

Médica REVISTA

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
ANO XIV - Nº 31 - JULHO/DEZEMBRO 2002

ISSN 0103 - 4162
PASSO FUNDO/RS



Rua Teixeira Soares, 808 - CEP: 99010-080 - Passo Fundo/RS
<http://www.hsvp.com.br>

Ano XIV, Nº 31, Julho - Dezembro 2002

PRESIDENTE
Dionisio Tedesco

VICE-PRESIDENTE
Plínio Grazziotin

1º SECRETÁRIO
Luiz Carlos T. de Farias

2º SECRETÁRIO
Montecir Jesus Dutra

1º TESOUREIRO
Décio Ramos de Lima

2º TESOUREIRO
Dilo Canofre dos Santos

DIRETOR MÉDICO
Dr. Rudah Jorge

ADMINISTRADOR
Bel. Ilário Jandir De David

CHEFE DE ENFERMAGEM
Ir. Carmelina Pelegrini

EDITOR CIENTÍFICO
Dr. César Augusto L. Pires
Cremers 14.929

CONSELHO EDITORIAL
Dr. José O. Calvete
Cremers 7601

Dr. Sérgio R. Fuentefria
CRF-RS 2060

ASSESSORIA JURÍDICA
Dr. Marco Antônio de Mattos
OAB/RS 19041

EDITORIAÇÃO
Rodrigo Marcondes Sardi
Luis Carlos Ribeiro
Rosmari Fait

REVISTA MÉDICA é uma publicação do Hospital São Vicente de Paulo, realizada pela Assessoria de Comunicação Social. Indexada na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no Index Medicus Latino-Americano (IMLA), em 06/12/1991, pelo Centro Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (BIREME). ISSN - Número Internacional Normatizado para Publicações Seriadas, atribuído em 23/12/1991, pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Impressão: Gráfica J. Print.
Periodicidade: Semestral
Tiragem: 1000 exemplares
Circulação dirigida e distribuição gratuita.

Revista Médica

Ano XIV, Nº 31, Julho - Dezembro 2002

ÍNDICE

Instruções aos Autores	6
<hr/> Artigos Originais	
Curso de Enfermagem na Universidade de Passo Fundo - 25 anos de História	7
<i>Cristine da Rocha, Ruth Elizabeth Haas e Padre Elido Alcides Guareschi.</i>	
Percepção das Usuárias em Relação à Qualidade do Atendimento nos Serviços Públicos de Planejamento Familiar	12
<i>Micheli da Silva e Eleonor Moretti.</i>	
Qualidade de Vida ao Cardiopata: Um Desafio Para a Enfermagem	17
<i>Claudiane Bottoli, Silviomar Camponogara, Zeli Coelho Rodrigues.</i>	
Perfil Epidemiológico das Parasitoses Intestinais em Escolares do Município de Mato Castelhano (RS)	20
<i>Elaine M. Lopes & José H. M. da Silva.</i>	
Inquietudes e Novas Possibilidades de Organização da Enfermagem Hospitalar	25
<i>Luiz Antonio Bettinelli & Alacoque Lorenzini Erdmann.</i>	
A Enfermagem na Promoção da Presença dos Pais-Familiares em CTI Pediátrica/Neonatal	32
<i>Rejane Maria Agne de Carvalho.</i>	
O Impacto do Infarto na Percepção do Paciente	35
<i>Josiane Galvan & Marilene R. Portella.</i>	
Mamografia e Usuárias do SUS no Município de Passo Fundo (RS)	40
<i>Ângela L. Gheno, Lucelena C.S. Souza, Bernadete M.Dalmolin.</i>	
O Paciente Ostomizado: Uma Visão da Equipe de Enfermagem	46
<i>Carla de Ávila & Vilma Madalosso Petuco.</i>	
Vigilância Epidemiológica de Infecção em Sítio Cirúrgico Pós Cesárea	55
<i>Márcia A. Ferrão, Marceli de F. Palmeira, Rafael Pilati, Mônica Krahl, Gilberto Barbosa, Adriano Pasqualotti.</i>	
Transmissão Vertical do HIV no Município de Passo Fundo (RS)	60
<i>Silvana K. Pedrozo, Juliana C. da Cruz, Marlene Doring.</i>	
Atenção à Saúde Mental na Região: Reforma Psiquiátrica	64
<i>Bernadete Maria Dalmolin, Ana Paula Agostini, Luciane Binsfeld e Márcia Wegher.</i>	
Tuberculose em Passo Fundo (RS): Características Epidemiológicas e o Significado da Não-adesão ao Tratamento	69
<i>Kelli Cristina de Aguiar Teixeira, Henriette Baldissera, Marlene Doring, Marilene R. Portella.</i>	
Dificuldades no Cuidado Domiciliar em seqüela de Acidente Vascular Cerebral	74
<i>Lisei C. B. Costa, Leandro Bellotti, Marilene R. Portella.</i>	
O Hospital Como Espaço de Cura e Não de Morte	80
<i>Ruth Elizabeth Haas.</i>	
A Experiência de Conduzir uma Pesquisa Convergente-Assistencial com um Grupo de Enfermeiros	83
<i>Eliane Flora S. Moretto.</i>	
Cotidiano da Pessoa em Tratamento Dialítico Domiciliar	87
<i>Vera Lucia Fortunato Fortes.</i>	
A Necessidade de Redes de Atenção à Saúde	90
<i>Lucia Maria Mottin & Bernadete Maria Dalmolin.</i>	
Do Encontro Original até a Cumplicidade: A Relação Interpessoal de Travelbee	94
<i>Lorena T.C. Geib, Rejane R. Mocinho, Mônica Krahl.</i>	

A Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo publica artigos enviados espontaneamente ou por solicitação e aprovados pela Editoria Científica que expressam, prioritariamente, a produção científica na área de saúde em nosso meio. Estrutura suas edições com conteúdos de aplicação prática e de utilidade na rotina diária da maioria dos que a recebem, além de conteúdos científicos que sejam relevantes e relacionados. O aceite subentende a publicação exclusiva do artigo neste periódico. As afirmações contidas nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

As normas editoriais da Revista Médica seguem as recomendações do International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997; 336:309-315). Também, podem ser obtidas na Internet (<http://www.acponline.org>).

Os trabalhos deverão ser digitados em um editor de textos eletrônico (preferencialmente Word), dispensando-se formatação. Deverá ser enviada cópia impressa e em disquete 3 1/2", que não serão devolvidos. Os autores devem manter cópias de todo material enviado (inclusive fotos e figuras). Os artigos enviados deverão, obrigatoriamente, ter os seguintes itens:

• **Página Título:** deverá conter título conciso e informativo; primeiro nome e sobrenome principal por extenso, com inicial de sobrenome secundário dos autores; instituição onde se realizou o trabalho (não deve constar a titulação dos autores); nome de um autor com endereço e telefone para correspondência.

• **Resumo e Summary:** o resumo deverá ser apresentado em único parágrafo de não mais que 150 palavras, devendo ser informativo, trazendo, nos artigos originais, o objetivo, a metodologia, os resultados e as conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes. O summary deverá ser uma tradução do resumo para a língua inglesa, devendo trazer também o título do trabalho e os unitermos em inglês.

• **Unitermos:** fornecer ao final do resumo uma lista de 3 a 10 palavras ou frases curtas, que identifiquem os temas revisados com vistas à indexação. Utilizar termos listados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), editado anualmente pela BIREME/OPAS/OMS, São Paulo.

Os trabalhos que não se ajustem a estas diretrizes não serão aceitos.

Observar a redação e organização dos artigos conforme padrão da revista, como segue:

Artigo Original: organização com Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Referências. Evitar parágrafos muito curtos (2 ou 3 linhas) e procurar reunir uma linha de pensamento em um único parágrafo.

Artigo de Revisão: organização com Introdução, Discussão, Conclusões e Referências.

Relato de Caso: breve Introdução, Relato do Caso, Comentários e Conclusões e Referências.

Referências Bibliográficas: trabalhos publicados citados no texto deverão ser numerados, uma referência para cada número, ordenados conforme ordem de aparecimento no texto.

Os seguintes modelos servem de exemplos:

Referências de Revistas:

Palma L A S, Pilau J, Borges F G, Eickhoff C M. Pneumopatia por Fármacos. *Rev Médica HSPV* 1999; 11(24): 65-68.

O nome do periódico deve ser abreviado segundo a edição do List of Journals do Index Medicus (publicado anualmente na edição de janeiro do Index Medicus) ou segundo o Index Medicus Latino-Americano.

Referências de Resumos:

Coleman RJ. Current drug therapy for Parkinson disease - a review (resumo ou "abstract"). *Drugs Ag* 1992; 2(2): 112-24.

Quando não publicado em periódico: publicação. Cidade em que foi publicado: publicadora, ano, página(s).

Referência de Livros:

Gilman AG, Rall TW, Nies AS & Taylor P. *Pharmacological Basis of Therapeutics*. 8th ed. USA: Pergamon, 1990.

Referências de Capítulos de Livros:

Brow, AC. Pain and Itch. In: Patton HD, Fuchs AF, Hille B, Scheram AM & Steiner R (Eds) - *Textbook of Physiology*. 21st ed. USA: WB Saunders Company, 1989; 1(16): 346-64.

Quando existir mais de um volume, deverá ser referido imediatamente antes do número do capítulo, que ficará entre parênteses (exemplo acima).

Comunicações pessoais:

Só devem ser mencionadas no texto, entre parênteses.

Tabelas: algarismos arábicos deverão ser usados para a numeração das tabelas, na ordem de aparecimento no texto. Cada tabela deverá ter um rodapé breve. Não utilizar linhas horizontais e/ou verticais dentro das tabelas. As tabelas não deverão duplicar o material do texto ou das ilustrações.

Ilustrações: deverão ser referidas como Figuras e, para a numeração, deverão ser usados algarismos arábicos na ordem de aparecimento do texto. As figuras deverão ser desenhadas ou fotografadas de modo profissional, como aparecerão na Revista. As legendas contendo título e explicações para as Figuras deverão ser apresentadas em uma folha separada.

Cada figura deverá ser impressa de forma que a imagem fique clara. Atrás das figuras deverá ser escrito a lápis ou em etiqueta adesiva o nome do primeiro autor, o título reduzido, uma seta indicando a posição correta e o número da figura.

Agradecimentos: indivíduos ou instituições que contribuíram significativamente ao preparo do trabalho são identificados nesta seção.

OBS.: A Editoria Científica da revista reserva-se o direito de adotar medidas para aprimorar o conteúdo, estrutura e redação dos artigos.

Curso de Enfermagem na Universidade de Passo Fundo - 25 anos de História

Cristine da Rocha¹, Ruth Elizabeth Haas² e Elido Alcides Guareschi³.
Curso de Enfermagem¹, Ex-Reitor² da Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

A preservação da memória do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo motivou a realização deste artigo, que teve por objetivo documentar a trajetória desse curso, considerando o transcorrer dos 25 anos de sua implantação. Trata-se de uma pesquisa histórica desenvolvida na cidade de Passo Fundo, envolvendo os professores fundadores e os que coordenaram o curso até o presente momento. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo questões abertas e analisados em ordem cronológica e de importância. Os resultados apontam a relevância deste resgate documental, permitindo perceber as realizações e o crescimento do curso e, principalmente, a influência do mesmo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, pelo permanente preparo de profissionais.

Unitermos: História, Enfermagem, Memória.

A história que se pretende contar refere-se a uma trajetória de 25 anos, escrita por várias mãos, as quais deram vida, forma e continuidade ao Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo - UPF.

Ao longo desse tempo, muitos fatos e eventos foram acontecendo, deixando marcas sob a forma de conquistas e realizações. Assim, vislumbraram-se diferentes momentos, diferentes eventos, que foram gradativamente consolidando a estrutura e o funcionamento do curso. A inexistência de documentos condensados sobre esta trajetória histórica, motivou a realização desta busca.

Desta forma, se poderia deixar de aproveitar o ensejo comemorativo dos 25 anos do Curso de Enfermagem da UPF, para realizar uma retomada histórica em sua trajetória, elucidando o contexto em que está inserida, o qual foi moldando seu perfil e fornecendo significado para a cultura da enfermagem.

A partir de uma exposição cronológica, associando datas, pessoas e fatos, será possível conhecer os caminhos percorridos até este momento, oportunizando uma análise crítica dos acontecimentos deste período.

Apesar da relevância de cada minúcia que contribuiu para a consolidação do curso, apenas algumas delas serão contempladas com uma descrição mais detalhada, visto que, o tempo e o espaço disponíveis para a realização desta tarefa não comporta uma análise de todos os eventos. Sendo assim, serão priorizadas as razões para a criação do curso, a realidade sociocultural de Passo Fundo e região na época da sua implantação e o relato dos fatos relevantes, que contribuíram com o seu desenvolvimento, presenciados por parte dos membros da comunidade acadêmica. Nessa linha,

foi objetivo deste trabalho documentar a trajetória histórica do Curso de Enfermagem da UPF, considerando o transcorrer dos 25 anos de sua implantação, visando à contribuição ao conhecimento sistematizado sobre sua história.

METODOLOGIA

Foram identificados neste estudo, através da pesquisa histórica, fatos relevantes que permearam a história dos 25 anos do Curso de Enfermagem na Universidade de Passo Fundo. São estes fatos históricos que são singulares, individuais, particulares e irreversíveis; além disto, são únicos, distinguem-se dos demais, não se repetem e são selecionados pelo Valor cultural que possuem.

O estudo foi desenvolvido na cidade de Passo Fundo - RS e foram seus sujeitos, as coordenadoras do Curso de Enfermagem que exerceram suas funções até o presente momento e demais pessoas que participaram deste curso, entre elas o Reitor que articulou a tramitação legal até o parecer positivo para seu funcionamento; outro critério de inclusão são os professores em caráter especial ou convidados que participaram até a estruturação do corpo docente, sendo uma escolha intencional.

A coleta de dados foi implementada após a apresentação e defesa no seminário da disciplina de Iniciação Científica do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, estendendo-se até o mês de março de 2002, tendo como instrumentos: questionário com questões abertas e análise documental.

Os dados foram registrados a partir das respostas contidas nos formulários e sua análise realizada através da organização sistemática dos dados, em consonância com

os objetivos e com o referencial propostos.

A devolução dos dados será através da divulgação por meio de eventos científicos da área, publicação na revista nacional indexada e na forma de uma material condensado e sintético ao qual terão acesso os sujeitos envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da busca realizada em documentos existentes na Secretaria do ICB e também do Curso de Enfermagem associando a estes dados os relatos obtidos nos instrumentos da pesquisa, foi possível construir a trajetória percorrida até o presente momento.

Documentos mostram que, em 1976, com a intenção de criar o curso de Enfermagem na Universidade de Passo Fundo (UPF), elaborou-se um projeto para implantação, através da Assessoria de Planejamento da Universidade apoiada em estudos do Conselho Federal de Educação, do Conselho Estadual de Educação (RS) e na política do Governo da época, com vistas a atender as necessidades da demanda de profissionais de nível superior na área da enfermagem. Levou-se em conta, também, a estrutura e identidade social desta universidade.

A UPF já vinha mantendo desde 1975 o Curso Técnico de Enfermagem, com titulação para nível médio, objetivando suprir as necessidades de profissionais nos hospitais da região. Além disso, a cidade de Passo Fundo, desde então, constituía-se num centro regional de saúde, na época, com três grandes hospitais, corpo clínico especializado e grande demanda por profissionais da área da saúde na cidade e região. Através de um levantamento efetuado pelo DGE 38 (Distrito Geo-Educacional), demonstrou-se carência de profissionais especializados para a área da saúde, mais especificamente de enfermeiros graduados, nesta região.

O curso de Enfermagem foi proposto objetivando preparar enfermeiros para atuar na região, como agentes de mudança no exercício profissional, e de preparar licenciados em enfermagem para a docência em conteúdos profissionalizantes nas habilitações do ensino de 1º e 2º graus.

Em 1977, o Conselho de Ensino e Extensão da Universidade, aprovou o funcionamento do Curso de Enfermagem e Obstetrícia (Bacharel e Licenciado em Enfermagem) conforme ata nº 70/77 de 13 de maio de 1977, a iniciar em agosto do mesmo ano com inclusão no Concurso Vestibular 77/02. O curso teve oferta de 40 vagas anuais, com 2880 horas/aula para bacharelado, e 3330 horas/aula para licenciatura, com duração prevista para 8 semestres. Antes de realizarem a prova do concurso vestibular, os candidatos inscritos eram submetidos a um "psicoteste" de caráter eliminatório.

As atividades do curso, desenvolviam-se no formato de aulas teóricas e teórico-práticas, sendo as disciplinas básicas ministradas pelos professores da própria universidade, e para as disciplinas profissionalizantes foram contratados enfermeiros em exercício profissional nas instituições de saúde local.

Cabe salientar aqui a crescente necessidade de enfermeiros que fossem especialistas e pudessem assumir as disciplinas curriculares. Foram incorporados novos

profissionais, atendendo aos anseios do curso.

O curso proposto para ser implantado através de convênio com o MEC, em interface com outros órgãos ligados à formação de profissionais da área da saúde, permaneceu abrigado pelo Instituto de Ciências Biológicas (ICB) visto que, do ciclo básico, várias disciplinas estavam vinculadas a essa unidade, não havia área física disponível e o número de docentes não justificava seu funcionamento de forma independente.

Com finalidade de aprofundarmos um pouco mais os nossos conhecimentos vale ressaltar que o ICB foi criado pelo decreto lei nº 6631 de 26 de maio de 1970, assinado pelo então presidente da república Emilio Garrastazu Médici e pelo ministro da educação Jarbas Passarinho, quando foi implantada na Universidade a Reforma Universitária. Esta reforma instituía as unidades universitárias, distribuídas em setores básicos, abrangendo os institutos, setor profissional e as faculdades.

No ano de 1980, encetava-se um enfoque de capacitação docente, onde a Universidade ofereceu aos seus enfermeiros docentes o Curso de Especialização em Introdução à Metodologia do Ensino Superior – Área da Saúde, desenvolvido pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Fatos foram acontecendo e enriquecendo cada vez mais a história da Enfermagem na nossa Universidade. No ano de 1981, o então Reitor da UPF, Dr. Bruno Edmundo Markus, dirigiu-se ao Conselho Federal de Educação solicitando o reconhecimento do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, habilitação em Enfermagem e Licenciatura. Para avaliar as condições de funcionamento do curso, bem como, suas instalações, uma comissão integrada pelas professoras Elvira Felice de Souza da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), e Rosita Saupe da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), foi designada pelo CFE.

Em julho deste mesmo ano, formava-se a primeira turma do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, contribuindo com uma insuficiência quantitativa de qualificação profissional para o exercício da licenciatura no Curso de Enfermagem. Foram admitidas duas enfermeiras sendo que uma delas já era docente da Universidade e ambas formadas aqui.

A UPF propôs-se a oferecer o curso de Enfermagem em Saúde Comunitária onde a tramitação legal iniciou com a elaboração do projeto em 1980 com consultoria da Drª Maria Helena da Silva Nery da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A oferta deste curso deveu-se ao manifesto interesse dos enfermeiros docentes e assistenciais pertencentes à região do DGE 38 e região, em aprofundar seus conhecimentos científicos e contribuir para a melhoria do ensino, da assistência e da pesquisa.

Aproximava-se a formatura da segunda turma de graduandos quando, houve o reconhecimento do Curso de Enfermagem pelo Ministério da Educação e Cultura, em 13 de janeiro de 1982. Aliviaram-se as tensões e, os esforços até então despendidos agora eram recompensados, sendo um marco referencial para a história do curso.

Vindo para somar aos demais docentes e ampliar as dimensões didáticas da instituição, foram sendo engajados

egressos da própria escola. A partir de sua atuação a nível local e regional, esses egressos permitiam perceber uma sensível elevação na qualidade do atendimento prestada nos diferentes serviços de saúde.

Novas oportunidades de trabalho em campo de estágio, foram disponibilizadas aos alunos nas áreas de saúde pública e materno-infantil, após evidenciar-se a clara necessidade de sua ampliação na comunidade.

As semanas acadêmicas de Enfermagem tiveram seu primeiro impulso nesta época quando, em parceria com o Hospital São Vicente de Paulo começou-se a realizar as Semanas de Enfermagem, que ainda não eram organizadas a nível acadêmico.

A Faculdade Porto Alegrense de Administração e Ciências Contábeis, Secretaria de Saúde e Meio Ambiente e Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul, promoveu o Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde, do qual participaram três professores que já faziam parte do corpo docente.

A década de 80 teve repercussão evolutiva para o Curso de Enfermagem. Novas turmas foram se formando, o trabalho dos alunos dele egressos tornou-se aparente, fez-se sentir pelas comunidades envolvidas, começava a ampliar horizontes de buscas e modernizações e a assistência à saúde aos poucos melhorava, ficava mais humana, caminhava para a integralidade do ser.

Essa evolução lenta, mas presente na enfermagem regional, atraía cada vez mais interessados em prestar vestibular para o curso. Em vista disso, a coordenação atenta às exigências do mercado e preocupada com a qualidade do ensino ministrado, investiu em novos materiais e equipamentos.

Com a fugacidade dos tempos e das tecnologias, os anos 90 chegaram trazendo inovações e com elas a liberdade didática. A prática de técnicas, prevista na grade curricular, ganhou um novo incentivo e facilitou a relação experiência/realidade, através da aquisição de modelos para procedimentos, que mimetizavam as formas anatômicas humanas como também a anatomia de um membro superior, usado para técnicas de punção venosa periférica.

A utopia de alguns, começa a se transformar em realidade de outros. O curso conquista lugar e reconhecimento junto às comunidades e se faz presente, cada vez mais, em eventos e entidades. Ganha espaço junto ao Conselho Municipal de Saúde, por indicação da reitoria, para representar a UPF.

O reconhecimento maior do importante papel que o enfermeiro desempenha nas suas áreas de atuação, como forma de estabelecer uma identidade própria a essa categoria, acontece quando da aprovação da lei do Exercício Profissional nº 7497/87. Além de confirmar a exigência da presença do Enfermeiro em todas as unidades de serviço hospitalar e de saúde, definiu atribuições exclusivas inerentes a atuação do Enfermeiro.

Segundo o Relatório das Atividades da Gestão do ICB (1994 a 1998) essa unidade teve sua estrutura básica ampliada, entre reformas e construção de novos prédios, justificadas pela exigência de crescimento e de qualificação das atividades acadêmicas.

Houve participação em intercâmbios mediante convênios com importantes organismos. Através desses convênios efetuados, o Curso de Enfermagem teve a participação de seus alunos no Programa Comunidade Solidária e também no Programa Juventude Solidária, juntamente com alunos de outras faculdades da UPF e universidades conveniadas. Ainda, atentos ao Mercosul, foi oportunizado aos alunos do curso de Enfermagem uma experiência de intercâmbio no Uruguai, onde participaram do seminário de ações pedagógicas em AIDS para crianças e adolescentes.

Firmou-se também, convênio com o Hospital da Cidade de Passo Fundo, permitindo maior aprimoramento técnico-profissional aos alunos do curso de Enfermagem e demais alunos dos cursos envolvidos com a área da saúde. Houve a extensão dos serviços comunitários e criação de novos serviços integrados de assistência. Estes foram, dentre outros, os programas que diretamente tiveram ativa participação dos alunos e professores do curso de Enfermagem.

Porém, de suma relevância foram os avanços conquistados e produzidos, que conforme o relatório supracitado são: "...oferecimento de cursos de pós-graduação *latu e stricto sensu* pelo ICB representando um avanço significativo na formação de quadros universitários, no incremento da produção de conhecimentos e de uma elevação na qualidade de ensino.

Foram firmados convênios com a Universidade de Campinas – Unicamp – e com a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – que trouxeram para a unidade cursos considerados de excelência na área de pós-graduação; certamente, ofereceram resultados promissores para a qualificação do ensino, da pesquisa e da produção científica. Na área da enfermagem, desenvolveu-se o curso de Administração de Serviços de Enfermagem no ano de 1995 e o curso de Assistência de Enfermagem (UPF – Ufsc), no ano de 1998.

As semanas acadêmicas foram reestruturadas, envolvendo corpo docente e também discente, garantindo o brilhantismo e continuidade das mesmas. Para descrever o curso de forma sucinta criou-se um folder e assim há ratificação do desejo de todos os seus integrantes. Passa a ser um material utilizado em todos os eventos em que o curso se faz presente e também na sensibilização junto às escolas de 2º grau, auxiliando na escolha profissional destes alunos.

Também, foi elaborada uma fita de vídeo na qual são apresentadas as várias etapas do aluno dentro do curso até sua conclusão, bem como as possibilidades no mercado de trabalho.

A dinamicidade do curso continua a exigir mais do corpo docente e a qualificação docente vai se ampliando. Volta de São Paulo um professor com doutorado e outros seis, com mestrado concluído em várias escolas (Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Santa Catarina - USP e UFSC). Numa iniciativa interinstitucional com a Universidade Federal de Santa Catarina, havia 14 professores em fase de conclusão do mestrado e quatro realizando o doutorado em outras escolas.

Com a qualificação dos professores através da Assistência ao Educador e oportunidade de educação continuada, expande-se a oferta dos cursos de pós-graduação, criam-se linhas e grupos de pesquisa com repercussão na produção técnico-científica.

A instalação e consolidação das linhas de pesquisa tiveram como objetivo maior gerar conhecimentos científicos com vistas às novas práticas educativas e assistenciais. Com a divulgação desta produção, acende a promoção do curso de Enfermagem no meio científico e na comunidade regional. Como consequência direta, tem-se elevação na qualidade de ensino e a consolidação de um conceito de competência e qualidade.

Foi desenvolvido um programa de atualização do plano de capacitação docente e do quadro técnico-administrativo, buscando prever, de forma ordenada, a liberação dos recursos humanos para os programas de capacitação.

A abrangência das ações desenvolvidas pelo curso, pode ser constatada através das atividades de extensão, na inserção de representantes junto a órgãos ministeriais, comissões em instituições públicas e privadas, participação em grupos multidisciplinares e cargos administrativos dentro da própria universidade.

Um antigo sonho de professores e alunos torna-se realidade com a conquista de um espaço próprio para o curso de Enfermagem no quarto piso do prédio no Campus II da UPF. Com intuito de ampliar e modernizar a infraestrutura básica para proporcionar condições físicas e materiais que fossem adequados ao desenvolvimento de aulas, experiências científicas e didático-pedagógicas, bem como atender às necessidades da comunidade local e regional.

Há pouco havia sido criado o Diretório Acadêmico do Curso de Enfermagem o qual ganhou sede própria com sua instalação na área física anexa ao espaço das novas instalações do curso no Campus II.

Em conformidade com o Plano de Gestão 1998-2000, efetuou-se a revisão do Plano Político Pedagógico, com objetivo de elaborar as diretrizes gerais e curriculares do curso de Enfermagem, através da participação efetiva do colegiado do curso.

Em meio aos avanços, conquistas e realizações que acontecem no curso neste período, um desafio ainda maior foi enfrentado pelos professores e certamente sentido pelos alunos do curso: por uma exigência do Conselho Federal de Educação, foi instituída a reformulação curricular. Com os ajustes e adequações por ela originados, disciplinas foram acrescidas e outras excluídas, resultando na extinção da licenciatura e inclusão do estágio curricular aumentando para nove semestres a duração do curso.

Ao findar dos anos 90, foram sendo introduzidas inovações nos caracteres, reforçando a identidade do Curso de Enfermagem. Instituíram-se as monitorias em algumas disciplinas do curso e foi criado em caráter experimental o projeto de professores tutores das turmas.

Aos alunos sugeriu-se a criação de um uniforme que permitisse sua identificação e diferenciação nos locais de estágios. A partir de um modelo criado por um estilista, foi

apenso um novo uniforme, que passou a ser utilizado pelos alunos. Algumas modificações foram sendo realizadas à medida que sobrevinham as turmas, porém, a característica básica de cores e detalhes perdura, permitindo sua identificação.

Foi um período caracterizado por ampla expansão no engajamento do curso na comunidade e adequações internas além da ampliação e modernização da estrutura básica.

Como não poderia deixar de ser, a relutância em adentrar um novo milênio tinha de ser amenizada. O "novo", já não mais podia espantar, as tecnologias do futuro próximo faziam parte da nossa realidade. Professores qualificados mestres e doutores, alunos com disposição de laboratório de informática, explanado suas produções pelo projetor de multimídia, a comunicação virtual através dos correios eletrônicos, o mundo ao seu alcance pela Internet, produzindo dentro da área científica por meio das disciplinas de Iniciação Científica, com uma biblioteca informatizada que, além do abundante acervo, oferece uma linha direta de conexão via Internet na qual o aluno pode usufruir no âmbito domiciliar, entre outros.

O Curso de Enfermagem da UPF, como outros 149 cursos de enfermagem de todo país, receberão neste ano de 2002 a visita do MEC para avaliação das condições de funcionamento. Oferecendo assim subsídios para as discussões e reflexões sobre o processo de avaliação institucional, o aprimoramento da qualidade de ensino e, conseqüentemente, da assistência de Enfermagem prestada à população nos diversos níveis de atenção à saúde, segundo informações obtidas do material enviado aos graduandos de enfermagem, por iniciativa do DAES, INEP e Ministério da Educação – Governo do Brasil.

O ano de 2002 é, sem dúvida, um marco importante para o curso de Enfermagem da UPF pois comemora 25 anos de reconhecimento pelo MEC. Aproveitando o ensejo comemorativo, o corpo docente do curso e o Diretório Acadêmico de Enfermagem, juntamente com o ICB e apoiados por diversos colaboradores, uniram à ocasião da Semana Acadêmica de Enfermagem a Comemoração dos 25 anos do curso na UPF. Relembrando fatos e acontecimentos e contando história, foi hora de fomentar vitórias, lamentar algumas derrotas, mas acima de tudo, foi tempo de pungir a luta, o trabalho e a dedicação de cada um que de maneira presente ou solidária, contribuiu para o produto que hoje se colhe e se ramifica, incentivando a busca pelo conhecimento e luta rumo a vitória.

Até hoje, foram formados pela instituição um número de 31 turmas, representando um universo de profissionais no mercado de trabalho, os quais estão hoje nas mais diferentes funções, atuando não só na nossa região como também em diferentes locais do país.

Uma pesquisa histórica, delimitada pelo fator tempo, não esgota a busca dos fatos e deixa a desejar em alguns aspectos. Porém de maior relevância, foi perceber a unanimidade nas respostas obtidas a partir dos instrumentos, as quais nos reportaram à evolução da qualidade do ensino prestado pelo curso bem como a clara e perceptível elevação no padrão da qualificação do corpo docente, a oferta de

oportunidades promovidas além do grande reconhecimento junto às instituições e comunidade em geral.

Apresentamos em anexo a nonimata dos professores que acompanharam esta trajetória até aqui.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As motivações que impulsionaram a realização deste estudo provêm da necessidade de se explorar a história de um curso que não disponibilizava material para consulta que permitisse avaliar suas dimensões ao longo do tempo.

Ao iniciar este estudo guardava-se aspirações de conhecer um pouco mais sobre a trajetória de 25 anos do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, e usar este conhecimento como base para reproduzir de forma sintética a relevância dos fatos.

É um tanto quanto desbravador o fato de se realizar uma busca histórica. A partir do momento em que se delimita a nossa curiosidade, passa-se a se deter ao que foi proposto, tendo que centralizar a observação e atenção a apenas parte de um grande todo. Neste momento, acabamos deixando a desejar para alguns e, talvez, contrariando outros.

Quando pensamos na quantidade de informações que poderiam estar espalhadas, intentamos por buscar principalmente aquelas que, demonstrassem maior relevância. Com esse intuito construímos um instrumento de pesquisa que, depois de respondido, demonstrou uma grande convergência de opiniões.

Sem dúvida, a unanimidade nas respostas reportou à evolução da qualidade do ensino prestado pelo curso de enfermagem. Foi clara e perceptível a elevação no padrão da qualificação profissional do corpo docente, como também na oferta de oportunidades promovidas.

Como já era de se esperar, os colaboradores deram grande ênfase às conquistas até então efetivadas. Estas conquistas iniciaram com a implantação do Curso de Enfermagem e o seu reconhecimento pelo MEC, e permearam pelos tempos evoluindo na sua grandiosidade e chegando hoje às especializações promovidas pelo curso e ao grande reconhecimento deste junto a instituições e comunidade em geral.

Tivemos uma oportunidade de conhecer melhor a história do nosso curso de graduação e de conhecer o seu perfil diante da proposta de ensino. A concretização desta experiência foi de grande valia para nossa composição

cultural e científica, como também serviu para vencer dificuldades pessoais de buscar o desconhecido.

REFERÊNCIAS

Relatório das Atividades da Gestão do ICB. (1994 a 1998) Editado pela EDIUPF.

ANEXO

NONIMATA DE PROFESSORES

Adelvino Parizzi; Adriana Bertoletti; Adriana Madalosso; Airton Antoniazzi; Ana Francisca Primo Medeiros; Ana Maria Bellani Miggot; Ana Maria Marcolan; Ana Maria Tietböhl; Antônio Augusto Pretto; Athos Ruy Rodrigues da Silva; Ana Francisco Primo Medeiros; Adil de Oliveira Pacheco; Avani Bresolin; Aventino Alfredo Agostini; Bernadete Dalmolin; Carmen Silvia Busin; Carmita Proença da Silva; Cíntia Volkweis; Cláudia Freires da Silva; Dalva Maria Pomatti; Denise Sain Poletto; Dionara Schlichting; Edarci Michelin; Eliane Moretto; Elson Silva; Eleonor Moretti; Evanise Rodrigues dos Reis; Flávio Henrique Ce; Gilboé Langaro Mendes; Heitor Verardi; Helenice Scortegagna; Ilário Jandir de David; Irany Clemente Comin; Ivanilde Ana Marina; Jalila Assis Patussi; José Carlos Moraes; José Horácio M. da Silva; Josevane Conte; Juarez Dal Vesco; Justina Santin; Karen Francine Feres; Lenir Baruffi; Lorena Teresinha Consalter Geib; Lúcia Maria Mottin; Luísa Grigoletti; Luiz Anildo A. da Silva; Luiz Alberto Steglich; Luiz Antônio Betinelli; Luiz Carlos Naujorks; Luiz José Alimena; Mara Regina Calliari Martin; Maria Matilde Larcher; Maria Tosatti; Marilene Portella; Mary Caetano Costa; Marlene Maria Flores da Silva; Maria Joana Sebben; Marisa Bassegio Carreta; Maristela Holzbach Tagliari; Marlene Doring; Mônica Krahl; Mônica Menezes Matte; Nara de Castro Fauth; Nayme Marlene Nemmen da Silva; Nelci Terezinha Zorzi; Nelson Trentin; Nara Zimmermann; Nora Bohr; Olindo Fusinato; Orley Fauth Tisot; Paulo Roberto Reichert; Pedro Renato Gonçalves; Rejane Agne de Carvalho; Rejane R. Mocinho; Rita Oltramari; Ruth E. Haas; Sérgio Augusto Benvegnú; Solange Maria Dietrich; Solange Terezinha Laus; Susana Goldschmidt; Tanira Rosauo Donadussi; Tatiane M. da Rocha; Vera da Rosa Haas; Vera Lúcia Fortunato Fortes; Vilma Madalosso Petuco; Volmar Antônio de Souza; Zênite Warker e demais pessoas que participaram deste Curso e não estão aqui citadas.

Summary

NURSING FACULTY IN PASSO FUNDO UNIVERSITY - RS (BRAZIL): 25 Years of History.

The preservation of the memory of the Nursing Course of Passo Fund University motivated the accomplishment of this study, that he/she had for objective to document the trajectory of that course, considering elapsing of the 25 years of its implant. It is a historical research developed in Passo Fund city, involving the teachers founders and the ones that coordinated the course until the present moment. The data were collected by means of a questionnaire contends open subjects and analyzed in chronological order and of importance. The results aim the relevance of this documental ransom, allowing to notice the accomplishments and the growth of the course and, mainly the influence of the same in the improvement of the quality of the services of health, for the permanent prepares of professionals.

Keywords: History, Nursing, Memory.

Percepção das Usuárias em Relação à Qualidade do Atendimento nos Serviços Públicos de Planejamento Familiar

Micheli da Silva & Eleonor Moretti.

Disciplina de Iniciação Científica, Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

Os programas de planejamento familiar na rede básica do Sistema Único de Saúde deparam-se com carências financeiras, de instalações, equipamentos e atendimento, as quais repercutem na avaliação que os usuários fazem dos mesmos, tornando imprescindível seu redimensionamento e adequação. Nessa perspectiva, este estudo objetivou conhecer a percepção das mulheres sobre a qualidade do atendimento no serviço de planejamento familiar do Centro de Saúde em Sananduva-RS. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a oito usuárias das unidades básicas de saúde do município. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada e analisados à luz do referencial teórico, construindo-se, a partir desses, as categorias emergentes.

Unitermos: Centros de Planejamento Familiar, Acesso aos Serviço de Saúde, Serviços de Saúde da Mulher, Estrutura dos Serviços, Serviços Preventivos.

Um planejamento familiar com qualidade no atendimento dos serviços, instalações apropriadas e destreza dos profissionais de saúde representa um importante redutor das mortes maternas, que ocorrem entre as mulheres em idade reprodutiva e estão relacionadas à gravidez e suas complicações.

Qualidade da assistência é um termo amplamente utilizado no campo da assistência à saúde, muitas vezes com significados múltiplos. Essa qualidade, para Finger¹ (1993), pode ser definida como uma gama de serviços seguros, com menor risco, eficazes ao maior número de pessoas de acordo com os recursos disponíveis, que satisfaçam às necessidades e ao desejo dos clientes.

Para os clientes, a qualidade está ligada ao tipo de interação que eles têm com o profissional de saúde com quem satisfazem suas necessidades de assistência reprodutiva de forma segura e eficaz (Kaufmam & Rondinelli, 1989)². A definição de qualidade de assistência, para a OMS, engloba as perspectivas de todos os grupos, sejam profissionais de saúde, sejam clientes.

A vivência da qualidade do atendimento, com o impacto nos indicadores de saúde, é expressa na seguinte definição:

“A qualidade do atendimento consiste em realizar intervenções de forma adequada (ou seja, de acordo com as normas) intervenções estas que tenham sido confirmadas como seguras, pelas quais o público possa pagar e que possam ter impacto substancial sobre a taxa de mortalidade, morbidade, invalidez e desnutrição” (Population Reports, 1998)³.

A qualidade dos serviços é diferente da qualidade de assistência, que se refere ao que se vê realmente na prestação de serviços. Distingue-se pela forma como os gerentes convertem seus recursos pessoais, conhecimentos e atividades físicas em qualidade de assistência, que se baseia na opinião do cliente, sendo mais subjetiva (Bruce, 1990)⁴.

Em relação à qualidade dos serviços de planejamento familiar e saúde reprodutiva, estudos sistemáticos demonstraram que continuam evoluindo tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento por manterem uma perspectiva centrada no cliente, o que ajuda a definir qualidade e estabelecer objetivos e padrões nos programas (Morgan & Murgatroyd, 1994)⁵.

A decisão de dar prioridade aos clientes é essencial para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e planejamento familiar. As decisões das mulheres relativas ao uso e/ou falta do uso contínuo de métodos podem ser afetadas pelas percepções que elas têm quanto aos riscos e benefícios da anticoncepção, às inquietudes relativas à forma como os efeitos secundários podem influir em suas vidas cotidianas e ao juízo quanto à forma como certos métodos podem afetar as relações com seus companheiros e outros familiares (Camarano, 1998)⁶. Como se não bastasse a dúvida referente ao uso de anticoncepção, as mulheres relatam a falta de interesse na orientação por parte dos profissionais de saúde.

Segundo Barnett⁷, se pudessem optar pelos prestadores de serviços, escolheriam os que as atendessem

melhor e aqueles tivessem instalações de melhor atendimento disponível. A satisfação no atendimento depende de:

- respeito - a cliente deseja ser tratada respeitosa e amigavelmente, o que implica cortesia, confidencialidade e privacidade;
- compreensão - o serviço deve ser individualizado de acordo com a situação e necessidades específicas;
- informação completa e exata - todas as informações devem ser dadas, como benefícios e riscos da anticoncepção;
- competência técnica - a cliente pode e deve julgar a competência de seu profissional;
- acesso - a cliente deseja ter acesso imediato ao serviço e orientações sobre planejamento familiar;
- equidade - a cliente deve receber informações exatas, minuciosas, e exames minuciosos devem ser acessíveis a todas igualmente;
- resolubilidade - a cliente procura o serviço por uma razão específica (Population Reports, 1998)³.

Afinal, para fazermos uma escolha bem fundamentada sobre o planejamento familiar com qualidade no atendimento, respeitando as percepções e opiniões das clientes, devemos estar conscientes das opções de que dispomos, compreender as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos.

Acima de tudo, deve-se considerar que a finalidade do planejamento familiar consiste em ajudar os indivíduos a alcançarem suas finalidades reprodutoras. As decisões a serem consideradas referem-se à possibilidade de ter filhos, à oportunidade e ao intervalo entre nascimentos, bem como ao tamanho da família⁸.

A maioria dos programas para a melhoria da qualidade dos serviços de planejamento familiar é muito recente para avaliar se atendem aos objetivos previstos. Entretanto, os resultados obtidos até agora já demonstram um grande potencial de garantia de qualidade no planejamento familiar, embora ainda precisem de muito aperfeiçoamento por parte da estrutura dos serviços e dos profissionais que nele atuam. Para contribuir com esse processo, objetivou-se conhecer a percepção das mulheres sobre a qualidade do atendimento no serviço de planejamento familiar do Centro de Saúde em Sananduva – RS, visando à melhoria da assistência à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a oito mulheres residentes no município de Sananduva, usuárias de métodos contraceptivos e vinculadas ao Programa de Planejamento Familiar.

Os dados foram coletados no mês de julho de 2001, utilizando-se um roteiro de pesquisa semi-estruturada, contendo dados de identificação, questões relacionadas ao planejamento familiar e conceitos de qualidade relacionados aos profissionais e unidades de saúde às quais elas pertencem.

O trabalho foi precedido da autorização formal da Secretaria de Saúde do município e consentimento livre e

esclarecido das mulheres entrevistadas, o qual assegurava-lhes anonimato, privacidade, confidencialidade, liberdade de desistência sem represálias e acesso aos resultados da pesquisa.

Os dados foram analisados qualitativamente, através da leitura e releitura das entrevistas, valendo-se do referencial teórico para análise e entendimento do conteúdo das falas, do que emergiram as categorias do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oito mulheres participantes deste estudo tinham entre 18 e 37 anos de idade; em sua maioria, possuíam escolaridade em nível de ensino fundamental, uma era como analfabeta e outra detinha formação de ensino médio; seis delas eram católicas e duas evangélicas. Possuíam de um a seis filhos.

A partir do material coletado das entrevistas emergem cinco temas referentes à percepção quanto ao planejamento familiar e à qualidade do serviço.

1- Planejamento Familiar → "Do cuidar-se para não engravidar até o ônus de criar o filho."

Para melhor entender a percepção sobre o planejamento familiar, inicia-se o estudo investigando a compreensão das mulheres sobre o significado do tema planejamento familiar, expresso nas seguintes falas:

"Se cuida pra não ter filhos. A mulher tem que se cuida se não quer ter filho." (Marte)

"Se cuidar para não engravidar." (Urano)

Além da preocupação do cuidar-se para não engravidar, as respostas também revelaram a preocupação com as condições financeiras para criar os filhos, ou seja, se haverá ou não dinheiro suficiente para atender às necessidades de saúde, alimentação e escola.

"Se cuida, planeja a família, saber quantos filhos quer ter, se tem condições financeiras ou não." (Terra)

"O número de filhos que você quer ter e se tem dinheiro para saúde, alimentação e estudo." (Vênus)

"Pensar nos estudos, comida e saúde da família e dos filhos, trabalhar e ter dinheiro." (Saturno)

Os dados coletados sobre o modo como as mulheres entendem o planejamento familiar demonstram semelhança, em parte, com os conceitos expressos pelas entrevistadas e que têm sido usados pelo mundo oficial e intelectual.

