de primeiro grau afetadas por câncer de mama apresentam, aproximadamente, o dobro do risco de desenvolver a doença, em comparação àquelas sem história familiar, porém 85% das mulheres com câncer de mama não possuem antecedentes familiares.

Nessa pesquisa, foi verificado que 56% dos tumores mamários foram descobertos pela própria paciente, como mostra a Tabela 3. Sendo que 11% foram detectados através do exame clínico e 9% pelo exame de imagens. De acordo com o INCA (2009), 80% dos tumores malignos da mama são detectados pela própria paciente. Entretanto, é importante salientar que o tumor detectado por meio do autoexame ou exame clínico das mamas, frequentemente já se encontra com extensão considerável, sendo necessárias abordagens cirúrgicas mais radicais para o seu tratamento (BATISTON, 2009).

Quanto ao tipo histológico do tumor, das pacientes analisadas, 71% apresentaram carcinoma ductal infiltrante; 13% carcinoma ductal "in situ"; 7% carcinoma lobular; e em 5% observaram-se tipos histológicos raros (Tabela 3). Esses resultados estão de acordo com os encontrados na literatura para os diferentes tipos histológicos de tumores mamários. De acordo com Reyes (2009); Silva Neto (2008); Barroso (2005); Batiston (2003), a principal classificação do câncer de mama diz respeito à estrutura em que se originou o tumor. Cerca de 80% dos tumores mamários são do tipo ductal, que se originam nas células dos ductos mamários; 10% a 15% tumores lobulares, que têm origem nas células dos lóbulos mamários;

e menos de (10%) para os subtipos raros. Os dados da literatura indicam, ainda, que os tumores lobulares invasivos (CLI) apresentam melhor prognóstico do que os carcinomas ductais invasivos (CDI).

De acordo com a Tabela 3, dentre os dados analisados sobre o grau de estadiamento, observou-se que em sua maioria (53%), o grau II foi o mais incidente, seguido pelo grau III (31%), grau I (7%) grau I e grau IV (2%). Para Batiston (2003); Campana (2007), Chaves *et al* (1999); Macchetti (2007); Pinho e Coutinho (2007) cerca de 60% dos casos de câncer de mama, no Brasil, são diagnosticados em estágios avançados (III e IV), com isso diminuem-se as chances de sobrevivida das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento, sendo a abordagem cirúrgica praticamente inevitável na terapêutica da doença, por isso é importante incentivar seu diagnóstico precoce.



Figura 2 - Distribuição das mulheres com câncer de mama cadastradas no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG, em relação ao tempo de suspeita e confirmação do diagnóstico.

Considerando o tempo entre suspeita e confirmação do diagnóstico, a análise da Figura 2 mostra que 44% confirmaram o diagnóstico em até 6 meses, 20% de 7 meses a 1 ano, 13% acima de 2 anos, sendo que esse dado não foi encontrado em 22% dos prontuários. As taxas relativas de sobrevivência para mulheres com câncer de mama são: 88% em cinco anos após o diagnóstico, 80% após 10 anos, 71% após 15 anos e 63% após 20 anos. Esses dados demonstram a alta probabilidade de sobrevivida para as mulheres com câncer de mama, fato decorrente da alta tecnologia empregada no tratamento (CAMPANA, 2007).

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa permitiu conhecer o perfil epidemiológico das pacientes com diagnóstico de câncer de mama no Centro Oncológico Irmã Malvina do Hospital Santa Casa de Montes Claros/MG. Os dados mostram que as pacientes estudadas são mulheres de meia idade, casadas, brancas, apresentam menarca entre 12 a 14 anos, múltiparas, sem histórico de câncer na família; a própria paciente detectou o tumor, o tipo de tumor mais encontrado foi o carcinoma ductal infiltrante, grau II, e confirmaram o diagnóstico em até seis meses depois da suspeita.

Estudos similares a este devem ser realizados com o intuito de caracterizar as mulheres afetadas pelo câncer de mama para melhorar a atenção à saúde da mulher e a disseminação da técnica correta do autoexame das mamas, pois esta foi a forma de detecção do tumor mais frequente encontrada neste estudo e por ser consagrada na literatura como

importante ferramenta no diagnóstico precoce das neoplasias mamárias. Os resultados encontrados podem permitir o desenvolvimento de melhores programas de prevenção, considerando que o diagnóstico precoce do câncer de mama é fator decisivo na determinação do prognóstico da doença.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

REFERÊNCIAS

BATISTON, A.P. *Avaliação epidemiológica das pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento fisioterápico no Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul*. 2003. Dissertação de mestrado- Universidade Estadual de Campinas; Campinas (SP), 2003.