O American College of Obstetricians and Gynecologist (1978)⁸, sobre planejamento familiar, registra:

"A finalidade do Planejamento Familiar é ajudar os indivíduos a alcançarem suas finalidades reprodutoras. As decisões a serem consideradas se referem à possibilidade de ter filhos, à oportunidade e o intervalo entre os nascimentos e o tamanho da família.

"O Planejamento Familiar eficazmente praticado se baseia em decisões inteligentemente esclarecidas e ação que permita reduzir a mortalidade e morbidade materna e infantil, nascimentos extraconjugais, nascimentos indesejáveis e distúrbios transmitidos geneticamente."

Segundo os direitos humanos, planejar a família consiste em o casal, livre e responsavelmente, decidir quanto

ao número e ao espaçamento de seus filhos, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer ação coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O fato de as mulheres saberem apenas em parte o que significa planejamento familiar verifica-se nas respostas, que demonstram grande preocupação com condições de sobrevivência e segurança da família. A preocupação está centrada nas condições econômicas, não havendo preocupação expressa com o espaçamento entre os filhos e a saúde da mãe.

As mulheres estão cientes de que precisam "se cuidar" para não engravidar, motivo pelo qual citam várias vezes a palavra "se cuidar", que está relacionada ao uso de anticoncepcional oral. Sabem também que, se a gravidez acontecer, deverão ter condições financeiras suficientes para criar estes filhos, os quais necessitam de alimentação, escola e saúde.

Entretanto, o planejamento familiar não se restringe somente ao "se cuidar", e a ter condições para sustento dos filhos; deve ser mais amplo, englobando também o direito a uma assistência digna em saúde no planejamento familiar. Cabe, assim, aos serviços encontrarem a melhor forma de realização do planejamento adequado.

2- O "se cuidar" substituindo o planejamento familiar

Evidenciado como outro tema, o "se cuidar", substituindo o planejamento familiar, expressa que as mulheres não planejam sua família; elas apenas "se cuidam" para não engravidar. Esse cuidado, na sua visão, é apenas o ato de usar o anticoncepcional oral, como forma de evitar a gravidez. Não existe, portanto, a percepção de que, ao estar utilizando o anticoncepcional, ela está planejando sua família.

"Não planejo, só tomo comprimido." (Marte)

O ato de "se cuidar" está mais ligado à preocupação com as condições financeiras do que a planejar de forma adequada a família, para que a renda familiar possa garantir a sobrevivência e segurança dos seus integrantes. Elas sabem que é importante "se cuida" mas não percebem o motivo pelo qual o fazem e como o fazem.

"Não planejo, mas me cuido porque não tenho condições de criá-los." (Saturno)

"Não planejo, mas agora que ganho remédio de graça tomo pra me cuidar." (Netuno)

Esse fato evidencia a necessidade de serem intensificados e qualificados os programas de planejamento familiar para permitir aos usuários o entendimento de como e por que o fazer.

Bossemeyer⁹, ao falar sobre planejamento familiar, afirma: "Acreditamos que a grande maioria dos pais desejam dispor de conhecimento e de meios para planejar suas famílias; que a oportunidade de decidir sobre o número de filhos e o espaçamento dos seus nascimentos é um direito humano básico."

A evidência de uma necessidade de orientações em planejamento familiar também está expressa na afirmação de Carmen Miró e Valter Martins, citados por Mejia¹⁰: "(...)

nenhuma outra variável sócio-econômica evidencia uma relação tão nítida a respeito de fecundidade como a educação."

3- Conhecimento limitado quanto aos métodos contraceptivos

Ao analisar os dados coletados, percebe-se que há pouco conhecimento sobre os métodos contraceptivos existentes. A grande maioria das entrevistadas conhece, em média, apenas dois métodos, ignorando a existência dos demais, tendo citado a pílula anticoncepcional como método mais conhecido, por ser o que utilizam.

As mulheres citaram, ainda, a existência de condom masculino, porém a maioria não o utiliza devido à recusa do marido ou por julgarem-no necessário somente quando são acometidas por algum problema ginecológico.

"Conheço pílula e camisinha, mas só tomo pílula porque meu marido diz que a camisinha tira o amor e incomoda." (Urano)

"Tomo pílula, a camisinha usava só quando namorava meu marido, mas não deu certo e eu engravidei" (Marte)

"Tomo Triquilar e camisinha usei só quando tava com corrimento." (Vênus)

A falta de conhecimento sobre a gama de métodos contraceptivos existentes que caracteriza as entrevistadas comprova as afirmações de Kase e Weingold¹¹, cuja opinião é de que o anticoncepcional hormonal é o método contraceptivo, entre os eficazes, mais próximo das mulheres. O fato de as entrevistadas terem acesso mais facilitado ao anticoncepcional oral, apesar de seus efeitos colaterais, evidencia-o como o recurso mais acessível à população de baixa renda que frequenta o serviço de planejamento familiar nos postos de saúde.

Apresenta-se, portanto, a necessidade de os programas de planejamento familiar encontrarem um meio de divulgar os métodos contraceptivos existentes e os que podem ser oferecidos pelo serviço, bem como seus respectivos efeitos benéficos e prejudiciais, para que se possa melhorar a qualidade de vida das mulheres atendidas.

4 - "Não paga a consulta... dá remédio de graça."

A quarta temática relatada pelas mulheres diz respeito à forma como elas vêem um serviço de planejamento familiar com qualidade. Em sua percepção, qualidade está ligada somente ao fato de receberem nos postos consulta e médico de graça, expresso nos seguintes relatos:

"Um bom serviço de planejamento familiar é aquele que te dá remédio de graça e que você não paga a consulta." (Saturno)

"Um bom serviço deve ser limpo e ter o que o médico precisa pra trabalhar, inclusive remédio de graça." (Urano)

"É aquele que te dá tudo o que você precisa, consulta e remédio de graça." (Terra)

O "método contraceptivo" e "médico de graça" se evidenciam, portanto, como qualidades. A disponibilidade de métodos é um elemento importante para elevar o uso do contraceptivo e reduzir a fecundidade, porém não significa a qualidade do serviço. Segundo Finger¹, qualidade refere-se a uma "gama de serviços seguros, com menos riscos,

eficazes ao maior número de pessoas de acordo com os recursos disponíveis que satisfaçam as necessidades do cliente.”

Conforme se observou, as mulheres relacionam qualidade somente com remédio ou atendimento de graça pelo fato de isso ser prioridade para elas no momento, já que não dispõem de condições financeiras suficientes para adotar outros métodos e suprir sua necessidade nesse aspecto.

Entretanto, entende-se que, apesar de os serviços fornecerem atendimento médico e métodos contraceptivos de graça, a qualidade não pode resumir-se a isso. Cabe, pois, aos serviços e seus profissionais encontrarem uma maneira de demonstrar às beneficiadas que qualidade é um termo muito amplo e deve englobar outros aspectos além do ato de doação.

5- Perfil Humano e profissional

Ao descrever o atendimento ideal do profissional nos postos de saúde, as mulheres mencionaram o seu perfil humano e profissional. Segundo elas, o profissional deve ter várias características como pessoa e possuir uma bagagem de conhecimento:

“Ser amigo, que te respeite, que te ajude e não te deixe na fila.” (Terra)

“Um profissional paciente, atencioso e experiente sabendo o que tá fazendo.”(Marte)

“Deve ser calmo, competente e explicar as dúvidas.”(Urano)

Os relatos revelam o profissional como amigo que detém várias características humanas, devendo ter empatia e tratá-las como gostariam de ser tratadas. Além disso, na percepção das mulheres, o profissional deve estar atualizado, aperfeiçoando-se sempre em seus estudos, o que lhe garantirá habilidades técnicas para lidar com o paciente, que é na realidade um cliente e deseja ser bem tratado, retornando ao serviço.

Population Reports³, ao descrever o profissional, refere que:

“Colocando-se na posição do cliente, os membros do quadro profissional podem definir qualidade de forma concreta, incluindo aspectos como instalações limpas, confortáveis, bem equipadas, horários flexíveis, atendimento rápido e eficaz com o mínimo de desconforto, onde exista pessoal competente, privacidade e confidencialidade.”

As entrevistas demonstram que, no oferecimento de um serviço de qualidade, o profissional detém um importante papel visto que dele se esperam a habilidade e o conhecimento especializado em saúde, para que se possa

ajudar o usuário do serviço a tomar decisões informadas e garantir sua segurança. Com isso, o profissional garante sua qualidade técnica e a qualidade do serviço.

CONCLUSÕES

Este estudo tornou possível identificar a percepção das mulheres participantes do Programa de Planejamento Familiar em relação à qualidade do serviço.

Observou-se uma lacuna entre os objetivos e as estratégias utilizadas pelo serviço público, no que diz respeito à divulgação e ao funcionamento desse programa. Segundo os dados colhidos, observou-se que as mulheres não sabem realmente o que significa planejamento familiar, associando-o somente às condições financeiras de sobrevivência e segurança da família. Não há, portanto, percepção de planejamento familiar na forma mais ampla, preocupando-se também com o espaçamento entre os filhos e a saúde da mãe.

Ainda, o fato de não saberem o que significa planejamento familiar evidencia-se também ao afirmarem que não planejam sua família, porém usam anticoncepcional oral como forma de evitar a gravidez, ou seja, não o associam a uma forma de planejamento familiar. Vale ressaltar também que o conhecimento das entrevistadas sobre métodos contraceptivos é limitado, motivo pelo qual citaram somente o anticoncepcional oral e a camisinha como métodos existentes.

Ao se referirem à qualidade do planejamento familiar, as mulheres entrevistadas associaram-na somente a “ganhar remédio e consulta de graça”, pois, em seu entendimento, a palavra *qualidade* se refere a isso. Quanto ao profissional, na associação desse com qualidade do serviço, almejam-no como um ser “humano”, caracterizando-se pela empatia, sinceridade e respeito. Além disso, requerem instalações limpas e a possibilidade de dispor do profissional no momento em que julgarem necessário e sem custo financeiro.

Diante desses resultados, conclui-se que se faz necessário o remodelamento do serviço com o intuito de preencher a lacuna existente. O serviço de saúde precisa implantar e implementar uma forma de divulgação do planejamento familiar, levando em conta o nível socioeconômico das mulheres e a percepção que elas têm sobre o assunto para que aconteça uma mudança efetiva no serviço e na concepção das mulheres, o que se refletirá numa melhor qualidade de atuação da enfermagem.

Além de implantação e implementação, o profissional deve estar científica e teoricamente atualizado em seus conhecimentos e habilidades, oferecendo um serviço de qualidade e comprovando sua competência profissional. O planejamento familiar, em sua forma mais ampla, deve incluir opção de anticoncepcionais, acessibilidade ao usuário, profissional treinado, informações e privacidade, para que se garanta o sucesso na qualidade do serviço.

Summary

CONSUMERS PERCEPTION ABOUT THE QUALITY OF PUBLIC SERVICES

The Familiar Planning Programs In Public health services (Brazilian health Public Services) show financial and infrastructure deficiency. This study to let evaluation of women perception about familiar planning service quality of health center of Sananduva city (RS), Brazil.

Key words: Familiar Planning Centers, Health Services Access, Woman Health Services, Services structure, Preventive Services.

REFERÊNCIAS

1. Finger WR. Qué es calidad da la atencion? Network en Español, 1993; (4): 4-27.
2. Kaufman MAD, Rondinellis, Ilka M. Manual de treinamento em planejamento familiar para enfermeiros. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989.
3. Population Reports. Programas de planejamento familiar: melhoria da qualidade. Baltimore, Série J, 1998; (47): 3.
4. Bruce J. Contraceptives and common sense: conventional methods reconsidered. New York: The Population Council, 1990.
5. Morgan E & Murgatroyd. Atendimento Total. Population Reports, Baltimore, Série M, 1994; (15):2.
6. Camarano A. A fecundidade e a anticoncepção. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), Brasília: CNPD, 1998.
7. Barnett B. Los puntos de vista de las mujeres influyen en el uso. Network en español 1995; 10 (4): 15-20.
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Atualização obstétrica e ginecológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
9. Bossemeyer R. Profilaxia do abortamento induzido. In: X Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, Curitiba 1972.
10. Mejia MOG. Mujer, participacion y planificacion familiar. In: En El Seminario Regional Para Los Paises Del Hemisferio Occidental Sobre La Condicion Dela Mujer Y La Planificacion Familiar, Naciones Unidas, Santo Domingo, República Dominicana, mayo, 1973.
11. Kaise NG & Weigold AB. A Aids, sua origem e perspectiva. São Paulo: Saúde, 1995.

Qualidade de Vida ao Cardiopata: Um Desafio Para a Enfermagem

Claudiane Bottoli, Silviomar Camponogara, Zeli coelho Rodrigues.

Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCAA), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS.

Resumo

As doenças Cardiovasculares são a maior causa de mortalidade em nossa atualidade. Diante de todo este contexto, foram acompanhados clientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos períodos pré e pós-operatório, enfatizando o tema Qualidade de Vida. Durante o presente trabalho foram aplicados instrumentos, em forma de questionário aberto, com a finalidade de levantar dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e qualidade de vida. Os resultados demonstraram, que a grande maioria manifestou seu medo e insegurança ao enfrentamento do processo cirúrgico, como também tiveram a percepção de que Qualidade de vida vai além da presença ou ausência de doença.

Unitermos: Qualidade de vida, Qualidade dos Cuidados de Saúde, Garantia da Qualidade dos Serviços de Saúde.

Chegamos ao final de mais um século onde o homem, na busca desenfreada por uma melhor qualidade de vida, concretizou alguns avanços importantes. Por outro lado, percebemos que a busca pelo melhor nos transformou em seres mais competitivos. Vivemos em uma sociedade que valoriza o TER e não o SER, fazendo com que abandonemos nossos principais valores.

Como consequência surge o "stress" que somado à diversos fatores, propiciam o aparecimento de enfermidades, dentre elas, as cardiopatias que atualmente são reponsáveis pelo maior número de mortes em nosso mundo. Além disso, as doenças do coração também despertam medos, fantasias, desfazem sonhos, modificam a vida interior de quem as sofre. Pecebe-se que a doença coronariana mexe com as emoções das pessoas, fazendo com que estas busquem diversas formas de viver, o que nem sempre está associado a uma boa qualidade de Vida.

Diante de todo este contexto, foi realizado um trabalho com clientes cardiopatas submetidos à Cirurgia Cardíaca, envolvendo os temas: Qualidade de Vida, Educação em Saúde, Doença Coronariana. Fez-se necessário uma investigação que envolvesse a doença coronariana e a Qualidade de Vida na relação família-cliente-equipe de enfermagem. Esta temática chama a atenção, por ser urgente a necessidade de um maior envolvimento entre os clientes e a importância de se pensar a vida que levamos, e que podemos Ter, no que se refere a qualidade de vida, quando nos deparamos com a doença.

Este trabalho teve a finalidade de analisar, os conceitos que os clientes e familiares envolvidos tinham sobre Qualidade de Vida, levando em conta a realidade e as necessidades de ambos, para que o assunto abordado provocasse reflexão e mudanças de atitudes.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo/ Unidade Coronariana (UCOR) em Santa Maria/ RS, e fez parte do trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo desenvolvido no período de 19 de fevereiro à 29 de maio de 2001. Foram acompanhados neste período 31 clientes submetidos à cirurgia cardíaca (27 Revascularizações do Miocárdio, 2 Trocas Valvares, 1 Aneurisma de Aorta).

No período pré-operatório, as visitas foram realizadas na unidade de internação; nesta visita aplicava-se um questionário (Anexo 1) e já se fazia um levantamento e conhecia um pouco mais o cliente. Então, eram transmitidas as orientações pré-operatórias, a respeito da cirurgia e do pós-operatório imediato. Também, através do questionário era feita a primeira reflexão com o cliente do que era qualidade de vida.

Já no período pós-operatório, as visitas eram realizadas antes da alta hospitalar (unidade de internação) e após a alta hospitalar (domicílio). Nesta visita, eram prestados as orientações de enfermagem à respeito dos cuidados que deveria ter quando fosse para casa. Também eram esclarecidas dúvidas, enfatizando-se a importância desses cuidados para evitar complicações. A seguir aplicava-se o questionário pós-operatório (Anexo 2). O mesmo perguntava sobre como o cliente via sua vida a partir daquele momento e o que entendia por qualidade de Vida. Finalizando, era apresentado o modelo educativo em forma de coração, com o qual era explicado o procedimento cirúrgico.

QUESTIONÁRIO PRÉ-OPERATÓRIO:

Nome: _____
Idade: _____ Same: _____ Data: _____
Quanto tempo antes da cirurgia: _____

Tipo de Cirurgia:

1 - O que você sabe à respeito de sua cirurgia?

2 - O que você gostaria de saber sobre sua cirurgia?

3 - Como você acha que será a sua vida após a cirurgia, quando sair do hospital?

4 - O que é para você qualidade de vida?

Anexo 1. Questionário Pré-operatório.

RESULTADOS

Com a finalidade de levantar dúvidas e suscitar reflexões acerca do tema Qualidade de Vida, foram aplicados 2 instrumentos em forma de questionário aberto (pré e pós-operatório) ao cliente submetido à Cirurgia Cardíaca.

Sobre o instrumento aplicado no período pré-operatório, pode-se perceber que a maioria dos clientes já sabiam algo à respeito da cirurgia e sobre o pós-operatório imediato. Por outro lado, alguns clientes apresentaram dúvidas à respeito do procedimento cirúrgico, anestesia, e também manifestaram medo e insegurança. Também, com relação ao tema Qualidade de Vida, todos os clientes tiveram a percepção de que ela vai além da presença ou ausência de saúde, e sim, que ela envolve os domínios físicos e psicológicos do indivíduos.

Na aplicação do instrumento pós-operatório, muitos clientes manifestaram que agora era uma vida nova. Quanto ao que era Qualidade de Vida, responderam o que achavam mais importante para ter uma melhor qualidade de vida. E isto mostra que a assistência de enfermagem tem que ser individualizada, levando em conta o aspecto subjetivo, ou seja, não basta que os profissionais se preocupem somente com a utilização de recursos tecnológicos. Torna-se imprescindível o resgate e a valorização do cliente enquanto pessoa que tem sua forma de pensar, agir, sentir.

Através da última pergunta, foi possível concluir que a assistência de enfermagem nestes períodos foram válidas para todos os clientes; pois muitos comentaram que se sentiram mais seguros. Isso reforçou a importância de um serviço de orientação perioperatória, tendo como finalidade oferecer todo o apoio necessário para o cliente e sua família.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Acompanhar e atuar junto aos clientes submetidos à Cirurgia Cardíaca e seus familiares buscando proporcionar melhor Qualidade de Vida, continua sendo ainda um grande desafio, pois sabe-se que atualmente não existe um único conceito de Qualidade de Vida, mas várias definições

QUESTIONÁRIO PÓS-OPERATÓRIO:

Nome: _____
Idade: _____ Same: _____
Tipo de cirurgia: _____
Quanto dias após: _____

1 - Como você percebe a sua vida hoje?

2 - O que você entende por qualidade de vida hoje?

3 - Como você percebe as orientações de enfermagem realizadas?

Anexo 2. Questionário Pós-operatório.

constituídas por fatores subjetivos e objetivos, que variam de pessoa para pessoa, sofrendo muitas vezes influências de fatores culturais e religiosos. Porém, o trabalho realizado no período pré e pós-operatório possibilitou uma assistência humanizada, já que os clientes estavam expostos à várias fontes de tensão e uma das maiores preocupações passava a ser o medo do desconhecido e das mudanças em seu estilo de vida. Diante desta realidade foi introduzida a Qualidade de Vida, como sendo um constructo que abrange os sentimentos e os estados subjetivos de satisfação das pessoas em seu viver diário, além da presença ou ausência de saúde. Diria-se que um dos principais fatores, foram os aspectos subjetivos dos clientes, de acordo com seus costumes.

Em alguns momentos foi necessário levantar alguns questionamentos aos clientes envolvidos, com o objetivo de fazer com que repensassem seus valores. Acredita-se que a maioria dos clientes não se preocupava com o procedimento, mas, com suas crenças e estigmas; quer dizer, ao mexer em um órgão carregado de tanta simbologia, tinham a impressão de que iriam remexer em seu íntimo.

Ainda, no que se refere ao cliente submetido à Cirurgia Cardíaca, procurou-se valorizar suas opiniões e priorizar o que era importante para ele e para sua saúde. Com relação as prioridades expressas pelos clientes, constatou-se que, para uns o aspecto físico era imprescindível na busca de uma melhor Qualidade de Vida; no entanto, a grande maioria deu importância ao bem-estar emocional, a convivência com as pessoas mais importantes de sua vida, a religião. Neste sentido, concorda-se com a maioria, pois sabe-se que o apoio emocional contribui muito no período de reabilitação para uma melhor Qualidade de Vida.

Diante desta realidade, durante a assistência de enfermagem ao cliente submetido à Cirurgia Cardíaca, foi desenvolvido um plano de ação que promovesse seu bem-estar emocional e físico, que fosse ao encontro de suas principais necessidades.

Summary

LIFE QUALITY OF CARDIAC PATIENT: CHALLENGE FOR NURSING

Cardiovascular diseases are the major cause of the mortality nowadays. In the presence of this context, clients under cardiac surgery have been followed, in pre and pos operation period, emphasizing the Quality of Life. During the present work instruments have been used, in the form of an open questionnaire, with the objective of raising doubts about surgical procedure and about quality of life. The results have shown that most people demonstrated fear and insecurity facing the surgical process, such as they had the perception that Quality of Life goes beyond the presence or absense of the disease.

Key words: Life Quality, Health Care Quality, Health Care Service Quality.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MRN et al. Saúde da Família: cuidado à Domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem 2000; 53.
2. Buarque. Qualidade de Vida: A modernização da Utopia. Revistas de cultura política Lua Nova 1993; (31):157-165.
3. Elsen I. Desafio da Enfermagem no Cuidado de Famílias. Florianópolis: Ed da UFSM, 1994.
4. Keating H. A terapia do Abraço. São Paulo: Ed Pensamento, 1997.
5. Lima MJ. O que é Enfermagem. 2 Ed. São Paulo: Brasiliense SA, 1994.
6. Muniz MV. Tensão Emocional- estresse cardíaco. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.
7. Oliveri DP. O ser doente- dimensão humana na formação do profissional da saúde. São Paulo: Ed. Moraes, 1985.
8. Ornish D. Salvando seu coração. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1993.
9. Alexander. Cuidados de enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10 Ed. RJ: Guanabara Koogan
10. Beck CLC et al. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem- elementos para reflexão. Revista Escola de Enfermagem da USP. 1999; 33(4):348-354.
11. Cintra EA., Nishide V M., Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. São Paulo: Atheneu, 2000.
12. Cordiolo AV. Psicoterapias - Abordagens Atuais. 2 Ed. , POA: ArtMed, 1994.
13. Fajardo AP et al. Educação em saúde: como fazer? Revista Momento e perspectiva 1998; 11(1): 53-54.
14. Mello Filho J et al. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Perfil Epidemiológico das Parasitoses Intestinais em Escolares do Município de Mato Castelhana(RS)

Elaine M. Lopes & José H. M. da Silva.

Disciplina de Iniciação Científica, Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

As parasitoses intestinais desafiam os gestores municipais de saúde pela prevalência em zonas periféricas e rurais, onde são menores os investimentos em saneamento básico. Com vistas à implantação de medidas sanitárias específicas, objetivou-se verificar a prevalência de parasitoses intestinais entre 48 alunos do ensino fundamental do município de Mato Castelhana - RS. O estudo descritivo observacional foi realizado no período de dezembro 2001 a março de 2002. Para a coleta de dados o instrumento utilizado foi o questionário, assim como as análises parasitológicas dos materiais biológicos e os seus respectivos resultados. A distribuição das parasitoses intestinais foi analisada pelo método da estatística descritiva, utilizando o teste de hipótese (Qui-quadrado e teste exato de Fischer) com nível de significância de 0,05. O estudo foi associado com as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, procedência das crianças, procedência da água consumida no domicílio. Os resultados indicaram que das 48 crianças, 8 apresentaram exame positivo para parasitoses intestinais. Assim sugere-se a implantação de programas de educação sanitária, contribuindo para o controle e prevenção dos parasitos intestinais no município de Mato Castelhana.

Unitermos: Parasitologia, Prevalência, Saúde Escolar.

Até 1993, o município de Mato Castelhana era um distrito de Passo Fundo. Com sua emancipação política assumiu a responsabilidade da administração pública de onze comunidades, totalizando, segundo dados preliminares do Censo de 2000 (IBGE)¹ uma população de 2.454 habitantes, cuja subsistência está centrada em atividades agropecuárias.

A limitada arrecadação de recursos, torna a manutenção de Mato Castelhana dependente de verbas estaduais e federais, nem sempre suficientes para a cobertura das necessidades de saúde e saneamento básico. Em virtude disso, uma parte da população consome água proveniente de poços artesianos, outra de fontes, sem nenhum tratamento. A rede de esgotos cloacal é inexistente, havendo apenas fossas domiciliares. As condições de higiene ambiental e corporal deficitárias e a alimentação deficiente, oportunizam a transmissão de parasitos intestinais pela contaminação fecal do solo e da água. Esses fatores sugerem a necessidade de implantação de um programa de educação sanitária, pois não há como pensar em tratar as parasitoses intestinais sem lembrar da complexidade dos fatores que estão implicados na transmissão de parasitos. No município de Mato Castelhana as escolas constituem espaços sociais privilegiados para implantação desses programas de educação sanitária, que possam minimizar as repercus-

sões das infecções parasitárias, que em crianças acarretam desnutrição, anemia e infecções graves.

As parasitoses intestinais, também conhecidas como verminoses são, conceituadas por Ribeiro² como: "infecções de helmintos (vermes) e também protozoários no aparelho digestivo, especificamente nos intestinais".

A prevalência das parasitoses intestinais é maior em famílias residentes nas zonas urbanas e rurais de baixa renda com carências nutricionais e ambientais. Em relação à faixa etária, as parasitoses intestinais predominam em pré-escolares e escolares. Mozzatto & Cechin³ (1998) afirmam que "por serem mais vulneráveis sofrem não só os efeitos sobre seu estado nutricional (desnutrição, anemia, hipoproteïnemia), como também sobre seu sistema imunológico". A doença repercute também sobre o desempenho escolar, devido ao grau de astenia e desânimo que atinge os escolares⁴.

Alves⁵ (1995) considera que: "as parasitoses intestinais são mais graves e freqüentes nas crianças devido às necessidades nutricionais, proporcionalmente maior do que nos adultos, imunidade deficiente e um comportamento que as expõe com maior freqüência às fontes de infecções". Além disso, o autor lembra que nos ambientes empobrecidos é comum encontrarmos parasitoses associadas a quadros de desnutrição protéica-calórica, uma vez que as duas afecções estão

sujeitas aos mesmos fatores dominantes. Neves⁶ registra ainda que as formas infectantes para o homem são encontradas no meio ambiente, contaminando rios, fontes de água, alimentos em geral. A transmissão então, ocorre pela ingestão desses alimentos contaminados com ovos e cistos e também pela penetração ativa das formas larvárias. Outras formas de transmissão envolvem a auto infecção, tanto externa como interna, e a penetração de larva através das "mucosas". Mozzatto & Cechin³ descrevem: 'a ocorrência das parasitoses ocorre mais em clima quente e em regiões com condições sanitárias inadequadas'.

O diagnóstico é conduzido através de exame parasitológico de fezes (3 a 5 amostras), método da fita goma-da (swab-anal), para identificar o *Enterobius vermicularis*, tubagem duodenal, biópsia duodenal, coleta de muco pela cápsula de entero-teste, pesquisa de *Giardia lamblia* e hemograma².

Segundo De Carli & Issler⁴ "o tratamento em massa de populações de risco para parasitoses intestinais proporciona uma rápida e acentuada diminuição das taxas de prevalência dessas doenças. Trabalhos realizados com populações limitadas, usando medicamentos em dose única em intervalo trimestral, durante um ano, mostraram significativa queda de prevalência de algumas Helminthoses".

Os autores citados consideram que a medida mais eficaz para combater as parasitoses intestinais é a prevenção. Nesse aspecto, Marcondes et al.⁷ defendem que: "a nível populacional, nos locais onde as parasitoses intestinais são problema importante de saúde pública, é fundamental o planejamento de um programa de prevenção dessas doenças, definindo-se objetivos a curto e longo prazo. As medidas preventivas a curto prazo, podem causar um impacto mais rápido".

A quebra da cadeia de transmissão das doenças parasitárias constitui medida imprescindível para o seu controle e profilaxia. Para que essas medidas possam ser implantadas, o município de Mato Castelhano necessita do diagnóstico epidemiológico das parasitoses intestinais. Através de análises parasitológicas, este estudo pretende gerar dados para o reconhecimento da situação de saúde para a implantação de programas de educação sanitária, podendo também determinar os procedimentos adequados e aconselhamento das medidas a serem tomadas, visando a eliminação do problema. Para tanto, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de parasitoses intestinais entre alunos do ensino fundamental do município de Mato Castelhano, contribuindo, dessa forma, para o controle e a prevenção das parasitoses intestinais, no local.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo-observacional e prático com abordagem quantitativa com 48 crianças freqüentadoras das 2^{as} e 3^{as} séries das Escolas Jorge Manfrói e Padre Leonel Franca, no Município de Mato Castelhano, no período de dezembro de 2001 a março de 2002.

Como Hipótese Geral foi considerado que existe relação ao nível de significância de 0,05 entre a prevalência das parasitoses intestinais e as seguintes variáveis independentes: sexo, procedência das crianças, procedência da água consumida no domicílio.

As hipóteses operacionais foram:

1. Quanto menor idade da criança maior a proporção das parasitoses intestinais.
2. A proporção de parasitoses no sexo feminino, difere da proporção no sexo masculino.
3. A proporção de parasitoses intestinais é maior nos escolares da zona rural do que nos escolares da zona urbana.
4. A proporção de parasitoses intestinais é maior em escolares que consomem água de fonte do que naqueles que consomem água de poço artesiano.

A coleta de dados foi precedida da autorização do prefeito municipal de Mato Castelhano e de reuniões realizadas com as crianças e seus responsáveis, quando foi explicitado o protocolo de pesquisa e fornecidos os esclarecimentos necessários para a adesão dos mesmos, através da assinatura do Termo de Consentimento Informado, o qual garantiu liberdade de participar ou não da pesquisa. Foi assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Anonimato, privacidade, proteção da imagem e a não-estigmatização e liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa, foram garantidos.

As informações foram obtidas por meio de formulário preenchido pelos pesquisadores no domicílio. Por ocasião dessas visitas foram distribuídos frascos para a coleta de material biológico, explicando às famílias os procedimentos de coleta.

Os dados coletados constituíram o banco de dados da planilha Excel e foram analisados através de Qui-quadrado e do teste exato de Fischer a um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Quanto a faixa etária das crianças, 91,7% está compreendido entre 9 e 10 anos, onde a prevalência das parasitoses intestinais é maior (4 com *Giardia lamblia*, 2 com *Ascaris lumbricoides* e *Trichiuris trichiura* e 1 com *Entamoeba histolytica*) e 8,3% entre 8 e 11 anos (apenas 1 caso positivo com ovos de *Ascaris lumbricoides*).

A maioria das crianças reside em áreas rurais (91,7%) onde aparecem os 8 casos positivos. O restante reside em áreas urbanas (8,3%) e nenhum resultado positivo.

A idade das mães é predominante na faixa entre 26 e 40 anos (91,7%) enquanto que para os pais a faixa predominante está situada entre 31 e 50 anos (97,8%).

A distribuição das crianças por sexo e prevalência, ficou as seguinte forma: 25 crianças do sexo masculino, onde estão 5 dos 8 casos positivos e 23 do sexo feminino, com 3 casos positivos (Tabela 1).

A análise quanto ao tipo de moradia, revelou que 25 crianças moram em casas de madeira (6 água. O resultado foi o seguinte: positivos) (Tabela 2).

Sexo	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Masculino	20	5	25
Feminino	20	3	23
Total	40	8	48

Tabela 1. Distribuição de freqüência de sexo por exame.

Tipo de domicílio	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Madeira	19	6	25
Alvenaria	21	2	23
Total	40	8	48

Tabela 2. Distribuição de freqüência do tipo de domicílio por exame.

Ligada	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Sim	12	1	13
Não	28	7	35
Total	40	8	48

Tabela 3. Distribuição de freqüência da situação da água (ligada à rede) por exame.

Limpeza	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
A cada seis meses	14	1	15
A cada ano ou não faz	26	7	33
Total	40	8	48

Tabela 4. Distribuição de freqüência da situação de limpeza da caixa de água por exame.

Tipo	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
In natura	38	7	45
Fervida	2	1	3
Total	40	8	48

Tabela 5. Distribuição de freqüência do tipo de água consumida por exame.

Outro resultado importante refere-se ao tipo de água consumida. Assim, entre 13 crianças que usam a água "encanada" a partir de poços artesanais, ocorreu 1 caso positivo; já o restante, de 35 crianças que consomem água de fontes, ocorreram 7 casos positivos (Tabela 3).

Este trabalho revela outro dado importante quando refere-se a freqüência de limpeza da caixa de água. Entre as 15 famílias que fazem limpeza da caixa de água a cada seis meses ocorreu 1 caso positivo enquanto que entre as outras 33 famílias que fazem limpeza a cada ano, ou não fazem, a prevalência é de 7 casos positivos (Tabela 4).

Por outro lado, as parasitoses intestinais aumentaram quando se investigou o tipo de água consumida. No grupo que consome água fervida (3), apenas 1 caso positivo ocorreu e no outro grupo (45) que consome água in natura, foram 7 casos positivos (Tabela 5).

A grande parte das crianças reside em casas com banheiro servido de "vaso sanitário" (39 casos) e 9 casos possuem "latrina", onde ocorrem 4 casos positivos para cada situação (Tabela 6).

Para finalizar, como se vê nas tabelas 7, 8 e 9, onde o estudo envolveu a presença de roedores, insetos e animais domésticos, os resultados foram compatíveis com as regras gerais, clássicas de epidemiologia, ou seja, as parasitoses aumentaram virtualmente. Todos os 8 casos positivos do grupo

Instalação	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Sim	35	4	39
Não	5	4	9
Total	40	8	48

Tabela 6. Distribuição de freqüência de possuir instalação sanitária por exame.

Ocorrência de roedor	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Sim	30	8	38
Não	10	0	10
Total	40	8	48

Tabela 7. Distribuição de freqüência da ocorrência de roedores por exame.

Ocorrência de insetos	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Sim	36	8	44
Não	4	0	4
Total	40	8	48

Tabela 8. Distribuição de freqüência da ocorrência de insetos por exame.

Animais domésticos	Exame		Total
	Negativo	Positivo	
Sim	36	8	44
Não	4	0	4
Total	40	8	48

Tabela 9. Distribuição de freqüência de possuir animais domésticos por exame.

estudado, estão compreendidos entre as famílias onde houve o relato de possuírem animais domésticos (cães e gatos) e a presença de roedores e/ou insetos.

A Tabela 1 descreve a distribuição de freqüência de sexo por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 0,41 ($p=0,42$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 2 descreve a distribuição de freqüência do tipo de domicílio por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 1,98 ($p=0,16$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 3 descreve a distribuição de freqüência da situação da água por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 1,01 ($p=0,31$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 4 descreve a distribuição de freqüência da situação de limpeza da caixa de água por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 1,54 ($p=0,22$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 5 descreve a distribuição de freqüência do tipo de água bebida por exame. Para analisar a relação entre as

variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 0,63 ($p=0,43$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

Na Tabela 6 descreve a distribuição de freqüência de possuir instalação sanitária por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 6,03 ($p=0,01$), indicando que há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 7 descreve a distribuição de freqüência da ocorrência de roedores por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 2,47 ($p=0,12$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 8 descreve a distribuição de freqüência da ocorrência de insetos por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 0,86 ($p=0,36$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

A Tabela 9 descreve a distribuição de freqüência de possuir animais domésticos por exame. Para analisar a relação entre as variáveis utilizou-se o teste exato de Fischer, o qual apresentou um valor de 0,86 ($p=0,36$), indicando que não há dependência entre as variáveis estudadas.

DISCUSSÃO

O questionamento para execução de um perfil epidemiológico, em síntese, trata-se de qual realidade poderá ser evidenciada num determinado local de região. O nosso estudo estimou a execução, tendo como parâmetro vários estudos realizados em datas e locais bastante distintos, como seus autores, cabe portanto listar alguns exemplos: Monteiro em 1984/1985, citado por Alves⁵ (1995) apontou, que no município de São Paulo 30,9% das crianças menores de cinco anos foram infectadas, dentre 695 estudados, sendo o *Ascaris lumbricoides* (16,4%). No nosso trabalho 25% foi a prevalência para o mesmo parasito.

Na edição 50 da Revista New Lab⁸ (2002), trabalho comparativo da prevalência entre atendimento privado e público revela o índice de 11,2% no primeiro grupo e 24,6% no segundo.

Chehter & Cabeça⁹ (2000) descrevem que 25% da população mundial (mais de 2 bilhões de pessoas) alberga algum tipo de parasito intestinal.

Trabalhos também mostram uma íntima correlação entre parasitoses e más condições de higiene. Dessa forma, pesquisa realizada e publicado na Revista Unimed Ilhéus¹⁰ (2002) comprova que 60 a 100% de crianças nas condições citadas infectam-se no primeiro ano de vida.

Segundo Neves⁶ estima-se que 30% da população mundial albergue *Ascaris lumbricoides*. Dados de 1984 da OMS, estimam que 1 bilhão de pessoas da população mundial apresentou o mesmo parasito. Vinha¹¹, com dados do

departamento nacional de Endemias Rurais, afirma que aproximadamente 50% da população brasileira estaria infectada por *Ascaris lumbricoides*.

Conforme os resultados obtidos no grupo de 48 crianças com a prevalência de 16,6% estendido a estimativa para a população do município de Mato Castelhano, em torno de 2.454 habitantes, já haveriam 407 pessoas, aproximadamente, comprometidos com algum tipo de parasito intestinal.

A partir dessas considerações é possível pensar seriamente no implemento de medidas que venham a contribuir para a minimização das parasitoses. Também considerando que essas doenças estão intimamente relacionadas com outros fatores carenciais, como por exemplo a interação competitiva no aproveitamento das vitaminas lipossolúveis absorvidos no intestino, reforço a idéia de melhoramento sanitário como a inserção hábitos mais eficientes para a profilaxia dos parasitoses. Segundo a OMS é necessário o diagnóstico, tratamento e medidas sanitárias aplicados por 2 anos consecutivos para se erradicar uma determinada parasitose em uma população alvo.

CONCLUSÃO

As doenças não se instalam de forma aleatória, mas porque existem fatores de risco que determinam esta distribuição. Para entendimento quanto a variabilidade e o aparecimento de determinadas enfermidades, o raciocínio epidemiológico se direciona à comparações e distribuição com relação as pessoas, aos lugares, e mesmo às condições sócio-econômicas.

Daí surgiu a pergunta: Quem adoece e porque adoece? Com os resultados obtidos foi possível comparar com a premissa fundamental, pois as conclusões mostram nitidamente que crianças, mesmo de uma faixa etária bastante restrita (9 e 19 anos), foram muito mais suscetíveis. Ao levantar outros itens, como procedência, tipo de água consumida, prevalência quanto ao sexo das crianças, ficou claro que a prevalência é maior entre os moradores das zonas rurais e principalmente quando a água tem sua origem em fontes. Essas conclusões são semelhantes ao que Neves⁶ em sua "Triade epidemiológica de doenças, afirma: a transmissão e a manutenção de uma doença é resultante do processo interativo entre o agente, o meio ambiente e o hospedeiro".

Embora que o grupo de crianças (48) seja considerado pequeno para uma conclusão mais efetiva quanto a real prevalência sobre a população total, o resultado da mesma, em 16,6% incita a uma observância por parte das autoridades.

Como o município de Mato Castelhano teve há pouco tempo a sua independência administrativa esse trabalho ora realizado, poderá contribuir como fonte de dados. Por outro lado aborda in loco variáveis importantes para futuro implemento da instalação de medidas sanitárias e saneamento básico.

Summary

EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF THE INTESTINAL PARASITISM IN SCHOOL CHILDREN IN THE ELEMENTARY LEVEL IN THE TOWN OF MATO CASTELHANO-RS (BRAZIL)

The intestinal parasitism challenges the city managers of health because of its prevalence in prevalence in rural and suburban zones, where the investments in basic sanitation are smaller. With the aim of implementing specific sanitary rules, it was necessary to verify the prevalence of intestinal parasitism among 48 students of the elementary level from the city of Mato Castelhano, RS. The observational descriptive study was carried on from December 2001 to March 2002. The instrument used to collect data was a questionnaire, as well as parasitological analysis on the biological materials and their respective results. The distribution of the intestinal parasitism was analyzed through the descriptive statistical method, using the hypothesis tests (Chi-square and Fisher exact test) with a level of significance of 0,05. The study was associated to the following independent variables: age, sex, origin of the children, provenience of the water consumed at home. The results indicated that from the 48 children, 8 presented positive exams to intestinal parasitism. Thus, it is suggested an implementation of sanitary education programs, contributing to the control and prevention of intestinal parasitism in the city of Mato Castelhano.

Key words: Parasitic Diseases, Parasitic Enteropathies.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Dados preliminares Censo 2000. Passo Fundo Agência Regional 2001.
2. Ribeiro TE. Parasitoses Intestinais. <http://www.bebemania.com.br>.
3. Mozzatto L, Cechin WE. Pediatría: Manual do Internato Médico. Passo Fundo: Gráfica e Editora Pe. Berthier, 1998.
4. De Carli GA, Issler RMS. Parasitoses Intestinais. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani E RJ. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 1996; 69:406-415.
5. Alves JAR. Parasitoses intestinais na infância: Influência no crescimento. Revista Pediátrica Moderna. Edição Especial 1995; 31:560-564.
6. Neves DP, Mello AL, Genaro O et al. Parasitologia humana. 10 ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
7. Marcondes E, Bresolin AMB, Zuccolotto SMC. Pediatría básica. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1999.
8. Cantos G. & Andrade M. Frequência de Parasitoses Intestinais em Amostras Fecais Examinadas em Laboratório Privado e Laboratório Público em Florianópolis, Brasil. Revista News Lab, 2002; 50:126-130.
9. Chehter L. & Cabeça M. Como tratar Parasitoses Intestinais. Revista Brasileira de Medicina 2000; 57:225-230.
10. Unimed Parasitoses Intestinais. www.unimedilheus@uol.com.br
11. Vinha, 1971.

Inquietudes e Novas Possibilidades de Organização da Enfermagem Hospitalar

Luiz Antonio Bettinelli¹ & Alacoque Lorenzini Erdmann².
Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo(RS)¹ e
Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina(RS)².

Resumo

Este artigo procura realçar alguns aspectos relativos ao sistema organizacional de cuidados no ambiente hospitalar, que está envolvido num contexto de crescente tecnologização. É importante que os profissionais façam uma reflexão sobre a necessidade do resgate dos valores éticos e sobre o poder da técnica. Estamos definitivamente na era tecnológica do cuidado, que nos traz muitas novidades e esperanças de um mundo melhor, mas ao mesmo tempo surgem inquietações e dilemas éticos que precisam ser discutidos com todos os segmentos da sociedade. Considerar que, numa decisão coletiva, possamos evitar práticas contrárias à dignidade humana.

Unitermos: Sistema de Cuidados; Humanização no Ambiente Hospitalar; Ética no Cuidado.