BATISTON, A.P.; TAMAKI, E.M.; SANTOS, M.L.M.; CAZOLA, L.H.O. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. *Cogitare Enferm.*, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010*. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 04 dez 2009.

CAMPANA, H.C.R. *Perfil de mulheres com de câncer de mama*. 2007. Dissertação de mestrado- Universidade Estadual de Maringá, Maringá (PR), 2007.

CHAVES, I.G.; BRANDÃO, E.C.; TORRES M.T.; ZHOURI, S.C. *Mastologia: aspectos multidisciplinares*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

Instituto Nacional de Câncer – INCA. *O câncer de mama no Brasil: situação epidemiológica e rastreamento*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/cancer_mama_brasil.pdf Acesso em: 23 nov 2009.

Instituto Nacional de Câncer – INCA. *Câncer de mama*. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336 . Acesso em: 22 de out 2009.

Instituto Nacional de Câncer – INCA. *Controle do câncer de mama: documento de consenso*. Disponível em: www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf. Acesso em 12 fev 2010.

KLIGERMAN, Jacob. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2000. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 46, n. 2, abr/mai/jun. 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v02/editorial.html>. Acesso em: 06 jan. 2010.

LEAL, *et al.* Características epidemiológicas do câncer de mama no estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 12, n. 2, 2002.

MACCHETTI, A.H. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no sistema público de saúde de São Carlos. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n.3, p. 394-402, 2007.

MEDINA, A.M; MIRAPALHETE, I.M.C.; MUNIZ, R.M.; GUIMARÃES, S.R.L.; FAES, A.D.R. O perfil das mulheres com câncer de mama atendidas em Consulta de enfermagem. In: XVIII CIC- XI ENPOS- I MOSTRA CIENTIFICA: EVOLUIR SEM EXTINGUIR: POR UMA CIÊNCIA DO DEVIR, 2009, Pelotas – Rio Grande do Sul. *Anais...* Pelotas RS, 2009. Disponível em: http://www.ufpel.tche.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_00838.pdf. Acesso em: 12 de fev. 2010.

OLIVEIRA, M.M.C *et al.* *Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do Sul do Brasil*. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/C%C3%A2ncer/Epidemiologia%20do%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20em%20pacientes%20do%20Sul%20do%20Brasil.doc> Acesso em: 07 de dez 2009.

PEREA, S.A. *Câncer da mama: estudo retrospectivo e comparativo do perfil epidemiológico das pacientes de diferentes faixas etárias*. 1999. Dissertação de Mestrado- I Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto (SP), 1999.

PINHO V.F.S; COUTINHO E.S.F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007.

REYES, V.B. Estimativa de risco de câncer de mama, segundo o modelo de Gail em uma população submetida a rastreamento mamográfico em Porto Alegre. 2009. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2009.

SILVA, V.C.E.da. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. 2005. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Programa interinstitucional USP/UEL/UNOPAR. Ribeirão Preto (SP), 2005.

SILVA NETO, J.C. *Análise de DNAploídia em carcinoma lobular de mama*. 2008. Tese. Programa de Pós Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. São Paulo (SP), 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO [boletim na internet]. *Mortality - Baseline Scenario 2008*. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html. Acesso em: 22 de out 2009.

PERFIL DAS MULHERES QUE REALIZAM EXAME DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Adriana Rocha Baldaia^I; Gerusa Alves Veloso^{II};
Clara de Cássia Versiani^{III}; Raíssa Almeida Ramos^{IV}