Os sistemas de cuidados nas instituições hospitalares tem seus movimentos atrelados à competitividade desencadeada pela globalização da economia. A amplitude e as contingências organizacionais sustentam a busca por resultados materiais e de lucro. Isso desencadeia a necessidade de aperfeiçoamentos ou modificações organizacionais face às novas tecnologias e à complexidade cada vez mais crescentes, exigindo dos profissionais inovação e flexibilização no cotidiano hospitalar.

Nesse sentido, os dirigentes estão procurando adequar recursos materiais e talentos humanos por meio da criação de estratégias para que a organização melhore a qualidade dos seus serviços, e que tenha preocupação com os custos dispensando o melhor tratamento possível aos seus clientes.

Porém, parece que quanto mais complexa é a organização, mais valorizados são os aspectos tecnológicos e técnicos na atenção aos pacientes. Percebe-se maior superficialidade nas relações, com os encontros muito pontuais entre as pessoas. O enfermeiro por sua vez acaba se distanciando do paciente devido às exigências sócio-políticas do controle gerencial da sua unidade de trabalho. Dado a estas circunstâncias, surgem os conflitos pelas atitudes dos enfermeiros, pois não têm respostas para esse estar mais tempo junto ao cliente. Por sua vez, a exigência gerencial está em consonância com a visão de mercado, onde existe o "comércio" da saúde ou da doença das pessoas.

DISCUSSÃO

O comportamento da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, parece muito com as estruturas eclesiásticas e militares, que concebem a organização bastante hierarquizada, com predomínio da verticalização, especialização e divisão do trabalho. Pela sua história a

enfermagem valorizou e legitimou as tarefas, a hierarquização dos cargos e a manutenção dos modelos organizacionais hospitalares, determinísticos, normativos e prescritivos.

Este modelo leva ao detalhamento das técnicas, apego às normas e regulamentos, seguindo à risca as rotinas institucionalizadas caracterizando o trabalho como racional, hierárquico e impessoal.

A divisão do trabalho na enfermagem tem como líder ou coordenador o enfermeiro, a quem cabe primordialmente as funções educativas, gerenciais e administrativas sobre o cuidado direto ao paciente. Aos auxiliares e técnicos de enfermagem compete a efetividade do cuidado que valoriza o "fazer", constituindo-se numa tarefa intervencionista que exige cada vez mais conhecimentos e habilidades específicas.

O trabalhador é disciplinado de tal forma que acaba tendo pouco tempo para refletir e analisar aspectos relacionados ao seu cotidiano, pois tem muitas atribuições, tarefas técnicas e de controles durante toda a jornada de trabalho.

A produtividade da enfermagem baseada em técnicas, encaminha a profissão para uma verdadeira rede de regulamentação burocrática, pautada na especialização dos indivíduos e cuja característica corrobora para a impessoalidade nas relações, pouca flexibilidade, tornando a organização hospitalar pouco sensível, podendo levar a um trabalho intenso, estressante e desgastante.

A disciplina do trabalhador é assegurada por um conjunto de normas, ao qual deve ajustar-se. O hábito adquirido de trabalho repetitivo leva o trabalhador tornar-se simplesmente um executor de atividades já previamente estabelecidas. Quando surge a possibilidade de mudanças normalmente existe resistência, porque se as rotinas podem

ser desmotivadoras, por outro lado pode oferecer uma certa segurança pela repetição, por fazer algo determinado^{1,2}.

O sistema assistencial à saúde das pessoas nas instituições hospitalares tem como eixo articulador o trabalho da enfermagem. O processo de cuidar-administrando é um fenômeno complexo que necessita de um ambiente bastante organizado e flexível, e com motivação para o trabalho. A enfermagem é um serviço integrante e fundamental da vida organizacional do hospital, estando atrelada e dependente do modelo administrativo existente.

O modelo organizacional da empresa hospitalar está atrelado ao sistema de produção de prestação de serviços. Essas empresas hospitalares sentem o reflexo das políticas de saúde existentes no país, embora procurem sempre encontrar estratégias e meios para conseguir sobreviver e aumentar a sua produtividade. Assim, e como efeito da globalização da economia, parece que buscam novas tecnologias, a fim de se tornarem mais ágeis proporcionando melhor atendimento e obtendo maior resolutividade frente as doenças das pessoas que necessitam de atendimento. Os esforços dos enfermeiros, nos últimos tempos, para se adequarem às demandas sociais, são significativos. Estão buscando novas tecnologias e novos modos de cuidar, para se tornarem mais produtivos e justificarem a sua importância nas instituições hospitalares.

O processo produtivo da enfermagem sempre foi preocupação dos dirigentes hospitalares e dos próprios profissionais, mas estão mais voltados para a economia e a racionalização de materiais e equipamentos e pouco pela expansão dos serviços prestados, e na criação de novas maneiras de cuidar.

Porém, com o advento de muitos serviços particulares de atendimento à saúde, e principalmente de meios diagnósticos, percebe-se a preocupação dos dirigentes hospitalares com esse aspecto. Os meios diagnósticos parecem oferecer maior lucratividade do que a internação. Mesmo assim, a demanda ainda é maior do que a oferta de serviços, ainda incipiente e limitado, embora grande parte das instituições hospitalares estejam em busca, junto aos programas de qualidade total, de novas estratégias e fontes de renda possíveis, a partir da produção de serviços de atendimento à saúde da população.

A idéia expansionista das instituições é ainda a de oferecer à população maior número possível de meios diagnósticos. Com a utilização da mídia, os hospitais com tecnologia avançada, tornam-se referência para a população o que vem a incrementar a capacitação dos recursos humanos incluindo novas tecnologias de cuidados. Todavia, o enfermeiro parece ser um trabalhador que ainda opta pelo silêncio, pela humildade e, às vezes, pela submissão. Com isso acaba não utilizando estratégias que poderiam reforçar seu valor e a importância do seu cuidado. O fazer, atividade quase obsessiva e incansável do enfermeiro, acaba tomando todo o tempo, não tendo disponibilidade de buscar e estabelecer estratégias, no sentido da maior valorização e reconhecimentos dos atributos de seu serviço.

Os mecanismos de gestão utilizados no ambiente hospitalar vêm suprindo em parte as dificuldades e as demandas existentes, porém muitas instituições passam por

dificuldades financeiras, de modo que pouco inovaram no aprimoramento e na qualidade de seus serviços. A tecnologia avançada, por si só, não é garantia de lucratividade, pois existem outros aspectos bastante valorizados pelos pacientes e seus familiares durante a internação.

Os próprios enfermeiros também sofrem as conseqüências das dificuldades enfrentadas pelas instituições, quando são submetidos a longas jornadas de trabalho, quando precisam improvisar e sujeitar-se a condições pouco adequadas para o exercício profissional. Além disso, os trabalhadores acabam por se entregar ao estresse, ao cansaço e à desmotivação, sendo a improvisação mais um componente a aumentar a tensão já existente no ambiente hospitalar. O processo do cuidado à saúde ou à vida não admite improvisações, podendo provocar iatrogenias das mais diversas no ambiente hospitalar. Por outro lado na maioria das instituições existe a preocupação com o desenvolvimento de atitudes pró-ativas de prevenção desses riscos. Cabe salientar que as empresas, de acordo com os programas de qualidade total, estão trabalhando pela melhoria contínua, com a busca do erro zero na produção de bens ou na prestação de serviços.

Sobre o exposto,

se o ambiente de trabalho não é estimulante ou emocionalmente significativo, as pessoas transformam esse espaço de relações sociais em uma sofrida rotina diária. Alguns chegam a se comportar como autômatos, pois essa pode ser uma forma de se defender da frustração de não se sentirem realizados. Não se envolvem afetivamente para evitar maiores frustrações advindas de um trabalho que não é sentido como realizado³.

Percebe-se, na verdade, que o desempenho no ambiente de trabalho hospitalar tem procurado suprir em parte as necessidades, tanto dos pacientes como dos profissionais. Porém, existem desvios de rota, causados pela administração ainda muito rígida e burocrática, que leva ao aumento da tensão entre as pessoas. Isto interfere no grau de comprometimento e compromisso dos trabalhadores para o seu engajamento mais autêntico na instituição.

As organizações hospitalares são bastante peculiares e diferentes de outras empresas e indústrias. Funcionam ininterruptamente, atendem emergências e urgências que fogem de um planejamento mais geral. A busca por novos modelos e novas estratégias de administração, parece conviver lado a lado com uma cultura hospitalar bastante arraigada e de difícil mudança em suas formas de administração.

As políticas e o modelo utilizado no atendimento à saúde das pessoas têm criado algumas peculiaridades nas instituições hospitalares e no seus sistemas de cuidado. As práticas rotineiras e normatizadas acabam tornando o cuidado também um processo impessoal e rotineiro. Os enfermeiros de fato, estão buscando proporcionar um cuidado individualizado, mais humano. Mas, estando inseridos num contexto organizacional diverso ainda que modernizado e adaptado às necessidades da população, poucos conseguem implementar novas práticas de cuidado. A assistência acaba recebendo os reflexos da estrutura burocrática e rígida da instituição hospitalar, tornando o

cuidado uma execução de tarefas repetitivas e de intervenções no paciente. O paciente, tratado como um ser não individual, passa a ser uma pessoa anônima no meio de tantas outras. Além disso, o planejamento do cuidado é feito baseado na patologia e serve para outros pacientes portadores da mesma doença. Assim por "atacado", o plano acaba por massificar a assistência, levando a uma relação impessoal e distante.

Os enfermeiros criticam essa maneira e esse modelo de administração. Entretanto, todos os esforços e tentativas dispendidos não lograram mudar o sistema organizacional de trabalho da enfermagem. Criticamos as normas e rotinas existentes, sem contudo vislumbrarmos como poderia ser organizado o trabalho da enfermagem, sem essas duas ferramentas, existentes tanto nos hospitais como nas mais diversas empresas de outros setores produtivos. As tentativas e reformulações aconteceram e acontecem no cotidiano hospitalar, mas estamos longe de algo novo que venha mudar substancialmente o sistema organizacional de cuidados.

Outro fator a ser ressaltado são as políticas de saúde em nosso país; influenciam fortemente e acabam determinando indiretamente como as instituições devem prestar o atendimento à saúde das pessoas. Os problemas sociais existentes, como desemprego, subemprego, fome, miséria, falta de moradia, baixa escolaridade, são aspectos do processo saúde e doença que acabam interferindo na dinâmica do cuidado hospitalar. As emergências e os ambulatórios dos hospitais parecem mais um desaguadouro de problemas sociais do que entidades voltadas ao restabelecimento da saúde.

Esses problemas macro-estruturais são de difícil resolução, principalmente em se tratando de estratégias possíveis de ser utilizadas pelos enfermeiros, na tentativa de amenizar esses problemas. Existem discussões na categoria, porém ainda inócuas e inoperantes para a dimensão do problema.

Diante de todos os aspectos mencionados e de outros fatores existentes, interna e externamente à instituição, o processo de cuidado está muito aquém do desejado pela maioria dos enfermeiros, muito longe do idealizado pelo profissional e do esperado pelo paciente. O trabalho institucionalizado da enfermagem é feito ainda de maneira ampla, genérica, cuja prioridade é resolver os problemas imediatos e mais graves das pessoas doentes. A humanização do cuidado, a individualização, o cuidado relacional, o cuidado presença, ficam em segundo plano. O que importa é executar procedimentos e técnicas que visem, primeiramente, à resolução de problemas e, depois, se der tempo, ao diálogo, à troca e à complementaridade do cuidado.

Não podemos negar que o atendimento à saúde segue uma programação, com prioridades que precisam ser colocadas em prática, principalmente no que tange ao cuidado a pacientes graves, que estão chocados ou em coma. Esses são sempre respeitados, estimulados e implementados. Mas ao lado dessa intervenção, há necessidade de um espaço e tempo para uma convivência mais próxima, para a construção de vínculos com os

pacientes e com os membros da equipe de saúde. Esses últimos aspectos são a tônica dos debates entre os enfermeiros quase que diariamente.

Há, ainda, um outro fator do qual os enfermeiros precisam dar-se conta, ou se já se deram, efetivar e desenvolver estratégias. Isto é, o cuidado também deve ser visto como uma atividade econômica, tanto para a instituição como para os pacientes. Somente o contributo do cuidado para a população e o oferecimento de qualidade e competência, poderão permitir aos enfermeiros serem reconhecidos social, econômica e juridicamente pela sociedade. Acrescenta-se que o processo de cuidado está organizado em tarefas fragmentadas e, às vezes, dissociadas da realidade do paciente⁴. Isso impede que se criem vínculos do enfermeiro com o paciente, já que os contatos são esporádicos, eventuais e pontuais. O aspecto relacional deixado em segundo plano representa outro fator que dificulta a maior inserção do enfermeiro na sociedade e sua busca por maior valorização. Daí a necessidade de encontrar alternativas, outras fontes de conhecimento, não somente o baseado na patologia, a fim de ampliar a dimensão e perspectiva do cuidado relacional, interativo e coparticipativo.

Os enfermeiros precisam pensar e fazer o gerenciamento de suas unidades não de maneira empírica, "amadora", com pouco ou nenhum planejamento e sem objetivos traçados com seu grupo de trabalho. Existem muitas ferramentas de administração e gestão hospitalar disponíveis que podem facilitar o trabalho e aumentar a produtividade do cuidado aos pacientes.

O enfermeiro precisa ser mais criativo também no aspecto econômico do cuidado já que este é considerado uma atividade econômica para o hospital. Entre os administradores de hospitais existe um jargão de que a enfermagem somente sabe gastar e que são profissionais que mais contribuem para o aumento das despesas hospitalares. É muito fácil contabilizar os gastos com os produtos e materiais manuseados pela enfermagem, enquanto sua produtividade não é contabilizada por não existirem meios eficientes de fazê-lo. O que existe são estimativas, que não espelham nem demonstram a produção da enfermagem. O que os enfermeiros precisam fazer é encontrar meios de mostrar que o seu trabalho e de sua equipe podem ser contabilizadas verdadeiramente e não por estimativa.

Cabe aqui ressaltar que de nada adiantará os enfermeiros demonstrarem quantos curativos fizeram, quantas injeções intra-musculares endovenosas ou quantas sondas foram passadas. Não reside nisso a produtividade, embora essas atividades façam parte dela.

Nessa linha de pensamento, gostaríamos de salientar que o acúmulo de funções e atividades do enfermeiro acabam tornando a jornada de trabalho bastante cansativa. Em decorrência disso, o planejamento do cuidado pode ter menor eficácia e eficiência, o que leva à descaracterização do sistema organizacional do cuidado, além de dissociá-lo da realidade do paciente. O profissional acaba tentando resolver vários problemas ao mesmo tempo ou amenizar os existentes no setor. Não consegue fazer um planejamento das atividades de sua equipe. E o que se ouve dos

enfermeiros é que estão sempre atrasados, não conseguem fazer tudo o que é necessário para o bom andamento da unidade.

Essas diversas atividades desempenhadas acabam trazendo outras conseqüências no aspecto relacional do cuidado, já que o enfermeiro acaba distanciando-se do paciente. Uma delas é a desumanização no cuidado. Faz-se supervisão à distância e a palavra delegar está mais para transferir o problema do que para conferir atribuições, como compartilhar atividades e funções no sistema organizativo de trabalho da enfermagem. Esse sistema de supervisão à distância nem sempre funciona e nem sempre é efetivo.

Devido ao excessivo número de atividades, os enfermeiros precisam priorizá-las. Como são muito exigidos pelas administrações, acabam orientando suas ações mais para a gerência da unidade. Isso não quer dizer que não é importante o provimento de condições para a qualidade do cuidado, sua eficiência e eficácia para o paciente.

Mas a conseqüência inevitável é os enfermeiros acabarem distanciando-se do paciente e muitos profissionais sofrem conflitos e dilemas éticos importantes e consideráveis. A formação do enfermeiro aponta como objetivo principal e mais importante a assistência direta ao paciente, que acaba sendo deixada em segundo plano. As atividades concretas são delegadas aos auxiliares e técnicos de enfermagem, ficando ao encargo do enfermeiro a gerência e a supervisão da unidade. Executa também o cuidado direto, quando os procedimentos ou a gravidade do paciente exigem a sua presença.

Os momentos de encontro do enfermeiro com o paciente, bastante pontuais e até esporádicos, em alguns setores, têm sido muito salientados pelos profissionais como um dos motivos da desumanização do cuidado. O enfermeiro precisa encontrar novas modalidades de organizar o sistema de cuidados, para poder aproximar-se do paciente. Não pode prescindir desses momentos, que são ricos e fundamentais ao aspecto relacional do cuidado. A aproximação não deve ter como motivo somente fazer recomendações ou educar o paciente para o auto-cuidado. É muito difícil para o enfermeiro conseguir organizar-se de tal forma que possa dispor de mais tempo para os pacientes, principalmente se for uma unidade com muitos pacientes.

Precisa-se descobrir alternativas para que o paciente seja ouvido, organizar o cuidado, de acordo com esse propósito, deixar de lado, às vezes, o controle dos controles, muito rígido, a repetição da tarefa, o desperdício de tempo em coisas menos importantes que o diálogo com o paciente. Eventualmente, usa-se essa desculpa para justificar o distanciamento, embora quem vive o dia-a-dia do trabalho numa unidade de internação consegue ver o que é feito pelo enfermeiro.

Acredita-se que, numa discussão coletiva, em que se avalie a dinâmica de trabalho, as rotinas e as exigências administrativas impostas pelas instituições poderia-se descobrir formas de ficar mais tempo com o paciente. O que não podemos delegar é essa atividade, da convivência com o paciente, somente aos auxiliares e técnicos de enfermagem, embora façam muitas vezes trabalhos elogiáveis. Não acredito que exista qualidade no cuidado,

quando o enfermeiro cuida à distância ou somente supervisiona o serviço. Cuidado só é compatível com presença genuína ao lado do paciente, pela demonstração de solidariedade do enfermeiro, que se dispõe a ouvi-lo durante a sua internação.

São feitas algumas referências acerca da imposição hierárquica da enfermagem e do poder sobre o paciente. Ressaltamos aqui, que o cuidado deve sempre respeitar as diferenças e utilizar o diálogo para dar oportunidades ao paciente de decidir, que os instrumentos normativos privilegiam a igualdade e a disciplina no ambiente organizativo do hospital, onde o paciente tem um papel a representar, o de ser passivo e submisso, na maioria das vezes⁵.

Todavia, encontramos alguns pacientes que preferem ser dependentes, na totalidade, da equipe de enfermagem. Fica mais cômodo para eles não precisar decidir nada, submetendo-se passivamente, no cuidado à sua saúde. Nesses casos, os enfermeiros devem procurar desenvolver no paciente a consciência de sua responsabilidade em relação a si próprio e à sua doença. Não assumir para si, como profissional, a decisão que deve ser do paciente. E isso não é descomprometer-se com o cuidado ou remetê-lo ao próprio paciente. O que se reputa necessário é o compartilhar, a troca, a criação de vínculos, a solidariedade, para juntos restabelecer a saúde das pessoas doentes.

O caminho que se mostra como o mais seguro para todos é a observância dos preceitos éticos, no decorrer das atividades cotidianas da assistência. Sobre os aspectos pontuados anteriormente é preciso um repensar, buscando estratégias para a melhoria contínua do sistema organizacional do cuidado. Mesmo com múltiplos matizes e tendências opostas no sistema organizacional do cuidado, em meio a apreciações individuais e sociais antagônicas, de necessidades e frustrações, de esperanças e desesperanças, os enfermeiros estão buscando novas maneiras de cuidar, de organizar-se, de aprimorar o inter-relacionamento no trabalho. Essas atitudes acabarão por trazer benefícios ao paciente pela melhoria do cuidado. É bom salientar também que novos modelos organizacionais, mais participativos, que possibilitem a criação de vínculos, serão um motivo a mais para estimular os trabalhadores no seu cotidiano laboral.

Se os enfermeiros, com o espírito de desenvolverem estratégias para tornar o sistema organizacional do cuidado algo inovador e empreendedor, provavelmente teremos um reconhecimento maior, como profissionais, de todos os segmentos sociais.

No ambiente de relações de um hospital, o uso de equipamentos sofisticados faz com que o profissional tenha dificuldades de ver um paciente na sua totalidade, valorizando muito a patologia ou o distúrbio fisiológico que o mesmo apresenta.

Afirma-se⁶: "*É um dos princípios do sistema técnico a fragmentação, tendo como efeito a despersonalização do cuidado de saúde e a criação de estruturas burocráticas. Isto torna difícil a manutenção da identidade individualizada de clientes*".

Em razão disso, reconhecemos que, embora

impulsionados pela tecnologia, os profissionais de enfermagem não conseguem e não desejam romper os elos que os prendem ao valor do ser humano em sua totalidade, procurando compreendê-lo em seu mundo e na sua história de vida.

Nas instituições hospitalares há uma evolução significativa da tecnologia, que torna cada vez mais importante a luta pela saúde de cada paciente. É preciso maior possibilidade de manipular o ser humano, quando mais refinadas são as técnicas⁷. Isso pode acarretar, muitas vezes, questionamentos, insegurança e medo ao profissional. Até que ponto é ético manter um paciente ligado e dependente dos equipamentos, para manutenção de sua vida? Será esta uma vida plena e digna para o paciente e para a família?

Interrogações desse tipo ocorrem com frequência, durante o processo assistencial. Na rotina diária, os profissionais se defrontam, não raro, com essa realidade, sem tempo de pensar e repensar a sua conduta. Dependentes da máquina e atuando num contexto ambiental desfavorável à reflexão, tornam-se acomodados, além de estarem sujeitos a outros fatores estruturais que podem levá-los a assumir um compromisso superficial no processo do cuidado. A consequência inevitável desta postura é a incapacidade de refletir sobre suas ações e sobre a necessidade de participar mais ativamente nas transformações que a profissão exige, qual paladino de mudanças nas condições sociais do ser humano.

Nesse processo dialógico do relacionamento, para que haja um envolvimento verdadeiro entre o profissional e o paciente, na prestação do cuidado, urge repensar-se o aprender e o ensinar nos cursos de graduação de enfermagem, voltados quase que exclusivamente às patologias, isto é, ao modelo médico vigente no atendimento à saúde. Precisamos focar o cuidado como uma oportunidade importante que todo profissional tem em suas mãos, para encetar mudanças também na atitude da população, engessada pelo paradigma da pouca valorização da enfermagem.

Esses aspectos citados anteriormente, são sentidos e vivenciados nas relações grupais e nas relações do cuidado ao paciente, dificultando a interação e, consequentemente, proporcionando uma assistência com menor qualidade, com desmotivação dos profissionais e insatisfação por parte da população que necessita de atendimento à saúde.

Há uma valorização maior da fisiopatologia, em que o enfermeiro tem como preocupação primeira e fundamental a própria doença, em detrimento do cuidar o ser humano que necessita de assistência na sua totalidade. Há um esquecimento dos aspectos afetivos, da intuição, da sensibilidade, do envolvimento e da solidariedade ao cuidar o ser humano. Essas atitudes estão sendo substituídas pelas rotinas, pela rigidez, pela hierarquização e pelas normatizações. Na visão curativista existente nas instituições hospitalares a eficiência do enfermeiro é avaliada pela capacidade técnica e pela destreza nos procedimentos. Esses fatores favorecem a impessoalidade nas relações do

cuidado, que se restringe, muitas vezes, ao mero cumprimento de tarefas rotineiras e à obediência ao modelo de atendimento à saúde existente, tornando o ser humano objeto da assistência⁸.

A pouca relação autêntica torna o envolvimento do enfermeiro bastante superficial, transformando suas atividades diárias em resoluções freqüentes de problemas fisiológicos, ou burocrático-administrativos, ao invés de prestar cuidado, com a partilha dos sentimentos, da insegurança, da dor, do medo e da alegria, o que tornaria o processo educativo de cuidar um momento de aprender e ensinar, e a assistência um verdadeiro compromisso ético e social da enfermagem, como prerrogativa do cuidado.

A realidade organizacional da enfermagem vive em meio a incertezas, em face das novas exigências do mercado globalizado e também da necessidade de encontrar formas inovadoras de tecnologias do cuidado como da flexibilização de seus dirigentes. Esses fenômenos e essas redes de relações multidimensionais no trabalho da enfermagem estão a exigir, dos enfermeiros, um repensar coletivo de vários aspectos do processo do cuidado.

A racionalidade burocrática na gestão dos serviços de saúde continua muito presente e está fortemente estruturada. Esse modelo exige um repensar, que requer vontade política para mudar. As pessoas trabalhadoras e os pacientes acabam sendo controlados em todos os movimentos e induzidos a aceitar o sistema de cuidados existente. Muitas vezes, os envolvidos nesse sistema de cuidados não têm possibilidades ou alternativas para mudar a estrutura e por pressão acabam aceitando esse modelo de administração.

Os profissionais precisam ter a ousadia de pensar o sistema organizacional da enfermagem de maneira mais abrangente e ter uma atuação mais contundente enquanto conteúdo ou essência da vida, como uma atividade básica da profissão, no encadeamento de medidas assistenciais, administrativas, éticas e legais no cotidiano hospitalar. Enfatiza-se no entanto, que os sistemas organizacionais do cuidado nas instituições de saúde, diante da complexidade, se modificam, pela auto-organização, ao mesmo tempo em que sobrevivem e se mantêm pelos múltiplos canais de relações, que nem sempre podem ser administráveis⁵.

Numa organização, cada pessoa ou grupo de pessoas têm um papel específico que contribui para a realização da missão. Assim como as organizações são especializadas em determinadas missões, as pessoas que nelas trabalham também o são, em determinadas tarefas. A divisão do trabalho permite superar as limitações individuais. Quando se juntam as contribuições de cada um, chega-se a serviços e produtos que ninguém conseguiria fazer sozinho.

Na organização as diversas tarefas especializadas precisam combinar-se de modo a convergir para os objetivos comuns. A coordenação de tarefas é feita por meio de autoridade formal que está investida em determinadas pessoas. Vivemos numa sociedade organizacional e as organizações fazem parte de nossa vida, assim como nós fazemos parte delas.

CONCLUSÕES

O cotidiano do sistema organizacional de cuidados está ancorado na realidade social existente e essa busca pelo consumo e evidentemente a comercialização é intrínseco ao ser humano que precisa sobreviver. Essa é a realidade em que as pessoas precisam desempenhar papéis, pois a sociedade assim o exige. Eventualmente, no desempenho de papéis a sociedade nos obriga a ser quem não somos, pois precisamos representar um papel, que às vezes poderá ser falso.

As respostas que proporcionamos nem sempre são respostas aos nossos desejos, mas aos desejos de outras pessoas. Mas o que pensamos é que precisamos de um novo olhar, um olhar mais agudo para a realidade do cuidado e da saúde das pessoas. Esse olhar agudo exige dos profissionais da enfermagem uma nova maneira de interpretar a realidade. Precisamos respeitar a diversidade e a pluralidade dos valores, tentando diminuir a indiferença que tanto incomoda as pessoas que estão internadas, mas que nem sempre conseguem externar os seus desejos e vontades.

Estando os valores éticos atrelados e vinculados a aspectos econômicos será bastante difícil conseguir qualificar e valorizar a vida do ser humano que necessita de cuidados. Mas as discussões acerca do assunto já são um demonstrativo das inquietudes dos profissionais da enfermagem em relação a este tema. É necessário um novo olhar para termos uma melhor compreensão do sentido da vida do profissional e do significado da vida do ser humano internado. Isso perpassa em conferir um perfil único e singular a cada ser humano, distinguindo-o com um olhar mais agudo, mais amplo e mais aberto, para que possamos compreender a sua história de vida, transpondo a lógica científica e a racionalidade das relações no cuidado.

Se esses aspectos forem de vital importância poderemos encontrar alternativas viáveis para essa massificação da assistência, onde a vida do ser humano nem sempre é algo sagrado e não mensurável.

· Ideal seria conciliar as necessidades e vontades dos pacientes com a dos profissionais da enfermagem utilizando uma abordagem multidimensional na relação do cuidado.

Somos responsáveis pelo processo de mudanças no que tange ao aprimoramento das relações e da reformulação do sistema organizacional de cuidado. Que das significações dos valores humanos de cada enfermeiro, possam auxiliar a fortalecer as possibilidades e encontrar caminhos mais promissores no processo construtivo de um viver mais saudável. E que o enfermeiro possa extrair das dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho uma oportunidade de superar a si mesmo e de provocar mudanças criativas em cada situação difícil encontrada no ambiente hospitalar.

A complexidade do cuidado deve representar um incentivo a mais na realização de ações éticas e responsáveis, tornando o cuidado essencial à vida das pessoas e que possa, como profissional, deixar de ser um coadjuvante no processo da saúde e da doença. Precisamos desenvolver novos métodos de organização do serviço de enfermagem no ambiente hospitalar, com a preocupação de oportunizar ao enfermeiro permanecer mais tempo ao lado dos pacientes⁶.

Temos vontade de ajudar os outros, somos capazes de produzir tecnologias de cuidado, possuímos conhecimento, espírito de iniciativa, tempo e coragem de ousar? Se a resposta for positiva por que então não nos colocamos à disposição dos pacientes e da sociedade, prestando um cuidado sensível e responsável?

Porém, evitar que o zelo do enfermeiro e seu propósito de proteger acabem por limitar a vida ou os movimentos dos pacientes, pois precisam também sentir-se responsáveis e sujeitos no processo da saúde e da doença.

Estamos definitivamente na era tecnológica, que traz muitas novidades e esperanças de um mundo melhor, mas ao mesmo tempo surgem inquietações e dilemas éticos que precisam ser discutidos com todos os segmentos da sociedade. Precisamos, num contexto de crescente tecnologia do cuidado, resgatar os valores humanos e estimular a sensibilidade nas relações. Nessa mesma linha de pensamento, é imperioso fazer uma reflexão sobre o poder da técnica, o valor, necessidades e condicionantes no cuidado, a responsabilidade dos pesquisadores, tendo como objetivo maior que não sejam permitidas práticas contrárias à dignidade humana.

Summary

NEW POSSIBILITIES OF HOSPITAL NURSING ORGANIZATION

This article tries to enhance some relative aspects to the organizational system of care in the hospital setting, that is involved in a context of growing technology. It is important that the professionals reflect about rescuing need of the ethical values and about the power of the technique. We are definitively in the technological of the care, that brings us a lot of innovations and hopes of a better world, but at the same time there are some disquiets and ethical dilemmas that need to be discussed with all the segments of the society. In a collective decision, hope we can avoid practices that are not in favour of the human dignity.

Key words: Care of System, Humanization in the hospital setting, Ethics in the Care.

REFERÊNCIAS

1. Poli G. A prática hospitalar dos enfermeiros egressos da UNIJUÍ e o enfoque do curso de enfermagem na área de administração. Dissertação de Mestrado. Ijuí, 2002.
2. Silva L. & Poli G. A impregnação do uso das rotinas na enfermagem, Florianópolis: Revista Texto e Contexto, 2001; 10(1):94-103.
3. Oliveira M. Caos, emoção e cultura. 2. Ed. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2000.
4. Colliere M F. Promover a vida. Lisboa: Printipo, 1989.
5. Erdmann A L. Sistema de cuidados de enfermagem. Pelotas: Editora UFPEL, 1976.
6. Barbosa SF. Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência com clientes internados em UTI. Florianópolis: Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
7. Strieder I. Os fundamentos do homem. Recife: FASA, 1990.
8. Bettinelli LA. Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar – fazendo emergir o sentido da vida. Tese PEN-UFSC. Florianópolis, 2001.

A Enfermagem na Promoção da Presença dos Pais-Familiares em CTI Pediátrica/Neonatal

Rejane Maria Agne de Carvalho.
Curso de Enfermagem - Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

A equipe de enfermagem tem um papel fundamental na promoção da presença dos pais e outros familiares aos recém-nascidos de alto risco que necessitam ficar internados em uma unidade de terapia intensiva. Uma presença de qualidade dos pais é prioritário para a recuperação, crescimento e desenvolvimento do neonato em estado de saúde crítico. A enfermagem deve valorizar e aproveitar os horários de visitas para promover uma presença-cuidado, elemento indispensável para um cuidado profissional e humanizado aos recém-nascidos e seus familiares.

Unitermos: Enfermagem Neonatal, Cuidado de Enfermagem, Terapia Intensiva Pediátrica/Neonatal, Cuidado-presença.

Os cuidados neonatais têm apresentado mudanças significativas nas últimas décadas, principalmente aqueles prestados ao bebê que necessita ser internado em um centro de tratamento intensivo. A abertura de algumas CTIs, no sentido de incentivar a presença dos pais e outros membros da família tem acontecido, mas em algumas instituições de saúde, essa prática é ainda muito insipiente, oferecendo a visita aos bebês em horários pré-fixados. As justificativas dessas instituições para tal conduta incluem o reduzido espaço físico das unidades, o acúmulo de tarefas que sobrecarrega a equipe de saúde e a falta de preparo dos pais e outros familiares para presenciar e compreender intercorrências que são comuns em uma unidade de terapia intensiva, mas que são geradores de ansiedade e estresse.

No cotidiano de uma CTI pediátrica/neonatal pode-se observar pais que não visitam o filho ou quando o fazem, sua presença não é satisfatória, no sentido de manter uma interação adequada com o recém-nascido. Da mesma forma, a equipe de saúde, não propicia e estimula suficientemente, a presença desses pais, e em muitas situações, não percebe sua vulnerabilidade emocional, exigindo deles atitudes de afeto, amor, cuidado, aceitação passiva da situação vivida, sem levar em conta o que eles sentem, pensam e vivem neste momento doloroso de suas vidas. Quando os pais não correspondem ao padrão de comportamento que a equipe preconiza como bom, na sua relação com o bebê e com ela mesma, podem emergir relacionamentos frios e impessoais que facilitam o distanciamento dos pais no processo de cuidado do filho.¹

DISCUSSÃO

O relacionamento humano que se estabelece na UTI entre o cliente, a família e a equipe que atua na unidade pode influenciar na forma como o cliente percebe sua doença, o ambiente, a aparelhagem e o tratamento nos quais é submetido durante sua internação na CTI.² Considera-se cliente, no caso da assistência neonatal, não somente o recém-nascido mas toda a sua família, que deve se fazer presente, transmitindo ao bebê, a segurança necessária para o seu restabelecimento. A equipe de enfermagem tem um papel primordial neste processo, interagindo e promovendo através de um relacionamento profissional mas afetivo, a presença desses familiares.

A situação crítica vivenciada pelo recém-nascido doente é geradora de grande estresse na família, especialmente os pais e é intensificado pelo próprio ambiente físico da CTI dotado de equipamentos sofisticados, pela tecnologia utilizada, pela insuficiência de informações com relação à utilização dessas alternativas de cuidado. Além disso, nem todas as CTIs são decoradas com motivos infantis e uma sala de espera inadequada e desconfortável, ou o que é mais grave, a inexistência dela, pode intensificar a impressão negativa que o familiar tem dessa unidade de tratamento. McGregor et al referenciados por Takahashi³ destaca que: "muito do ambiente pode interferir na qualidade da comunicação entre familiares e membros da equipe; (...) e que as salas de espera devam ser coloridas e relaxantes uma vez que os familiares passam grande parte do seu tempo nesses locais."

O surgimento de CTIs equipadas com aparelhos de alta resolatividade trouxe vastas chances de recuperação a neonatos de alto risco, permitindo a sobrevivência e recuperação e com baixos riscos de seqüelas desses bebês, que há tempos remotos, teriam poucas chances de sobreviver. Diante de toda essa tecnologia é importante que os profissionais de enfermagem, implementem suas ações no fortalecimento de relações interpessoais que envolvam o recém-nascido e sua família, possibilitando reflexões e fornecendo o apoio necessário acerca de seus sentimentos, ansiedades e expectativas. Essa conduta é prioritária, em se tratando de CTI neonatal, pois neste setor a capacidade técnica é fundamental para a sobrevivência dos recém-natos mas, a priorização das questões relacionadas às necessidades psicoafetivas dos bebês e de seus familiares, não deve ser deixada de lado.

O direito ao acompanhamento do filho durante a hospitalização é assegurado pelo estatuto da Criança e do Adolescente, regido pela lei federal 8.069/1990. Nesse documento, o título II, capítulo 1, artigo 12, dispõe sobre os estabelecimentos de atendimento à saúde, os quais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.⁴ No contexto de muitas instituições de saúde, dependendo da estrutura física e organizacional da unidade, a permanência dos pais em tempo integral, podem se tornar, muitas vezes, difícil.

Nesta perspectiva e adequando-se as condições oferecidas pela unidade é, que os horários de visitas deveriam ser momentos, nos quais, o envolvimento dos pais e outros familiares com a equipe de enfermagem, pode ser valorizado e intensificado, no sentido de promover o vínculo com o recém-nascido. Estes espaços oportunizam a enfermagem prestar informações, não necessariamente sobre o quadro clínico mas sobre o funcionamento do setor, equipamentos e sobretudo, demonstrar seu interesse pela presença e pelos cuidados que podem ser prestados pelos pais junto ao seu recém-nascido. Esses momentos também servem de indicadores para avaliar a capacidade dos pais de manter uma relação de apego com o bebê.

Neste período, a equipe de saúde pode acompanhar a duração do tempo que os pais visitam o recém-nascido e como eles agem, como dirigem sua atenção, que comentários fazem durante a visita e que habilidades, mostram ter, que propicie um cuidado satisfatório a seu filho.¹ A oportunidade de proporcionar informações à família, faz com que se tenham "pistas" para identificar a percepção que a família tem acerca da vida do seu familiar. No caso dos recém-nascidos, estas informações são válidas para auxiliar a conhecer os hábitos, costumes e valores da família e investigar como o bebê foi desejado, concebido, como ocorreram as interações do mesmo, com a mãe, pai e outras pessoas do ambiente, mesmo antes de nascer.² Desta forma, Carvalho¹ refere que a enfermagem pode contribuir na implementação de ações preventivas contra a negligência das famílias, na prevenção da violência doméstica, bem como de ações curativas e educativas junto àquelas em situação de negligência ou outras situações de risco.

Outro aspecto importante que diz respeito às relações

parentais positivas e que pode influenciar na qualidade da presença é o tempo estabelecido para as visitas, geralmente cronometrado, que limita a liberdade de proximidade, inibe manifestações de contato, reduz formas de expressividade de sentimentos. Nesta situação, é salutar considerar as particularidades de cada envolvido, pois cada ser humano tem seu próprio tempo e formas para estabelecer relações interpessoais.

O tempo cronológico é vivido de modo diferente por cada um e nem sempre o tempo vivido pela família do bebê está em sincronia, simultaneamente com o da equipe de saúde. O empenho dos pais e a forma como vivenciam os minutos e as horas, no acompanhamento do neonato de risco é ressaltado por Green referenciado por Klaus e Kennel⁵: "(...) para os pais, o tempo parece voar e, contudo, permanece imobilizado. Geograficamente deslocados, seu trabalho e vida perturbados, seus ritmos biológicos desordenados, atônitos, ansiosos e terrivelmente cansados, os pais, no delírio da crise, são simplesmente incapazes de compreender o que está acontecendo." A visão clara desta situação pelos cuidadores cria possibilidades para ampliar a liberdade de expressão, favorecendo conhecer melhor os clientes e conseqüentemente perceber como vivenciam sua experiência em relação ao aborrecimento, à dor, à separação, à espera. O tempo dispensado para os pais ficarem com o filho pode ser desperdiçado se não houver alguém que oriente sobre sua conduta junto ao bebê, promovendo uma presença adequada. O enfermeiro, auxiliado por sua equipe, ao manter um contato mais freqüente e prolongado com os clientes, é o elemento mais indicado na identificação de sinais e sintomas que expressem alterações em relação à segurança emocional, econômica, social, espiritual dos pais, podendo contribuir significativamente na promoção do ajustamento dos mesmos ao meio.

Na assistência em CTI pediátrica/neonatal, é importante lembrar que nosso cliente não é só o bebê mas sua mãe, pai e demais familiares. A assistência integral se fará não apenas dentro do contexto da unidade, mas além dos limites físicos do hospital. O recém-nato, considerando sua singularidade, não é um ser isolado e o recebimento de visitas significa o início das suas relações com o mundo fora do hospital.¹ Desta forma, a participação dos irmãos do bebê na CTI neonatal também é recomendada. Estudos realizados por vários autores mostraram que nenhuma criança que visitou a CTI neonatal, apresentou qualquer alteração no seu comportamento que preocupasse os pais e, estudos complementares demonstraram que, observando cuidados básicos de prevenção e cuidados com o ambiente, não foi constatada nenhuma relação entre infecções e visitas.^{5, 6}

A prestação de um cuidado integral e humanizado deve ter uma filosofia de atendimento que leve em consideração a padronização de condutas mas que estas não sejam inflexíveis, o que poderá causar afastamento dos pais e familiares do bebê, causando prejuízo ao desenvolvimento do apego, tão importante para o crescimento e desenvolvimento desse recém-nascido. Algumas instituições hospitalares estabelecem normas administrativas, nas quais são considerados exclusivamente

fatores institucionais e raramente as necessidades dos pacientes e seus familiares. Desta forma, as rotinas existentes, quanto às visitas de familiares, consideram os interesses administrativos, não tendo, como objeto básico minimizar o problema da separação da família.

Os cuidados dispensados ao bebê pelos pais e responsáveis constituem momentos estimuladores, com grande riqueza de experiências. É prioritário para uma assistência neonatal satisfatória o estabelecimento de condições para que os pais permaneçam com seus filhos sempre que possível, havendo o estímulo para que eles se façam presentes e participantes do processo de cuidado do bebê. Carvalho¹ refere que “essa presença, para significar cuidado, implica não somente estar junto de corpo, mas, necessita ser uma presença afetiva, demonstrada pelos pais quando torcem, lutam, estimulam e se relacionam favoravelmente com o recém-nascido.”

Klaus e Kennele⁵ relatam que mesmo em ambientes altamente estressores e ansiolíticos, como uma unidade de tratamento intensivo é possível empregar recursos baseados no cuidado e nos relacionamentos humanos para facilitar a presença dos pais junto ao filho sendo este um atributo básico para superar as dificuldades, facilitar a recuperação do filho e manter a integridade

familiar.

CONCLUSÃO

A partir da compreensão da importância de um cuidado baseado na qualidade da presença é possível construir uma prática voltada para o mundo do recém-nascido e sua família, resgatando a potencialidade desses bebês e dos seres humanos que os acompanham e cuidam para sua recuperação e para seu viver saudável. Desta forma, faz-se necessário o envolvimento da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, com os familiares dos recém-nascidos, no sentido de melhorar a situação dos mesmos durante sua permanência na CTI pediátrica/neonatal. Esse envolvimento, se faz na intenção de promover uma presença de qualidade desses familiares, valorizando-os, estimulando-os e participando com esses familiares desses momentos, nos quais, a visita é oportunizada.

Nesta perspectiva, a enfermagem se destaca no sentido de promover um cuidado-presença demonstrado nos pequenos atos do cotidiano, contribuindo significativamente na defesa dos direitos da criança e de sua família e promovendo um cuidado de enfermagem de qualidade, que envolve o acolhimento, a solidariedade, o afeto, o comprometimento e a ética.

Summary

THE NURSING IMPORTANCE TO PROMOTE PARENTS PRESENCE TO HIGH RISK NEWBORN IN PEDIATRIC AND NEONATAL INTENSIVE CARE

The job of the nursing in the promotion of the parent's and relatives's presence to the newly born babies of high risk of the Pediatric/Neonatal CTI. The nursing team has a fundamental job in the promotion of the parents' presence and other relatives to the newly born babies of high risk who need to be interned in an unit of intensive therapy. A quality presence of the parents is priority for the recovery, growth and the neonate's development in critical health condition. The nursing should value and to take advantage of the visiting hours to promote a presence-care, indispensable element for a professional care and humanized the newly born babies and their relatives.