RESUMO: O câncer de colo de útero ainda representa um grave problema de saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento que abrigam cerca de 80% dos casos e mortes decorrentes dessa neoplasia. O estudo teve como objetivo conhecer o perfil das mulheres que realizaram o exame de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino (PCCU). Realizou-se um estudo quantitativo de caráter descritivo. Foram selecionadas para o estudo 103 fichas de acompanhamento de realização de PCCU de todas as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos que realizaram o exame Papanicolau moradoras na área adscrita, da ESF Vila Atlântida, durante o ano de 2009. Os resultados evidenciam que a maioria das mulheres concentra-se na faixa etária de 25-35 anos (52%), são casadas (75%), possuem o ensino fundamental incompleto (51%), realizaram o PCCU nos últimos três anos (60%) e tiveram resultado negativos (65%). Dessa forma, percebe-se que o perfil das mulheres que estão realizando o exame de prevenção de câncer de colo uterino está de acordo com que é preconizado pelo Ministério da Saúde e a continuidade das ações voltadas para a saúde da mulher realizadas pela equipe de saúde, como atividades educativas e busca ativa, contribuirá para a diminuição da incidência deste tipo de câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Neoplasia; Mulheres; Prevenção de Câncer de Colo Uterino.

PROFILE OF WOMEN WHO ARE CONDUCTING THE EXAMINATION FOR THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER

ABSTRACT: Cancer of uterus neck still represent a serious public health problem, especially for developing countries that are home to approximately 80% of cases and deaths arising neoplasia. The study aims to understand the profile of women who carry out the examination of Cancer Prevention Cervical-uterus (PCCU). We conducted a quantitative study of descriptive character, taking the bookmark PCCU women enrolled in the FHS as a collection tool. Data were collected from 103 women, aged 25 to 59 years, who have sought health service for realization of PCCU throughout year 2009. The majority of women focuses on the age group 25-35 years (52%) are married (75%) have elementary school incomplete (51%), held the PCCU over the past three years (60%) and had negative result (65%). This way, one can see the profile of women who are taking the exam for the prevention of cancer of the uterus is

¹ Enfermeira, Pós Graduada em Saúde da Família, FIP-MOC, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: balbaia12@yahoo.com.br

² Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família, FIP-MOC, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: gerusaveloso@yahoo.com.br.

³ Mestranda em Ciências da Saúde . Professora da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Enfermeira obstetra do HUCF (UNIMONTES), Montes Claros, MG, Brasil E-mail: claraversiani@bol.com.br

⁴ Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família, Faculdade de Saúde Ibituruna, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: raissa_oi@yahoo.com.br

Submissão: 20/09/2010 . Aprovação: 20/02/2011

consistent with what is advocated by the Ministry of Health and the continuity of actions for women's health conducted by the health team, such as educational activities and active search contribute to decreased incidence of these type of cancer

KEYWORDS: Epidemiology; Neoplasm; Women; Prevention of Cervical cancer of the uterus.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero ainda representa um grave problema de saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento que abrigam cerca de 80% dos casos e mortes decorrentes dessa neoplasia. As informações mostram que, ao contrário dos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade do câncer de colo do útero no Brasil continua elevada, apesar de manterem-se estáveis desde 1985. Segundo Cruz e Loureiro (2008), o Câncer de Colo do Útero apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo, sendo responsável, aproximadamente, por 471 mil novos casos e por cerca de 230 mil óbitos de mulheres por ano. Atualmente, existem algumas controvérsias sobre a idade mais adequada para o início da prevenção e a idade limite para a descontinuidade do exame preventivo de Papanicolau. Brasil (2002) refere que, a partir de 1998, a programação de ações de controle do câncer cérvico uterino do Ministério da Saúde teve sua população alvo ampliada, o que anteriormente era de 35 a 49 anos passou para 25 a 59 anos.

Com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade, desde 1988, o Ministério da Saúde (2002) adota como norma a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que propõe a realização do exame citológico do colo do útero a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos para mulheres de 25-59 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual. Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas ações. Pensando na possibilidade de estratégias eficazes na cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino, é preciso considerar que as influências sociais, econômicas e culturais podem refletir-se na maneira de as mulheres enfrentarem o exame preventivo, para isso, é importante que sejam investigados fatores como: idade, escolaridade, situação conjugal, profissão, raça/cor e história gineco-obstétrica. Diante do exposto, surge o desejo de conhecer o perfil das mulheres que realizam o exame de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU), na Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Vila Atlântida da cidade de Montes Claros - MG.