Key words: Neonatal Nursing, Nursing Care, Intensive Therapy Pediatrics/Neonatal, Presence-care.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho RMA. Cuidado-Presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco. Passo Fundo:UPF, 2001.
2. Beck CLC. O Processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). UFSC, Florianópolis, 1995.
3. Takahashi EIU. Visitas em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Paul Enf 1986; 6(3): 113-115.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
5. Klaus & Klennel. Pais/Bebês - a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
6. Morsch DS et al. Programa de acompanhamento e visitação aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal. Ped Moderna 1997; XXXIII (7): 481-487.

O Impacto do Infarto na Percepção do Paciente

Josiane Galvan & Marilene R. Portella.

Disciplina de Iniciação Científica em Enfermagem, Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo(RS).

Resumo

O infarto constitui a mais freqüente emergência cardíaca, acometendo indivíduos geralmente no auge de suas vidas e em plena atividade, fazendo com que convivam com essa experiência e suas conseqüências. Para compreender o significado do infarto na ótica de quem o sofreu, realizou-se este estudo de abordagem qualitativa com enfoque fenomenológico. Participaram, como sujeitos, seis adultos que sofreram infarto agudo do miocárdio, no período de janeiro a novembro de 2000, atendidos no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) cardiológico do hospital de ensino, de referência do curso. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas abertas. A análise dos resultados seguiu Martins & Bicudo. Compreendeu-se que experienciar um infarto significa: medo de morrer, viver uma experiência de dor e sofrimento frente à possibilidade de terminalidade; dar novos rumos à vida.

Unitermos: Infarto do Miocárdio, Percepção, Fenomenologia, Enfermagem.

O paciente, no momento de sua doença, sente sua existência abalada e encontra no profissional da saúde a esperança de reconquistá-la. Na maioria das vezes, esse profissional é uma enfermeira, cuja formação nem sempre é direcionada para a compreensão do ser a partir de suas vivências, distanciando assim o pensamento do profissional das necessidades do doente.

É importante estar preparada para ajudar no momento da doença do paciente, uma vez que, após a fase aguda e período de reabilitação, a grande maioria é capaz de retomar a uma vida normal, ou muito próximo do que alguns pontuam como padrão de normalidade. Vida normal é um conceito muito relativo, e está bastante condicionado às experiências que o ser humano vive.

Acreditamos ser de extrema importância para a enfermagem compreender a percepção do paciente sobre a experiência de vivenciar o infarto. O infarto do miocárdio é o processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído, em regiões do coração desprovidas de um suprimento sanguíneo suficiente, em virtude da redução do fluxo sanguíneo coronariano¹.

Dentro das manifestações clínicas, tem-se como principal sintoma do infarto agudo do miocárdio a dor torácica persistente, caracterizada pelo início súbito, geralmente sobre a região inferior do esterno e abdome superior. Geralmente, trata-se de uma dor violenta e constritiva, podendo irradiar-se para os ombros e braços. Ela começa espontaneamente, persiste por horas ou dias e não é aliviada pelo repouso ou pelo uso da nitroglicerina. Pode ainda irradiar-se para a mandíbula e o pescoço. Muitas vezes, além da dor, o paciente pode apresentar aceleração da

respiração, palidez, sudorese fria e pegajosa, tonteira ou confusão mental, náusea e vômito. Para alguns pacientes, essa manifestação é descrita como uma sensação de peso ou de pressão sobre o peito^{1,2}. Além da sintomatologia referida, o paciente pode apresentar algumas alterações emocionais, destacando-se a negação da doença, a ansiedade, a depressão, a agitação e o delírio³.

Tem-se estabelecido que existem vários fatores de risco associados ao desenvolvimento do infarto do miocárdio, os quais deveriam conferir-lhe a possibilidade de prevenir o mesmo, tanto em nível individual, como coletivo. Esses fatores de risco, segundo alguns autores, podem ser classificados em quatro grupos: 1°: hábitos do estilo de vida – ingestão aumentada de gorduras saturadas, colesterol e calorias, sedentarismo, tabagismo; 2°: traços individuais aterogênicos – hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, intolerância à glicose e resistência à insulina; 3°: susceptividade inata – predisposição genética para dislipidemias, hipertensão, diabetes e história familiar positiva de doença cardiovascular prematura; 4°: parâmetros preditores aterogênicos ativos – leucocitose e fibrinogênio elevado. Mais um importante fator de risco, na evolução de um infarto agudo do miocárdio, é conviver com estresse, passar por alterações emocionais positivas, tais como promoção no trabalho, e/ou negativas, como perda de ente querido, amigo ou familiar^{3,4,5}.

O estilo de vida pode ser definido como um conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre as quais se pode exercer certo grau de controle⁴. As decisões e os hábitos pessoais que são maus para a saúde criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando

esses riscos resultam em enfermidades ou morte, pode-se afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção.

Considera-se importante compreender os eventos que se sucedem à experiência do infarto, especialmente a mudança na qualidade de vida, pois, para o indivíduo que estava envolvido com a rotina da vida diária, defrontar-se repentinamente com o infarto agudo do miocárdio implica ver-se instalado em um ambiente estranho, geralmente, em uma unidade de cuidados intensivos, afastado do convívio familiar e dependente de cuidados da enfermagem (6). Da mesma forma, a compreensão desse fenômeno poderá tornar a(o) enfermeira(o) mais apta(o) a auxiliar o paciente no enfrentamento da experiência de infartar.

Pode-se compreender o que acontece com o paciente que sofre um infarto agudo do miocárdio, através da fenomenologia, porque ela permite que o sujeito mostre o sentido por ele compreendido sobre o mesmo. Para tanto, o pesquisador observa como ele é manifestado, descreve-o com rigor, para assim poder atingir a sua essência. Ele dirige sua atenção ao específico, peculiar, individual, procurando buscar compreender e não explicar o fenômeno^{7,8}. Utilizando esse enfoque, o presente estudo teve por objetivo compreender o que significa experienciar o infarto, a partir da ótica de quem sofreu, contribuindo, dessa forma, para a melhoria do cuidado de enfermagem a pacientes internados.

Referencial Teórico- Metodológico

Para compreender o infarto agudo do miocárdio, a partir da vivência de quem o sofreu, tem-se como alternativa metodológica à fenomenologia, que reconhece a experiência não pela realidade física ou biológica, mas através de um método próprio que focaliza a experiência vivida. Trata-se de compreender essa experiência, sem explicá-la e sem necessidade de buscar relações causais^{9,7}.

A fenomenologia é uma ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita o ser nele mesmo e se preocupa com a essência do vivido. Busca compreender o homem em sua totalidade existencial complexa, enquanto ser que vive num determinado contexto histórico-cultural⁷.

Compreender, segundo a fenomenologia, o que o paciente descreve, é compreender a expressão imediata daquilo que o ser humano sente na presença do objeto e é um reconhecimento que as coisas são o que a sua natureza exige que elas sejam⁸.

Nas leituras encontradas uma certa tendência da enfermagem em aproximar-se do enfoque fenomenológico, buscando compreender o paciente enquanto pessoa, com dimensão e valor ontológico próprios⁷. Para a enfermagem, utilizar a fenomenologia foi uma alternativa, a partir do momento em que enfermeiras observaram, em suas práticas, o quanto o uso do método científico reduzia o ser humano a unidades quantitativas pequenas para serem estudados. A fenomenologia, além de permitir uma visão integral do indivíduo com o qual a enfermeira interage na prática, também constitui-se no meio pelo qual essa enfermeira pode, constantemente, descobrir sua consciência de mundo¹⁰.

A enfermeira, ao interagir com o ser-doente, prioriza

valores como respeito, dignidade e amor, procurando zelar pelo bem-estar do paciente. Assim, compreende-o como uma pessoa que pertence a um contexto sócio-econômico-cultural e não apenas como objeto, número ou doença⁷.

Para compreender o que acontece com o paciente que sofre um infarto agudo do miocárdio, é necessário entender a simbologia do coração e o seu significado como um órgão central ou dominante do corpo, ou qual qualquer distúrbio de função pode ser interpretado como uma metáfora para a mortalidade súbita, o que representa uma experiência desagradável e preocupante¹¹.

O método fenomenológico de pesquisa procura reavivar, tematizar e compreender eideticamente os fenômenos da vida, portanto, as experiências que o ser humano vivencia. Aqui o fenômeno a ser compreendido é o infarto agudo do miocárdio, na medida em que ele é vivido, experienciado e conscientemente percebido⁸.

Dessa forma, o pesquisador em fenomenologia solicita aos pacientes que descrevam, com sua própria linguagem, a experiência que estão tendo do viver, pois o pesquisador não está preocupado com fatos, mas o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa⁸.

INDIVÍDUOS E MÉTODOS

O presente trabalho trata de um estudo de abordagem qualitativa com enfoque fenomenológico, que tem como objetivo compreender o significado de experienciar o infarto a partir da ótica de quem o sofreu.

Os sujeitos desse estudo são pacientes que tiveram diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, no CTI cardiológico do hospital de ensino, de referência do curso, e pretendeu-se compreender o significado de experienciar o infarto do miocárdio, a partir da experiência vivida pelo próprio paciente.

Os critérios de inclusão no estudo consistiram em ter, o paciente, experienciado um infarto do miocárdio e ter estado internado no CTI cardiológico do referido hospital, no período de janeiro a dezembro de 2000, e residir no município onde a pesquisa foi desenvolvida. Inicialmente, foi feito um rastreamento no período de 1º a 10 de dezembro de 2000, nos arquivos do Serviço de Arquivo Médico e de Estatística (SAME) do hospital, para localização dos prováveis sujeitos do estudo. Foram localizados seis que preencheram os critérios de inclusão.

Posteriormente, foi feito um primeiro contato informal com esses sujeitos, expondo-lhes as propostas e objetivos, e solicitando a sua colaboração no estudo, com observância do sigilo e anonimato, e adesão voluntária à pesquisa através do consentimento livre e informado. Aos que aceitaram participar, foi agendada uma visita domiciliar, para a entrevista e coleta dos dados.

Os dados foram coletados no período de dezembro a março do 2000, através de entrevista informal realizada no domicílio dos participantes.

As entrevistas foram feitas em discurso aberto, seguindo uma questão norteadora: O que significou para você experienciar o infarto?

Os dados foram registrados em forma de texto, por meio de relato de memória.

A análise dos dados foi feita através do método fenomenológico, utilizando-se referenciais de Martins e Bicudo⁹. E a pesquisadora solicitou aos sujeitos da pesquisa que descrevessem, em sua própria linguagem, como vivenciaram a experiência de ter sofrido o infarto do miocárdio.

A análise dos dados ocorreu simultaneamente com a sua coleta, num constante processo de descoberta. O critério em fenomenologia é o da receptividade, que expressa o mostrar-se o fenômeno em sua essência.

As estratégias de análise compreenderam três momentos: *descrição, redução e compreensão*.

Na *descrição*, ocorreu à busca da realidade, com a função de descrever como essa realidade é. Primeiramente, foi feita a leitura das descrições como um todo, sem procurar destacar nenhuma unidade ou atributo, a fim de chegar ao sentido mais geral do que foi descrito. Depois de apreender um sentido, foi lido novamente o texto, tentando detectar unidades de significado ou unidades de significação. Após a obtenção das unidades de significado, buscou-se expressar o significado contido nelas. Por fim, sintetizou-se todas as unidades de significados para chegar a uma estrutura do fenômeno.

Na *redução*, foi realizada a interpretação, ou seja, as generalizações feitas a partir das convergências (ou categorias abertas) das unidades de significado.

Na *compreensão*, a qual surge sempre em conjunto com a interpretação, colocou-se sob julgamento o pensamento da pesquisadora. Assim, a análise foi sobre o pensamento inicial da mesma e sobre a consciência e o conhecimento que se tem sob o fenômeno, segundo a hermenêutica. A hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado, para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Vivenciar o sofrimento e preocupação dos familiares

Experienciar um fenômeno nos leva a reconhecer os eventos que advêm frente ao vivido. "Compreender é uma expressão imediata daquilo que o ser humano sente na presença do objeto e é um reconhecimento que as coisas são o que a sua natureza exige que elas sejam"⁹.

Nesse sentido, experienciar um infarto é dar-se conta de que essa situação de gravidade, vivida pelo ser humano gera sofrimento e preocupação em seus familiares, já que a família toda sofre o fenômeno quando um dos seus é acometido.

Eu tive um infarto [...], minha vida passou por um fio [...], a médica conversou com minha filha [...], vi meus filhos se apavorarem [...], mas eu me sentia bem [...], não precisei nem fazer uso de oxigênio [...], em nenhum momento tive medo de morrer [...]. S1.

Observando o relato acima descrito, verificamos que

a pessoa pode dar-se conta de que o fenômeno do infarto é uma situação de gravidade, não pelas manifestações dos sintomas em si, mas pelo diagnóstico determinante e, principalmente, pelo fato de os filhos demonstrarem pavor, preocupação e medo frente à situação do infarto.

Podemos observar ainda que o sofrimento dos familiares pode ir além do período agudo ou crítico de internação. Passar por essa experiência (sofrer um infarto) é voltar para o seu viver cotidiano vendo o sofrimento dos seus, um sofrimento que se traduz pelo medo frente à possibilidade de terminalidade. Observemos o relato:

Meus filhos têm medo de me deixar sozinha durante o dia quando vão trabalhar [...], mas não temos como pagar alguém para ficar comigo [...], eles têm medo que me dê mais um infarto [...]. S2.

Neste depoimento se evidencia a preocupação, o sofrimento, o medo dos filhos em deixar a mãe sozinha, pois ela poderá vir a ter mais um infarto. Nessa compreensão, ser acometida por um infarto é ver que a vida passou por um fio; é saber que esse evento pode-se repetir; e que essa possibilidade gera transtornos e sofrimento à família.

2. Sofrimento com o cuidado de si

A experiência de infartar pode representar um sofrimento em relação aos cuidados recomendados, no momento em que a pessoa é orientada e precisa modificar alguns cuidados consigo mesma.

Sofri de abstinência do cigarro [...], depois disso parei de fumar [...], preciso me cuidar na alimentação [...], não posso mais trabalhar [...], me tornei mais irritado [...], mais brabo com meus filhos [...], às vezes não quero tomar os remédios [...], meus filhos tem que insistir [...]. S3.

Agora eu preciso me cuidar mais [...], não posso fazer esforços físicos [...], mas não consigo ficar parada [...], pois se fico sem fazer nada fico nervosa, ansiosa [...], eu sei que isto me faz mal [...]. Preciso consultar meu médico a cada três meses [...], estou tomando vários remédios. S4.

Considerando os fragmentos dos depoimentos acima, passar por um infarto representa sofrimento, porque as pessoas precisam "se cuidar", principalmente com a alimentação, ingestão de medicamentos e realização de consultas periódicas.

Percebe-se que, para um ser humano que sofreu um infarto, torna-se difícil aceitar as mudanças que ocorrem em sua vida. Nota-se ainda que, quando há o apoio da família, essas mudanças que representam os cuidados são realizadas.

Podemos ainda ter uma outra visão de sofrimento após a vivência de um infarto:

Agora preciso me cuidar na alimentação [...], estou tomando vários tipos de remédios [...], preciso consultar seguido [...], não posso mais fazer os serviços da casa [...], se faço fico mal [...]. Agora o que tenho a fazer é descansar [...], assisto TV, vou passear nos vizinhos aqui perto [...], se ando de ônibus, os movimentos me provocam dor no peito [...]. S6.

Compreende-se que, para essa pessoa, ter passado pela experiência de infartar está representando sofrimento, por não poder mais fazer o que fazia, tendo que passar "descansando".

3. Medo de morrer

A fenomenologia, preocupada com a essência do vivido, busca compreender o homem em sua totalidade existencial complexa, enquanto ser que vive num determinado contexto histórico-cultural. Como contexto histórico-cultural, tem-se o exemplo do viver em família, e onde se um sofre, os demais membros, geralmente, vivenciam uma situação dolorosa, o que os faz sentirem um medo maior da finitude.

Eu também tenho medo [...], se me dá mais um (infarto)? A gente tem medo de morrer [...], meu pai e meu marido também morreram do coração [...], meu marido estava aqui em casa [...], estava bem [...], só que foi fatal [...]. S2.

Nesse depoimento, vivenciar o infarto representa uma situação dolorosa, onde o “estar-vivo” representa o medo da morte, o estar próximo da finitude. Ela vivenciou a finitude do pai e do marido pela mesma doença, e isto criou nela uma sensação de medo, pois essa doença pode atingi-la a qualquer momento. Tem-se então a lembrança do sofrimento por reviver outras experiências semelhantes na família. Essas lembranças é que trazem para o dia-a-dia a experiência sofrida em relação aos sentimentos de morte e finitude.

4. Viver uma experiência de dor e sofrimento frente a possibilidade de terminalidade

Para algumas pessoas, passar por um infarto representa passar por sofrimento físico, dor e possibilidade de terminalidade.

Fiz o exame [...], para desentupir as veias do coração [...], os médicos me avisaram que seria um procedimento delicado [...], e que nem todos conseguem sair com vida [...], mas eu fui forte [...], eu tinha muita vontade de viver [...], e consegui passar por isso. S3.

Precisei fazer uma angioplastia [...], corria risco de vida [...], fui desenganada pelos médicos [...], mas mesmo assim passei por esta dificuldade [...], onde sofri muito [...], pois este exame é muito doloroso. S4.

Nestes depoimentos, o fenômeno de infartar representa a dor da cura: “fiz o exame para desentupir as veias do coração”, “angioplastia” significando que passar por esses procedimentos é sofrer. É uma possibilidade de terminalidade próxima: “fui desenganada pelos médicos”. O imperativo tecnológico existe. Ao mesmo tempo em que serve de recurso terapêutico, serve também como um elemento causador de dor e sofrimento. Sua utilização neste sentido é um paradoxo, como expressa o depoimento.

Passar por isso é algo inesperado [...], a gente gostaria de nunca ficar doente [...], nunca ir ao hospital [...], mas infelizmente essas coisas acontecem [...]. Precisei fazer uma angioplastia [...], a veia que foi desobstruída está entupindo novamente [...], estava tomando os remédios como me foram prescritos [...], o médico vendo essa nova obstrução aumentou a dose do remédio [...], mas pelos últimos exames que fiz não estão fazendo efeito [...], pois o meu coração continua com arritmia e a veia sendo obstruída [...]. S5.

Para este ser humano, sofrer um infarto significa continuar sofrendo com os sintomas iminentes de um novo infarto; significa submeter-se a um tratamento e não sentir

alívio; continuar sofrendo em função da arritmia e da obstrução dos vasos. Aqui, diferentemente dos depoimentos anteriores, percebe-se que a dor não está no momento agudo da doença, mas sim no pós-alta hospitalar.

Para este ser humano, o sofrimento, a possibilidade de terminalidade, estão presentes no dia-a-dia quando diz: “os remédios não estão fazendo efeito”, percebemos o quanto essa certeza traz angústia e sofrimento.

Podemos ainda encontrar uma outra compreensão de infartar:

Fiz aqueles exames doídos [...], mas fazer o quê? Tem que fazer! Dizem que o coração não dói [...], mas a dor é horrível [...], parece que sufoca a gente [...]. S6.

Compreende-se então que, para esse sujeito, vivenciar o infarto foi sobretudo sentir dor. Nesse sentido, percebemos a individualidade do ser humano. Um ser único que tem seus sentimentos próprios, emoções, e diferentes maneiras de expressão frente à possibilidade de terminalidade.

5. Dar novos rumos à vida, aproveitando mais ou modificando o estilo

As experiências vivenciadas por uma pessoa, ao passar por um infarto, podem levá-la a mesma a dar novos rumos a sua vida, fazendo com que o viver tenha mais qualidade e a vida seja melhor vivida.

Aproveito mais a vida [...], eu já aproveitava antes [...], mas agora aproveito mais, como passear, viajar [...], pois sei que pode me dar mais um infarto a qualquer momento e que pode ser fatal. S1.

O ser humano, ao passar pela experiência de infartar em que a finitude esteja próxima, modifica seus hábitos de vida, dando mais prazer ao “estar-vivo”. Para essa pessoa, “estar-vivo”, após passar pelo fenômeno do infarto, representa dar uma nova qualidade ao seu viver, aproveitando mais o que este pode oferecer, como “passear, viajar”.

Compreende-se ainda o “estar-vivo” como uma nova oportunidade para aproveitar a vida, oportunidade que não tem um prazo determinado para o fim. Portanto, onde qualquer dia ser o último, todos deverão ser vividos como se fossem os melhores e aproveitando-os ao máximo.

Nos depoimentos a seguir, vivenciar o fenômeno de infartar significa modificar alguns cuidados consigo mesmo, principalmente cuidados relativos à alimentação e à ingestão de medicamentos.

Parei de fumar [...], me cuido na alimentação [...], mas às vezes no fim-de-semana deixo de lado esses cuidados [...]. Não parei mais de tomar remédios [...], faço exames de saúde a cada três meses. S1.

Preciso me cuidar na alimentação [...], emagreci [...], não posso mais trabalhar [...], fazer esforços físicos [...], estou tomando quatro tipos diferentes de remédios [...], preciso fazer exames a cada três meses [...]. S5

Para essas pessoas, as mudanças que o infarto traz são melhor aceitas, porque representam melhora nos sintomas e maior sobrevida. Porém, essas mudanças não são completamente rígidas; quando a pessoa diz: “às vezes no fim-de-semana deixo de lado esses cuidados”, talvez isso

signifique aproveitar a vida, curtindo algum fim-de-semana.

Compreende-se ainda que, nessas mudanças do pós-vivenciar o infartar, as pessoas que passaram por isso realizam cuidados que anteriormente não eram realizados tão rigorosamente quanto agora. Isso se deduz, por exemplo, quando aludem a "exames de saúde a cada três meses".

Percebe-se então, referem: "na experiência vivida diz-se que o mundo, enquanto unidade, está dirigido para aquele que o experiencia. Isso quer dizer que quem experiencia se sente na presença de coisas que lhe são dadas dentro da unidade, cujos horizontes vão além do momento presente da experiência".

Pode-se compreender melhor o que as pessoas que vivenciaram o infartar estão-nos dizendo sobre as mudanças que o infarto causou em suas vidas diárias. É como se tomassem consciência da importância que tais mudanças têm. Muitos benefícios poderão advir com tais cuidados. Mesmo que algumas vezes esses cuidados sejam deixados de lado "no fim-de-semana", o estilo de vida sofreu uma modificação em função da experiência vivida.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou-nos compreender a individualidade no viver de cada ser humano, que vivenciou um infarto do miocárdio. Passar por uma mesma experiência acarreta diferentes respostas no viver de cada um.

Para alguns, vivenciar esta experiência significou sofrimento; para outros, revelou uma possibilidade de mudanças no sentido de aproveitar mais o que a vida ainda tem para oferecer. O referencial fenomenológico possibilitou vislumbrar, na essência do sujeito, o significado de vivenciar a experiência. Para a enfermagem, este estudo oferece uma aprendizagem de infinita riqueza de significados relacionados à vida das pessoas, em situações críticas, e a importância desse significado na prática assistencial.

É necessário que a enfermagem esteja atenta a esse desvelamento. O significado do ato de cuidar de uma pessoa que sofreu um infarto passa pela compreensão que a enfermagem tem sobre como o paciente experienciou esse fenômeno. Precisamos de aprender a perceber as faces do sofrimento presente na experiência do vivido de cada um. É um olhar mais atento ao contexto no qual estamos inseridos.

Summary

MYOCARDIC INFARCTION IN PATIENT PERCEPTION

The myocardial infarction has constitutive the frequent cardiac emergency, assaulting people usually in culmination of your lives and on the go, making with these experience and your consequences. For under land the meaning that the persons suffering from myocardial infarction ascribe to the experiences under gone, were realized this study qualitative o preach with phenomenological referential this adults informed with subjects with accuse myocardial infarction, from January to November, 2000, into São Vicente de Paulo University hospital. The results were obtained through interviews with the patients. The analysis of the results were fallowed Martins & Bicudo. The results showed that suffer a myocardial infarction means: to live the suffering and preoccupation these members of family, him seth suffering, death fear to live one experience of pain and suffering font here possibility of death, programs that help change his habits so that he has a health lifestyle.

Key words: Myocardial Infarction, Perception, Phenomenology, Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Brunner L S., Suddarth D S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
2. Gomes A M. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2ª ed. São Paulo: EPU, 1994.
3. Oliveira M F P. Manifestações emocionais no paciente coronariano. Rev Soc Cardiol 1995; 5(1):1-4.
4. Colombo R C R, Aguilar O M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev Latino-Am Enfermagem 1997; 5(2): 69-82.
5. Dantas R A S, Aguilar O M. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de "campo de saúde". Rev Bras Enferm 1998; 51(4): 517-558.
6. Mussi F C, Friedlander M R, Arruda E N. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. Rev Latino-Am Enfermagem 1996; 4(3): 19-39.
7. Spíndola T A. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. Rev Esc Enfermagem USP 1997; 31(1): 403-409.
8. Martins J, Bicudo M V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989.
9. França C. Psicologia fenomenológica: uma das maneiras de se fazer. Campinas: editora da Unicamp, 1989.
10. Corrêa A K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 1997; 5(1): 83-88.
11. Moraes P A, Brandi S, Ribeiro D C B et al. Percepções de pacientes coronariopatas sobre sua doença. Rev Soc Cardiol 1999; 9(4): 1-11.
12. Minayo M C S. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. R.J: Vozes, 1994.

Mamografia e Usuárias do SUS no Município de Passo Fundo (RS)

Ângela L. Gheno, Lucelena C.S. Souza, Bernadete M. Dalmolin.

Disciplina de Iniciação Científica em Enfermagem, Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

O câncer de mama afeta milhares de mulheres no Brasil, situação agravada pela falta de acesso aos serviços. Este estudo objetivou verificar acesso através do tempo de espera para realização de mamografia, observando o número de exames preventivos e diagnósticos e o perfil epidemiológico das mulheres. Tratou-se de estudo quantitativo transversal, realizado em serviço público do município de Passo Fundo/RS, entre janeiro e fevereiro de 2002. Os dados foram coletados através de questionário estruturado aplicado às mulheres submetidas ao exame, que consentiram em participar do estudo, e analisados através de testes estatísticos. Dentre as 345 entrevistadas, 82% realizaram exame preventivo e, 18% exame para diagnóstico. O tempo espera foi superior a 3 meses em 60,5 % dos casos, revelando a iniquidade no acesso, diante da absoluta falta de critérios para priorizar os casos mais graves, as mulheres com achados clínicos.

Unitermos: Estadiamento de Neoplasias, Neoplasias Mamárias, Mamografia, Acesso à Saúde.

O câncer (Ca) de mama é a neoplasia maligna que mais acomete mulheres, principalmente após os 40 anos de idade. O conhecimento de suas causas e de seu tratamento é de fundamental importância para a saúde pública e, de grande interesse para os profissionais de saúde.

Os principais fatores de risco são fatores demográficos, ambientais, familiares, reprodutivos, contraceptivos orais, álcool e ainda destaca-se o número de abortos, o número de filhos, amamentação, a menopausa e idade acima de 40 anos. Mulheres com história familiar de câncer de mama principalmente em parentesco de 1º grau (mãe e irmã), apresentam maior risco em relação as que não apresentam antecedentes.

A grande maioria dos tumores de mama são descobertos pela própria paciente. Infelizmente, muitas dessas mulheres não fazem esta descoberta tão cedo quanto necessária para o tratamento. Por isso é importante que a mulher se examine uma vez ao mês procurando alterações que possam indicar a necessidade de buscar um serviço de saúde adequado. Este auto-exame deve ser feito uma semana após a menstruação e após a menopausa, na primeira semana do mês para que se constitua uma rotina na vida da mulher¹.

As alterações que definem um caso suspeito de câncer de mama são: presença de nódulos palpáveis, endurecimentos, retração do mamilo e saída de líquidos pelos mamilos. Essas alterações não significam câncer e, somente o profissional de saúde capacitado poderá fazer o diagnóstico correto².

Através da mamografia dos tecidos moles, visualiza-se o tecido mamário em filme fotográfico e detectam-se

pequenas alterações que poderiam ser um sinal de alerta para o câncer. Seu uso primário é para rastrear e descobrir cânceres que escapam a detecção por outros meios, como a palpação. Geralmente, cânceres menores que um centímetro não podem ser detectados por exame clínico de rotina ou auto-exame de mama. Dessa forma o câncer de mama médio que esteve presente por algum tempo antes de alcançar o tamanho clinicamente palpável de um centímetro, pode ser detectado na fase pré-clínica, tendo um prognóstico excelente para cura³.

As indicações de mamografia dar-se-á, em mulheres mais jovens de alto risco ou aquelas que possuem história de câncer de mama e mulheres com idade igual ou maior que 40 anos, com ou sem alterações no exame clínico; quando há sinais e sintomas de câncer de mama; estudo da mama oposta após mastectomia; mamas pendulares difíceis de examinar³.

Uma mamografia detecta anormalidades precocemente, que poderiam ser uma advertência de câncer. O diagnóstico de câncer realmente fidedigno é feito por biópsia³.

A falta de acesso aos exames especializados no Sistema Público de Saúde, é um fator de grande preocupação, pois, pode levar ao agravamento do quadro quando se suspeita de alguma alteração mamária, já que, a evolução deste tipo de câncer é muito rápida.

O tema proposto visou refletir sobre a organização do serviço oferecido pelo Município no que se refere à garantia de princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Constituição Brasileira de 1988, saúde é o resultado de políticas sociais e econômicas, direito de cidadania e dever

de Estado, parte da seguridade social. Suas ações e serviços devem provir de um Sistema Único de Saúde. O SUS contempla entre seus princípios e diretrizes a descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral, a participação comunitária e, instituiu-se com base no princípio da universalidade. São inegáveis os ganhos tanto do ponto de vista dos serviços, quanto da perspectiva psicossocial⁴.

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promover, proteger e recuperar a saúde é uma das exigências estabelecidas pela Constituição (art. 196) para reconhecer o direito de todos igualmente. Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é competência do Estado e das políticas que ele formula para torná-lo viável⁵.

A partir da NOB 01/96 que regulamenta o SUS, o município é o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo, passando assim de exclusivo prestador de serviço para gestores do sistema, juntamente com o Estado e a Federação que são os co-responsáveis. Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos⁶.

Segundo a NOAS 01/2001 que está em fase de implementação, o acesso é um dos requisitos a ser contemplado, consolidando e aprimorando o SUS⁷.

Na realidade a eficácia no atendimento à população em geral é precária no que diz respeito à disponibilidade de serviços e ao acesso a atendimento especializado; a demanda ao serviço é maior que a oferta, causando com isso, uma longa espera por parte dos usuários que pagam um alto preço, até mesmo com a própria vida. Sabe-se que muitos aceitam como bom atendimento, quando alguém o chama pelo nome, ou prescreve-lhe uma receita, mas só isso não basta, pois a assistência ideal à saúde é aquela em que se respeita o ser humano em toda a sua plenitude, não os excluindo da utilização do serviço e sim, facilitando seu acesso de maneira que a busca ao mesmo, não se torne uma maratona infundável. Não bastando a insuficiência dos serviços, essa situação ainda é agravada pela falta de responsabilidade dos serviços que deixam por conta do usuário a elaboração de sua própria rede de saúde.

A falta de acesso a serviços de referência (exames especializados) como é o caso das mamografias, ainda é um sério problema dentro do SUS e que acaba deixando muitos usuários à margem desse sistema ou passando por um longo tempo de espera, ou ainda, tendo que recorrer a rede privada de assistência e pagando altos valores por esses serviços. A partir daí, resolveu-se na rede pública municipal de saúde de Passo Fundo, caracterizar as mulheres que realizam o exame de mamografia na rede pública municipal de Passo Fundo, quanto a idade, escolaridade, renda familiar, número de filhos, presença de familiares com CA de mama, ocupação e local de residência; identificar a proporção de mulheres que realizam o exame de mamografia para fins "diagnósticos" e para fins "preventivos"; verificar o tempo de espera para a realização de mamografia a partir da solicitação do exame.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, que verificou o acesso para a realização do exame de mamografia. Optou-se por este estudo por se tratar de uma investigação em um único ponto no tempo, quando exposição (solicitação) e o desfecho (realização da mamografia) são detectados simultaneamente⁸. Somente a análise dos dados permite identificar os grupos de interesse, de modo a investigar a associação entre o tempo de espera e os motivos pelos quais realiza o exame, com as demais variáveis.

Para verificar o acesso, foi utilizada a variável tempo de espera a partir do dia da solicitação do exame de mamografia, que foi contrastado com a data da realização do mesmo.

A população alvo do estudo foram mulheres que realizaram exame de mamografia, junto ao Hospital Beneficente César Santos (HBCS), referência da rede pública do município de Passo Fundo, no período de 15 de janeiro a 15 de fevereiro do ano de 2002, de segunda a sábado, sem intervalos, para obter-se um número que possibilitasse um melhor resultado para os objetivos propostos. Foram entrevistadas todas as mulheres que buscaram o exame e consentiram em participar do estudo.

As informações foram coletadas através de um instrumento estruturado elaborado pelas pesquisadoras, o qual contemplou as variáveis do estudo. As mesmas aplicaram o questionário a cada sujeito individualmente.

As variáveis dependentes do estudo foram o tempo de espera para a realização de mamografia pelas usuárias do SUS; realização de mamografia para fins diagnóstico ou preventivo. As variáveis independentes tiveram a seguinte ordem: idade foi considerada a idade em anos e em faixas etárias distribuídas 0 a 79 anos, com intervalos de 20 em 20 anos; escolaridade foi classificada como analfabeto, ensino fundamental (equivalente ao 1º grau completo ou incompleto), ensino médio (equivalente ao 2º grau completo ou incompleto) e ensino superior (equivalente ao 3º grau) e ignorado; a renda familiar sendo categorizada como até um salário mínimo, de um a três salários mínimos, mais de três salários mínimos e ignorado; número de filhos tidos sendo categorizado em: nenhum, um, dois a três, mais de quatro e ignorado; a história de Ca de mama na família foi categorizada em sim, não e ignorado. Nos casos afirmativos dessa última variável, foi investigado também o grau de parentesco (1º e 2º); local de residência por bairro; ocupação. Os dados foram codificados e digitados em banco de dados do programa SPSS (Statistical Package of Social Science). Foi calculado a frequência percentual e média para as variáveis do estudo. Para verificar a associação entre as variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado e teste Fischer.

Este estudo em observância às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, atendeu aos seguintes aspectos éticos: consentimento da instituição e dos sujeitos, sigilo e anonimato, benefícios e propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 345 mulheres que freqüentaram o serviço de mamografia do HBCS durante o período de estudo. Os exames foram solicitados por diferentes serviços, dentre os quais 81% (280) pela rede básica de saúde do município, 14% (48) por hospitais e 5% (17) por clínicas particulares. Embora o acesso seja universal, existe a recomendação de que todo o acesso seja construído dentro da rede pública, mas, por diversos motivos, muitas pessoas procuram "abreviar" o caminho entrando pela rede privada de assistência, a partir deste contexto, segundo COHN et. al, a utilização efetiva dos serviços realizada pela população, é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada. As diferentes formulações das políticas de saúde, considerando a existência de uma rede insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais diversificada, vem apresentando o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento às populações⁵.

O recorte dos sujeitos deste estudo, permitiu descrever o perfil das mulheres que procuram a rede pública municipal para a realização de exames mamográficos caracteriza-se conforme o que segue. Quanto à faixa etária, 70% (241) das mulheres tinham entre 40 a 59 anos de idade, seguido de 17% (59) acima de 60 anos, 13% (44) na faixa entre 20 a 39 anos; foram excluídas as mulheres com idade inferior a 20 anos, restando um total de 344 mulheres para esta caracterização. Quanto a escolaridade, a maioria das usuárias cursou o ensino fundamental, com percentual igual a 52% (179), seguidas de 26% (90) de analfabetas, 12% (42) com ensino médio e 10% (34) com ensino superior. Em relação à renda familiar, as mulheres cujas famílias ganham de 1 a 3 salários mínimos obtiveram um percentual de 62% (201), até 1 salário mínimo 23% (75) e mais de 3 salários mínimos 15% (49). No que diz respeito ao número de filhos obtivemos os seguintes resultados: 51% (176) das mulheres tinham 2 a 3 filhos, 31% (107) mais de 4 filhos, 11% (38) apenas 1 filho e 7% (24) das mesmas sem nenhum filho.

Referente a presença de Ca de mama na família obtivemos a resposta de apenas 81% (280) das mulheres. Destas, 76% (212) não apresentam história de Ca de mama na família e 24% (68) apresentam casos entre os seus familiares. As mulheres do nosso estudo se ocupam de diversas profissões, dentre elas as que mais se destacam são as atividades domésticas com 21% (72) dos casos e, 14% (48) já se encontram aposentadas. Com relação ao local de residência, as mulheres são provenientes, principalmente, dos seguintes bairros: São Cristóvão com 23% (79), Vera Cruz com 16% (55), Planaltina com 15% (52), o restante ficou distribuído nos demais bairros da cidade.

DISCUSSÃO

Do total de mulheres, 82% (284) realizaram o exame para fins preventivos e 18% (61) para fins diagnósticos. O significativo percentual de exames preventivos, vem ao encontro do que se espera quanto a questão de antecipar o cuidado com a saúde, evitando danos maiores futuramente, já que, entre os fatores de risco estão: a menopausa, a

nuliparidade, a idade acima de 40 anos e a hereditariedade. Por outro lado, como não foi possível acompanhar as mulheres, com solicitação de exames a partir dos serviços, por não haver registros nos seus prontuários, no local originalmente escolhido para a investigação (Centro de Referência para a Saúde da Mulher), faz-se necessário melhores investigações para avaliar se este percentual se assemelha, ou, se mulheres com algum tipo de achado procuram outras formas para acelerar o diagnóstico, efetuando o exame em outros centros de imagem.

O acesso das mulheres aos exames mamográficos, analisados a partir do tempo de espera aos mesmos, da solicitação do exame à sua realização, foi o indicador, de um grave problema enfrentado pelas usuárias do SUS do município de Passo Fundo. A análise de Kaplan Meier (figura 1) nos permitiu curvas que demonstram o comportamento da realização dos exames distribuídos em dias ao longo do tempo de espera, tanto para os exames preventivos, como diagnósticos. O tempo mediano foi de 102 dias, sendo 104 dias para os exames preventivos e 100 dias para os exames diagnósticos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as curvas de tempo, segundo os motivos da realização do exame (Log Rank= 0,38 e p= 0,54).

Buscando elucidar aspectos referentes aos motivos de realização dos exames das mulheres da rede pública relacionados ao tempo de espera, segmentamos esse último, em dois grupos (menos de 3 meses e mais de 3 meses), conforme tabela 1. Dessa forma verificamos que 39,5% (136) das mulheres conseguem fazer o exame nos primeiros 3 meses e, a maioria, 60,5% (209) só consegue acesso ao mesmo após esse período, reforçando que não existe associação entre tempo de espera para ambos os exames.

Essa informação é reveladora da falta de critérios condizentes com a gravidade na organização do acesso,

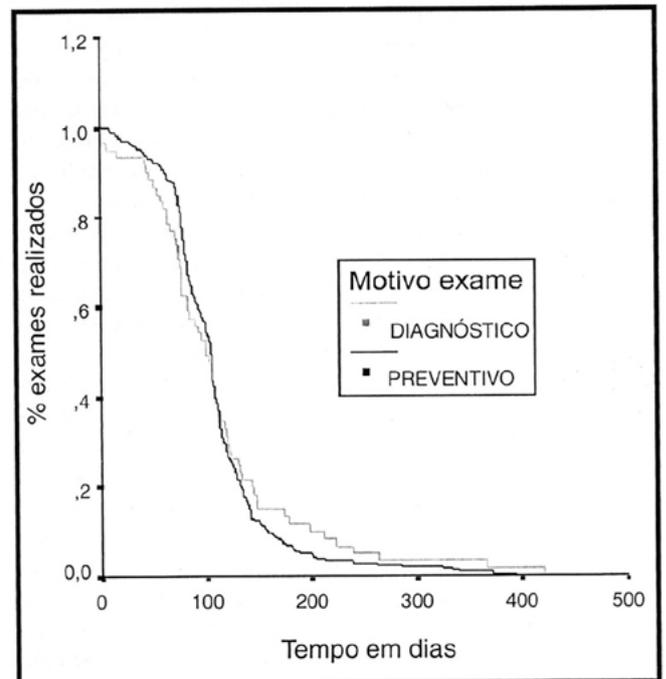


Figura 1. Tempo de espera em dias para realização do exame mamográfico, segundo motivo do mesmo, Passo Fundo/RS-2002.

Tempo de espera	Motivo		
	Preventivo	Diagnóstico	Total
Menos de 3 meses	110 (81%)	26 (19%)	136 (100%)
Mais de 3 meses	174 (83%)	35 (17%)	209 (100%)
Total	284 (82%)	61 (18%)	345 (100%)

$\chi^2=0,32$ ($p=0,57$).

Tabela 1. Distribuição do motivo de realização do exame de mamas nas mulheres por tempo de espera, Passo Fundo/RS, 2002.

não possibilitando a priorização dos casos mais graves, já que se sabe, que a evolução do câncer de mama é muito rápida.

Desde o início da formação do tumor até a fase em que ele pode ser detectado pelo exame físico (tumor subclínico), isto é, a partir de 1 cm de diâmetro passam-se, em média, 10 anos. Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses, ou seja, no início da fase subclínica impalpável tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões da célula são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível (p. 37)⁹.

Caso não seja tratado o tumor poderá sofrer metástase, principalmente para ossos, pulmão e fígado e, leva a mulher a óbito dentro de 3 a 4 anos após o descobrimento do tumor pela palpação⁹.

Cabe um destaque aqui para uma situação que no projeto inicial de pesquisa havíamos planejado e por problemas metodológicos na coleta acabamos não conseguindo as informações precisas. Refere-se ao primeiro achado das mulheres que fizeram o exame para confirmação diagnóstica. É fundamental que lembremos que existe mais esse tempo de espera na vida dessas mulheres que vai do primeiro achado até a consulta que resulta na solicitação do exame. Esse aspecto merece ser estudado, mas sem dúvida agrava ainda mais a situação de acesso das usuárias do SUS.

Diante desse exposto, Mattos ao descrever sobre os sentidos da integralidade, chama a atenção às ações governamentais quanto à garantia do acesso a todas as etapas necessárias contemplando o elenco de ações completadas numa política. Dessa forma, a oferta da consulta, desacompanhada do pronto acesso as etapas sucessivas é não só uma transgressão ao princípio da integralidade, como é algo totalmente inaceitável do ponto de vista ético¹⁰.

Em relação aos motivos de realização do exame por faixa etária, observamos que a busca por exames preventivos é proporcional ao aumento das mesmas, ou seja, de uma maneira relativa, as mulheres com idade acima de 40 anos que realizam exame das mamas, o fazem, em maior número por motivos preventivos conforme a tabela abaixo.

A faixa etária abaixo dos 40 anos indica uma proporção muito próxima entre a busca preventiva ou diagnóstica, o que pode evidenciar a necessidade de também nos voltarmos para a prevenção em idades mais precoces. O exame mamográfico não deve abranger a todas as mulheres

Faixa etária	Motivo		
	Preventivo	Diagnóstico	Total
De 20 a 39 anos	25 (57%)	19 (43%)	44 (100%)
De 40 a 59 anos	204 (85%)	37 (15%)	241 (100%)
60 anos ou mais	55 (93%)	4 (7%)	59 (100%)
Total	284 (78%)	60 (22%)	344 (100%)

* Foram excluídas as mulheres com idade inferior a 20 anos.
 $\chi^2=25,63$ ($p=0,00$).