Ressalta-se ainda que, para compreender melhor o problema, é evidente que a mortalidade por neoplasia de colo do útero tende a ser mais alta em população de baixo nível socioeconômico, porém esse fato não pode ser generalizado. Assim, o indicador que parece estar mais associado a baixo nível socioeconômico é a proximidade entre as taxas de incidência e de mortalidade, ou seja, em países com população muito pobre, a maioria das mulheres que apresentam câncer do colo do útero morre por essa doença, independentemente do nível da taxa de incidência (ZEFERINO, 2008).

Devido ao grande número de mulheres que ainda estão morrendo com essa patologia, a qual pode ser prevenida com a realização do exame e com a consulta ginecológica, mesmo sendo um exame de fácil acesso para todas as mulheres, independentemente de classe social, raça ou condição socioeconômica, e acreditando na possibilidade de melhores condições de atendimento em todo sentido biopsicosocial, optou-

se por fazer um recorte da realidade, construindo o objeto de investigação, a fim de conhecer o perfil das mulheres que realizam o exame de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU), na Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Vila Atlântida da cidade de Montes Claros - MG. Considera-se que objetivo deste estudo é conhecer o perfil dessas mulheres que subsidiará ações direcionadas à assistência à saúde da mulher nesta ESF e consequentemente contribuirá para uma maior cobertura e melhor qualidade da PCCU.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Para alcançar o objetivo deste estudo, foi realizada a coleta de dados no ESF do Bairro Vila Atlântida. A unidade possui 1005 famílias cadastradas, sendo 169 na microárea 1, 174 na micro-área 2, 159 na microárea 3, 165 na microárea 4, 148 na microárea 5 e 159 na microárea 6.

Foram selecionadas para o estudo as fichas de acompanhamento de realização de PCCU de todas as mulheres moradoras da área adscrita, que realizaram o exame Papanicolau na ESF Vila Atlântida, durante o ano de 2009. Os critérios de inclusão adotados para a seleção foram os seguintes: prontuários preenchidos das mulheres que realizaram o exame ginecológico no ano de 2009 e na faixa etária de 25 a 59 anos. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário embasado na ficha de exame de prevenção de câncer do colo do útero utilizado na ESF da Vila Atlântida. Foram realizados 338 PCCU no ano de 2009, porém foram selecionadas 103 fichas de PCCU das mulheres cadastradas na ESF Vila Atlântida de acordo com os critérios estabelecidos.

O estudo atende aos critérios éticos e legais de pesquisa pela resolução nº196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas em seres humanos de forma direta ou indireta, individualmente ou coletivamente e que sejam realizadas por qualquer categoria profissional (FORTES 1998). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa da FUNORTE/SOEBRAS, aprovado com o número de protocolo 099/10. Foi apresentado o Termo de Concordância Institucional e solicitada sua assinatura à coordenadora da ESF na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG.

Foram analisadas as 103 fichas de PCCU no mês de junho de 2010, com o auxílio de um roteiro de coleta de dados composto de 09 itens, conforme as variáveis selecionadas. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada concentra-se em 103 mulheres com idade de 25 a 59 anos. Este resultado está em consonância com Stewart e Kleihues (2003) que recomenda que, para o controle realização do exame preventivo, priorize-se o grupo de mulheres com idade de 35 até 54 anos. A partir de 1998, a programação de ações do câncer cérvico-uterino do Ministério da Saúde teve sua população alvo ampliada. Albuquerque *et al.* (2009) consideram que, anteriormente, a idade de prioridade era de 35 a 49 anos e hoje essa faixa etária é de 25 a 59 anos. O foco do programa de prevenção de câncer de colo de útero está ligado a mulheres de 25 a 59 anos de idade. A Figura 1 ilustra a distribuição das mulheres, segundo a idade.

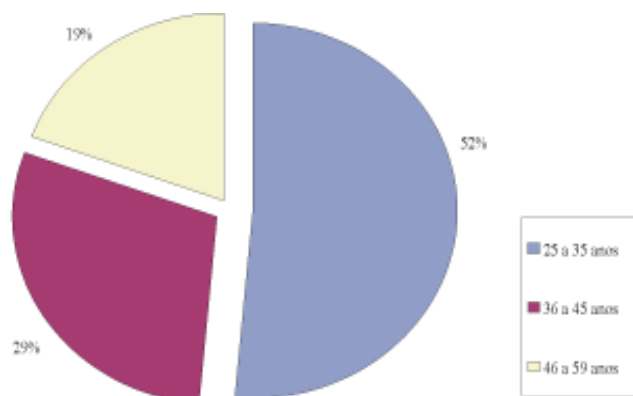


Figura 1- Distribuição das mulheres, segundo a idade.

Em relação ao estado civil, existe uma prevalência de casadas (75%) existindo, também, uma concentração significativa de mulheres solteiras (14%), como mostra a Figura 2. Esse resultado, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2001), não confere com o censo demográfico de 2000, tendo evidenciado que os casamentos civis tiveram uma queda vertiginosa nas últimas décadas. Em geral, as pessoas, pelos motivos mais variados, estão se unindo consensualmente.

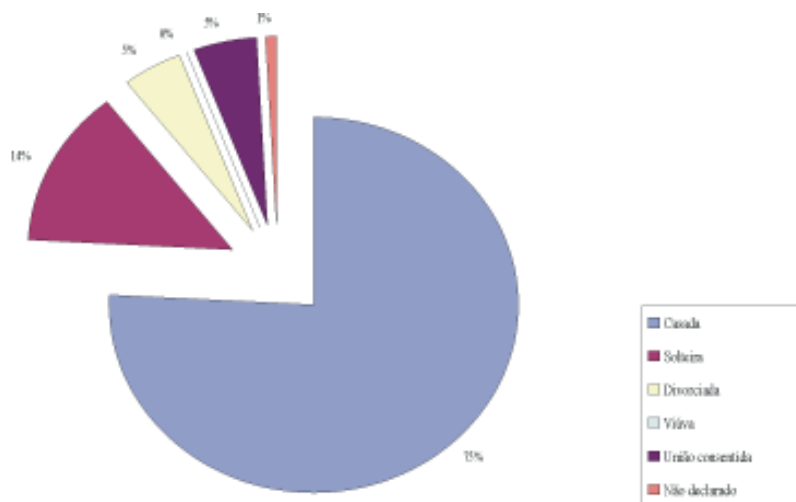


Figura 2 - Distribuição das mulheres segundo a situação conjugal.

Diante dessa realidade, o Código Civil Brasileiro, revisto e editado em janeiro de 2002, reconhece como entidade familiar a união estável entre homem e mulher configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família (BRASIL, 2002). Por outro lado, temos consciência de que, embora vivamos no século XXI, ainda existem muitas mulheres que omitem seu verdadeiro estado civil. Segundo Rodrigues *et al.* (2002), a mulher também é motivada à realização do exame pela presença de supostos fatores de risco, tais como hereditariedade e relações extraconjugais, este último fator implícito na falta de confiança que as mulheres têm em relação ao companheiro pela incerteza quanto à sua fidelidade.

Quanto à escolaridade as mulheres têm, em sua maioria, o ensino fundamental incompleto que representa 51% da população estudada, que é expresso na Figura 3. De acordo com Brasil (2000), a baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres. Entretanto, dados do IBGE (2010) demonstram ainda que as pessoas com maior escolaridade ocupam cada vez mais espaço no mercado de trabalho. De acordo com Cruz e Loureiro (2008), o nível de escolaridade da clientela pode estar relacionado ao menor acesso à informação sobre cuidados de saúde, fato que também pode repercutir diretamente na demanda pelos exames preventivos pesquisados, tendo em vista que grupos de mulheres de baixa escolaridade apresentam menores índices de cobertura.