Tabela 2. Distribuição do motivo de realização do exame de mamas das mulheres por faixa etária*, Passo Fundo/RS, 2002.

jovens, já que é pouco eficaz em mulheres com menos de 40 anos e com mais de 70 anos, não devendo ser utilizado em programas maciços e sim indicado no segmento das mulheres de alto risco ou com suspeita de doenças mamárias¹¹. Talvez esse seja o fator pelo qual as mulheres fazem mais exame diagnóstico nessa idade (20 a 39), proporcionalmente as demais. De qualquer forma, faz-se necessário ficarmos mais atentos às populações mais jovens no sentido de sensibilizarmos as mesmas na busca de diagnóstico precoce, particularmente através do auto-exame.

Um dos aspectos a ser destacado, já confirmado em outros estudos é a associação entre a história de Ca de mama na família e o motivo da realização do exame, indicando a associação entre as variáveis ($\chi^2=5,0$ e $p=0,02$), ou seja, as mulheres que tem história familiar realizam exame diagnóstico em maior proporção relativa àquelas sem história familiar (do total de 68 mulheres, 27% realizam). Quando há situação de alto risco, como é o caso de parentesco referente à mãe ou irmã, recomenda-se a realização do auto-exame mensal, exame clínico semestral ou anual e exame radiológico (mamografia) a partir dos 30 anos de idade, independente do exame clínico ou auto-exame apresentarem-se normais⁹.

Quanto à relação do motivo de realização do exame por escolaridade, renda familiar e número de filhos não houve diferença significativa, fato esse, decorrente provavelmente de um recorte mais homogêneo da população. Os sujeitos do nosso estudo fazem parte do grupo de usuárias do SUS que congrega principalmente pessoas de classes econômicas menos favorecidas, conforme vimos na caracterização inicial. Quanto a essas variáveis sócio-econômicas, Tessaro nos chama a atenção para a maior ocorrência de tumores entre as mulheres de alta renda familiar e elevada escolaridade, provavelmente refletindo no estilo de vida das mesmas que resultam em idade tardia para ter o primeiro filho ou nuliparidade¹. Confirmando esses fatores de nuliparidade, primeira gestação após 30 anos e padrão sócio-econômico elevado, o INCA sugere a adoção de hábitos saudáveis de vida aliada às estratégias para a detecção precoce do câncer. Mas, independente de qualquer diferença estatística, esse Instituto refere, que a saúde deve ser vista como um bem comum e de direito de todos, não se esquecendo também da parcela de responsabilidade de cada cidadão.

Nesse sentido, ressaltamos um dos aspectos da equidade de oportunidades, quando o acesso deve ser construído dentro do princípio da universalidade de maneira

a priorizar as necessidades. A conformação de um sistema de saúde equânime pode se modificar muito dependendo da definição adotada para o termo. O grau de equidade do serviço deve também ser determinado pela população, através das próprias necessidades de saúde como o tipo de patologia apresentada, sua gravidade e recursos necessários ao seu tratamento¹².

Assim, falando sobre as dificuldades no atendimento à saúde, elas ocorrem em grande parte devido as inequidades na construção do acesso, que passam pela desinformação, entraves burocráticos, longas filas, demora no atendimento, déficit no número de atendimentos em relação à demanda. No entanto, este é um problema de gestão, ou seja, de desresponsabilização dos gestores que, não fazem com que as necessidades diferenciadas da população, sejam também diferenciadas na hora, por exemplo, do agendamento do exame. Outro aspecto a ser considerado é o aumento progressivo da clientela do SUS sem uma ampliação proporcional dos investimentos financeiros na oferta de serviços¹³.

A partir deste entendimento, e tendo presente o nosso grupo de estudo, ressaltamos alguns aspectos evidenciados que marcam a gravidade da construção do acesso aos exames mamográficos às mulheres usuárias do SUS do município de Passo Fundo: o longo tempo de espera, independente do motivo da busca e, a falta de critérios condizentes com a gravidade dos casos. Em relação aos critérios, esses ocorrem por ordem de chegada e, em alguns casos, presenciados pela nossa permanência na sala de espera do serviço, por desembolso de diferença, o que garantia o acesso nos primeiros dias após a busca pelo agendamento.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostram que mesmo que existam normas e diretrizes para reger a saúde no Brasil, as peculiaridades de cada município devem ser investigadas, pois, cabe a ele, em primeira instância, atender as necessidades de sua população. Sendo assim, a responsabilidade do acesso aos serviços de saúde é principalmente do município, que na nossa realidade apresenta falhas que podem ter conseqüências graves, quando se fala em defesa da vida, pois, estas mulheres, sofrem com o longo tempo de espera para o diagnóstico de uma doença, que tem uma evolução tão rápida e um mau prognóstico após as fases iniciais. A falta de critérios equânimes no agendamento das mamografias oferecidas pelo serviço público agrava ainda mais a situação de vida desse grupo populacional.

Em face a esse problemática encontrada no serviço de mamografia da rede pública municipal de Passo Fundo, faz-se necessário medidas urgentes que ampliem o acesso e que contemplem a equidade, pois, apesar de todos terem direito ao serviço, as pessoas tem necessidades diferentes, nesse caso, as mulheres que aguardam uma confirmação diagnóstica.

As informações produzidas pelos serviços devem ser avaliadas constantemente pelos trabalhadores e gestores do SUS, no sentido de demarcar possíveis problemas e melhorar a assistência prestada. Esperamos, a partir desse estudo, contribuir para a necessária reflexão a respeito da construção do acesso ao serviço de mamografia na nossa realidade e melhorar a situação de vida de uma parcela de cidadãs.

Summary

MAMOGRAPHY AND CONSUMERS OF PUBLIC SERVICES IN PASSO FUNDO, RS (BRAZIL)

Breast cancer affect thousands of women in Brazil, situation aggravated for the impossibility of having a health treatment. The goal of this study is verify the access through the time people wait for the mamography exam, observing the number of prevention exams and diagnosis made, and the epidemiological profile of the women. This is a cross quantitative study, made in the health public work of the city of Passo Fundo/RS, made between January and February of 2002. The date were collected through a questionnaire answered for women who made the exam. These women allowed their participation in the study. These test were analysed through statistics tests. According to the date, of the 345 people, 82% made a prevention exam and 18% made an exam for a diagnosis. The time people waited for the exams were more than 3 months for 60,5 % of the cases, showing us the iniquity on the access of the health treatment. Because of the less of a criterion to choose the harder cases, many women suffered.

Key works: Breast Cancer, Mamography, Health Care Access .

REFERÊNCIAS

1. Tessaro S. Epidemiologia do câncer de mama. In: Bassegio D L. Câncer de mama. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
2. Burroughs A. Uma introdução em enfermagem materna. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
3. Fischbach F. Exames laboratoriais e diagnósticos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
4. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
5. Cohn A, Nunes E, Jacobi P R, Karsch US. A saúde como direito e como serviço. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Fixa a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Fixa a Norma Operacional da Assistência a Saúde do Sistema Único de Saúde – Noas – SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jan. 2001.
8. Pereira MG. Epidemiologia – Teoria e Prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA, Implantando o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do colo de útero e de mama. Controle do Câncer de mama. Rio de Janeiro: Inca, 1998.
10. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidoras. Rio de Janeiro: IMS – VERJ/Abrasco, 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Saúde, Câncer de Mama. Divisão de Jornalismo da Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. Ano VI – N 151, fev 2002.
12. Duarte CMR. Ciência e Saúde Coletiva. Equidade na Legislação: Um Princípio do Sistema Único de Saúde Brasileiro?. Rio de Janeiro. Armazém das Letras Gráfica e Editora Ltda, 2000; 5:2.
13. Vellozo V R & Souza RG. Acesso e Hierarquização: um caminho (re) construído. In: Bodstein R C A. Serviços Locais de Saúde – Construção de Atores e Saúde. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1993.

O Paciente Ostomizado: Visão da Equipe de Enfermagem

Carla de Ávila & Vilma Madalosso Petuco.

Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo:

Este estudo tem por objetivo identificar a percepção da equipe de enfermagem a respeito do paciente ostomizado, bem como as dificuldades que se apresentam para atendê-lo. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa realizado junto a quinze participantes que desenvolvem suas atividades profissionais num hospital de grande porte no município de Passo Fundo/RS. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e analisados através de leitura e releitura das mesmas, cujas falas agrupadas em torno de um mesmo tema originaram as seguintes categorias: a percepção da equipe de enfermagem a respeito do paciente ostomizado internado, as dificuldades que essa apresenta para atendê-lo, os sentimentos dessa equipe em relação ao paciente e por fim, as ações que desenvolvem em relação a prestação dos cuidados aos mesmos.

Unitermos: Ostomia, Estoma, Percepção, Equipe de Enfermagem.

Pessoa ostomizada é aquela que se submeteu a uma cirurgia devido a presença de uma doença ou ferimento no sistema digestivo ou urinário tendo como resultado a abertura de um orifício artificial, no abdômen, com o objetivo de desviar as fezes ou urina do seu trajeto natural e que serão coletados através da adaptação de um dispositivo coletor na parede abdominal. Para isso, existem diferentes tipos de ostomas e a indicação de qual será adequado para cada paciente só será feita depois de descoberto o diagnóstico de cada um. O ostoma será definitivo ou permanente quando não se pode restabelecer o trânsito intestinal, já que a porção final do intestino foi extirpado e é indicada nos casos de câncer de cólon e reto, traumatismos que afetam a medula espinhal no ponto em que causam paralisia do esfíncter anal e neoplasias reto-sigmóideas não ressecáveis, entre outras. Já, a colostomia temporária é aquela que, posteriormente, poderá ser restabelecido o trânsito intestinal, já que o ânus não foi extirpado. Essa é indicada nos casos de câncer de cólon esquerdo e reto, diverticulite, mal formações congênitas, fistulas retrovaginais, traumatismos de cólon e reto e proteção das suturas. A ileostomia é a abertura artificial do intestino delgado à parede abdominal, indicada quando há retocolite ulcerativa, doença de Crohn, polipose cólica familiar, câncer de cólon e reto e complicações abdominais graves. Nas urostomias, é feita a exteriorização de uma das partes do sistema urinário e esta é realizada nos diagnósticos de obstruções, proteção de suturas, má formação congênita da bexiga, fístula vesico-vaginal, tumor maligno de bexiga, disfunções neurológicas graves, atrofia vesical, etc. Há três tipos de urostomia: ureterostomia, que leva um ou ambos ureteres a um ostoma na pele; uretero-sigmoidostomias,

em que os ureteres são implantados no intestino e a urina sai misturada com as fezes e por fim, a transileal (técnica de Bricker), em que um pedaço do intestino delgado, geralmente o íleo, é isolado e implantado os ureteres¹.

O fato de precisar de um ostoma causa repercussões no aspecto físico, biológico, psicológico, psicossocial e psicoespiritual do paciente. Quanto ao aspecto físico, o mesmo sente-se mutilado, pois não perde somente uma parte, um segmento do seu corpo, mas altera a sua conformação estética e deixa de ter a capacidade ou competência para controlar seus processos excretórios, suas eliminações fecais e/ou urinárias, consideradas básicas dentro da evolução física e social da espécie. Já, a parte biológica compreende alterações quanto a hidratação, eliminação, oxigenação, higienização, etc. Para ele, a presença da bolsa apresenta-se como um signo, a imagificação da ostomia, a extensão, prótese ou apêndice do próprio corpo, doença, falta de controle, mudança e estigma. Psicologicamente, o ostomizado sente-se inseguro, deprimido, angustiado, algumas vezes torna-se agressivo, apresenta auto-estima e auto-conceito abalados, sente-se diferente das pessoas por apresentar a bolsa coletora aderida em seu abdômen².

Todo o transcorrer desse processo de adaptação ou não à nova situação é observado e apresentado nas etapas que compõe a síndrome da tristeza e luto, bem como a negação ou evitação da perda, seguida de experiências de irrealidade e após caminhando gradativamente para o reconhecimento e admissão da perda. Na etapa seguinte, denominada de alarme, a pessoa é acometida por elevado nível de ansiedade, inquietação e medo, além de

insegurança. A seguir, num terceiro momento, o chamado busca, ocorrem sentimentos e episódios de ansiedade e pânico, além da preocupação com a perda. Na etapa seguinte, o indivíduo é invadido por sentimento de perda interior e mutilação, podendo definir-se aqui muitos dos insucessos para a finalização do processo resolutivo, que constitui a última fase e na qual se inicia a reconstrução da identidade social. Esse é um processo seqüencial, gradual e dinâmico, onde acontecem justaposição e recorrência de fases, podendo persistir indefinidamente².

Nesta época de sua vida, é necessário que o ostomizado tenha suportes sociais, sendo que esses são definidos como as transformações interpessoais que incluem uma combinação dos seguintes suprimentos relacionais: afeição, integração social, troca de mutualidade, afirmação de valor, senso de aliança segura e o significado de obtenção de orientação. Um aspecto fundamental no âmbito do suporte social é a experiência compartilhada por vários membros de um mesmo grupo, especialmente quando tem problemas similares².

Algumas vezes, esses pacientes sentem-se ainda mais angustiados pelo fato de que os ostomas podem apresentar complicações imediatas após a cirurgia, tais como: necrose (falta de suprimento sangüíneo); retração (ocorre quando o segmento exteriorizado posiciona-se na intimidade da parede abdominal ou no interior deste); separação mucocutânea (ocorre devido a causas gerais ou por infecção periestomal); edema (infiltração anormal dos tecidos com líquido); hemorragia (manifesta-se pela saída de sangue no interior da bolsa coletora). Podem ocorrer, também, complicações tardias, que são: estenose (estreitamento da luz do ostoma, podendo chegar, inclusive, ao fechamento da mesma); hérnia (freqüentemente irá afetar a conduta que está para ser utilizada, provocando vazamento e queda); prolapso (é uma complicação mais freqüente, verifica-se após uma cirurgia de emergência por obstrução, quando o intestino encolhe após a descompressão e a abertura parietal é muito larga); problemas cutâneos (complicação comum que começa quando o doente regressa à casa e pode resultar do contato com a efluência das ileostomias ou com o adesivo da aplicação)³.

Todos esses problemas fazem com que a qualidade de vida do paciente seja alterada. Considerando que qualidade de vida é estar bem consigo mesmo e com as pessoas que se relacionam dentro do âmbito familiar e social, é condição fundamental para melhorar a qualidade de vida do paciente, no que tange a assistência fornecida no hospital, enfocar aspectos essenciais como a humanização do cuidado, melhoria da qualidade de trabalho e educação para saúde. Na humanização da assistência deve-se respeito à individualidade do cliente, ao direito a cidadania e a valorização daquilo que o cliente relata. Quanto a melhoria das condições de trabalho, deve-se atender o paciente com mais tempo, material e equipamentos eficientes e maior preparo dos profissionais de enfermagem. A educação para saúde é um modo de preparar o paciente para cuidar-se fora do hospital⁴.

Considera-se a educação como sendo o ponto essencial que permite a consciência do bem-estar e do estar-melhor. Nos serviços de saúde, a educação é básica para o cidadão transpor as limitações impostas pelo processo

saúde-doença que o próprio viver lhe impõe tornando-o participante ativo, podendo, inclusive, trazer sugestões inovadoras e de valor nos cuidados prestados⁴.

A partir do exposto, pode-se perceber que a equipe de enfermagem desenvolve um papel de suma importância. Florence Nightingale, já em 1858, escreveu que o principal objetivo da enfermagem era "manter o paciente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele". Novamente, em 1960, discorreu sobre o papel do enfermeiro como confortador: "Não se deve perder de vista o objetivo da observação. Esta não tem a função apenas de coletar informações variadas ou fatos curiosos, porém tem a função de preservar a vida e melhorar a saúde e o conforto". "Confortar tem sido utilizado como um verbo que significa motivar ou fortalecer; como substantivo, "conforto" significa o efeito desejado após o recebimento de cuidados; e como processo, se refere a dar alívio ou bem-estar. O termo "conforto" tem sido utilizado não apenas para se fazer referência ao bem-estar físico daqueles que recebem cuidados, mas também ao bem-estar mental e espiritual dos mesmos"⁵.

Dessa forma, o objetivo da equipe de enfermagem ao prestar o cuidado, é de procurar enxergar a pessoa como um ser que vive e cresce através do cuidado. O modo de se relacionar transmite convicções e valores que prezamos, formando um processo interativo entre o paciente e a equipe. A experiência do conforto é vivenciada em relações fundamentadas no respeito pela pessoa humana. Relações em que a equipe de enfermagem deve escutar o paciente, sua história de vida, e suas necessidades, reconhecendo-as como essenciais à totalidade da pessoa. Os pacientes internados referem pedidos de conforto à equipe de enfermagem em situações de incerteza, impaciência com o desconhecido, desatenção ou incapacidade de concentração, expressões físicas de desconforto e insegurança⁶.

Do mesmo modo, os exemplos de respostas nutritoras que atendem os pedidos de conforto a partir da perspectiva da enfermagem como cuidado incluem: a intenção de perceber a pessoa como cuidadora; o respeito pela pessoa como indivíduo e, desta forma, apoiar o direito do paciente de fazer opções; concentrar-se em realmente ouvir a história do paciente, de forma que as respostas atendam à totalidade da pessoa; ser tão autêntico quanto possível no momento e estar receptivo a perceber as expressões singulares de cuidado do outro⁶.

Naturalmente, a equipe de enfermagem tem como foco de atenção o paciente e esta tem como fenômenos que são foco de atuação: processos de auto-cuidado, processos fisiológicos e fisiopatológicos nas áreas de repouso, sono, respiração, circulação, procriação, atividade, nutrição, eliminação, pele, sexualidade e comunicação; conforto, dor e desconforto; emoções relacionadas às experiências de saúde e doença; significados relacionados à saúde e à doença; processo decisório e a habilidade de fazer escolhas; orientações provenientes da percepção, tais como auto-imagem e controle sobre o próprio corpo e ambiente, transições ao longo do ciclo vital a saber: nascimento, crescimento, desenvolvimento e morte; relações intersubjetivas, incluindo liberdade contra opressão e abuso;

sistemas ambientais⁶.

No caso do paciente ostomizado, a assistência de enfermagem dirige a atenção que lhe é prestada logo na chegada deste ao hospital, visando reduzir seus medos e tensões quanto for possível, promovendo conforto espiritual, observando medicação, dieta, controle de líquidos, verificando seu estado geral e adotando condutas que visam a sua recuperação⁷.

Os cuidados de enfermagem fazem parte da relação homem/mundo, e estão presentes no cotidiano e permanecem durante toda a vida. É necessário situá-los no contexto da vida, ou seja, o processo de viver, de adoecer ou de morte. Cuidar, prestar cuidados, tomar conta é antes de tudo um ato de vida que engloba várias ações que objetivam a manutenção, sustentação e promoção de vida, assegurando os processos de transformação e de reprodução. Cuidar é um ato individual desenvolvido por cada um; desde o nascimento é reciprocidade e complementaridade⁸.

Mudanças antecipadas na imagem corporal e no estilo de vida são freqüentemente perturbadoras, e os pacientes precisam de um apoio com empatia para tentar se ajustar a elas. Como o estoma está localizado no abdômen, o paciente pode pensar que todo o mundo sabe da estomia. Ressalva-se a importância dos cuidados pré-operatórios para ajudar a reduzir essa apreensão apresentando informações verdadeiras sobre o procedimento cirúrgico e a criação e o manejo da ostomia. Se o paciente for receptivo, diagramas, fotografias e dispositivos podem ser usados para explicar e esclarecer. Como o paciente está sob estresse emocional, muitas vezes, precisa-se repetir algumas informações. Nesses momentos, a equipe de enfermagem é facilitadora da relação; para tanto é preciso atentar para o mundo de informações que a cerca, que permitirá a compreensão e a interpretação de todo processo de cuidado⁹.

É preciso dar tempo ao paciente para que ele faça perguntas. A aceitação e a compreensão do enfermeiro sobre as condições e os sentimentos do paciente transmitem uma atitude de carinho e competência que promove confiança e cooperação⁶. A arte de cuidar inclui o reconhecimento de uma interligação entre o si e o outro, condição da terapêutica, ou seja, cuidado de mim e do outro com o mesmo empenho e busco ajuda quando não tenho os meios para todo o cuidado⁹.

Se o paciente receber orientação adequada, sentir que está sendo bem cuidado e observado, acatará melhor o tratamento, mostrar-se-á mais seguro, interessado pela preservação do seu corpo, será mais colaborativo para o auto-cuidado, sendo que auto-cuidado é definido como a prática das atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. As atividades de auto cuidado constituem-se em habilidades humanas para engajamento em ações de auto cuidado de modo a promover, prevenir e recuperar doenças e enfermidades¹⁰.

Considera-se que a participação do paciente e da família na prestação de cuidados, deve ser encorajada a manter-se desde o primeiro dia de internação e posteriormente, se necessário, no ambiente familiar. Esta perspectiva vislumbra uma visão mais holística da assistência prestada ao indivíduo, pois favorece uma

interação da equipe/ paciente/ família, e conseqüentemente uma melhor adequação do plano de cuidado¹¹.

Com o intuito de buscar alternativas que viabilizem uma assistência de enfermagem qualificada às pessoas ostomizadas, dentro dos parâmetros acima citados, este estudo teve por objetivo identificar as percepções da equipe de enfermagem a respeito do paciente ostomizado e as dificuldades sentidas pela mesma no atendimento a esses pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa que investigou a percepção apresentada pelos componentes da equipe de enfermagem em relação ao paciente ostomizado, bem como as dificuldades relatadas na prestação dos cuidados aos mesmos.

Os dados foram coletados através da realização de entrevistas semi-estruturadas, compostas, inicialmente, por três questões, que foram previamente testadas (anexo 1), a fim de se obter o roteiro definitivo das entrevistas. Esse instrumento constou, também, de alguns itens que permitiram conhecer alguns aspectos dos sujeitos envolvidos, como sexo, idade, categoria e tempo de serviço.

Após, as mesmas foram aplicadas para os quinze sujeitos participantes da pesquisa compostos por cinco auxiliares de enfermagem; cinco técnicos em enfermagem e cinco enfermeiros que desenvolvem suas atividades profissionais num hospital de grande porte da região norte do RS, no município de Passo Fundo.

Os sujeitos participantes das entrevistas foram aqueles que aceitaram o convite feito pela autora da pesquisa. Esse convite foi realizado em diferentes postos de enfermagem desse hospital. Estas entrevistas foram realizadas em locais reservados dos postos e na sala do Serviço de Estomatoterapia (presta assistência de enfermagem especializada a pacientes portadores de estomias), localizada no Ambulatório Central da Universidade de Passo Fundo, após contato prévio, em um horário em que os entrevistados estavam disponíveis.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e após transcritas literalmente. Foi realizada leitura e re-leitura das mesmas, obtendo os temas principais emanados naturalmente da fala dos sujeitos, para agrupá-los em categorias conforme foram surgindo. Os recortes das entrevistas, foram de forma tal, a permitir sua inclusão em apenas uma categoria; não podendo repetir-se em outras.

Ao final do estudo, elencou-se todas as categorias encontradas e, dessa forma, obteve-se a percepção da equipe de enfermagem relacionada ao paciente estomizado internado, as dificuldades percebidas pela equipe relacionadas com o manejo do paciente, os sentimentos manifestados por essa equipe em relação a esse paciente, bem como as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem relacionadas ao paciente estomizado.

Com relação as entrevistas, ressalta-se que somente foram realizadas após observadas as questões éticas, como a autorização da chefia de enfermagem do hospital e o termo de consentimento voluntário e escrito dos sujeitos convidados, garantindo-se, assim o anonimato e o sigilo das informações fornecidas.

ROTEIRO DA ENTREVISTA (Anexo 01)		
Código:		
Sexo:	F () M ()	
Idade:	abaixo de 20 anos	()
	de 21 a 30 anos	()
	de 31 a 40 anos	()
	de 41 a 50 anos	()
	acima de 50 anos	()
Categoria:	auxiliar de enfermagem	()
	técnico em enfermagem	()
	enfermeiro	()
Tempo de serviço:	menos de 2 anos	()
	de 2 a 5 anos	()
	acima de 5 anos	()
1. Você já atendeu paciente estomizado?		
2. Como você vê o paciente estomizado?		
3. Quais as dificuldades que você tem para lidar com o paciente estomizado?		
4. Como você se sente atendendo ou cuidando de um paciente estomizado?		

Anexo 1. Roteiro da Entrevista.

INFORMAÇÕES	GERAIS	
	Masculino	Feminino
Sexo		
Idade		
De 20 a 30 anos	1	14
De 31 a 40 anos	1	7
De 41 a 50 anos	-	2
	-	5
Categoria		
Auxiliar de enfermagem	-	5
Técnico em enfermagem	-	5
Enfermeiro	1	4
Tempo de Serviço		
Menos de 2 anos	1	3
De 2 a 5 anos	-	5
Acima de 5 anos	-	6
Total de Participantes	1	14

Tabela 1. Informações sobre os sujeitos participantes do estudo relacionadas ao sexo, idade, categoria profissional e tempo de serviço.

<p>1- Quanto aos sentimentos percebidos pela equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rejeição - Carência, insegurança - Fragilidade - Depressão, choque, constrangimento - Ansiedade, vergonha - Retração, abatimento, perturbação Nervosismo, raiva 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>É um paciente ... com ... grande dificuldade de aceitação da patologia ... ele rejeita, no princípio ele rejeita, a maioria dos pacientes né.</i> • <i>... ele a princípio, ele meio que rejeita né ...</i> • <i>Ele ficava mais revoltado pela situação, ele não aceitava, rejeitava ...</i> • <i>Ele me parece carente ... ele é muito inseguro ...</i> • <i>Então, é um paciente que fica inseguro ...</i> • <i>O paciente, ele é bem frágil ... ele se diferencia, ele próprio se diferencia dos outros ... Eu não sei o porquê, eu acho que ele se sente ... diferente né.</i> • <i>Geralmente é uma pessoa bem fragilizada ... ele tá fragilizado.</i> • <i>... ele não fala né, ele fica meio retraído ... eles ficam meio ... calado assim, querem se isolá, não querem falá muito, isso faz ele ficá deprimido, retraído, não querem conversá muito ...</i> • <i>... esse paciente é bastante ... deprimido. Ele se sente constrangido ... Então ... eles ficam bastante chocados ...</i> • <i>... geralmente, eles estão ansiosos e geralmente eles têm vergonha ...</i> • <i>... eu sinto que ele é uma pessoa meio ... fechada, abatida ... E vejo assim bem perturbada ... eles ficam bem abalados sabe, bem ... ansiosos, nervosos ... eles ficam até com raiva né.</i>
<p>2- Quanto as estratégias utilizadas pelo paciente à nova situação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De aceitação - De conformidade 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>eles conversam com os outros pacientes e não é uma coisa tão assustadora ... pelo menos parece que eles conseguem viver até bem com essa bolsinha ...</i> • <i>... se é por uma patologia ... só pôr um dreno é simples é mais fácil dele entendê ... E tem pessoas que têm CA ... Dependendo da situação, da patologia do paciente é mais fácil ou difícil.</i>

Tabela 2. A percepção da equipe de enfermagem relacionada ao paciente ostomizado internado.

<p>1- Preparo insuficiente da equipe de enfermagem para lidar com o paciente e familiares relacionados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manuseio com o dispositivo coletor - Apoio emocional - Orientações gerais à nova condição - Atuação nas complicações estomais - Abordagem ao paciente - Acesso ao dispositivo coletor 	<ul style="list-style-type: none"> • A maior dificuldade que tem é quando o paciente tem problemas ali com a bolsa ... • E a dificuldade mais que você acha é quando a bolsa não adere bem ... • Dificuldade em lidar com o estoma e o efluente ... • ... a gente tinha dificuldade na troca da bolsa. • ... uma dificuldade que tu tem é sabê lidá com a bolsa em si, os cuidados com a bolsa ... • ... a dificuldade maior é a ansiedade que eles têm né ... • O lado psicológico do paciente né ... • A maior dificuldade é a parte psicológica deles. É a parte psicológica que é bem mais né, complicada. • ... eu acredito que mais é esse lado emocional dele, psicológico .. • A dificuldade ... é que o pessoal ainda não tá bem treinado ... • Outra dificuldade é ... as vezes o paciente e os familiares não têm condições pra ser preparado.. • A maior dificuldade é não tê informação correta. • ... a dificuldade que pode surgir a princípio é com a pele, a integridade da pele ... • Na relação ... Então a maior dificuldade é a empatia com ele. • E outra dificuldade é o acesso às bolsas ...
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 3. As dificuldades percebidas pela equipe de enfermagem relacionadas com o manejo do paciente ostomizado internado.

<p>1- Sentimentos Positivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De normalidade - De profissionalismo - De bem-estar De recompensa: Gratificação Utilidade Orgulho 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, eu acho que é uma coisa ... da realidade dentro da nossa profissão ... Pra mim é uma coisa normal ... • Olha, pra mim é um serviço como se fosse outro né, a gente que é dá área, tu tem que sabê né, isso é normal • ... eu acho que com o dia-a-dia, com a conversa com esse paciente, com o conhecer melhor ele, você vai conseguindo trabalhar melhor ... Me sinto normal, normal. Não tem nenhuma restrição ... • ... Eu acho que é uma coisa natural. • Eu procuro não entrá muito no sentimento dele ... • Tu tem que trabalhá o teu lado profissional ... Então tu tem que sê mesmo bem profissional ... Eu acho que tem que mantê o teu profissional, tranqüilo, com paciência. • Eu me sinto bem ... Eu me sinto bem em poder ajudar. • Ah, eu me sinto bem por que você vai causar bem-estar pra o paciente né. Então eu me sinto bem. • ... a gente se sente bem gratificada até né ... • Ah, eu me sinto assim ... útil pra alguma coisa ... • Eu acho que você deve se sentir muito orgulhosa, tem muito orgulho.
<p>2- Sentimentos Negativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De pena - De insegurança - De constrangimento - De angústia - De preocupação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ah, é ruim falar piedade né, é ruim. Mas a gente se sente bem penalizada ... Eu me sinto penalizada sim ... • Tu te acha assim ... sente pena na verdade dele tá naquelas condições né ... • Sei lá, as vezes depende muito. As vezes tu fica até meio ... assim né por que tu não sabe como o paciente reage né e tu reage conforme o paciente reage. Se o paciente se sente bem, tudo, tu vai numa boa; agora se o paciente fica meio envergonhado, aí tu fica meio assim Depende muito do paciente ... • Olha, no começo assim a gente até fica meio constrangido ... • Eu realmente fico angustiada ãh ... me angustia um pouquinho. • Tu fica meio preocupada, é uma preocupação assim ...

Tabela 4. Sentimentos manifestados pela equipe de enfermagem em relação ao paciente ostomizado internado.

<p>1- Estabelecimento de comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diálogo - incentivo - cuidado - atenção com o paciente <p>- fazer sentir-se a vontade</p> <p>2- Orientação:</p> <p>3- Preparação para o pré-operatório:</p> <p>4- Encorajamento:</p> <p>5- Respeito:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ... <i> você tem que manter uma comunicação com o paciente ...</i> • <i> O paciente ostomizado é um paciente que necessita de bastante cuidado né ...</i> • <i> É um paciente que ... precisa de ajuda, atenção e compreensão.</i> • ... <i> Eu procuro estimulá ele e incentivá também ...</i> <p>pros meus pacientes sempre estimulá ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i> Daí que entra o papel da enfermagem, muitas vezes assim dialogá, mostrá que não pode vê só o lado ruim</i> • ... <i> Sabê que tem que tê muito cuidado, tem que tê muita atenção...</i> • ... <i> a gente procura dá apoio né, dá um apoio maior pra ele, dá atenção ...</i> • <i> E eu acho assim, que a gente tem que conversar, o mais importante é conversar com esses pacientes, saber entendê-los ...</i> • ... <i> é um paciente que você tem que ter muito cuidado muita atenção, sempre procurar acompanhar de perto esse paciente, ouvir as queixas ...</i> • ... <i> a gente procura assim dar toda atenção, todo carinho né, tudo que possivelmente ele precisar ... tu tem que dá mais atenção, tu tem que tá mais presente, tu tem que tá sempre presente ... dar o máximo de atenção que eu posso e ajudar no que precisa.</i> • ... <i> Apenas tu tem que conversá mais cada vez, fazê ele aceitá mais ...</i> • <i> Mas eu acho que tem que ouvi e ... tentá pará e ouvi o seu semelhante ...</i> • ... <i> tento ao menos fazê com que eles se sintam a vontade né.</i> • <i> Tu tem que levá e conversá, tentá sempre fazê o paciente se sentir a vontade né ...</i> • ... <i> ele precisa de mais orientação, de cuidados ...</i> <p>precisa de orientação, tanto ele quanto a família ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... <i> a gente sempre orienta esses pacientes ... A gente tem que orientá-los ...</i> • <i> Então tem que ... desde que o paciente faz, segue com a bolsinha, a gente tem que começar a trabalhar eles ... também, outra coisa que a gente orienta é quanto a dieta né ...</i> • ... <i> a gente orientando ele, conversando as vezes até eles se sentem um pouco melhor né ... Inclusive eu oriento os pacientes ...</i> • <i> Eu acho que tinha que tê um preparo antes da cirurgia ... eu acho que o preparo tinha que sê melhor pra eles, antes da cirurgia.</i> • ... <i> eu procuro sempre encorajá né, sei lá se ele perguntá alguma coisa ...</i> • <i> Tem que respeitá-lo na sua condição de estar assim, orientá-lo, saber ouvi-lo nas suas dúvidas ... E saber respeitar ele assim ...</i>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 5. Ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem relacionadas ao paciente ostomizado internado.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias encontradas foram analisadas conforme a ordem de apresentação no estudo e separadamente.

1- A percepção da equipe de enfermagem relacionada ao paciente estomizado internado.

Quando perguntou-se aos entrevistados sobre sua percepção em relação ao paciente estomizado, todos atribuíram sentimentos a esses pacientes, dando a idéia de que o sentimento caracteriza essa pessoa sendo o mesmo identificado através do que está sentindo.

Dentre os sentimentos manifestados o de rejeição foi o mais citado pelos entrevistados e os mesmos afirmam que isso deve-se ao fato do paciente ter que usar o dispositivo coletor, mudar o estilo de vida, tendo que adaptar-se à novas situações. O fato de precisar de um ostoma causa repercussões no aspecto físico, biológico, psicológico, financeiro, psicossocial, psico-espiritual, bem como alterações do auto-conceito e auto-imagem do paciente, gerando, então, esse sentimento².

A carência e insegurança também foram citadas. A insegurança deve-se ao fato de ter que usar o dispositivo coletor e também por ter medo do manuseio desse dispositivo e isso tudo conseqüentemente faz com que ele

se torne uma pessoa carente, que necessita de atenção, orientação, carinho e apoio.

A fragilidade foi outro sentimento citado pelos entrevistados, no qual percebem que o ostomizado torna-se uma pessoa frágil devido à sua estrutura física e psíquica estar abalada, por não saber, ainda, quais os cuidados que deve ter com o ostoma, quais hábitos alimentares devem mudar e ainda ter que aceitar que pessoas que não o conhece toquem seu corpo quando vão limpar ou trocar o dispositivo coletor, entre outros aspectos, deixam o paciente numa situação de passividade, não tendo condições, nesse momento, de tomar decisões próprias, o que causa um grande desconforto para o mesmo.

A depressão, o choque e o constrangimento também existem. Alguns entrevistados afirmam que os ostomizados ficam chocados por terem que usar o dispositivo coletor e isso conduz ao isolamento, silêncio, desânimo e depressão. Os pacientes têm vergonha da presença do dispositivo coletor aderido em seu abdômen, por causa da alteração que este causa em seu corpo e acreditam que o cheiro exalado e o ruído produzido possam ser sentido por outras pessoas.

Outros sentimentos percebidos pela equipe, porém menos citados foram: retração, abatimento, perturbação,

nervosismo e raiva. Todos esses também devido ao fato do paciente ter que usar o dispositivo coletor e por causa das mudanças do dia-a-dia e do seu estilo de vida.

Entretanto, houve depoimentos em que os entrevistados afirmam que o paciente ostomizado manifesta estratégias de aceitação e conformidade com a nova situação: *"Mas eu percebo que eles conversam com outros pacientes e não é uma coisa tão assustadora... pelo menos parece que eles conseguem viver até bem com a bolsinha. Eles dizem assim: "Ah, se é, se isso é bom pra mim, a gente consegue viver bem assim". Eles questionam a respeito do dispositivo coletor, dieta ... sabem lidar em casa, trocar as bolsas, aonde conseguir as bolsas e tudo"*. Esta fala demonstra que ao receber uma assistência adequada e ocorrer o compartilhamento da situação com outras pessoas em condições semelhantes há uma minimização do problema e uma melhor aceitação do mesmo.

2- As dificuldades percebidas pela equipe de enfermagem relacionadas com o manejo do paciente ostomizado internado.

Relacionado à essa questão os entrevistados afirmaram que, muitas vezes, em algumas situações, apresentam preparo insuficiente para lidar com o paciente e também com os familiares desse.

Observou-se que a maior dificuldade relatada pelos entrevistados relaciona-se ao manuseio com o dispositivo coletor, seja no momento da troca do dispositivo, pois as vezes sentem náusea, enjôo ... , seja quanto a sua aderência na pele, que, muitas vezes, devido a vazamentos ou infiltrações causam lesões determinando complicações em diferentes graus até casos de dermatite periestomal severa.

Outra dificuldade muito relatada pela equipe refere-se ao apoio emocional, tão importante, principalmente na fase pré-operatória, pela própria fragilidade que o paciente apresenta e pelo aspecto psicológico bastante afetado, tonando-se exigentes, irritados, revoltados, ansiosos e preocupados. Esses sentimentos negativos criam dificuldades na aproximação da equipe de enfermagem com o paciente, pois, não conseguem manejar, satisfatoriamente, esses sentimentos.

Do mesmo modo, o preparo insuficiente da equipe quanto as orientações gerais à nova condição do paciente também foi lembrado. Afirmaram que as informações que o paciente recebe no momento de sua internação até a alta hospitalar são insuficientes. A equipe não está bem preparada para atendê-lo; por isso, muitas vezes, o paciente e seus familiares retornam às suas casas sem saber manusear o dispositivo, como trocá-lo, limpá-lo e a quem procurar se ocorrerem complicações, entre outros aspectos. De fato, se o paciente receber informação e orientação adequada e suficientes, acatará melhor o tratamento, mostrar-se-á mais seguro, interessado pela preservação do seu corpo e será mais colaborativo para o auto-cuidado¹⁰.

Foi relatada outra dificuldade, ou seja, como atuar nas complicações ostomais. Observou-se que há uma grande preocupação por parte da equipe em manter a integridade da pele, conforme mostra um dos relatos: *"A dificuldade que pode surgir a princípio é a pele, a integridade*

da pele, que você tem que ter um cuidado todo especial no controle da bolsa, ver se não ... não houve vazamento né, que vai lacerar a pele". A presença dessas complicações acabam por trazer sérios transtornos tanto para a equipe quanto para o paciente, pela troca freqüente do dispositivo, pelo vazamento e infiltrações que podem gerar odores desagradáveis, manchas e umidade nas roupas íntimas e de cama, além da ardência, dor, vermelhidão e perda de tecido epitelial, gerando grande desconforto e insegurança para o paciente e equipe.

Como abordar o paciente foi outra dificuldade referida por um entrevistado, que disse: *"A dificuldade é até você criar empatia com ele né, até ele confiar em você, até você lidar a primeira vez com ele, retirar a bolsa, ele não te conhece, ele tem vergonha"*. Realmente, essa dificuldade existe, pois o paciente teve seu corpo modificado, seu estilo de vida alterado e há pessoas desconhecidas manuseando com seu corpo e invadindo sua privacidade. Entretanto, no momento em que se inicia o estabelecimento de um vínculo de confiança e de serenidade muitos dos temores apresentados pelo paciente são minimizados ou resolvidos. Por fim, comentou, também, da dificuldade de ter acesso a um dispositivo coletor específico para o tipo de ostoma do paciente, tendo em vista a pouca variabilidade de bolsas disponíveis.

3- Sentimentos manifestados pela equipe de enfermagem em relação ao paciente ostomizado internado.

Os sentimentos manifestados pela equipe dividem-se em negativos e positivos, porém, verificou-se que os positivos foram mais freqüentes nas entrevistas. Dentre os sentimentos positivos existentes, os seguintes foram citados:

- **Normalidade:** como a enfermagem é uma profissão que trabalha com pessoas que apresentam as mais diversas patologias ou situações de agravo, a grande maioria dos entrevistados considera normal lidar com paciente ostomizado, pois como um deles afirmou: *"é normal, é normal como qualquer outro paciente;*
- **Profissionalismo:** embora apresentem sentimentos em relação ao paciente ostomizado, alguns entrevistados procuram não se envolver com o mesmo, muito menos demonstrar seu sentimento; procuram desenvolver somente seu trabalho e realizar suas tarefas: *"É claro que a gente se sente sentimentalizada né, ... só que tu tem que trabalha o teu lado profissional e tem certos momentos que tu não pode deixá o sentimento flui né, que tu sabe que as vezes tu tá fazendo mal pro paciente mesmo..."*. Percebe-se que o entrevistado procura não manifestar seu sentimento perante o paciente, temendo que isso possa prejudicá-lo.
- **Bem-estar:** alguns sentem-se bem, pois afirmaram estar ajudando o paciente e trazendo-lhe conforto.

Ainda, formando o conjunto de sentimentos positivos houve alguns que foram classificados como sentimentos de recompensa:

- **Gratificação:** existe pelo fato do paciente estar bem, já saber lidar com o ostoma e este não apresentar complicação.
- **Utilidade:** sente-se útil por poder ajudar outra pessoa: *"Ah, eu me sinto assim que eu ... me sinto útil pra alguma coisa. Me sinto assim que eu ... tô sendo bastante útil. Pra mim é uma bênção né, por que assim tu podê ajudá uma pessoa*

que tá nesse quadro ...

• **Orgulho:** aparece por estar na profissão de enfermagem e como tal poder contribuir para a recuperação do paciente e seu bem estar: "Eu acho que você deve se sentir muito orgulhosa, tem muito orgulho de podê fazê ... Sempre eu pergunto pra mim mesmo e agradeço a Deus que dá o dom da gente sê o que é né. Se tu é enfermeira, tu tem que sê de corpo e de alma."

Já, com relação aos sentimentos negativos, foram relatados os seguintes:

• **Pena:** devido ao fato do paciente ter que usar o dispositivo coletor e também por que colocando-se em seu lugar imaginam como deve ser difícil viver com o ostoma;

• **Insegurança:** uma entrevistada afirma sentir-se insegura diante do paciente, não sabendo como agir perante o mesmo. Assim, procura, primeiramente, conhecê-lo, identificando suas reações frente a nova condição, para depois, então, ter condições de atuar com o paciente;

• **Constrangimento:** esse sentimento surge por não saber o que falar com o paciente e nem como agir em determinadas situações colocadas pelos mesmos;

• **Angústia:** a entrevistada diz sentir-se angustiada por não conseguir orientar o paciente e familiares como desejaria;

• **Preocupação:** sentimento relatado por que a entrevistada não sabe se o paciente vai saber realizar o auto-cuidado necessário quando retornar para seu domicílio.

4- Ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem relacionadas ao paciente ostomizado internado.

Através das entrevistas pode-se perceber que a equipe de enfermagem tem conhecimento da importância que o exercício de seu papel representa para o paciente ostomizado tanto nas fases pré, trans como pós operatória até a alta hospitalar, como também dos limites que apresentam na prestação dos cuidados.

Grande parte dos entrevistados declararam que estabelecem comunicação com o paciente através do diálogo, incentivo, cuidado e atenção, pois, dessa forma, sente que está sendo bem cuidado e observado, acatando melhor o tratamento, mostrando-se mais seguro e até mais colaborativo e receptivo. A maioria dos componentes da equipe referiram a empatia como sendo uma importante forma de estabelecer um vínculo e que é necessário colocar-se no lugar do paciente para imaginar como gostaria de ser tratado.