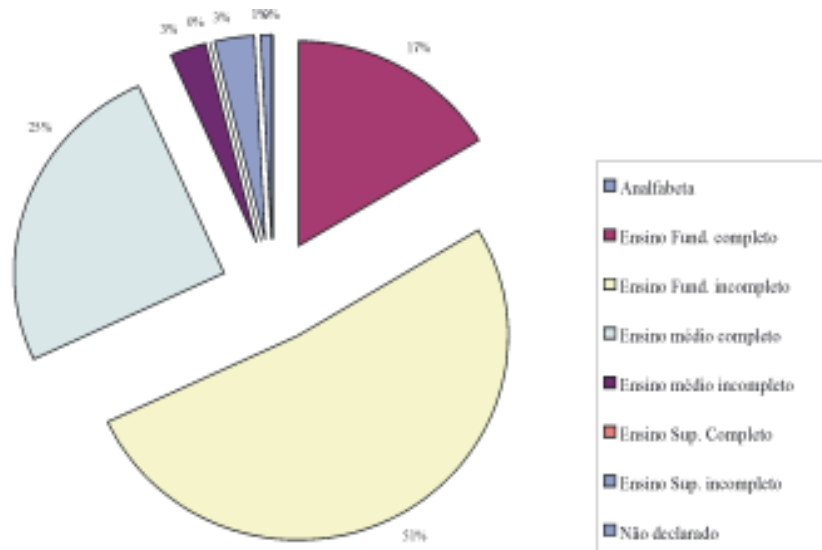


Figura 3- Distribuição das mulheres, segundo a escolaridade.

A Figura 4 representa a distribuição das mulheres que realizaram o PCCU e revelou que a maioria (60%) teve seu último preventivo realizado entre os anos de 2007 a 2009, seguidas de 19% que não foram declaradas.

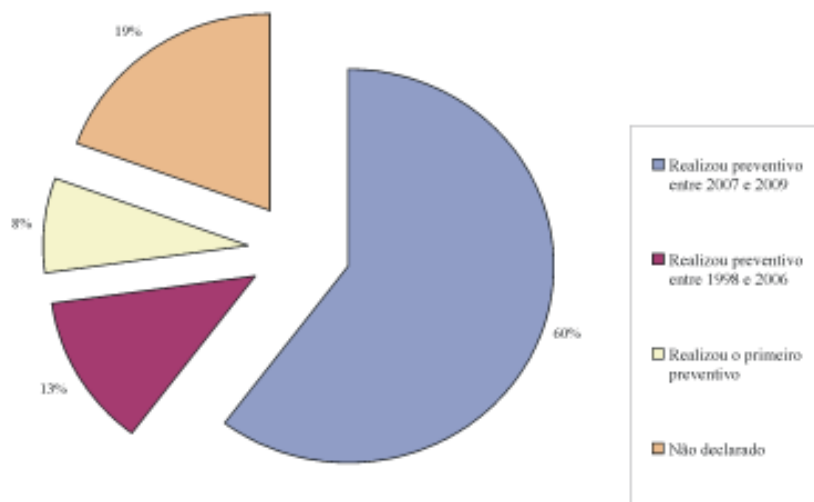


Figura 4- Distribuição das mulheres segundo quando realizaram o PCCU.

Conforme Hackenhaar, César e Domingues (2006), a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem-se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame citopatológico do colo uterino. De acordo com Parkin, Bray e Devesa (2001), esse exame foi adotado para rastreamento na década de 50, em vários países, pois identifica lesões pré-cancerosas que, se tratadas, diminuem a incidência de carcinoma invasor e, conseqüentemente, a mortalidade pelo câncer de colo uterino. Oliveira e Pinto (2007) citam a importância de analisar a compreensão das mulheres sobre o processo saúde-doença provido da necessidade de entender se esse processo influi nas suas decisões com relação à prática do PCCU. Quanto ao resultado do último preventivo, 65% obtiveram resultado negativo para neoplasias. Nenhuma das mulheres teve resultado positivo, de acordo com a ficha de PCCU, segundo informação delas, conforme a Figura 5.

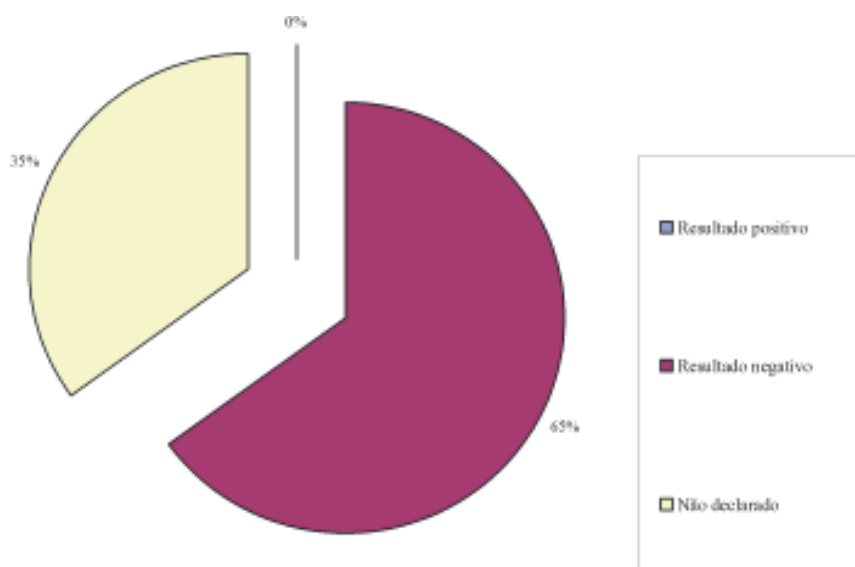


Figura 5 - Distribuição das mulheres, segundo quando realizaram o PCCU.

Esses dados evidenciam o perfil da clientela, quanto aos resultados e corroboram com a importância da assistência à mulher. Segundo Alves, Guerra e Santos (2009), apesar da tendência de redução da mortalidade por câncer cervical, observada ao longo dos últimos 25 anos no estado de Minas Gerais, ainda existe um importante caminho a ser percorrido para que se possa alcançar a cobertura preconizada e o acesso às medidas preventivas direcionadas ao controle da doença, especialmente no que se refere ao diagnóstico precoce. Linard, Silva e Silva (2002) relatam que o câncer ainda tem conotações negativas e é representado pelas suas conseqüências trágicas, como o medo da morte iminente. Duavy *et al.* (2007), afirmam que, no momento em que o profissional de saúde relata que está tudo bem, a sensação de desconforto, medo, apreensão e nervosismo imediatamente dão lugar à sensação de alívio e de bem-estar, embora, nem sempre, o diagnóstico imediato seja completamente seguro.

CONCLUSÃO

A partir do exposto, o estudo demonstrou que as mulheres da ESF Vila Atlântida que realizaram o preventivo de câncer de colo uterino tinham o seguinte perfil: idade entre de

25 a 59 anos, a maioria casada, com baixa escolaridade. Mais da metade realizou o preventivo nos últimos três anos, e um pequeno número delas estava se submetendo ao exame pela primeira vez. Os resultados foram negativos para neoplasia de colo de útero, segundo declaração das mulheres registradas na ficha de PCCU.

A maioria das mulheres está realizando o exame de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Percebe-se que o enfermeiro tem papel fundamental na prevenção do câncer de colo uterino, como o de identificar as populações de alto risco, desenvolver ações de planejamento, controle e supervisão de programas de educação e prevenção e contribuir para um diagnóstico precoce da doença.

Recomenda-se a realização de outros estudos sobre esta temática em outras ESFs desse município para uma melhor visibilidade desse perfil, alicerçando a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher em relação à prevenção de câncer de colo uterino.

Sugere-se, então, a continuidade das ações voltadas para a saúde da mulher realizadas pela equipe de saúde como: atividades educativas no sentido de melhorar o acesso através de informações e a busca ativa, que facilitará o atendimento ao usuário e contribuirá para a diminuição da morbi-mortalidade por esse tipo de neoplasia.

Por fim, ressalta-se o caráter importante do presente estudo, aconselhando a sua continuidade de modo a permitir identificar o perfil de outras mulheres que realizam o PCCU de acordo com os preceitos do Ministério da Saúde e das necessidades e demandas de saúde da população, especialmente da região norte do Estado de Minas Gerais.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de; FRIAS, Paulo Germano; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados a não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 301-309, 2009.

ALVES, Christiane Maria Meurer; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; BASTOS, Ronaldo Rocha. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1693-1700, 2009.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. *Institui o Código Civil*. Disponível em: <http://www.terra.com.br/noticias/codigocivil_integra.zip>. Acesso em: <20 de out. 2010>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle de Câncer do Colo do Útero: Programa*

Nacional de Controle do Câncer do Colo do Uterino. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Câncer do Colo do Útero*. Organizando a Assistência: Manual Técnico. Brasília: MS, 2002.

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p.120-131, 2008.

DUAVY, Lucélia Maria; BATISTA, Fátima Lucia Ramos; JORGE, Maria Salete Bessa; SANTOS, João Bosco Feitosa dos. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-úterino: estudo de caso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, 2007.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos dos pacientes, estudos de casos*. São Paulo: EPU, 1998.