Outras ações desenvolvidas pela equipe são as orientações e envolvem vários aspectos relacionados a dieta, limpeza, troca do dispositivo coletor, cuidados que se deve ter com o ostoma, entre outros. Consideram importante que o paciente receba as orientações durante sua internação, pois assim terá condições de exercer o auto-cuidado, quando possível, ou exercido pelo familiar, podendo, assim, retornar mais rapidamente e de forma menos traumatizante ao domicílio e meio social.

O encorajamento também foi lembrado: ... "Começou a comentar: "essa bolsa tá me incomodando" daí eu digo, geralmente, que é uma coisa que a gente precisa, tem que agradecer por "ter esses métodos né, pior seria se não tivesse e assim, devagarinho eles acabam agradecendo a gente, a força que a gente dá". O encorajamento é importante em todos os momentos para que o paciente possa ultrapassar

as dificuldades que surgiram com sua nova condição. A partir do incentivo, o paciente cria expectativas e esperanças de que vai conseguir superar os problemas e, dessa forma, enfrentar melhor a situação. Do mesmo modo, o respeito também foi citado, pois deve-se lembrar que esse paciente é um ser humano e está passando por uma situação geradora de intenso conflito, principalmente emocional e que necessita de todo tipo de apoio, mas fundamentalmente, respeito pelos sentimentos, reações e dificuldades apresentadas.

CONCLUSÕES

O presente trabalho pretendeu investigar a percepção da equipe de enfermagem a respeito do paciente ostomizado, as dificuldades que apresenta para atendê-lo. Durante o estudo, embora não fosse objetivo, através do diálogo estabelecido com os participantes durante as entrevistas outras questões surgiram e pela sua importância foram acrescentadas, como os sentimentos manifestados pela equipe de enfermagem em relação ao paciente ostomizado internado e as ações desenvolvidas.

Finalmente, após exaustivas leituras das entrevistas, análise dos dados e dentro das limitações deste estudo chegou-se às seguintes considerações:

1. A maior parte dos entrevistados atribui sentimentos negativos aos pacientes ostomizados, considerando que rejeitam a nova condição, tornando-se frágeis, depressivos, ansiosos, inseguros, constrangidos, retraídos, abatidos e perturbados. Porém, alguns participantes afirmaram que alguns pacientes utilizam estratégias para ajustar-se a nova condição, obtendo uma melhor adequação à situação.
2. A equipe de enfermagem afirma que são muitas as dificuldades encontradas para manejar esse paciente e seus familiares devido ao seu preparo insuficiente para lidar nas situações de manuseio do dispositivo coletor, fornecimento de apoio emocional e de orientações gerais a nova condição, atuação nas complicações ostomais, na abordagem ao paciente e acesso à dispositivos coletores adequados.
3. A maioria dos participantes manifesta sentimentos positivos em relação ao paciente ostomizado e sente-se recompensado em poder trabalhar com os mesmos.
4. Pelos relatos apresentados considera-se que a equipe de enfermagem sabe da importância que exerce perante o paciente. Os entrevistados procuram incentivar, dar atenção e dialogar, a fim de ajudar na sua adaptação e recuperação.
5. Entretanto, chamou atenção o fato de que todas as referências feitas relacionadas com esta situação tão conflitante, foram dirigidas praticamente, à presença do dispositivo coletor e, em nenhum momento, foi citado que um grande fator estressante dessa situação poderia ser, também, a presença do câncer como doença de base, embora alguns ostomas possam ser oriundos de outras situações.

Por fim, acredita-se que essas considerações não sejam um "finalmente" para o estudo, mas uma porta aberta para a busca de alternativas que possam suprir as necessidades e dificuldades levantadas e dar início a vários outros trabalhos que, de algum modo, possam contribuir para os corpos docente e discente de Enfermagem, bem como para a prática de Enfermagem e para todos aqueles interessados nesse tema.

Summary

STOMA PATIENT: A VISION OF THE NURSING TEAM

This study has as objective to identify the perception by the nursing team regarding to the stoma patient, as the difficulties that the same presents to attend him. It is a descriptive research about a qualitative approach study, accomplished with fifteen participants close to their professional activities in a big hospital in the municipal district of Passo Fundo/RS. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed through readings and re-readings of the same ones, whose speeches contained around a same theme originated the following categories: the perception of the nursing team regarding to the stoma patient interned, the difficulties that the team presents assists him, the feelings that this team has in relation to the patient and finally, the actions that the nursing group develop in relation to the cares to the same ones.

Key words: Stoma, Perception, Nursing Team.

REFERÊNCIAS

1. Júnior A.M. & Rocha J.J.R. Tipos de estomas. In: Crema, E e Silva R. Estomas – uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed, Uberaba: Edit. Pinti, 1997.
2. Santos VLCCG. A bolsa na medição “Estar Ostomizado” – “Estar Profissional”. São Paulo, 1996. [Tese de Doutorado – EEUSP].
3. Black PK. Estomas: problemas comuns que surgem a uma cirurgia. Revista Nursing 1995; 88:23-26.
4. Padilha MICS & Souza LNA. Qualidade de vida e a enfermagem. Texto e Contexto Enferm., Santa Catarina, set./dez. 1999; 8(3):11-26.
5. Boykin A. A enfermagem como conforto: O artístico no cuidado. Texto e Contexto Enferm. Santa Catarina, maio/ago. 1998; 7(2):36-51.
6. Brunner LS & Suddarth DS. Enfermagem Médico- Cirúrgica. 8ª Ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 1998.
7. Rodrigues CM. Colostomia: relato de experiência vivenciada por clientes colostomizados após hospitalização. Rev Bras Enferm 1989;42(1, 2, 3, 4):53-59.
8. Polak YNS. O corpo como mediador da relação homem/mundo. Texto e Contexto Enferm. Santa Catarina, 1997; 6(3):29-43.
9. Leopardi MT. Cuidado: ação terapêutica essencial. Texto e Contexto Enferm. Santa Catarina, 1997; 6(3):57-67.
10. Nunes AMP. Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem-ciência e arte. Texto e Contexto Enferm., Santa Catarina, 1996; 5(1):34-35.
11. Marcon S S, Andrade OG & Silva DMP. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. Texto e Contexto Enferm. Santa Catarina, 1997; 7, (2):289-307.

Vigilância Epidemiológica de Infecção em Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea

Márcia A. Ferrão, Marceli de F. Palmeira, Rafael Pilati, Mônica Krahl, Gilberto Barbosa, Adriano Pasqualotti. Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

A infecção hospitalar é um grave problema de saúde pública, agravado pela inexistência da vigilância epidemiológica pós- alta, o que impossibilita a determinação da taxa real de incidência, visto que as altas hospitalares são precoces, dificultando o diagnóstico. Em vista disto, este estudo teve por objetivo identificar a ocorrência de infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidas a cesarianas no período pós alta hospitalar. Foi realizado um estudo de coorte não- controlada com 90 pacientes do Sistema Único de Saúde internadas no Hospital São Vicente de Paulo- Passo Fundo- RS, entre Dezembro de 2000 a Março de 2001. Utilizando-se a vigilância epidemiológica de NNIS, através de visitas hospitalares e domiciliares em torno do 10º e 30º dia pós-operatório. Os resultados evidenciaram uma taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) de 5,5%. A vigilância epidemiológica pós- alta mostrou-se fundamental para a correta determinação das taxas de I.S.C.

Unitermos: Vigilância Epidemiológica, Infecção Hospitalar, Infecção da Ferida Operatória.

As infecções hospitalares constituem um risco significativo aos usuários de serviços de saúde. Grande parte decorre da falta de preparo adequado e desinformação dos profissionais da área, apesar da inovação e de tecnologia médica; outros fatores poderiam ser os procedimentos cirúrgicos cada vez mais complexos e a utilização cada vez mais freqüente de procedimentos invasivos, além do uso indiscriminado de drogas antimicrobianas, quase todas com a promessa de solucionar falhas técnicas dos procedimentos cirúrgicos.

No Brasil, o controle da infecção hospitalar só foi assumido pelo Estado em 1983, através da portaria 196, que tornou obrigatória a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais¹. De acordo com o Ministério da Saúde, "infecção hospitalar é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a internação, ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares"².

Dentre as infecções hospitalares, a infecção em cirurgia tem se apresentado como um importante problema de saúde em todos os séculos, e como tal, continua a ser uma das maiores complicações também na atualidade. A infecção cirúrgica é a infecção que ocorre na ferida operatória. Em geral, o processo é localizado, apresentando caráter mais destrutivo por uma ação direta do germe. As infecções cirúrgicas, assim, são aquelas que ocorrem como complicações de uma cirurgia, comprometendo a incisão e/ou a cavidade operada^{3,4}, representando 24% das infecções

hospitalares¹, sendo que, dessas, aproximadamente 8% ocorrem em cesarianas, constituindo-se na causa infecciosa mais importante de morte materna⁵.

Moreira & Nogueira⁶ consideram a infecção de sítio cirúrgico como a terceira mais freqüente das infecções hospitalares e afirmam que "a redução do seu número está diretamente relacionada aos cuidados pré e peri-operatórios e à sua investigação epidemiológica". Segundo estes autores o CDC (Centers for Disease Control), em um estudo realizado entre janeiro de 1980 e dezembro de 1984, utilizando a metodologia do NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance System), encontrou um índice ISC de 6,1/1000 altas hospitalares em geral e de 8,4/1000 altas de pacientes obstétricas, chamando atenção para os valores mais altos para hospitais universitários com mais de 500 leitos.

No Brasil, deficiências estruturais e a alta hospitalar precoce tornam o controle das infecções um problema extremamente sério. Por isso, nota-se a necessidade de uma vigilância ativa no pós alta, com a identificação precoce do processo infeccioso, manifestado após a alta hospitalar, para minimizar problemas psicossociais e até mesmo a incapacitação em alguns casos e o óbito em outros.

Segundo a portaria 2616, a Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco da ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle. Os objetivos são definir taxas endêmicas dos eventos em estudo, identificar aumento das

taxas e intervir, identificar fatores de risco ocupacional, avaliar a eficácia de medidas adotadas, detectar surtos, definir racionalmente prioridades, detectar mudanças no perfil de ocorrência do evento estudado e da flora ¹⁷.

As fases da vigilância epidemiológica compreendem definição dos casos de doenças com precisão e fundamentos, coleta de dados de forma sistemática, consolidação ou tabulação dos dados significativos, análises, interpretação e divulgação dos resultados. Os métodos de vigilância epidemiológica conhecidos são: Notificação Passiva, Busca Ativa e NNISS ⁹.

O Ministério da Saúde, em 1995, traduziu e distribuiu a todos os hospitais brasileiros o Manual de Vigilância por Componentes do Sistema NNISS, recomendando adoção com as adaptações que se fizessem necessárias. Os hospitais que participam do NNISS têm flexibilidade para desenvolverem seus programas de acordo com seus próprios objetivos de vigilância, enquanto, simultaneamente, executam uma coleta uniforme de dados para o NNISS ¹.

Conforme dados do projeto SENIC a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares é um componente fundamental no controle e prevenção dessas infecções ⁹.

Um serviço que colete seus dados, baseados nas novas definições para infecção de sítio cirúrgico indicadas pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos - CDC, conforme recomendações dos pesquisadores do sistema NNISS certamente terá indicadores epidemiológicos de infecção cirúrgica mais fidedignos ¹⁰.

Em vista disso, este estudo buscou identificar a ocorrência e as taxas de infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidas a cesarianas, no período pós- alta hospitalar, visando a prevenção e o controle da infecção hospitalar.

INDIVÍDUOS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte não-controlado com 90 pacientes submetidas à cesariana no Hospital São Vicente de Paulo, incluídas intencionalmente no estudo, mediante os seguintes critérios: ser usuária SUS, ter realizado cesariana no período de dezembro de 2000 a março de 2001 e residente na zona urbana do município de Passo Fundo. Utilizou-se como marco amostral a escala de cirurgia e prontuário da paciente.

O estudo foi precedido de consentimento formal da direção clínica do hospital e da assinatura, pelas participantes do estudo, do termo de consentimento livre e esclarecido com garantia de privacidade, sigilo e direito de retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem penalização nem prejuízo ao seu cuidado. Foi realizada visita pelos pesquisadores no dia da alta hospitalar para avaliação e preenchimento do instrumento de coleta de dados. Nesta ocasião, as pacientes foram orientadas a retornar ao ambulatório do puerpério em torno do 7º dia pós-operatório, para avaliação com o médico residente, conforme rotina do serviço, agendando-se então a visita domiciliar, a ser realizada pelos pesquisadores, em torno do 30º dia pós-operatório, com a finalidade de revisar o sítio cirúrgico para detectar a presença ou não de infecção.

As variáveis selecionadas para o estudo foram:

Variável Dependente:

• Infecção de sítio cirúrgico pós-cesárea superficial e profunda ocorrida nos primeiros 30 dias de pós cirúrgico.

Crítérios para determinação:

a) Drenagem purulenta da incisão acima da fásia;
b) Cultura positiva de fluido de ferida fechada primariamente;
c) Aparecimento de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas de infecção: dor ou sensibilidade, edema, rubor ou calor localizados e ferida aberta deliberadamente pelo cirurgião, exceto se a ferida tenha cultura negativa.

Variáveis Independentes:

1- Faixa etária: foram consideradas as faixas de 10-15, 15-20, 20-30, 30-40, 40 ou mais.

2 - Época para a realização da cirurgia: classificação de Magalhães⁴:

• **Elativa:** tratamento cirúrgico proposto, mas cuja realização pode aguardar a ocasião mais propícia.

• **Urgência:** cirurgia eminente, devendo ser feita imediatamente, relacionada com o quadro clínico e a evolução da doença.

3 - Potencial de contaminação: foi utilizada a classificação das cirurgias de acordo com o Ministério da Saúde:

• **Limpa:** são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência do processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras.

• **Potencialmente contaminada:** são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Serão incluídas as cesarianas com bolsa rota até 6 horas.

• **Contaminadas:** são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Serão incluídas as cesarianas com bolsa rota há mais de 6 horas.

4 - Gravidade do paciente: os pacientes foram classificados de acordo com o ASA (Classificação da Gravidade de Risco da American Society of Anesthesiologists):

1- Paciente hígido;

2- Paciente com doença sistêmica controlada;

3- Paciente com doença sistêmica grave que requer assistência médica;

4- Paciente com doença sistêmica extremamente grave com risco de vida;

5- Paciente moribundo, sem possibilidade de terapêutica;

6 - Índice de Risco de Infecção Cirúrgica (IRIC) - resultante da soma do tempo cirúrgico, potencial de contaminação e gravidade do paciente (ASA);

7- Tricotomia: foi investigada a realização ou não de tricotomia;

8- Antibioticoterapia: foi investigado uso de antibiótico profilático ou terapêutico;

9 - Bolsa Rota: foi considerada a presença ou não de bolsa rota;

10 - Infecção Prévia: foi investigada existência de infecção anterior ao ato cirúrgico.

Os dados foram registrados em planilha Excel, a análise das variáveis foi realizada através da estatística descritiva e, para a verificação da dependência entre a infecção pós- alta e as variáveis independentes, foi utilizado o teste de Quiquadrado (c^2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) encontrada após a vigilância epidemiológica, realizada em 90 pacientes submetidas à cesariana, no período de Dezembro de 2000 à Março de 2001, foi de 5,5%. Conforme Boletim Lave as Mãos do HSVP (2000)¹¹, a taxa de infecção em cirurgias obstétricas, registradas no último trimestre, pelo Serviço de Controle de Infecção Hospital (SCHI) foi de 2,9%. Este registro obtém dados relativos, exclusivamente, à pacientes ainda no seu período de internação, ou que retornam ao ambulatório de egressos; aproximadamente 20% das pacientes não retornam ao serviço para avaliação que, rotineiramente, é agendada para o 7º dia pós-operatório. Todos os casos de ISC ocorreram entre o 7º e 10º dia pós-operatório, sendo detectados após a alta hospitalar, ou seja, 100% das ISC foram detectadas em pacientes que já se encontravam no domicílio e após o retorno ao ambulatório de egressos. Couto & Cols.¹ em estudo sobre infecções pós- alta detectaram 82% de ISC em pacientes já no domicílio.

Para a determinação da relação de dependência e independência entre as variáveis, utilizou-se o teste de Quiquadrado (c^2) com níveis de significância de 1% e 5%.

Para a variável faixa- etária, a incidência de ISC foi de 0 % em pacientes com idade entre 10 e 15 anos, 9,0% para 20 a 30 anos, 2,4% para 30 a 40 anos e 8,6% nas pacientes com mais de 40 anos (c^2 de 1,46). Não encontramos, para a amostra estudada, significância estatística que pudesse comprovar a influência da idade para o potencial de risco de infecção. Embora Moreira & Nogueira⁶ listem a idade como fator de risco para infecções e referem que “o aumento dos índices de infecção pode ser devido à diminuição natural das defesas do organismo, com o avanço da idade”. Desplaces¹² afirma que, mesmo a idade avançada sendo reconhecida em todos os estudos como um dos fatores de risco para infecções hospitalares, não é fator de risco para a infecção de sítio cirúrgico.

Quanto ao tempo de cirurgia, a incidência de ISC foi de 5,1 % nas cirurgias com duração de até uma hora e de 3,7 % em cirurgias com mais de uma hora de duração (c^2 de 0,78), não demonstrando uma importância real do tempo do procedimento cirúrgico no aumento do risco de infecção, muito embora Magalhães⁴ afirme que o tempo operatório excessivo, “bastante freqüente na época de treinamento de novos cirurgiões”, colabora para a infecção. A metodologia NNISS¹ leva em conta a duração do ato cirúrgico para a classificação do IRIC (Índice de Risco para Infecções Cirúrgicas).

A taxa de ISC em pacientes que realizaram tricotomia foi de 6,5%. Nas pacientes em que não houve a tricotomia, a taxa de ISC foi de 0,0% (c^2 de 0,89). Moreira & Nogueira⁶ referem que “a razão deste aumento de índices de infecção provavelmente é devida à liberação da flora resistente nas camadas profundas da pele, pelo traumatismo da tricotomia

e /ou falhas das defesas locais da pele com colonização subsequente em infecção por microorganismos exógenos”. Grinbaum¹³ afirma que este procedimento não contribui para a redução dos índices de ISC e que “ao contrário, em estudo prévio a tricotomia realizada com lâmina elevou em 9,3 vezes o risco de ISC. O pêlo possui microbiota transitória e é passível de antissepsia satisfatória”.

Nas pacientes com infecção prévia ao procedimento cirúrgico (tabela 1) não houve incidência de ISC; todavia, nas pacientes sem infecção prévia, 5,7 % apresentaram ISC. Moreira & Nogueira⁶ dizem que “infecções em outras áreas do organismo que não sejam a da ferida cirúrgica predisõem a ferida a um risco significativo de adquirir infecção”. Grinbaum¹³ refere que a relação entre presença de infecção em qualquer sítio no momento da cirurgia e as ISC é controversa, mas considera este fator importante. Acreditamos que a diferença entre as taxas de ISC em pacientes com e sem infecção prévia, em nosso estudo, seja devida ao baixo número de casos encontrados. Além disso, todas as pacientes que apresentaram infecção prévia estavam fazendo uso de antibioticoterapia.

A incidência de ISC foi de 2,2% em cesarianas eletivas e de 8,9% em cesarianas de urgência (tabela 2). Moreira & Nogueira⁶ afirmam que este maior número de casos de ISC em cirurgias de urgência se deve ao quadro clínico pior destas pacientes, ao preparo inadequado e à utilização de técnica menos rigorosa, justificado pela situação de indicação do procedimento.

A incidência de ISC para IRIC 0 foi de 10,3%, para IRIC 1 de 11,9%, para IRIC 2 11,1% e para IRIC 3 0,0%. Na amostra avaliada as pacientes com IRIC 0 tiveram uma incidência de ISC maior que as pacientes com IRIC 1 e igual as pacientes com IRIC 2. Estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Conforme os dados de Couto & Cols (1999), a taxa de ISC para pacientes com IRIC 0 foi de 3,36% e para pacientes com IRIC 2 e 3 a taxa foi de 7,21%. O mesmo autor refere que as taxas de cesarianas de risco 0 e 1 eram iguais entre si, assim como as de 2 e 3. A não detecção de diferença entre as várias faixas de risco, em nosso estudo, possivelmente deveu-se ao pequeno número de eventos.

Das pacientes que fizeram uso de antibioticoterapia profilática ou terapêutica 5,9% apresentaram ISC, enquanto 4,5% das pacientes sem antibioticoterapia tiveram ISC (tabela 4). A antibioticoterapia profilática é indicada para pacientes com maior potencial de risco para infecção, ou seja, segundo Couto & Cols.¹ “encontra-se indicado o seu uso se o risco de infecção incisional for maior do que 5% (feridas potencialmente contaminadas e contaminadas)”. Na amostra analisada, todas as pacientes que tinham fatores

Infecção prévia	ISC		Total
	Sim	Não	
Sim	0	3	3
Não	5	82	87
Total	5	85	90

Fonte: Primária

Tabela 1. Relação entre presença de infecção prévia e ISC (c^2 de 0,18 para os níveis de 1% e 5% de significância).

Tipo de cirurgia	ISC		Total
	Sim	Não	
Eletiva	1	44	45
Urgência	4	41	45
Total	5	85	90

Fonte: Primária.

Tabela 2. Relação entre a época para realização da cirurgia e a ISC (c^2 de 1,91 para os níveis de 1% e 5% de significância).

IRIC	Infecção pós- alta		Total
	Sim	Não	
IRIC 0	3	26	29
IRIC 1	1	50	51
IRIC 2	1	8	9
IRIC 3	0	1	1
Total	5	85	90

Fonte: Primária

Tabela 3. Relação entre o IRIC e a ISC (c^2 de 3,11 para os níveis de 1% e 5% de significância).

de risco presentes para infecção utilizaram antibióticos, portanto a diferença entre as taxas de ISC em pacientes que fizeram uso, para aquelas com baixo potencial de risco e que, conseqüentemente não fizeram uso da profilaxia, foi estatisticamente insignificante, o que pode demonstrar a efetividade do uso do antibiótico como profilático para pacientes com potenciais de risco elevado para infecção, ou seja, acredita-se que sem a utilização do antibiótico profilático para estas pacientes, a incidência de ISC seria muito maior.

Em pacientes com bolsa rota a incidência de ISC foi de 8,7% e de 4,5% nas pacientes sem bolsa rota (tabela 5). Richtmann⁵ considera a ruptura prematura das membranas um dos principais fatores de risco associados à infecção obstétrica, principalmente para a endometrite e a ISC.

Para a amostra estudada, a relação entre a infecção pós- alta e a faixa etária das pacientes, a existência de infecção prévia, o IRIC, a presença de bolsa rota e as demais variáveis independentes não foi estatisticamente significativa, pois os valores observados do Quiquadrado (c^2) foram menores que os valores críticos. A não

Antibioticoterapia	ISC		Total
	Sim	Não	
Sim	4	64	68
Não	1	21	22
Total	5	85	90

Fonte: Primária

Tabela 4. Relação entre uso de antibiótico e ISC (c^2 0,06 para os níveis de 1% e 5% de significância).

Bolsa rota	Infecção pós- alta		Total
	Sim	Não	
Sim	2	21	23
Não	3	64	67
Total	5	85	90

Fonte: Primária

Tabela 5. Relação entre bolsa rota e ISC (c^2 de 0,58 para os níveis de 1% e 5% de significância).

significância estatística desta relação, possivelmente se deva ao pequeno tamanho da amostra estudada.

Mesmo com este pequeno tamanho da amostra, detectamos uma taxa de ISC de 5,5%. Esta taxa é maior do que as habitualmente detectadas para o mesmo período de tempo de observação, ou seja um trimestre, e registradas pelo SCIH.

Além disso, todas estas ISC foram detectadas após a alta hospitalar; conseqüentemente, pode-se concluir que, se não houvesse a busca ativa destas pacientes, através de um sistema de vigilância epidemiológica pós- alta, todos estes casos não teriam sido detectados, influenciando diretamente nas taxas conhecidas de infecções pós- cesáreas.

Acreditamos, portanto, que a vigilância das ISC pós- alta é fundamental para a obtenção de taxa real, que é um dos componentes essenciais para a prevenção destas infecções.

No decorrer do estudo uma das limitações encontradas foi a dificuldade na coleta dos dados devido ao preenchimento incorreto e incompleto das fichas do S.C.I.H; portanto, sugere-se que haja um melhor embasamento científico e conseqüente preenchimento adequado.

Summary

EPIDEMIC SURVEILLANCE OF INFECTION OF SURGICAL POWDER-HIGH CESAREAN

Hospital infection is a serious problem of public health, worsened by the inexistence of the powder-high epidemic surveillance, what disables the determination of the real rate of incidence, because the intern is precocious, hindering the diagnosis. In view of this, this study had for objective to identify the occurrence of infection of surgical ranch in submitted patients the Cesarean operations in the period it put patients. It was accomplished a not controlled cutting study with 90 patient of the only System of Health interned in the Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - RS, between December/2000 and March / 2001. Being used the epidemic surveillance of NNIS, through hospital and home visits around 10 and 30 postoperative day. The results evidenced an infection rate of besiege surgical (I.S.C.) of 5,5%. The powder-high epidemic surveillance was shown fundamental for the correct determination of the rates of I.S.C.

Key words: Epidemic Surveillance, Hospital Infection.

REFERÊNCIAS

1. Couto R C, Pedrosa T M G, Nogueira J M. Infecção Hospitalar: Epidemiologia e Controle. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930 de 27 de agosto 1992 - Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, p. 1279, set. 1992. Seção 1.
3. Guilherme Neto P B, Peixoto C A M et al. Infecção Cirúrgica - ARS CVRANDI- Revista do Clínico Geral 1986; 19 (4): 48-58.
4. Magalhães H P. Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. São Paulo: Savier, 1993.
5. Richtmann, A. Ginecologia e Obstetrícia - Robrigues E A C et al. Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle. São Paulo: Sarvier, 1997.
6. Moreira C A X, Nogueira J M. Prevenção de Infecção de Ferida Cirúrgica e Antibioticoprofilaxia In: Couto R C, Pedrosa T M G, Nogueira J M (Eds) Infecção Hospitalar: Epidemiologia e Controle. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616, de 12 de maio 1998. Expede diretrizes e normas para a prevenção e o controle de infecções hospitalares. Brasília, 1998.
8. Stier C J N et al. Manual prático em controle de infecção hospitalar. Curitiba: Netsul, 1996.
9. Martins R M. Avaliação do papel das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. In: Rodrigues E A C et al Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle. São Paulo: Sarvier, 1997.
10. Lemos N F. Infecção de sítio cirúrgico. Colégio Brasileiro de Cirurgiões 1999; 26(2):109-113.
11. HSVP - SCIH. Boletim Lave as Mãos, 2000; 51.
12. Desplaces N. Évaluation du risque infectieux post-opératoire. - Tirésias. Prévention des infections em chirurgie orthopédique et traumatologique. Paris: 1998.
13. Grimbaum R S. Infecções do trato urinário.- Robrigues, E.A.C. et al. Infecções Hospitalares: Prevenção E Controle. São Paulo: Sarvier, 1997.

Transmissão Vertical do HIV no Município de Passo Fundo (RS)

Silvana K. Pedrozo, Juliana C. da Cruz, Marlene Doring.
Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

O aumento do número de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) entre as mulheres tem como consequência direta a transmissão vertical, principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Com o objetivo de conhecer a frequência da realização do teste anti-HIV no pré-natal e a prevalência do HIV entre as gestantes do Município de Passo Fundo, no período de junho à setembro de 2000, foi realizado estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados nos laboratórios de análises clínicas e Serviço de Referência para SIDA do Município. A frequência da realização do teste anti-HIV no pré-natal foi 58,3%, com prevalência do HIV de 0,3%. A baixa frequência da realização do teste anti-HIV no pré natal, mostra a necessidade da conscientização dos profissionais da saúde sobre a importância da solicitação do teste para detecção precoce do HIV, possibilitando a efetivação de ações preventivas, reduzindo assim a transmissão do vírus para a criança.

Unitermos: HIV/Aids, Gravidez, Transmissão Perinatal, Transmissão Vertical.

Desde a descoberta do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), houve uma tendência crescente na participação das mulheres por transmissão heterossexual, principalmente em mulheres casadas, com relacionamento considerado "estável", tendo como consequência principal a contaminação de crianças pela transmissão vertical.

No Brasil, de 1980 a setembro de 2001, foram notificados 222.348 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), sendo que destes, 59.624 são mulheres, com maior frequência na faixa etária de 20 a 40 anos¹, correspondendo a fase de vida sexual ativa e reprodutiva, na qual a via principal de transmissão é a exposição heterossexual². Os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) por transmissão vertical no Brasil foram notificados em 1985. Esta via foi responsável por 94% dos casos pediátricos em menores de 13 anos no período de 1999 a 2000³.

O município de Passo Fundo apresenta-se em terceiro lugar no RS, em casos absolutos de aids notificados ao Ministério da Saúde¹. Estudo realizado por Doring et al.⁴, para o período de 1988 a 1999, demonstrou que 85 % dos casos de aids em mulheres no município estavam associados a relação heterossexual e o uso de drogas injetáveis isolado foi responsável por 33% dos casos. No grupo etário de menores de 13 anos, 100% dos casos ocorreram por transmissão vertical⁵.

A mulher em idade fértil tem como agravante o fato de gerar uma criança ignorando ser portadora do vírus, tornando

a situação mais crítica e merecedora da atenção especial dos profissionais da saúde⁶, uma vez que ainda não existe cura ou vacina para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)⁷, mas sabe-se que o uso do AZT na gestação, parto e recém-nascido, reduz de 25% para 8% a transmissão vertical do HIV¹¹.

Estima-se que no Brasil, cerca de 12.898 gestantes encontram-se infectadas pelo HIV, o que equivale a aproximadamente 0,4% do total de gestantes³. Das crianças nascidas de mães soro-positivas para o HIV, 15 a 40% infectaram-se na gestação, durante o trabalho de parto ou através da amamentação⁸.

O não acompanhamento no pré-natal, inviabiliza a realização da maior parte das intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV. Ainda, um grande número de mulheres inicia o pré-natal em idade avançada de gestação, impossibilitando a realização de um diagnóstico precoce, no qual as intervenções disponíveis são mais eficazes⁹.

O momento da transmissão do HIV na gestação é variado. Estudos de placenta e tecidos fetais indicam que pode ocorrer no útero ou intraparto. A presença de vírus ou antígeno no sangue do cordão umbilical, sugere que a infecção ocorreu previamente, pois a duração do trabalho de parto não é suficiente para a replicação viral e seu aparecimento já no nascimento. Se o vírus não é detectado no cordão, mas encontrado posteriormente no período neonatal, pode ser devido à contaminação com sangue ou secreção materna do trato genital no momento do parto¹⁰.

Uma assistência adequada pode contribuir para a redução da transmissão vertical do HIV pelo uso do AZT,

durante a gestação e no período do parto e assistência pós-natal ao recém-nascido, evitando exposição às secreções e sangue materno e oferecendo AZT ao bebê ¹⁰.

A prevenção da transmissão materno-infantil vai depender da idade gestacional em que a mulher recebe o resultado do teste anti-HIV e dos recursos terapêuticos e profiláticos disponíveis. Com a identificação do HIV durante o período gestacional torna-se possível um acompanhamento da infecção e da gravidez, possibilitando um benefício maior para a saúde da mãe e do bebê ¹⁰.

O Brasil, assim como outros países, tem uma política de oferecimento universal (SUS) do teste anti-HIV para as gestantes no pré-natal. Mas, apesar de todos os benefícios associados ao conhecimento da situação sorológica da gestante, a realização do teste não pode ser colocada como compulsória, pois por questões éticas, depende do consentimento verbal da mulher, devendo o exame ser acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste ⁹.

A relação entre prevenção da transmissão vertical do HIV e a assistência pré-natal e no parto, impõe que ações conjuntas sejam implementadas pelos programas de DST/HIV/Aids e Saúde da Mulher. Desta forma, poder-se-á formular estratégias e executar ações efetivas para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Certamente, este esforço resultará não apenas na redução dos casos de aids em crianças, mas também numa melhor assistência à Saúde da Mulher no Brasil ⁹. Nesse sentido, esse estudo propôs-se a conhecer a situação das gestantes no Município de Passo Fundo-RS com relação à transmissão vertical do HIV, e a realização do teste anti-HIV no pré-natal.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa das gestantes, residentes no município de Passo Fundo que realizaram o teste anti-HIV, no período de junho a setembro de 2000. Considerou-se gestante HIV+ a gestante com resultado positivo em pelo menos um teste de triagem e

um teste confirmatório para anticorpos anti-HIV, independentemente de sinais ou sintomas da doença.

Os dados foram coletados mensalmente nos laboratórios de análises clínicas do município de Passo Fundo, que realizam o teste anti-HIV e Serviços de Referência das gestantes HIV positivas eram casadas e para as demais, não havia registro deste dado.

Entre as gestantes com ocupação conhecida, constatou-se que 2 (100%) exerciam atividades no lar. Não foi possível a análise do grau de escolaridade, bem como a situação de risco, devido a inexistência de registros sobre essas variáveis.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo com relação a prevalência do HIV entre as gestantes de 0,3% foi inferior ao encontrado por Gaio *et al.*,¹² em estudo realizado na Maternidade Mario Totta, no período de janeiro a novembro de 1999, no qual a prevalência do HIV entre as gestantes foi 0,94%. Outro estudo realizado por Pedroso *et al.*,¹³ em Curitiba mostrou uma prevalência de 0,73% de soropositividade para o HIV. Já no estado de São Paulo a prevalência estimada do HIV entre as gestantes foi de 0,6%, sendo que cerca de 90% dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em crianças foram decorrentes da transmissão materno infantil.¹⁴ No estudo realizado por Silva,¹⁵ a prevalência do HIV entre as gestantes em todo o Brasil variou de 0,5 a 1,5%.

A prevalência do HIV entre as gestantes, encontrada neste estudo, pode ser explicada pela baixa solicitação do teste anti-HIV no pré-natal, pelos profissionais de saúde, principalmente na rede privada e, também, a não realização do pré-natal por algumas gestantes.

A freqüência de 58,3% de realização do teste anti-HIV entre as gestantes, é preocupante, já que aproximadamente 42% das demais gestantes desconhecem sua condição sorológica e portanto correm o risco de

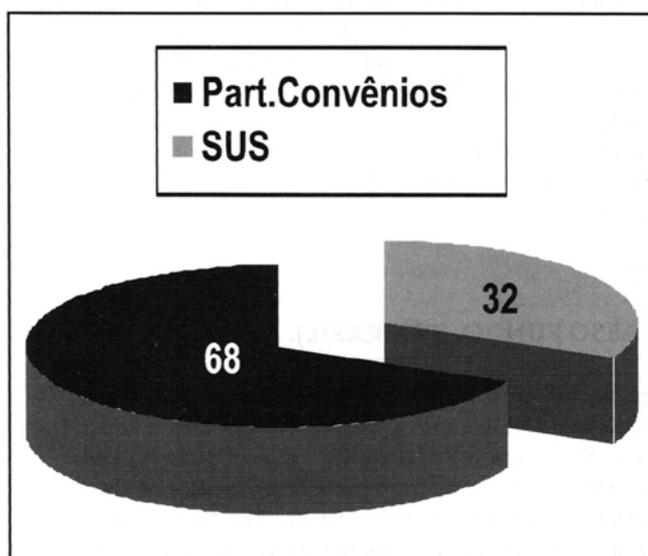


Figura 1. Distribuição das gestantes que realizaram teste anti-HIV no pré-natal, segundo tipo de convênio, junho a setembro de 2000, Passo Fundo-RS.

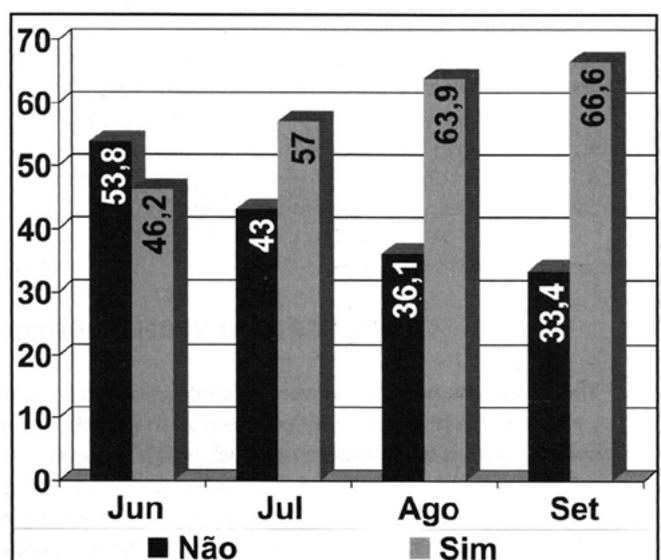


Figura 2. Freqüência da realização do teste anti-HIV no pré-natal, Município de Passo Fundo, período de junho a setembro de 2000.

transmitir o HIV para o filho, se estiverem contaminadas.

Neste sentido, Santander¹⁶ refere que o grande número de crianças contaminadas por transmissão vertical se deve ao baixo número de mulheres tratadas durante o pré-natal. Os principais fatores estão relacionados a baixa solicitação do exame neste período e a qualidade da assistência prestada a mulher durante a gestação e parto.

Para Lauria¹⁷ a prevenção da transmissão vertical do HIV com o uso de anti-retrovirais é uma medida eficaz, mas que depende de um sistema que propicie acesso ao pré-natal precocemente e que contemple aconselhamento e testagem universal das gestantes, bem como assistência adequada ao parto e ao recém nascido.

A possibilidade de diminuição da transmissão vertical do HIV com o uso do AZT, demonstrada pelo protocolo 076,¹¹ foi um dos maiores avanços na busca de sua, redução desde os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em crianças na década de 80.

O AZT deve fazer parte dos esquemas terapêuticos anti-retrovirais combinados, adotados para gestantes portadoras do HIV/Aids. Até o momento não existem dados na literatura científica sobre a eficácia e segurança de outro anti-retroviral que não o AZT, na redução da transmissão do HIV da mãe para o filho¹⁸.

Acredita-se que o aumento mensal na solicitação de exames anti-HIV, observado na figura 1, assim como a maior proporção de exames solicitados na rede pública, deve-se ao trabalho de conscientização que vem sendo realizado pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Esta conscientização objetiva atingir todas as gestantes no pré-natal, oferecendo o teste anti-HIV e também o AZT a todas as gestantes HIV positivas e aos recém-nascidos, com a finalidade de reduzir a transmissão vertical do HIV.

Recentemente, no estado de São Paulo, o Conselho Regional de Medicina adotou medidas que vieram reforçar a Pauta do Ministério da Saúde, tornando obrigatória a solicitação do teste anti-HIV no pré-natal para todas as gestantes, tanto da rede pública quanto da rede privada, ficando o médico que não cumprir tal solicitação sujeito a punição.

A faixa etária das gestantes HIV positivas encontradas neste estudo, são semelhantes as encontradas por Luhm *et al.*,¹⁹ sobre o perfil de gestantes soro-positivas para HIV em Curitiba, que mostrou uma prevalência na faixa etária de 20 a 34 anos. Do mesmo modo, um estudo realizado por Menezes²⁰, acompanhando gestantes HIV positivas em

Pernambuco, registrou dados similares no que se refere a faixa etária, entre 22 e 37 anos. O mesmo ocorreu em relação a ocupação, sendo a maioria do lar.

CONCLUSÃO

O presente estudo realizado no período de quatro meses, permitiu a identificação de 58,3% de freqüência da realização do teste anti-HIV no pré-natal, com uma prevalência do HIV de 0,3%, o que demonstra a seriedade que assume a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), principalmente entre as mulheres em Passo Fundo. A consequência maior da disseminação do HIV entre as mulheres é possivelmente a transmissão da infecção durante o processo reprodutivo à criança²¹.

A prevenção é o único meio de controle da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), e os programas de saúde dispõem de medidas preventivas através da detecção precoce do HIV no pré-natal, juntamente com o aconselhamento pré e pós-teste. Esse aconselhamento proporciona um maior conhecimento em relação a doença e suas implicações.

É no pré-natal que estão as condições ideais para a orientação das gestantes, tanto em relação ao risco de aquisição do HIV, como também para aquelas portadoras. A falta de investigação do HIV e o acompanhamento no pré-natal, levam as parturientes a fazerem o exame anti-HIV na hora do parto, provocando uma situação de grande ansiedade e uma intervenção menos efetiva.

É possível a redução da transmissão vertical do HIV, através da conscientização das gestantes sobre a importância do pré-natal e da realização do teste Anti-HIV. Uma política de saúde voltada para a prática da melhoria da atenção à saúde da mulher é fundamental, pois assim pode-se a curto prazo reduzir o número de casos em crianças e atingir a totalidade de gestantes que realizam o teste anti-HIV no pré-natal.

Apesar da existência de diagnóstico e tratamento gratuito para as gestantes, objetivando a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) nos recém-nascidos, este estudo mostrou que no município de Passo Fundo, ainda ocorrem casos de gestantes que, embora realizando o pré-natal, não são orientadas para fazerem o teste Anti-HIV. Parece fundamental, que os profissionais de saúde conscientizem-se da necessidade de interferirem efetivamente no controle da doença, no que diz respeito a transmissão vertical.

Summary

HIV VERTICAL TRANSMISSION IN PASSO FUNDO, RS (BRAZIL).

The rise of the number of women contaminated by HIV brings as a direct consequence the vertical transmission, which is the principal way of infection in infant population. Because of this fact, a descriptive application was realized, with a quantitative method, and it's objective is to know the frequency of anti-HIV test realization in pré-natal and the prevalence of HIV between the pregnant women in Passo Fundo, from June to September of 2000. The data were collected in Clinics Analysis Laboratory and Reference Service of AIDS in the city. The frequency of anti-HIV test realization in pré-natal was 58,3% , with a HIV prevalence of 0,3%. The low frequency in anti-HIV test realization in pré-natal, shows the conscience necessity of the professionals about the importance of test solicitation for HIV premature detection, giving the possibility of preventive actions implantation.

Key words: AIDS/ HIV, Pregnancy, Perinatal Transmission.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XV nº 01 - julho a setembro de 2001.
2. Figueira Jr N. A mãe Aidética. *Pediatria Moderna*, São Paulo, abril 1996; 32(2):1-4.
3. Dhalia C. Barreira, D. Castilho, E. A Aids no Brasil: Situação atual e Tendências. *Boletim Epidemiológico de Aids*, dezembro/1999 a junho/2000.
4. Doring M. et al. A Epidemia da Aids no Município de Passo Fundo-RS, período 1988 a 1999. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:310.
5. Doring M. Sobrevida dos Pacientes com Aids no Município de Passo Fundo-RS, período de 1988 a 1997. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.
6. Spindola T & Alves CF. Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma Maternidade no Rio de Janeiro. *Escola de Enfermagem* 1999; 33(1):66-80.
7. Vaz MJR & Barros SMO. Redução da transmissão vertical do HIV: Desafio para a assistência de enfermagem. *Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto 2000; 8 (2):41-46.
8. Magalhães AA & Chiaradia M V. Recém nascido de Mãe HIV positivo. *Pediatria Moderna* 2000; 36(3):110-115.
9. Veloso, V G, Vasconcelos, A L, Grinstejn B. Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. *Boletim Epidemiológico de Aids*, 1999; 3.
10. Nogueira SA. Infecção pelo HIV e Gravidez. *Jornal Brasileiro de Medicina* 1996; 70(4):80-85.
11. Connor E M et al. Reduction of maternal- infant transmission of human immuno deficiency virus tipy 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331(3):1173-80.
12. Gaio D S et al. Prevalência de Gestantes HIV Positivo na Maternidade Mário Totta no período de janeiro a novembro de 1999. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:258.
13. Pedroso H C et al. Experiência de Vigilância Epidemiológica na Transmissão Vertical do HIV - Programa "Mãe Curitibana." In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:275.
14. Plucieninik A M A et al. Ações para Redução da Transmissão Materno-Infantil do HIV no Estado de São Paulo. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1, 413.
15. Silva S F M. Transmissão Vertical do HIV no Estado do Espírito Santo. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:198.
16. Santander A C & Jacob E M. Redução da Transmissão Vertical de DST/AIDS. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:77.
17. Lauria L M et al. Vigilância de Gestantes HIV + e das Crianças Expostas ao HIV. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:229.
18. Ministério Da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV*. Brasília. 2000.
19. Luhm K R et al. Perfil da Gestante Soropositiva para HIV em Curitiba. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:287.
20. Menezes M L B. Acompanhamento de Gestantes HIV positivo: Experiência do CISAM. In: Anais- I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 2000; 1:165.
21. Takahashi R F, Shima H, Souza M. Mulher e Aids: Perfil de uma População Infectada e Reflexões sobre suas Implicações Sociais. *Revista Latino Americana* 1998; 6(5):59-65.

Atenção à Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica

Bernadete Maria Dalmolin, Ana Paula Agostini, Luciane Binsfeld e Márcia Wegher.
Disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (RS) e
Setor de Regulação, Controle e Avaliação da 6ª CRS/SES/RS.

Resumo

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa da assistência de saúde prestada aos portadores de sofrimento psíquico da região da 6ª Coordenadoria Regional de saúde, que objetivou analisar a situação atual da atenção prestada aos portadores de sofrimento psíquico dos municípios de abrangência da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul permitindo conhecer as formas de atenção disponíveis nos municípios e o fluxo de encaminhamento de usuários para os hospitais psiquiátricos. Trata-se de um estudo descritivo cujos dados foram obtidos através de instrumentos coletados junto aos gestores de saúde dos municípios da região e ao Sistema de Informação Hospitalar SIH-SUS. Os resultados revelaram que o eixo central da assistência à saúde mental na região continua sendo a internação em hospitais psiquiátricos e que a atenção prestada a partir do nível local ainda não tem se constituído como referência e vínculo para os doentes mentais dos municípios. A fragilidade na integração da rede de atenção permeia todo o sistema de saúde mental.

Unitermos: Serviços de Saúde Mental, Diagnóstico da Assistência Psiquiátrica, Reforma Psiquiátrica.

Após quase uma década de aprovação da lei de reforma psiquiátrica gaúcha, a atenção à saúde mental no Rio Grande do Sul ainda é predominantemente hospitalocêntrica, com baixa resolutividade, altos custos econômicos e sociais, principalmente se levarmos em consideração a segregação e as perdas dos elos comunitários, familiares e sócio-culturais dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico submetidos a tais terapêuticas. É dentro desta problemática que se situa a atenção à saúde mental na região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo necessário um enorme esforço para o fortalecimento de uma rede onde o hospital possa estar integrado a um conjunto de dispositivos sanitários e sócio-culturais que partam das variadas dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção¹.

A busca de superação de tais práticas psiquiátricas encontra ressonância nas políticas de saúde do país, organizadas de acordo com as diretrizes de descentralização, atenção integral e participação comunitária. Essas diretrizes são coerentes com o conceito de saúde como direito inerente à cidadania⁵ que, no campo da saúde mental, necessariamente nos remete ao processo de desinstitucionalização, entendido como, a necessária desconstrução do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença e que contribuem para a progressiva regressão e

restrição do sujeito, ou seja, com o processo de exclusão social da pessoa acometida por sofrimento psíquico².

No início da década de 1990, ocorreu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, sob o patrocínio da Opas/OMS, que resultou em um documento que reconheceu a assistência psiquiátrica convencional como ineficaz e ineficiente, referindo que: a reestruturação da assistência psiquiátrica deverá estar ligada ao atendimento primário em saúde; deverá haver uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; a assistência deverá salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; as legislações dos países deverão assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, promovendo organização de serviços que garantam seu cumprimento; que a capacitação de recursos humanos deverá apontar para um modelo que passa pela saúde comunitária e pela intervenção psiquiátrica em hospitais gerais³.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental¹ reafirmou essa concepção quando colocou que o processo de saúde-doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício de cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades.

O relatório final da conferência traz também

deliberações sobre a municipalização, destacando os conceitos de território e responsabilidade⁶, o financiamento, o gerenciamento, a vigilância, a capacitação dos trabalhadores de saúde, a organização do trabalho e da pesquisa e questões gerais sobre a revisão da legislação.

Em nível estadual, o Rio Grande do Sul dispõe, desde 1992, da Lei da Reforma Psiquiátrica, que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. Ainda estipula regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências⁴.

No âmbito do Poder Executivo, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, reconhece que a organização dos serviços de saúde para o atendimento às necessidades da população no campo da saúde mental mostra-se, ainda, de modo geral, insatisfatório, particularmente pela insuficiência de serviços substitutivos, que tenham na atenção diária (ambulatorial) o centro de um sistema, capilarizado por uma rede interligada e diversificada⁵.

Nessa direção, o Ministério da Saúde passou a adotar uma série de portarias, viabilizando a possibilidade de estruturação e funcionamento de serviços de diversos níveis de complexidade assistencial, dentro das diretrizes estabelecidas no SUS e pertinentes à proposta da Reforma Psiquiátrica. No entanto, no que se refere ao financiamento para o setor, menos de 7% (2000) dos recursos federais direcionados à assistência psiquiátrica é investido em serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, como é o caso dos CAPS, NAPS e outros serviços ambulatoriais⁵.

Em 1993, o Ministério da Saúde criou um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor. Esse subsistema foi criado no âmbito nacional e estadual, através da constituição de Grupos de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar - GAPH. No Rio Grande do Sul, esse grupo acompanha e avalia os trabalhos das instituições hospitalares, juntamente com os gestores e os conselhos de saúde municipais e regional. A região do estudo dispõe de um Hospital psiquiátrico, que anualmente é vistoriado por essa equipe.

A partir dessa contextualização, tornou-se parte desse trabalho analisar a situação atual da assistência psiquiátrica prestada aos portadores de sofrimento psíquico dos municípios da região da 6ª CRS, identificando as formas de atenção à saúde, conhecendo e o fluxo dos encaminhamentos (referência e contra-referência).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo da situação atual da assistência psiquiátrica prestada pelo Sistema Único de Saúde aos portadores de sofrimento psíquico dos municípios de abrangência da 6ª CRS/RS, durante o ano de 2000, sendo que os dados coletados foram referentes ao ano anterior. No período mencionado, a referida regional era composta por 51 municípios da chamada região norte do Estado.

As informações foram obtidas através de um instrumento aplicado aos gestores municipais de saúde da 6ª CRS e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), relativo às pessoas que estiveram internadas pelo SUS nos Hospitais Psiquiátricos do Estado do RS. Os dados foram transferidos para o *Access* e para o *Microsoft Excel* que permitiram as análises realizadas.

Foram variáveis desse estudo:

- Usuários do SUS oriundos de municípios da região da 6ª CRS que tiveram internações psiquiátricas no período de 1999. Para fins deste estudo, considerou-se todo o paciente com diagnóstico de Transtornos Mentais segundo o Código Internacional de Doença - CID 10;
- Formas de atenção: ambulatorial e hospitalar;
- Sistema de referência e contra-referência: refere-se aos encaminhamentos feitos do serviço de origem (Secretaria Municipal de Saúde) para o hospital psiquiátrico e do hospital psiquiátrico para o serviço de origem;
- Data da internação: dia, mês e ano.

Foi garantida a confidencialidade dos dados relativos às informações prestadas pelos gestores públicos. Todos os demais dados são de domínio público e estão disponibilizados em rede nacional (Datusus) do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município e a atenção à saúde mental

Do total de instrumentos enviados aos gestores municipais de saúde, obteve-se o retorno de 55% (28) dos mesmos, que nos permitiu as análises referente à atenção à saúde mental nos municípios que compõe a região de estudo.

Quanto a forma de atenção prestada aos portadores de sofrimento psíquico, destaca-se que 57,88% buscam atendimento diretamente nos hospitais psiquiátricos sem passar pela rede básica de atendimento. Desses, 45,46% referem buscar assistência no hospital psiquiátrico Bezerra de Menezes que é referência para a região da 6ª CRS; os demais, buscaram assistência em outros hospitais tais como: Clínica Paulo Guedes da região de Caxias do Sul, Hospital Psiquiátrico São Pedro e Hospital Espírita de Porto Alegre.

Em 35,8% das secretarias municipais de saúde o posto de saúde ou o ambulatório da rede básica é utilizado como forma de atenção à saúde mental. Essa modalidade de atendimento prestada ao usuário portador de sofrimento psíquico merece novos estudos para o aprofundamento das atividades desenvolvidas e o seu compromisso com o processo de desinstitucionalização do saber e da prática psiquiátrica.

Segundo a 6ª CRS (2000), apenas alguns municípios no momento desenvolvem um trabalho, ainda incipiente, de reabilitação em saúde mental no nível local. Então, ainda que esses usuários estejam entrando na rede básica a partir do ambulatório, acreditamos que esse espaço não tenha se constituído, ainda, em um local de referência, vínculo e particularmente, mudança na forma de compreender o processo saúde-doença mental. Para isso é necessário um processo permanente de construção, de reflexões e transformações que, conforme Amarante⁶ devem ocorrer a um só tempo nos diferentes campos, quais sejam: no campo *teórico-conceitual*: através da desinstitucionalização dos saberes; no campo *técnico-assistencial*: através da reestruturação de modelos assistenciais; no campo *político-jurídico*: através da reformulação dos códigos e da legislação sanitária; no campo *sociocultural*: através de mudanças nas representações sociais e no imaginário social quanto à loucura, à doença mental e ao comportamento desviante, etc.

O hospital geral aparece no município como um local de atenção à saúde mental em 7,4% das secretarias municipais de saúde. Essa informação deve ser destacada, pois, a lei da reforma psiquiátrica do Estado do RS, estabelece a substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção, no qual o hospital geral está incluído, e este, não é colocado como um recurso de assistência na maioria dos municípios. Chama atenção que, dos quatro municípios que se utilizam dessa modalidade de assistência, três não tem leitos credenciados no SUS (SIH-SUS, 2001), o que resulta no não pagamento da AIH (Autorização da Internação Hospitalar) para o hospital e para o profissional médico, salvo com outra categoria diagnóstica.

Segundo dados do SIH-SUS (2001), a região da 6ª CRS, que dispõe de 34 hospitais gerais, disponibiliza leitos psiquiátricos em apenas seis desses, sendo dois, nos últimos meses, totalizando 20 leitos. No entanto, os gestores locais no momento em que responderam esse instrumento não referenciaram essas instituições como prestadoras de assistência em saúde mental, o que demonstra que, o credenciamento do serviço, sem uma rede e um aprofundamento das discussões que recoloca a saúde mental num outro patamar no contexto do município, não garantirá o atendimento no nível local nem as transformações necessárias para um processo de (re)inclusão do doente mental na sociedade.

Ao compararmos as informações geradas pelos gestores que referiram conhecer o número de pacientes encaminhados para internação psiquiátrica e o número de internações do SIH-SUS para os mesmos municípios no período, chamou-nos atenção a diferença, particularmente no município sede da região, conforme mostra o quadro 1.

Ainda que as variáveis utilizadas não possam ser comparadas por não serem iguais, ou seja, um paciente pode internar mais do que uma vez durante o ano, esses dados permitem uma aproximação dos usuários que passam pela Secretaria municipal de saúde, ou que, pelo menos, são do conhecimento dos gestores e o que de fato é encaminhado à internação psiquiátrica por outras vias que não o sistema público. Cabe ressaltar aqui àquelas internações em que a família agenda direto na instituição hospitalar no momento da crise ou da necessidade sentida por essa, conforme revelou o relatório do GAPH⁷. Essa constatação nos remete a uma situação historicamente construída que é a cultura

Município	Nº de pac. encaminhados à hospitais psiquiátricos	Nº de internações psiquiátricas SIH-SUS
Água Santa	10	6
Alto Alegre	2	5
André da Rocha	2	1
Cacique Doble	12	14
Camargo	4	7
Casca	20	28
Caseiros	2	9
Coqueiros do Sul	2	4
Coxilha	7	12
Espumoso	5	29
Gentil	4	7
Ibirapuitã	6	16
Marau	16	43
Nicolau Vergueiro	3	9
Passo Fundo	12	469
Sto. Expedito do Sul	Zero	Zero
São Domingos do Sul	4	3
Serafina Corrêa	6	24
Sertão	3	2
Tapera	5	11
Tapejara	11	25
Tunas	4	1
Vanini	4	Zero
TOTAL	144	725

Tabela 1. Comparação entre o número de pacientes encaminhados à internação psiquiátrica segundo os gestores municipais e o número de internações psiquiátricas no SIH-SUS no ano de 1999.

hospitalar, particularmente no que se refere a saúde mental, quando esse espaço foi colocado como o único local de assistência e, a população, na tentativa de resolução desse problema de saúde, “encurta” os caminhos, fazendo ela própria a internação a partir dos seus próprios critérios. Cabe refletirmos sobre a necessidade de, o próprio hospital, ajudar na regulação da assistência, não permitindo internação sem avaliação prévia por um profissional da rede, salvo em caso de urgência, quando então deve ser atendido pelo serviço de plantão.

As diferenças entre os pacientes que são encaminhados pelo serviço público de saúde à internação psiquiátrica e os que de fato internam precisam ser aprofundadas também sob outros aspectos:

- a falta de consolidação de uma rede em que, tanto o hospital seja responsável pela contra referência, quanto a rede ambulatorial possa avaliar, acompanhar e responsabilizar-se pelos portadores de sofrimento psíquico de suas áreas de abrangência. Para Cecílio⁸ é preciso pensar no círculo como porta de entrada do sistema, onde cada instituição torna-se responsável pelo acolhimento e atenção do sujeito e o reencaminhamento do usuário ao serviço que melhor possa atendê-lo;

- a falta de uma utilização dos sistemas de informação disponíveis em rede e que possam tornar-se instrumentos para identificar o paciente internado e para dar continuidade no atendimento ambulatorial;

- a fragilidade da rede ambulatorial que não se constitui de referência para as pessoas de uma determinada população, não possibilitando tornar esse campo, um espaço de resolução e vínculo das pessoas que dele necessitam.

Quando questionados se, antes da internação o paciente era avaliado pelo médico da rede pública de saúde do município, 57,1% dos gestores respondeu que os portadores de sofrimento psíquico sempre são avaliados. 28,6% respondeu que quase sempre e 14,3% respondeu que só as vezes. Essa questão apresenta uma diferença significativa em relação a forma de atenção prestada aos usuários no município, quando encontramos uma predominância da assistência hospitalar. Essas informações de que àqueles pacientes encaminhados pela secretaria municipal de saúde são avaliados na maioria das vezes, reforçam mais uma vez a afirmativa de que o atendimento prestado no município diz respeito a uma avaliação necessária para o encaminhamento hospitalar e o preenchimento do laudo de internação – um “passaporte” necessário para tal procedimento, pois o serviço local ainda não dispõe, ou não dispõe em quantidade/qualidade suficiente de outra alternativa de serviço.

A referência que deveria ser ambulatorial com uma infra-estrutura comunitária que favorecesse a reabilitação dos pacientes na comunidade passa, na maioria das vezes, ao largo dos municípios de origem desses sujeitos. Em relação aos encaminhamentos dos pacientes internados feitos pelos hospitais psiquiátricos aos municípios através da ficha de egressos, que refere sobre o diagnóstico, tratamento e condição da alta, 14,28% dos gestores referiu sempre receber as mesmas dos hospitais, 21,42% algumas vezes e 64,28% nunca receberam as fichas, o que evidencia

o baixo comprometimento das instituições hospitalares conveniadas com o SUS, em fazer uma devolução do atendimento prestado aos gestores públicos de saúde, elemento importante para fortalecer o compromisso e a necessidade de que os mesmos providenciem a continuidade no tratamento do usuário de saúde mental no município.

Podemos considerar que o conjunto assistencial no campo da saúde mental, encontra-se restrito e dissociado do que chamamos de rede de atenção integral à saúde mental, necessária para a concretude da reforma psiquiátrica. Ao contrário, a ausência de planejamento e/ou integração assistencial tem marcado o setor. Vimos, de um lado, os serviços hospitalares, distantes da realidade do município e do seu paciente; de outro, as secretarias municipais de saúde correspondendo a mesma lógica hegemônica, ou, caso estejam fazendo a ruptura paradigmática, essa ainda não está produzindo impacto na atenção.

CONCLUSÕES

A atenção à saúde mental na região, a partir dos aspectos aqui estudados, revela que a reforma psiquiátrica tem andado a passos muito mais lentos do que impõe a necessidade. O município, enquanto espaço privilegiado de mudanças, tem na municipalização da saúde um importante fator desencadeante de novos processos sociais e sanitários, no entanto, ainda não conseguiu reverter a assistência no campo da saúde mental para o espaço do nível local, se utilizando ainda de um histórico e tradicional dispositivo: o hospital psiquiátrico.

Além da insuficiência de recursos de assistência ambulatoriais/comunitários, essa é agravada pela falta de integração e comunicação dos hospitais psiquiátricos com os gestores locais que trabalham em uma mesma área e com a mesma população.

A construção desse novo modelo assistencial em saúde mental passa pela mudança no modo de pensar a pessoa com sofrimento psíquico a partir de sua existência-sofrimento; pela diversificação de espaços de atenção, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas de saúde mental, e pela construção de uma ética de autonomia e singularização que permita a inclusão das pessoas enquanto sujeitos¹.

Dito de outra forma, Campos⁹ coloca que, para que as ações específicas dos técnicos tenham eficácia, deveriam incorporar em suas práticas procedimentos mais amplos do que a costumeira concentração de atividades sobre o corpo físico dos pacientes, passando a valorizar mais a relação dinâmica existente no adoecimento do sujeito, considerando seus fatores determinantes.

Nesse sentido, existe a possibilidade de criar, no contexto dos municípios, serviços que possam significar possibilidades de crescimento nos diversos aspectos da vida do sujeito, entendendo o processo de saúde-doença como uma parte própria e indissolúvel do funcionamento social. Esse desenho epidemiológico, não comum nos diagnósticos de saúde, exige articulações com outros setores, com instituições, com a sociedade, para tentar interferir nesse processo produtor/gerador de sofrimento.

Por fim, cabe uma ressalva. Entendendo que a reforma psiquiátrica é um processo, e por isso vai se construindo no dia a dia das gestões, sabemos hoje que vários movimentos nessa direção já foram tomados, tanto em nível estadual como municipal, onde ações de saúde mental estão sendo gradativamente incorporadas nos diferentes níveis de assistência.

Enquanto espaço de produção de saber, faz-se necessário ainda, repensar o ensino, redefinido o papel dos serviços e dos profissionais de saúde capacitando pessoas, para modificar as práticas excludentes referentes à saúde

mental. Neste aspecto cabe destacar que entre as recomendações feitas pela II Conferência Nacional de Saúde Mental¹ e reforçada na III¹⁰, colocou-se que as universidades e os demais órgãos formadores devem processar profundas mudanças, introduzindo temas de saúde mental sob a ótica de saúde coletiva nos diversos cursos, bem como nos programas de pós-graduação; ainda, criar projetos de extensão que possibilitem a formação de agentes capazes de construir tecnologias que possam significar efetivo atendimento as pessoas, grupos e seus sofrimentos.

Summary

ATTENTION TO THE MENTAL HEALTH: PSYCHIATRIC REFORM

This study is part of a research project which aimed at analyzing the current situation of the attention to the people with psychic suffering from districts of inclusion of 6th Regional Department Health (CRS) of Rio Grande do Sul, allowing to know the available manners of attention in the districts and the incidence of users' direction to the psychiatric hospitals. It is a descriptive study whose data were obtained through the managers of health in the districts from the area and the Hospital System Information SIH-SUS. The results revealed that the centre of the attendance to the mental health in the area continues being the internment in psychiatric hospitals and the attention rendered starting from the local level, has not been constituted as reference and bond for the mental patients of districts. The fragility in the integration of the net of attention permeates whole mental health system.

Key words: Services of Mental Health, Diagnosis of the Psychiatric Attendance, Psychiatric Reform.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Nacional de Saúde Mental. 2º Relatório Final, Rio de Janeiro: 1992.
2. Rotelli F et al (Org). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
3. Conferência Regional para a Reestruturação de La Atención Psiquiátrica. Anais, Caracas 1990.
4. Rio Grande do Sul. Lei 9716, de 7/8/92. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. SUS-RS Descentralizando e democratizando o conhecimento; Coletânea do Sistema Único de Saúde, MS, MP, SSMA, Famurs, CES/RS, Assedisa. Porto Alegre: Nova Prata 1995; 147.
5. Delgado PG. Reforma Psiquiátrica Existiu? In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2000, Salvador/Bahia.
6. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica. In: Fleury S (Org.). Saúde e Democracia, a luta do Cebes. São Paulo: Lemos editorial 1997;163-184.
7. Gaph - Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar da SES. Relatório da vistoria do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, Passo Fundo, 1999.
8. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13 (3): 469-478.
9. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecilio LCO. (Org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994; 29-87.
10. Conferência Nacional de Saúde Mental, (3ª). Relatório Final, Brasília: dezembro de 2001.

Tuberculose em Passo Fundo (RS): Características Epidemiológicas e o Significado da Não-adesão ao Tratamento

Kelli Cristina de Aguiar Teixeira¹, Henriette Baldissera², Marlene Doring³, Marilene R. Portela⁴.
Hospital Universitário São Vicente de Paulo¹, Secretaria Municipal da Saúde (Cacique Doble-RS)² e
Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS)³.

Resumo

Com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose no município de Passo Fundo e conhecer o significado não adesão ao tratamento, realizou-se um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram coletados nos registros do Programa de Controle de Tuberculose de Passo Fundo- RS, período 1998-2000. A análise qualitativa foi realizada mediante busca ativa dos faltosos e entrevista semi-estruturada. Os resultados mostraram que ocorreram em média 61 casos novos por ano e uma incidência de 36.3 casos por 100.000 habitantes. A idade média foi 41 anos; 61,2 % eram do sexo masculino e 38.8% do feminino. Quanto ao significado da não-adesão, destacam-se a falta de clareza do diagnóstico e a crença de que a medicação intensifica o problema. Contudo, os resultados sugerem uma estabilização de novos casos e uma expansão no abandono, evidenciada pela descrença no diagnóstico da doença, interferindo na adesão ao tratamento.

Unitermos: Tuberculose, Adesão, Tratamento.

A tuberculose existe no Brasil desde a época do descobrimento. Foi uma das mais importantes causas de óbitos até o início do século passado. Hoje, apesar de uma quimioterapia eficaz, ocorre no país um recrudescimento desta doença. De acordo com a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 10º lugar no "ranking" dos 22 países onde se supõe que estejam concentrados 80% dos casos mundiais¹. Para reverter um coeficiente de 54,7 novos casos por 100.000 habitantes - referente a 1996 -, uma notificação oficial na faixa de 80.000 a 90.000 e a contaminação de mais de 1.000.000 de pessoas a cada ano, pelo contato com os doentes, o Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), descreve as diretrizes gerais de atuação da doença, no intuito de reverter este quadro².

A coinfeção com a aids e o empobrecimento da população contribuem para a permanência dessa doença como importante problema de saúde pública. Da mesma forma, o abandono ou o tratamento realizado de forma inadequada fazem surgir bacilos resistentes com conseqüente falha na terapia e aumento da morbimortalidade^{2,3,4,5}. Tendo-se em vista o longo tratamento (mínimo de seis meses) e que o paciente melhora dos sintomas logo nos primeiros meses, esta não-adesão pode ser, em parte, proveniente das próprias representações

populares a respeito da doença. Portanto, todas as ações dirigidas ao tratamento do corpo físico devem ter caráter social e, na sua imediatilidade, devem ser encontradas na própria Unidade Sanitária, pois é ali que os indivíduos buscam os meios para o alívio de sua enfermidade⁶. Partindo dos pressupostos de que um paciente sem informação sobre o modo de ação da doença não segue corretamente o tratamento e o modo como o paciente é acolhido no Serviço de Tuberculose, podem influenciar na adesão ao tratamento, este trabalho tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose no município de Passo Fundo no período de 1998 a 2000 e conhecer o significado da não-adesão ao tratamento da tuberculose do ponto de vista do paciente.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa dos clientes com tuberculose cadastrados no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Centro de Saúde (CS) do município de Passo Fundo, no período de 1998-2000.

Passo Fundo localiza-se na Região Norte do estado do Rio Grande do Sul, no Planalto Médio, com população de 168.440 habitantes, e área geográfica de 759,4.km². Município de médio porte, pólo regional em prestação de

Serviços nas áreas de saúde, educação, comércio, construção civil.

Os dados foram coletados nos registros do PCT do Centro de Saúde do município por meio de um instrumento, em anexo. As variáveis consideradas para o estudo foram idade no momento do diagnóstico, sexo, peso, escolaridade, estado marital, local de residência, zona de moradia, sítio da tuberculose, data do início do tratamento, presença de co-infecção, história de alcoolismo, abandono do tratamento, tempo de tratamento: calculado pela data do abandono ou cura, menos a data do início do tratamento. Quanto ao abandono do tratamento, foram considerados os critérios do Ministério da Saúde para o PCT, isto é, considera-se como abandono do tratamento os pacientes que não compareceram à Unidade Sanitária por mais de sessenta dias após a última consulta, para todos os esquemas de tratamento (I, II, III e outros), sendo que estes pacientes estão pelo menos há 30 dias sem medicação (PCT-Secretaria da Saúde - RS). Para a análise dos dados foi utilizado o Programa Excel e SPSS versão 10.0.

Para a compreensão do significado da não adesão ao tratamento da tuberculose foram considerados sujeitos desse estudo, aqueles que, entre os faltosos, aceitaram fazer parte do mesmo, depois de cientificados sobre os propósitos do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Nesses casos, os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, realizada no domicílio do paciente. Os dados foram analisados qualitativamente através da leitura e releitura do conteúdo das entrevistas, em busca de unidades de significação para posterior construção de categorias, de acordo com o referencial teórico e os objetivos propostos na pesquisa.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS

Foram estudados 183 pacientes com tuberculose, dos quais 61,2% (112) eram do sexo masculino e 38,8% (71) do sexo feminino. A idade média foi 41 anos e a mediana quarenta anos, variando entre três meses e 89 anos. Quarenta e dois por cento tinham entre vinte e quarenta anos e 34% entre quarenta e sessenta anos. Em relação à escolaridade, 13% dos pacientes relataram ter ensino médio. Dezenove por cento eram solteiros e 14,8% casados. A análise das variáveis escolaridade, estado marital e alcoolismo ficou prejudicada pelo grande número de informações ignoradas nos registros do PCT (60% dos casos). O uso do álcool foi relatado em apenas um prontuário. Com relação à zona de moradia 97,8% (179) residiam na zona urbana.

A taxa de abandono no ano de 1998 foi de 6,6% (4), em 1999 6,8% (4) e em 2000 aumentou para 19,0% (12) (figura 1). No período 1998-2000 prevaleceu o sexo masculino com maior índice de abandono 12,5% (14) para 8,4% (6) no feminino. Houve em média 61 casos novos por ano de tuberculose, uma incidência de 36,3 casos por cem mil habitantes e uma taxa média de cura nos três anos de

86,3%. Quanto à ocupação, não foi possível caracterizar devido ao registro incompleto dessa informação nos prontuários.

Foram realizadas as análises para verificar a relação entre abandono e sexo, faixa etária, co-infecção e sítio da tuberculose. Os testes qui-quadrado e exato de Fischer indicaram não haver associação entre as variáveis, para o nível de significância de 5%.

No que se refere ao sítio de infecção da tuberculose, 84,2% (154 casos) eram de origem pulmonar e 15,8% (29 casos) de origem extra-pulmonar (pleural, óssea, meningite tuberculosa, linfática, renal, seios da face), destes, 7,1% (13 casos) eram de origem linfática. A prevalência de co-infecção com aids encontrada no estudo para indivíduos com tuberculose foi 8,2%. Houve associação significativa entre co-infecção por aids e sítio da tuberculose ($\chi^2=11,64$ $p=0,001$). Não houve associação entre presença de co-infecção por aids e sexo ($\chi^2=0,205$ $p=0,65$).

DISCUSSÃO

O estudo buscou conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados no PCT. Por ser um estudo retrospectivo está sujeito às limitações inerentes a esse delineamento. A incidência de casos manteve-se estável nos três anos estudados, e foi inferior ao encontrado para o Brasil para o ano de 1996 (54,7 por 100.000 hab). As variáveis idade, sexo, ocupação, estado civil e educação freqüentemente são incluídas nos estudos sobre tuberculose. Mesmo que estudos relatem que estas variáveis sejam vistas como inconsistentes para medir a não-adesão ao tratamento⁷, a necessidade de identificar os pacientes com o maior risco para o abandono, justificam uma abordagem cuidadosa com o objetivo final de evitar a mortalidade e o sofrimento individual pela doença, reduzindo fontes de infecção da comunidade e diminuindo a resistência adquirida⁸. A proporção de casos masculinos prevaleceu sobre os

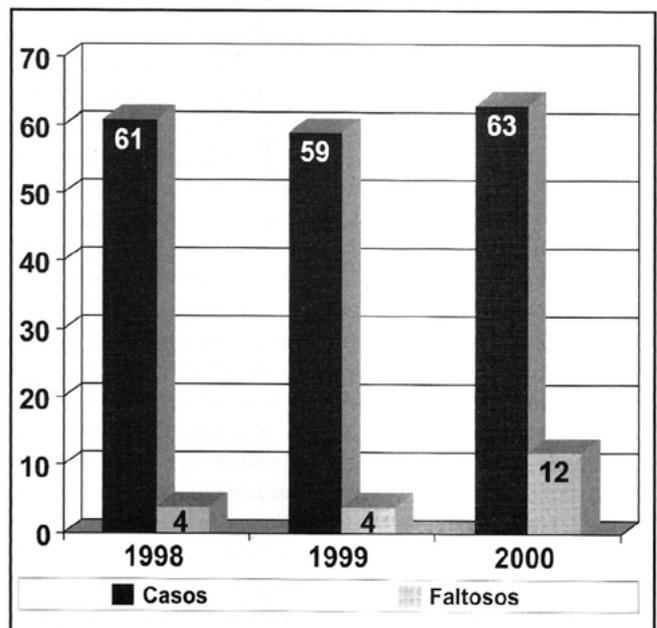


Figura 1. Distribuição dos casos de Tuberculose e faltosos, segundo ano de diagnóstico, Passo Fundo, 1998-2000.

femininos, o que é observado igualmente em outros estudos como o realizado por Costa⁷, que encontrou a proporção de 70% homens e 30% mulheres; no estudo de Ribeiro⁸, com 58% do sexo masculino e 42% do feminino. Cabe ressaltar que a faixa etária mais atingida é aquela em que as pessoas são economicamente ativas, principalmente jovens que estão entrando no mercado de trabalho. Situação que vai de encontro à expectativa do Ministério da Saúde, a qual prevê que a existência de população livre da doença oferece resultados positivos para a economia nacional, isto é, menor número de doentes, maior produtividade e mão-de-obra.

Em Passo Fundo, grande parte dos diagnósticos feitos a partir dos exames de Raio X dos pacientes são avaliados pelo pneumologista do PCT, da mesma forma que os exames de escarro são realizados pelo laboratório do próprio Centro de Saúde, sendo que apenas casos suspeitos de pacientes internados em hospitais são realizados em outros laboratórios e avaliados por outros profissionais, situação que permite identificar com segurança os casos de tuberculose em sítio pulmonar.

Com relação à associação entre o sítio de tuberculose extrapulmonar e a co-infecção com a aids, Kerr-Pontes⁹ refere que as formas extrapulmonares, resultantes de importante grau de comprometimento do sistema imunológico, como a forma miliar, por exemplo, são significativamente mais freqüentes entre os casos de tuberculose em presença de aids. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que existem cerca de 400.000 pessoas infectadas pelo vírus da aids. Destas, 30% (120.000) apresentam também a infecção pelo bacilo da tuberculose.

Ainda, em relação à co-infecção com a aids, observou-se nos prontuários dos pacientes que recebiam regimes de tratamento de nove meses - tratamento característico para pacientes que apresentavam as duas infecções - que estes não continham registros de outras doenças, portanto não considerados como casos de co-infecção nesta pesquisa, o que sugere uma subestimação dos resultados referentes à co-infecção nestes pacientes.

No tocante ao uso de álcool, não foi possível a análise dessa variável, tendo em vista sua falta de registro nos prontuários dos pacientes. Mesmo assim, ressalta-se a constatação de Ribeiro⁸, de que o consumo excessivo de álcool está associado à tendência para abandonar o tratamento da Tb. Portanto, esses pacientes devem ser acompanhados e deve-se oferecer tratamento concomitante para alcoolismo, fumo e drogadição.

Com uma taxa de cura total de 86,3%, poder-se-ia constatar que o PCT de Passo Fundo está dentro do esperado para o PNCT, porém questiona-se como a taxa de abandono aumentou de uma média de 6,7% em dois anos consecutivos para 19,0% no ano de 2000? Os fatores responsáveis por essa mudança seriam de responsabilidade do serviço de saúde ou do doente? Caso fosse do serviço de saúde, estaria relacionado ao atendimento prestado ao cliente de forma inadequada, que levaria à insatisfação, ou a notificação incorreta da população? Com relação ao paciente, no intuito de compreender a não-adesão foram entrevistados três sujeitos, os quais revelaram como significado da não-adesão as seguintes categorias: a

medicação não é solução, é mais problema, os companheiros- a recaída, o fracasso do sistema.

O significado da não-adesão

No presente estudo, ficou evidenciado que a não-adesão ao tratamento pode estar associada às crenças próprias do indivíduo, influências relacionadas ao contexto onde vive e também pode refletir o fracasso do sistema de atenção à saúde, no panorama atual, conforme se observa nas categorias abaixo:

A medicação não é solução, é mais problema.

[...]comecei o esquema II, aí eu comecei a sentir coisas, vozes estranhas parecia que era uma pessoa que se apossava do meu corpo e não era eu, [...] comecei a ficar bem pior tive alucinações, coisas estranhas assim e meu organismo simplesmente não tolerava a medicação, a comida, a alimentação, parei de comer (E1).

Nesse tempo que eu parei com os tuberculostáticos eu me senti até melhor, porque para mim eu não vejo diferença tomando ou não os medicamentos e são 8, mais 8 do coquetel do HIV. E quando eu comecei a tomar esse da tuberculose eu fiquei detonada, acabou com meu fígado, o meu estômago, eu sentia azia, mal estar, tontura, irritação e quando eu parei de tomar esse da tuberculose, não tinha esses sintomas (E2).

Conforme Costa⁷ os efeitos das drogas e as reações ao tratamento envolvem questões igualmente importantes para a adesão. Os efeitos das drogas são vistos pelos pacientes como algo mais maléfico de que a própria doença. Não existe um acompanhamento efetivo e eficaz, no sentido de minimizar os efeitos adversos provocados pelas drogas terapêuticas. É sabido que, muitas vezes, os efeitos colaterais provocam situações desconfortáveis, para alguns pacientes são momentos horríveis de serem vividos. Isso, de certa maneira, leva o doente a crer que é melhor para ele interromper o tratamento, pois assim ele sofre menos.

“Os companheiros – A recaída”

Fiz o tratamento por dois meses aí não ia mais na bodega quando me senti melhor comecei ir na bodega por causa dos companheiros me convidarem. Foi um dia, outro daí eu larguei de tomar os medicamentos (E3).

A “família social” desempenha uma importante função na adesão ao tratamento. Liefoghe et al. apud Costa⁷ afirmam que nem sempre o suporte familiar traz resultados positivos, em alguns casos a família pode influenciar negativamente a seqüência correta da terapêutica. Costa et al.⁷ complementam afirmando que os laços familiares ou de amizades requerem um certo grau de investimento, pois o indivíduo deve modificar ou moldar-se às exigências do seu meio para mantê-las estáveis, seja indo ao médico ou ingerindo as drogas.

Nesse estudo percebemos que os grupos, muitas vezes os únicos familiares, com quem se convive, são influências negativas na adesão ao tratamento. Isso não significa que os mesmos vão incentivar o abandono do tratamento, mas é o próprio modo de vida dos amigos que desconhecem ou minimizam a importância do uso correto da terapêutica que acabam, involuntariamente, contribuindo para a não-adesão em consequência do estilo de vida

adotado.

“O fracasso do sistema”

Na verdade não foi diagnosticado assim tuberculose até agora, houve uma suspeita e ainda tá em investigação[...]as evidências provavam e comprovavam que os sintomas eram todos parecidos[...]foi bastante investigado e não foi detectado mesmo esta bactéria[...] passei por esse processo e fiquei muito debilitada e as características eram todas assim: emagrecimento, tosse, dor no peito, tinha uma mancha muito grande no pulmão, é tomado cerca de 70% do pulmão, uma mancha branca e foi feito uns 4 ou 5 raios X durante a internação[...] conversei com ele (referindo-se ao médico) que é pra mim ficar esperta, né qualquer sintoma assim que eu vá sentir, febre, tosse, eu tenho alguma tosse, mas eu tenho a impressão que é alérgica, tenho bronquite né, isso tá comprovado bronquite, bronquite asmática assim.[...] a Dra enquanto investigava ela supôs no final que podia ser Tb por causa dos sintomas[...] a doutora suspendeu, ela estava estudando a possibilidade de me levar a Porto Alegre, lá no hospital do pulmão[...] aí ela (a doutora) no final mesmo chegou a conclusão que podia não ter tuberculose (E1).

Hauyes; Bautista apud Costa et al ⁷ descrevem que a interação entre médico e pacientes tem sido identificada como importante, tanto para os que interrompem, como para os que não concluem o tratamento da tuberculose. Hulka et al; Garrity; DiMatteo et al apud Costa et al ⁷ afirmam que pacientes que não confiam no sistema de saúde ou nos médicos são mais propensos a não aderirem ao regime medicamentoso. O que se constata, neste estudo, é que os profissionais do sistema de saúde não compartilham as informações entre si, nem sequer têm uma coerência quanto às informações dirigidas ao usuário. Não esclarecem quanto ao diagnóstico, demonstrando um verdadeiro desinteresse para com a questão. Para o paciente, a palavra do médico tem um valor simbólico, de “verdade única” (grifo nosso), se o médico parece confuso, sem dar um devido esclarecimento convincente, ao paciente resta o descrédito das informações.

CONCLUSÃO

Com esse estudo, percebemos o quanto um serviço de saúde pode contribuir para o controle ou disseminação das doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, mais especialmente a tuberculose. São prontuários incompletos que, primeiro, dificultavam a caracterização dos pacientes e, conseqüentemente, a busca de pacientes faltosos.

Constatamos, ainda, o quanto é importante manter as informações atualizadas sobre o modo de ação da doença e do acolhimento do paciente ao Serviço de Tuberculose, para uma efetiva adesão ao tratamento. Somando-se a isso, o incentivo à adequada relação entre os profissionais e os pacientes, e educação dos profissionais de saúde, dando ênfase ao preenchimento completo dos prontuários para uma correta notificação epidemiológica.

Sabe-se que a informação adequada do paciente e seus familiares acerca de sua doença e a identificação destes com a equipe que trata a tuberculose reduz muito a probabilidade de abandono ao tratamento. Assim, a relação enfermeiro ou médico-paciente, a organização dos serviços de saúde, a gravidade da doença, o tipo de regime terapêutico e as características individuais de cada cliente podem contribuir para uma maior adesão ao tratamento da tuberculose.

Os dados deste estudo apontam para a necessidade de mudança neste quadro, tanto no melhor preparo dos profissionais, em relação às normas que regem o PNCT, incentivando não só a correta administração dos medicamentos, o que já se procura fazer, mas também a educação e conscientização da população, do paciente e de sua família; quanto a busca rigorosa dos pacientes faltosos e dos comunicantes e do preenchimento correto e completo dos prontuários e, ainda, a acolhida do paciente ao serviço, de modo especial o compromisso dos profissionais no que se refere ao esclarecimento do diagnóstico.

A partir deste estudo, outras abordagens de atuação no controle da doença podem ser feitas, como a verificação da adesão ao tratamento após consulta de enfermagem e a realização do tratamento supervisionado pelos agentes comunitários de saúde.

Summary

TUBERCULOSIS IN PASSO FUNDO, RS (BRAZIL): EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS AND NON-COMPLIANCE MEANING

With the objective of describing the epidemiologic profile of the patients with tuberculosis in Passo Fundo,, and knowing the meaning of the no-adhesion to the treatment, we accomplished a descriptive study with quantitative and qualitative approaches. The data were collected from the registers of the Program of Tuberculosis Control in Passo Fundo, RS, presented, in that period, an average of 61 new cases/year, and an incidence of 36.3 casos for 100.000 inhabitants. The average age was 41; 61.2% were males, and 38.8% were females. As to the meaning of no-adhesion, the lack of clearness of the diagnosis, and the belief that the medication intensifies the problem, are distinguished. However, the results suggest the stabilization of new cases, and an expansion in the abandon, evidenced by the disbelief in the diagnosis of the illness, interfering in the adhesion to the treatment.

Key words: Tuberculosis, Adhesion, Treatment.

REFERÊNCIAS

1. Ruffino-Netto A. Controle da Tuberculose no Brasil: Dificuldades na Implantação do Programa. *J Pneumol* 2000;26 (4): 11-23.
2. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Brasília (DF), 1998.
3. Gomes C, Mendes B, Pina J, Gomes MJM. Resistência aos Antibacilares. *Ver Port Pneumol IV* 1998; 2: 155-163.
4. Caldas AJM, & Queiroz LS. Causas de Abandono ao Tratamento de Tuberculose em São Luis - MA. *Nursing* 2000; 13-15.
5. Ministério da Saúde. Unidos Contra a Tuberculose. Saúde Brasil. Brasília (DF), 2000.
6. Vaz MRC. Conceitos e Práticas de Saúde: Ilustrando através da Tuberculose Florianópolis: Ed. Universitária/UFPel 1999;135-149.
7. Costa JSD, Menezes AMB, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4): 777-787.
8. Ribeiro S et al. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol* 2000; 26 (6): 291-296.
9. Kerr-Pontes LRS, Oliveira FAS, Freire CM. Tuberculose associada à Aids: Situação da Região do Nordeste Brasileiro. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4): 323-9.

Dificuldades no Cuidado Domiciliar em Sequela de Acidente Vascular Cerebral

Lisei C. B. Costa, Leandro Bellotti, Marilene R. Portella.
Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

As seqüelas de acidentes vasculares cerebrais significam para suas vítimas uma perda de independência e muitas vezes de autonomia, pressupondo o surgimento da figura do cuidador domiciliar. Para conhecer as dificuldades sentidas na prestação do cuidado realizamos este estudo descritivo de abordagem qualitativa, com 10 cuidadores principais selecionados num ambulatório de Neurologia do Sistema Único de Saúde no município de Passo Fundo, RS. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2000 a março de 2001, por meio de entrevistas semi-estruturadas, analisados e agrupados em categorias que evidenciaram várias dificuldades relacionadas a prestação do cuidado pelo cuidador no domicílio, entre elas aquelas relacionadas a seu déficit de conhecimento e a falta de um suporte de apoio para o mesmo, nos levando a crer na necessidade do cuidador domiciliar receber orientações e ensinamentos básicos para melhor desempenhar suas atividades frente a difícil tarefa de cuidar.

Unitermos: Acidente Vascular Cerebral, Cuidado Domiciliar, Cuidadores.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a perda repentina da função cerebral que pode resultar do interrupção no suprimento sanguíneo para uma parte do cérebro, seja por obstrução vascular ou decorrente de um sangramento. Suas manifestações clínicas incluem perda motora caracterizada principalmente por hemiplegia e hemiparesia; perda da comunicação que pode manifestar-se através de afasia, agrafia ou alexia; distúrbios perceptivos visuais ou sensoriais com apraxia, comprometimento da função cognitiva e efeitos psicológicos.