HACKENHAAR, Arnildo A.; CESAR, Juraci A.; DOMINGUES, Marlos R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2001. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010. *Censo Demográfico 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LINARD, Andrea Gomes; SILVA, Francisca Airlene Dantas e; SILVA, Raimunda Magalhães da. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo do uterino - percepção de como enfrentar a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, v.48, n. 4, p. 493-498 2002.

OLIVEIRA, Michele Mandagará; PINTO, Ione Carvalho. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v.7, n.1, p. 31-38, 2007.

PARKIN, D M; BRAY, F I; DEVESA, S S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer*, v. 37, n. 8, p. 54-66, 2001.

RODRIGUES, Dafne Paiva; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SILVA, Raimunda Magalhães da. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolau.

Revista Enfermagem Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 113-118, 2001.

STEWART, B W; KLEIHUES, P. World Cancer Report. *IARC Press*. Lyon, 2003. Disponível:<http://www.scribd.com/doc/2350813/World-Cancer-Report-2003-Stuart-e-Kleihues-WHO-e-IARC>. Acesso em 20 mai 2010.

ZEFERINO, Luiz Carlos. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.



APRESENTAÇÃO

A revista *Cadernos de Ciência e Saúde* é uma publicação multidisciplinar e semestral. Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

NORMAS EDITORIAIS

As normas da revista *Cadernos de Ciência e Saúde* são baseadas nas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A emissão de opiniões, conceitos, e considerações finais/conclusões, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Considera-se dos autores a responsabilidade por declarar conflitos de interesse; apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal relacionados ao estudo; agradecimentos.

A decisão sobre a publicação é de responsabilidade do Conselho de Editoração. O artigo deve cumprir as normas da revista para apreciação. O Conselho de Editoração deverá decidir acerca da aceitação ou apresentar sugestões aos autores para modificações que julgar necessárias.

O critério para autoria do artigo está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, poderá ocorrer na seção "Agradecimentos".

Processo de julgamento dos artigos

Os artigos submetidos, que atendem às "instruções aos autores" e que se enquadrem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho

Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações.

É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

Forma e preparação dos manuscritos

1. Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 laudas e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionada a temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos *Cadernos de Ciência e Saúde* (até 3 páginas e 1 ilustração);

1.6 Relato de Experiência (até 15 páginas e 3 ilustrações);

1.7 Atualização (até 20 páginas);

2 Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam colaborações em português.

3. Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 / 96, do Conselho

Nacional de Saúde) ou uma justificativa para ausência desse documento contendo a descrição dos cuidados éticos adotados pelo(s) autor(es) para substituí-lo. É responsabilidade dos autores reconhecer e informar ao Conselho Editorial a existência.

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a seis. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. Ainda na folha de rosto o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

8. Resumos e descritores – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos originais – para os artigos originais, o resumo deve conter no máximo 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo os *objetivos* do estudo ou investigação, os *métodos empregados*, os principais *resultados* e as principais *conclusões*. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>). Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As keywords devem seguir o Medical Subject Headings (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser narrativo, com até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões

mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.”

Modelo 2: “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc. “

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.

13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em especial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração** de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,

Responsabilidade - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses. Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho "TÍTULO DO ARTIGO" para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo. Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Espaço Para a Saúde.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: cienciaesaude@fasa.edu.br

Padrões para referências:

Livros:

SHULTZ, João. *Ciência e saúde*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

Capítulos de livros:

PEREIRA, Nelson T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). *Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais*. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, Lílian P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

Dissertações e teses:

GOMES, Ludmila Mourão Xavier. Avaliação da qualidade da assistência prestada à criança com doença falciforme na Atenção Primária no Norte de Minas Gerais. 2010. 114 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, 2010.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. de. *A construção da Aids*. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Periódicos:

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

SILVA, A. A. M. da, GOMES, U. A. , TONIAL, S. R. *et al.* Cobertura Vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Jornais:

SÁ, Fátima. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

Referência legislativa:

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos:

REVENGE, Samuel J. *The internet dictionary*. Avon : Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: < <http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 20 jan. 2000.

ALEIJADINHO. In: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, Gevilacio Aguiar C. de. *Citações e referências a documentos eletrônicos*. Disponível em: < <http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet> >. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. *Publicação eletrônica* [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.