Durante nossa vivência como acadêmicos de enfermagem, constatamos as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na prestação do cuidado à pessoa com seqüela de AVC no âmbito hospitalar. Transcendendo essa preocupação para os cuidadores domiciliares, questionamos quais as dificuldades que estes mesmos cuidadores enfrentam na realização desse cuidado no domicílio, onde não contam com as orientações e o apoio do Sistema de Saúde.

O AVC é uma das maiores causas de incapacidades crônicas graves no Brasil. Para suas vítimas significa a perda parcial ou total de autonomia, requerendo o surgimento da figura do cuidador, na maioria das vezes intrafamiliar, para suprir as dificuldades na realização de atividades diárias pela vítima, além da realização de cuidados específicos relacionados à doença. Sendo assim, a figura do cuidador

se torna indispensável porque a alta hospitalar é dada quando o paciente é ainda bastante dependente de cuidados pessoais cabendo geralmente à família dar continuidade a esses cuidados, que envolvem higienização, locomoção, administração de remédios e exercícios, entre outras. Esse cuidador informal é aquele que pela sua condição familiar ou de proximidade com o doente, assume as funções de cuidar diariamente de seu dependente, tornando-se um parceiro no tratamento, assistindo o doente e participando da promoção de sua saúde, tornando-se enfim o cuidador principal, sendo aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao paciente no domicílio¹.

O cuidado é mais que um ato; é uma atitude que requer atenção, zelo e desvelo². Diríamos ainda que, para prestar o cuidado à um doente crônico é necessário, além da preocupação e da responsabilidade, preparo específico fundamentado no saber.

O cuidador precisa receber orientações e ensinamentos básicos para o desempenho de suas atividades³. Essas orientações devem abordar inúmeros aspectos, sempre num plano básico e informativo, como por exemplo, as questões do relacionamento humano, social e psicológico, noções sobre doenças mais freqüentes que acometem os pacientes com seqüela de AVC e cuidados com higiene, alimentação, pequenos curativos e outros. Pois

só assim a internação domiciliar poderá mostrar-se eficiente como forma de reabilitação ou melhora no quadro clínico desses pacientes por todas as vantagens que oferece, relacionadas ao conforto, proximidade dos familiares, segurança, atenção e cuidados exclusivos, entre outros. Por isso, acreditamos que esse cuidador não pode ser apenas capaz, deve também ser afetuoso e comprometido.

Essa atividade de cuidar uma pessoa que sofre por seqüelas de um AVC, para alguém leigo, além de nova, é inesperada, sendo por isso, construída aos poucos nas situações de necessidade, em que o grau de cuidado vai depender quase que exclusivamente do nível de comprometimento motor e cognitivo deixado pelas seqüelas no paciente, requerendo uma atenção especial. A tarefa de cuidar, na grande maioria das vezes, recai sobre a mulher, tornando-a a condutora nas decisões ou nos acontecimentos por ser ela a maior responsável, pelo menos em nossa cultura, pelo processo de cuidar⁴.

Em virtude dos cuidados a esse tipo de pacientes serem muito rigorosos e cotidianos, tornam-se grandes causadores de estafa em seus efetuidores. Por esse motivo é passível de compreensão que o cuidador principal enfrente muitas dificuldades no atendimento domiciliar. Sendo assim, esse cuidador deve ser valorizado e visto pela enfermagem como um aliado no processo de cuidar, pois é ele quem dará continuidade ao cuidado, no domicílio, completando o trabalho profissional, devendo, portanto, ser estimulado a colaborar com a equipe e, a aprender a cuidar ainda no hospital, uma vez que tem sob sua responsabilidade uma vida humana. É exigido dele, muitas vezes, o cumprimento de um dever e uma prestação de serviço para a qual ele não foi preparado e nem se encontra apto, embora o desenvolva por necessidade ou por obrigação. É evidente que esse cuidador também deve ser um elemento de cuidado na prática profissional do enfermeiro, pois saber cuidar de quem cuida é essencial para proporcionar condições físicas e emocionais para o cuidado adequado a seu ente querido. Em vista disso, foi o propósito desse estudo conhecer as dificuldades sentidas pelo cuidador principal na prestação do cuidado à pessoa com seqüela de AVC no âmbito domiciliar, visando à melhoria da assistência de enfermagem a essa clientela específica.

METODOLOGIA

Este estudo descritivo de abordagem qualitativa foi realizado com a participação de dez cuidadores principais selecionados a partir de um rastreamento nos arquivos de registros dos pacientes vítimas de seqüelas de AVC, em um ambulatório de Neurologia do Sistema Único de Saúde-SUS no município de Passo Fundo, RS. Foram incluídos no estudo os cuidadores residentes nesse município, que consentiram formalmente em participar da pesquisa, assegurando-lhes o direito de retirar-se da mesma sem nenhum tipo de prejuízo ou ressentimento, além de garantir-lhes sigilo e privacidade.

Foi considerado, em nosso entendimento, cuidador principal aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao paciente no domicílio¹.

A coleta de dados efetivou-se no período de dezembro de dois mil a março de dois mil e um no domicílio onde o

cuidador exercia sua atividade de cuidar. Os dados foram obtidos por entrevista semi-estruturada, gravada em fitas cassete após permissão do cuidador principal.

O roteiro utilizado contava com uma parte que objetivava caracterizar o cuidador principal e seu contexto, uma segunda que buscava o entendimento de cuidado segundo o cuidador e outra parte que continha a questão relacionada as dificuldades enfrentadas pelo cuidador principal na prestação do cuidado à pessoa com seqüelas de AVC no âmbito domiciliar, sendo esta última o foco de nosso estudo, porém sempre buscando sua relação com os demais.

Após as entrevistas, as fitas gravadas foram transcritas na íntegra e, a seguir, realizamos a leitura repetida e atenta das informações obtidas, afim de estabelecermos classificações, agrupando elementos ou aspectos com características comuns ou que mantinham relação entre si, a que possamos chamar de categorias. Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso⁵. Antes porém, de efetuarmos a categorização mencionada, realizamos uma descrição caracterizando o cuidador deste estudo, bem como seu contexto. Para um melhor entendimento do leitor incluímos também aspectos daquele que recebe seu cuidado.

Apresentação dos Resultados:

1) O Cuidador principal e seu contexto:

Com a realização deste estudo podemos confirmar a idéia de que a tarefa de cuidar de uma pessoa com seqüelas de um AVC é realizada, na maioria das vezes, pela própria família, especialmente quando se tratam de pessoas menos favorecidas financeiramente e socialmente. Confirmando estudos já realizados, nacionais e internacionais⁶, verificamos a predominância da mulher frente a atividade do cuidado domiciliar, dos 10 cuidadores principais, por nós entrevistados, 9 eram mulheres incluindo filhas, noras, esposas e netas com faixa etária variando de 20 até 64 anos de idade, apresentando tempo mínimo de atividade de cuidado de 3 meses e máximo de quase 16 anos. As entrevistas nos mostraram, ainda, que a tarefa de cuidar ocupa, em sua maioria, dia e noite de nossos cuidadores sendo que 9 deles residem com o ser cuidado.

O sujeito desse cuidado, o familiar vítima de seqüelas de AVC, em nosso estudo caracterizou – se por ter idade avançada (54 a 88 anos) e por apresentar um ou mais dos seguintes comprometimentos: quanto a mobilidade física necessitando de ajuda para locomover – se e/ou levantar – se e/ou para preparar alimentação e/ou para comer e/ou para proceder a higiene pessoal e/ou vestir – se, despir – se, etc.; quanto a coordenação motora seja afetando um dos lados do corpo em toda sua extensão; afetando ambos os lados parcialmente ou ainda ambos os lados em toda sua extensão; quanto ao comprometimento cognitivo seja com afasia, dificuldade em expressar – se, perda de memória, raciocínio afetado, comunicação confusa e/ou perda de compreensão dos significados de algumas palavras; seja qual for o grau de seqüelas, a gama de cuidados exigida do

cuidador principal é extensa e as dificuldades para sua execução, ímpares.

2) O entendimento de cuidado na visão do cuidador principal:

A atividade de cuidar requer objetiva ou subjetivamente que o cuidador se doe de forma inteira, pois cuidar não será só mais uma atividade em sua vida, mas sim uma redefinição de vida imposta pela sua nova e geralmente inesperada condição de cuidador principal. Para nossos entrevistados essa redefinição foi sendo realizada conforme a vivência no dia-a-dia frente as necessidades do ser cuidado e suas possibilidades como cuidador leigo, muito pouco orientado e tão pouco preparado para tais cuidados.

No quadro abaixo temos, no entendimento de nossos cuidadores principais, o significado da atividade de cuidar, ou seja aquilo que na opinião deles é cuidar ou prestar cuidado a alguém.

Num conceito sucinto, para os cuidadores deste estudo, cuidar é toda a atividade que se relaciona ao conforto, segurança, alimentação, curativos e a manutenção da terapia do paciente no lar. Além de ser disponível e afetuoso é necessário que o cuidador tenha também muita paciência para aprender e desenvolver esse “trabalho” com muita responsabilidade e desempenho, sendo capaz de dar continuidade a assistência realizada a nível hospitalar. Fazendo a manutenção ou melhoria do estado de saúde de seu dependente e, assim, enfrentando os efeitos da doença e as possíveis alterações por ela sofridas, o cuidador domiciliar possibilitará uma melhor qualidade de vida, frente a atenção das necessidades básicas do doente⁶.

3) As dificuldades vivenciadas pelo cuidador principal:

Devido aos cuidados dispensados a esse tipo de paciente serem rotineiros e por longa permanência, os mesmos, tornam – se grandes causadores de estafa em seus efetuadores, por esse motivo é passível de compreensão que o cuidador principal enfrenta muitas dificuldades no atendimento domiciliar como já apontam alguns estudos^{7, 8, 1}.

Com relação a esse aspecto coadunamos com autores⁷ quando afirmam que o cuidador pode sentir prazer

- Cuidados relacionados à higiene e conforto; higiene pessoal; banho de leito; vestir e despir o paciente; retira – lo da cama e muda – lo de decúbito; trocar fraldas; auxílio no banho de aspersão; realização de curativos; levar o paciente até o banheiro ou trazer – lhe a comadre.
- Administração de remédios;
- Cuidados relacionados a alimentação e nutrição;
- Compra/busca de remédios;
- Cuidados especiais;
- fazer fisioterapia; cuidados com bolsa de colostomia.
- Cuidados relacionados a segurança;
- Agendamento e acompanhamento de consultas;
- Cuidados relacionados a remoção e transporte;
- Cuidados relacionados ao atendimento das necessidades de lazer.

Tabela 1. Entendimento de cuidado segundo o cuidador principal.

e conforto quando se envolve ativamente em suas tarefas e as consegue cumprir com sucesso e bons resultados, a despeito do esforço físico e principalmente psicológico dele exigido. Mas pode também sentir – se tenso, angustiado e sobrecarregado quando não atinge seus objetivos ou quando sente as pressões como muito intensas ou intoleráveis, pois ele não foi preparado e muito menos orientado para a realização de tal cuidado.

Em nosso estudo com 10 cuidadores principais, podemos conhecer algumas dificuldades enfrentadas por eles na prática de seu cuidado no domicílio, prática esta, construída aos poucos pelo cuidador à medida de suas possibilidades e principalmente na tentativa de suprir as necessidades do ser cuidado. Essas dificuldades, sentidas pelo cuidador e por nós evidenciadas durante as entrevistas, foram analisadas e divididas nas categorias asseguir representadas nos quadros abaixo.

As incapacidades físicas decorrentes das lesões neuronais, devido à episódios de AVC, ocasionam, na maioria das vezes, a perda da autonomia do doente, gerando assim a dependência de cuidados e conseqüentemente de cuidadores. Essa atividade de cuidar uma pessoa nessas condições requer serviços práticos e rigorosos, quer sejam rotineiros ou não. O cuidador é quem irá suprir as dificuldades diárias da vítima com seqüela de AVC, além, é claro, da realização de cuidados específicos relacionados a doença.

O quadro 2 nos mostra que esse contexto altera dramaticamente o cotidiano do ser cuidado e principalmente do cuidador que, precisa redefinir não só sua vida como também seu “eu”, não mudando apenas sua rotina, ele mesmo se transforma⁸. Essa redefinição dos projetos de vida tanto do paciente (familiar) quanto do cuidador, sempre, mesmo que com certa revolta vai em favor do familiar que é prioritário e em detrimento do cuidador. Portanto, cumprir o difícil papel de tecer a rede de cuidados torna – se ardoroso frente a grande sobrecarga física e emocional, pois é exigida uma disponibilidade do cuidador requerendo a preexistência de uma liberação ou abdicação do trabalho externo, ou seja, assalariado, no todo ou em parte, segundo a necessidade do ser cuidado. É muito difícil conciliar o trabalho, mesmo que no lar, com a função de cuidar. Essa sobrecarga é sentida pelo cuidador principal não só através do cansaço físico e psicológico mas também através do seu apagamento social e a falta de tempo para o lazer.

Cuidar de outra pessoa quase que totalmente dependente torna difícil o autocuidar-se provocando ou agravando problemas de saúde em si mesmo. Alguns autores^{4, 8} relatam que, a medida que, o cuidador exerce sua atividade de cuidar, também adocece ou se torna vulnerável devido a sobrecarga e o desgaste pelo trabalho adicional.

- “Difícil conciliar as atividades da casa com a atividade de cuidar.”
- “não saio quase nunca, só se for para buscar remédio ou algo que ele precisa, e tem que ser bem rápido para ele não ficar sozinho, pois mais ninguém me ajuda.”
- “Não sobre tempo para sair”.

Tabela 2. Dificuldades relacionadas à sobrecarga de atividade do cuidador.

Na tabela 3 observamos que as dificuldades que o cuidador aponta estão relacionadas a resposta que o paciente apresenta. Para o ser que recebe o cuidado essa redefinição de vida, não é fácil, como apontam alguns estudos⁹ pois quando sobrevive a um AVC ele, na maioria das vezes, é subitamente alijado de seu “eu” seja por hemiparesia, ataxia, afasia, etc. que vem acompanhado de muitas dúvidas do que virá, e principalmente de grande revolta transformando seu comportamento, tornando – o agressivo, angustiado, nervoso, irritado, isolado e muitas vezes até depressivo pois para uma pessoa que era altamente capaz e independente ver – se de repente dependendo do auxílio e cuidados de outra pessoa, mesmo que da família, é realmente muito difícil, sobretudo se antes na hierarquia familiar era ele quem decidia e exercia a liderança.

A dependência pode levar a manifestações de comportamento pelo paciente, tais como: diminuição da capacidade de adaptação, reduz seu campo de atividade mantendo – se num ambiente estável que já conhece; diminuição da função sensorial, conversando menos com os outros por não os perceber bem; isolamento social e familiar por vergonha ou revolta, não sentindo – se mais útil para nada nem ninguém, sendo apenas um peso para os outros.

No cotidiano dos cuidadores é freqüente a sensação e a manifestação de despreparo para atuar frente a determinadas circunstâncias. Seja pela deficiência no conhecimento do processo da doença ou o curso que a mesma segue (tabela 4), seja pela dificuldade em prestar determinados cuidados mais específicos (tabela 5).

Num estudo sobre cuidadores de idosos⁹, há relatos de que o desempenho dos cuidadores e as dificuldades que os mesmos enfrentam no domicílio. Salienta que cabe aos profissionais comprometidos com o exercício da cidadania e com a qualidade de vida da população como um todo, implementar programas com a capacidade de preservar o direito do idoso com seqüelas de ser assistido junto à família e à comunidade. O cuidador precisa receber orientações e ensinamentos básicos para o desempenho de suas atividades e que o treinamento para formação de cuidadores permite as pessoas entenderem o que está se passando, e

- “Resistência e teimosia a alguns exercícios e situações...”;
- “Agressividade, ele é muito nervoso.”;
- “Ele não gosta de sair, não gosta de barulho, se sente mal aí é brabo pois também não posso sair.”
- “Ele as vezes fica muito triste com vontade de morrer, não sei o que fazer...”
- “Não gosta de ir ao médico.”
- “Dificuldade de entender o que ele quer, só através de gestos.”;
- “Não gosta que mexam com ela...”;
- “Não coopera, não se ajuda, fica brabo quando não entendem o que ele quer...”;
- “Manter as mãos dele sempre amarradas para ele não arrancar a sonda.”

Tabela 3. Dificuldades relacionadas ao manejo do comportamento do paciente.

revelando-se de grande importância para família e paciente abordarem inúmeros aspectos⁹. Este estudo possibilitou – nos vislumbrar a realidade sofrida de alguns cuidadores. Os mesmos se vêem numa situação onde tem que prestar o cuidado e não sabem nada ou quase nada a respeito.

Acreditamos que a falha está na equipe que atende a vítima de AVC. Tanto os médicos quanto a enfermagem têm obrigação na sua prática profissional de preparar o paciente para a alta, instruindo os familiares ou o cuidador sobre os cuidados necessários ao paciente. O cuidador se sente na responsabilidade do manejo com o paciente e a ele é solicitado a prestação de cuidados, os quais, quando insatisfatórios acabam por gerar sentimentos de culpa. Cuidar para que o cuidador tenha condições de desempenhar seus afazeres é papel fundamental de qualquer integrante da equipe assistencial. A tríade equipe assistencial – paciente – cuidador, tem necessidades distintas. Saber cuidar do cuidador é condição imprescindível para que ele tenha condições físicas e emocionais para proporcionar o cuidado adequado ao seu ente querido¹⁰.

É necessário ser realista acerca do cuidado com pessoas sequeladas de AVC; nem sempre os cuidados prestados são os necessários, pois ao AVC podem associar-se outras patologias, requerendo desta forma, cuidados mais complexos, o que exige dos prestadores de cuidados habilidades e informações específicas.

No tabela 6, podemos contemplar a grande preocupação gerada pelo estado dependente do doente, no cuidador; sua preocupação constante em nunca deixar o paciente por muito tempo sozinho e seu medo de negligenciar, por algum momento, com alguém que necessita tanto de seu cuidado, vigiando também seu repouso por temer um mal súbito em virtude de uma doença com conseqüências para ele desconhecidas.

A tabela 7 nos mostra as dificuldades relacionadas ao conforto e a higiene do paciente. Estas dificuldades se fazem importantes pois, banho, higiene pessoal, troca de fraldas, vestir, despir, mudar de decúbito, levar até o banheiro ou alcançar a comadre, são atividades necessárias para qualquer pessoa normal, principalmente para alguém impossibilitado de fazê-lo sozinho e, muitas vezes, acamado.

A realização do banho é, na opinião dos entrevistados,

- “Dificuldade em saber o que está acontecendo, pois é difícil saber o que ele sente.”
- “Dificuldade em compreender os sinais de agravamento do estado geral dele, se está piorando ou não...”

Tabela 4. Dificuldades relacionadas ao reconhecimento de manifestações e sinais de agravamento.

- “Dificuldade na realização de exercícios de fisioterapia.”;
- “Dificuldade nas trocas de bolsas de colostomia, para aprender foi difícil...”;
- “Dificuldade no preparo e na administração da dieta – alimentação (comidas liquefeitas, com vitaminas caras, preparadas sempre bem amassadas, pastosas e/ou especiais.)”

Tabela 5. Dificuldades relacionadas aos cuidados especiais:

- "Sempre alguém a disposição dele, pois ele chama a toda hora...";
- "Estar alerta durante a noite quando ele não consegue dormir...";
- "Alguém sempre junto para ele poder locomover-se, pois só consegue com ajuda...";
- "Ter atenção durante a noite, fazer revezamento para ter sempre alguém cuidando";

Tabela 6. Dificuldades relacionadas a manutenção da vigília permanente.

- "Dificuldade na realização do banho.";
- "Dificuldade na higiene quando ela faz xixi na cama...";
- "Dificuldade para trocar as fraldas sozinha sem ajuda pois ele é pesado demais.";
- "Dificuldade para trocar ele de posição na cama e para retirá-lo da cama, sempre tem que ser em duas ou mais pessoas.".

Tabela 7. Dificuldades relacionadas a promoção da higiene e conforto.

- "Os exames pelo SUS são muito demorados...";
- "Dificuldade na locomoção e no transporte dele, tivemos que contratar uma empresa para transporta – lo em caso de urgência e para leva-lo as consultas.";
- "Dificuldade financeira pela necessidade de comprar fraldas, comidas especiais e principalmente remédios que nunca são encontrados pelo SUS, está sempre em falta.";
- "Falta um lugar para nos ajudar com colchões, cadeiras de rodas, orientações...";
- "Dificuldade em manter o tratamento em casa (necessidade de O2, realização de curativos, etc.).".

Tabela 8. Dificuldades relacionadas a Falta de suporte de apoio.

muito difícil, seja ele de leito ou de aspersão, pois, geralmente, mesmo movendo-se parcialmente, o paciente necessita de ajuda para realiza-lo devidamente. O banho também pode ser considerado terapêutico, pois é o cuidado do corpo, evitando a proliferação de microorganismos, odores, promovendo um relaxamento e bem-estar¹¹. Durante o banho o corpo pode ser estimulado, não apenas pela água mas também pelas mãos, nas terminações nervosas da pele provocando uma vasodilatação e liberação de substâncias orgânicas que nos causam sensação de prazer e relaxamento. Para o cuidador tal tarefa pode tornar-se exaustiva. Alguns estudos¹¹ tem mostrado que a angustia do cuidador decorre dele não saber como fazê-lo, como mover o paciente impossibilitado de movimentar-se sozinho pois é difícil cuidar de um corpo que não é nosso, o qual não sentimos, sendo assim devemos então usar a empatia e estratégias que possam nos ajudar.

Fica claro que além de difíceis estas atividades, principalmente aquelas relacionadas a movimentação do paciente como por exemplo mudá-lo de decúbito, retirá-lo da cama, levá-lo até ao banheiro, etc. são para o cuidador principal muito estafantes, às vezes, chegam a ser até exaustivas, por tratarem-se de necessidades básicas e rotineiras, para qualquer ser e por isso importantes para a qualidade de vida e bem-estar.

A tabela 8 reflete a situação atual da Saúde Pública

em nosso país, pois, uma das dificuldades mais marcantes da atividade de cuidar, em nosso estudo, decorre, certamente, em obter os recursos necessários e adequados para continuar o tratamento do paciente no domicílio devido a precariedade da saúde pública atual. Como alguns estudos tem apontado⁹, o abandono, a falta de recursos, assim como a existência de demora para se conseguir consultas, medicamentos, fisioterapia, etc., fazem com que o cuidado se transforme numa atividade ainda mais desgastante e estressante para o cuidador principal.

Contudo, há a formação de um círculo vicioso difícil de ser quebrado se não conseguirmos mudanças em nossa saúde pública, um círculo vicioso que gira em torno da doença – falta de tratamento – agravamento da doença, fazendo assim com que a atividade de cuidar se torne cada vez mais árdua para o cuidador. No aspecto do sistema de saúde atual visa essencialmente a desospitalização mas, para tal, é preciso criar estratégias adequadas para contemplar o atendimento das necessidades da população. Aos profissionais atuantes na área hospitalar, tanto médicos como enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, entre outros, cabe possibilitarem o envolvimento do cuidador domiciliar o quanto possível na assistência prestada, de forma a garantir a continuidade dos cuidados – assistência no domicílio com uma maior qualidade para cuidador e paciente. Infelizmente no Brasil ainda não há uma rede de serviços públicos a disposição do cuidador principal naturalizando a atividade do cuidado domiciliar como responsabilidade da família.

CONCLUSÕES

Neste estudo, cuidar, para o cuidador, é toda a atividade que está relacionada ao conforto, segurança, alimentação curativos e a manutenção da terapêutica do paciente. Por conseqüência as dificuldades enfrentadas estão relacionadas a prestação desse cuidado. Percebemos, ainda, que o cuidador necessita receber orientações e ensinamentos básicos para o desempenho de suas atividades, pois dados apontam dificuldades relacionadas ao déficit de conhecimento do mesmo, por isso é função da enfermagem transformar a ansiedade e o despreparo desse cuidador em força produtiva de cuidado adequado, orientando-o.

Nossa prática profissional, no entanto, revela que a assistência, como está organizada atualmente, tem deixado uma importante lacuna nesse aspecto, comprometendo assim a qualidade de vida do doente. Para um cuidado domiciliar de qualidade é necessário atender as necessidades do paciente da melhor forma possível, dando à ele condições para suprir suas limitações e, ao cuidador, ensinamentos e orientações para ajuda-lo a eliminar suas dificuldades na prestação do cuidado no lar, proporcionando-lhe habilidades e conhecimentos necessários para que possa melhor prestar a assistência a seu dependente após a alta hospitalar. Para tanto é necessário envolver o cuidador, o quanto possível, nos cuidados prestados pela enfermagem, no período da internação hospitalar, para assim podermos orientá-lo e também avaliar sua capacidade para dar continuidade a assistência, rever ou modificar estratégias caso preciso para melhoria do cuidado domiciliar.

Mas, infelizmente os profissionais de saúde, assim como as instituições hospitalares, não se encontram instrumentalizados e muito menos motivados para lidar com essa realidade e garantir a continuidade da assistência no domicílio que tanto se faz

necessária na medida que se deseja obter maior qualidade de vida para população e menores índices de reinternações. Faltam ainda programas de apoio ao cuidado domiciliar, recursos financeiros e organização comunitária.

Summary

DIFFICULTIES IN CEREBROVASCULAR DISEASE SEQUELAE IN HOME CARE

The sequels presented by patients that had a Cerebral Vascular Accident means a loss of independence and often, loss of autonomy, urging the need of a caretaker.

To verify the difficulties felt by the caretakers, when taking care of the patients, the descriptive study about the qualitative approach was done with ten main caretakers. They were selected at the ambulatory of Neurology of the Unique Health System (SUS) in the district of Passo Fundo, RS. The data was collected in the period of December/2000 through March/2001. This was done by semi-structured interviews, analyzed and grouped in categories that showed many difficulties in relation to the care given by the caretakers in the household. Among them, those related to knowledge deficit and lack of support of the caretakers were observed, leading to the conclusion that there is a necessity of basic orientation and training for the caretakers to improve their activities when facing a difficult caring task.

Key words: Cerebrovascular Accident, Domiciliary Care taking, Domiciliary Caretakers.

REFERÊNCIAS

1. Mendes PM T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: Karsch UMS (Org.). Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ., 1998: 248.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
3. Cunha N. & Bruns G. Cuidadores: ensinando a cuidar. Rev Brasileira de Homecare. 2000; 5(60): 32.
4. Gonçalves L H T, Silva Y F, Pfeiffer S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enferm. 1997; (2): 39-47.
5. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. RJ: Vozes, 1994:67-80.
6. Marin M J S. et al. Avaliação da satisfação de um grupo de idosas e cuidadores com o planejamento de alta. Rev bras enferm 2000; 53(2):165-172.
7. Neri A L (Org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas, SP: Papyrus, 1993:284.
8. Karsch UMS.(Org.). Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ., 1998:248.
9. Duarte M J R S. Cuidadores? Por quê e Pra quê? Atenção ao idoso no domicílio. Rev de Enfermagem. 1996: Edição Extra;126-130.
10. Minchillo A L C. Assistência domiciliar – cuidar do cuidador. Rev Brasileira de Homecare. 2000; 5(60):36.
11. Macedo MCS. et al. Banho no leito – Um ritual de iniciação para o enfermeiro. Rev Bras Enferm. 1998; 51(2):291-304.

O Hospital como espaço de Cura e Não de Morte

Ruth Elizabeth Haas¹.

Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo(RS).
Modificado da dissertação de mestrado em Assistência de Enfermagem
convênio UPF/UFSC, sob orientação da Prof^a Dra. Zuleica Patrício.

Resumo

A prestação de cuidados aos indivíduos acometidos por diferentes patologias, remete-nos diretamente para a instituição hospitalar, entidade criada com a finalidade de prover os recursos técnicos e humanos para atender a esta demanda. A concepção que se tem de Hospital é a de um local prioritariamente destinado a promover a cura dos doentes. Nem sempre é lembrado que a morte também é presença constante em seu meio. Partindo da necessidade de se compreender melhor a "morte no contexto hospitalar", o que pode ser percebido é que, aliado à dificuldade de aceitá-la, a forma como é tratada esta realidade dentro dos hospitais dificulta ainda mais sua compreensão.

Unitermos: Hospital, Enfermagem, Morte.

A vivência junto à realidade de um grupo de trabalhadores de enfermagem em um hospital geral, de grande porte, no Planalto Médio do RS, abordando a percepção a respeito da morte e do morrer, bem como das condutas adotadas pela equipe e o preparo para trabalhar com pacientes terminais, além de confirmar opiniões encontradas em diferentes fontes bibliográficas, permitiu constatar um novo aspecto relacionado ao tema que, até então tem sido pouco explorado.

Dos achados durante o estudo, alguns se destacaram pela insistência com que foram citados, discutidos ou vivenciados sendo então aprofundado o estudo teórico. Dentre estes, o medo e o sofrimento diante da morte, o preparo da equipe e a *institucionalização da morte*.

Após leituras comparativas com a prática vivenciada, alguns resultados podem ser apontados.

Refletindo sobre o medo da morte, se tentarmos entender o que se passa quando se morre, talvez esta tentativa de compreensão seja de grande valia para resolvermos a questão da mortalidade pessoal, podendo então tentar auxiliar na compreensão e no processo de morrer do outro.

Uma das possibilidades de alguma coerência do medo associado à morte, poderia ser justificado, para aquele que está morrendo, pelo medo da dor, do sofrimento, da dependência, do desconforto, do abandono, entre tantos outros medos que assombram qualquer ser humano em situação de doença. E, sendo assim, fica muito claro que o medo não é da morte, mas sim do processo de morrer e este, diferente da morte, é passível de intervenção. No processo de morte, ou seja, aquele período mais ou menos prolongado pelo qual passa o paciente terminal, os medos, manifestos ou não, que porventura estejam impedindo uma boa morte devem ser, na medida

do possível, eliminados e/ou aliviados, porém não devem ser negligenciados.

No contexto atual, vamos encontrar no ambiente hospitalar, pacientes portadores de diferentes patologias, e, dentre estes, também pacientes terminais. Para lá são levados com a finalidade única de receber "todos" os cuidados necessários para mantê-lo dentro das melhores condições possíveis, física, mental e espiritual, até que lhe sobrevenha a cura ou a morte.

Acredito ser necessário resgatar o conceito de Hospital, preconizado pela Organização Mundial de Saúde, (OMS, 1957) para talvez entender algumas discrepâncias no atendimento dispensado ao paciente terminal.

Assim diz o seu conceito: *Hospital é elemento integrante de uma organização de caráter médico e social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em um meio; é um centro de medicina e de pesquisa biosocial.* (Souza, 1983, p.15-16)

A razão que me faz citá-lo, resume-se no fato de não estar expresso, em nenhum momento, a também função deste hospital de, quando não for possível a cura, amenizar o sofrimento, aliviar e confortar diante das angústias (medos) e promover uma morte digna à esta mesma população que busca os seus serviços.

Se a instituição hospitalar é tida como um local onde se promove a cura, o restabelecimento dos indivíduos doentes, será que esta premissa não estaria já de forma indireta escamoteando a morte, expulsando-a do seu interior, e com isso, dificultando a aceitação da possibilidade da morte a todos que convivem neste ambiente? Esta mesma percepção é compartilhada por Papaléo, quando aborda o tema sobre finitude: hospital-fronteira.

Assim,

“o paciente terminal recebe assistência em um hospital geral, que seguramente tem como finalidades prioritárias o diagnóstico e a cura das doenças (...)idealizado para atender a essa finalidade, entende-se, embora não se justifique, que o paciente terminal, portanto, sem qualquer possibilidade de cura ou melhora, seja não raramente negligenciado em relação às suas queixas, anseios e o natural medo da morte que ele pressente se aproximar”. Papaléo (1999, p.88)

Se esta é a realidade nas nossas instituições, reforça-se mais uma das razões relativa ao aspecto negativo da morte, dificultando sua aceitação e compreensão. Se o pensamento predominante é que no hospital não se morre, apenas se trata e cura, então, porque falar da morte? E desta forma, ela se torna cada vez mais distante, incompreendida, porém, sempre presente, para desespero daqueles que insistem em ignorá-la.

Penso que, na medida em que se preconiza a cura, com a implementação de meios extraordinários para manter a vida, supervalorizam-se os equipamentos e as máquinas, em detrimento do cuidado, que tem como prioridade a assistência humanista, do estar junto, enquanto pessoa, com o ser morrendo.

Paralelamente à situação descrita relativa a instituição hospitalar no cumprimento de suas funções, há que se ater também na prestação do cuidado propriamente dito, pelos membros integrantes das equipes de trabalho.

Assim, se a negação da morte afeta a organização da instituição hospitalar, evidentemente ela também está presente em todas as pessoas que interagem dentro desta instituição, tanto paciente e suas famílias, quanto componentes da equipe de saúde. (Torres & Guedes, 1992, p.57)

A partir da institucionalização da morte, o esperado é que nestas seja possível atender às necessidades dos seres que ali estão para morrer.

Apesar de os trabalhadores da enfermagem receberem em sua formação básica os conhecimentos necessários para poderem cuidar dos pacientes nas mais diferentes situações, este conhecimento teórico nem sempre supre as suas necessidades, isto quando não deixa a desejar, pela superficialidade com que os assuntos são abordados, refletindo na sua prática diária.

Ghezzi, quando se propôs a trabalhar sobre o tema relacionado aos pacientes terminais, investigou, entre outras coisas, inicialmente a questão da formação profissional, analisando os currículos de enfermagem, detendo-se especificamente no enfoque relativo ao preparo para lidar com a situação de morte. A conclusão a que ela chegou pode ser resumida a um parágrafo, assim descrito: *Através desta análise, ficou claro que realmente existe uma lacuna no ensino não só de enfermagem, como nos demais cursos da área da saúde, refletindo a dicotomia existente entre saúde, doença e, principalmente, o morrer.* (Ghezzi, 1995, p.15)

Assim, os profissionais sentem-se muito bem preparados tecnicamente para executar ações, não havendo

o mesmo alcance em termos de preparo quando envolve necessidades que transcendem a técnica.

Analisando as demais situações que foram se desvelando no decorrer do estudo, percebe-se que as demais dificuldades referidas pela equipe, podem ser resultantes da falta de preparo e conhecimento sobre o melhor modo de agir diante das inúmeras circunstâncias que vão surgindo quando se enfrenta o processo de morrer, e estas envolvem não só o paciente, mas também a família e, por vezes, as divergências dentro da própria equipe de trabalho.

A possibilidade de compartilhar em equipe todas estas questões, além de permitir um maior conhecimento entre si, enquanto pessoas, seria um momento de crescimento pela troca de experiências diante das situações vivenciadas.

Foi possível perceber durante o desenvolvimento deste estudo, o interesse daqueles que participaram e a sua avidez por informações. Transpareceu claramente a sensação de bem estar proporcionada pelos momentos de parada e reflexão, levantando não só as necessidades sentidas pelos pacientes mas também pelos membros integrantes da equipe de saúde.

A reflexão desses fatores evidencia o tema “O hospital como espaço de cura e não de morte”, na medida em que as categorias demonstram que: há despreparo da equipe de enfermagem para trabalhar em situações de morte no hospital, seja relativo ao apoio à familiares do paciente ou com este mesmo; o próprio indivíduo - o trabalhador - na sua cultura não é preparado para as questões da morte.

A possibilidade de se falar francamente sobre a morte, de discutir o que fazer diante do

comportamento do paciente, da família, dos próprios membros da equipe, talvez este seja o elo que falta para haver uma complementariedade no fazer da enfermagem, contemplando a vida e a morte com a mesma qualidade de cuidados.

Mesmo sabendo que treinamento algum fará com que as pessoas não sofram com o processo de morte, as discussões sobre o assunto pelos membros da equipe poderiam transformar-se em um grupo de auto-ajuda.

A experiência vivida, confirmou a necessidade de que algo mais precisa ser feito, e logo, para mudar esta realidade. Diante da negação institucionalizada da morte, evidencia-se a necessidade de preparo dos trabalhadores de enfermagem, os quais precisam ser cuidados, para melhor poderem cuidar, possibilitando-lhes a convivência saudável com a morte.

Quem sabe, iniciar pensando em mudar a concepção que se tem de hospital, admitindo que dentro dele, a morte acontece, mas não escamoteada e sim, aceita, compartilhada e assistida por pessoas capacitadas, preparadas para tal.

A criação de um Grupo de Apoio aos Profissionais de Enfermagem, envolvendo inicialmente profissionais desta área, engajando, gradativamente, profissionais de outras áreas, para comporem um grupo interdisciplinar, aprofundando e ampliando a discussão do tema.

Envolver precocemente os acadêmicos da graduação da enfermagem, medicina, psicologia e outras áreas de interesse, permitindo-lhes um contato mais direto com esta

realidade, preparando-os com maior propriedade para aquele que virá a ser um desafio quando da sua prática profissional, qual seja, atender aos pacientes terminais prevendo uma convivência saudável com a morte. Já no preparo dos assuntos levados para discussão, estarão se familiarizando com o tema, facilitando sua abordagem.

Diante de uma realidade inevitável - a morte - e,

de uma necessidade latente - aceitação da morte no contexto hospitalar - as pessoas irão se engajando nesta luta, com novos estudos, novas estratégias e procedimentos.

Mais que discutir o assunto, urge que se atue em conformidade com a realidade vivida nas instituições hospitalares.

Summary

HOSPITAL AS PLACE OF CURE INSTEAD OF DEATH

The need of special cares to sick people sends us directly for the hospital entity created with the purpose of providing the technical and human resources to assist this demand. The conception which we have of hospital is a place priorly destined to promote the cure of the patients. It is not always reminded that the death is also a constant presence around it. Starting from the need of understanding better the death in the context "hospital". It is noticed that the difficulty of accepting it and the way as this reality is treated inside the hospitals, becomes more difficult its understanding. It is evidenced, therefore, a conflicting situation which requests prepared professionals' performance and also capable to recognize the reality of the death theoretically in an atmosphere destined to the cure. Strategies can be created and/or improved starting from interdisciplinary discussions in the ambit of the hospital.

Key words: Hospital, Nursing, Death.

REFERÊNCIAS

1. Souza E F. Novo Manual de Enfermagem: procedimentos e cuidados básicos. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1983.
2. Papaleo Netto M. Finitude: hospital-fronteira. In: Py L. Finitude: Uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999.
3. Torres WC & Guedes WGA. Morte no contexto hospitalar. Rev de Psicologia Hospitalar 1992; 1(2): 56-59.
4. Ghezzi MIL. Convivendo com o ser morrendo. 2ª. ed. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzato, 1995.

A Experiência de Conduzir Pesquisa Convergente-Assistencial em Grupo de Enfermeiros

Eliane Flora S. Moretto.

Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

O texto relata uma experiência na condução de uma pesquisa convergente-assistencial com um grupo de enfermeiros que atuam na rede pública ambulatorial, em diferentes municípios, de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Origina-se de várias inquietações sobre o preparo dos enfermeiros para atuar na Saúde Pública em consonância com os princípios do SUS, recebido durante a graduação e no programa de educação continuada nas instituições em que desenvolvem suas atividades. Acena para a importância desse tipo de pesquisa, uma vez que desmistifica o próprio processo de pesquisa tornando-o exequível e concomitante à prática assistencial e/ou prática de ensino, permitindo de forma eficiente, a concretização de mudanças significativas na prática de enfermagem.

Unitermos: Pesquisa Convergente Assistencial, Saúde Pública, Formação Profissional do Enfermeiro.

Apesar de docente do Curso de Enfermagem há vários anos, minha experiência em pesquisa era muito restrita e voltada essencialmente para a docência. Enquanto enfermeira, também atuava em saúde pública, numa Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), do Rio Grande do Sul e angustiava-me ao acompanhar o desempenho de alguns egressos de Cursos de Enfermagem, do qual era co-partícipe de sua formação. Chamava-me atenção nos egressos, a falta de domínio sobre os princípios do SUS em sua prática nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e julgava necessário desvelar a relação que se estabelecia com seu processo de formação profissional.

Quando iniciei o Mestrado em Assistência de Enfermagem a perspectiva da elaboração de um trabalho de pesquisa passou a ser mais uma no meio das tantas inquietações que estiveram presente durante o percurso das disciplinas teóricas. O curso exigia a execução de uma dissertação e isso era sinônimo de envolver-se com pesquisa. Ao mesmo tempo que gerava um grande desafio também despertava muitas dúvidas e barreiras a serem transpostas. Na medida em que o mestrado era desenvolvido, possibilitando a convivência com vários docentes/doutores, abriram-se várias possibilidades que culminaram com a opção pela pesquisa convergente-assistencial.

A opção pela pesquisa convergente-assistencial desmistificou o próprio processo de pesquisa. Para mim, ser pesquisadora significava abrir espaços específicos para desenvolvê-la, distanciar-me do cotidiano enquanto

enfermeira e docente e, acima de tudo, ter um preparo que julgava não possuir. À medida que o mestrado avançava, meus restritos horizontes foram sendo ampliados e reestruturados. Fui percebendo que a pesquisa convergente-assistencial possibilitava vencer muitas barreiras, uma vez que era "uma proposta para unir métodos de pesquisa e métodos da prática assistencial de Enfermagem de modo a ultrapassar os rigores da academia, os quais colocam a pesquisa num pedestal quase impossível de ser alcançados por aqueles que necessitam empregar todo o seu tempo de trabalho na prática assistencial" (Trentini, Paim, 1999, p.17). Esse tipo de pesquisa permite a inter-relação da prática com a pesquisa, resultando na reflexão do cotidiano da enfermagem; assim, une métodos de pesquisa aos métodos da prática assistencial de enfermagem, viabilizando "...um processo de pesquisa simples e exequível (...) uma das maneiras eficientes de concretizar mudanças significativas na prática de enfermagem" (Trentini e Paim, 1999, p.17).

Uma pesquisa para ser classificada como convergente assistencial deve preencher os seguintes critérios indicados por Trentini e Paim (1999): realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática; encontrar alternativas de soluções para problemas identificados na prática; o tema da pesquisa deve emergir da necessidade da prática do contexto a ser pesquisado; as necessidades deverão ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática (usuários ou profissionais), incluir atividades de cunho coletivo; incluir atividades de assistência/cuidado e ou ensino/aprendizagem no processo de investigação, mas não se consubstancia

como ato de assistir ou ensinar; não se propor a generalizações uma vez que estabelece uma inter-retroação com a prática assistencial e/ou ensino; haver representatividade dos dados, o que difere da representatividade do número de sujeitos; assumir o papel de provedor de assistência/cuidado e/ou ensino durante o processo de coleta de informações; seguir normas do rigor científico em relação à obtenção, ao registro e à análise das informações, mas, ao mesmo tempo, deverá agir conforme as exigências práticas; e, agregar os principais envolvidos (profissionais e/ou usuários) na prática para compor a equipe de pesquisa.

A pesquisa entendida dessa forma, abriu possibilidades para o desenvolvimento de um processo educativo-cuidativo concomitante ao processo de pesquisa. Seu objetivo foi proporcionar um espaço educativo-cuidativo fundamentado em alguns princípios da pedagogia libertadora e nos princípios do SUS. O processo educativo-cuidativo incentivou a reflexão crítica do cotidiano profissional dos enfermeiros, compartilhando saberes referentes às concepções teóricas e políticas do Sistema Único de Saúde e sua operacionalização na prática das Unidades Básicas de Saúde. Também motivou a descoberta de possibilidades de mudanças nessa práxis, de modo a buscarmos o desenvolvimento pleno da cidadania, bem como a melhoria da qualidade de vida da população. Buscou-se também criar a unidade de grupo, com o que os enfermeiros poderão potencializar as discussões e indicar caminhos para a solução de seus impasses cotidiano. O tema emerge da necessidade da prática, uma vez que a operacionalização dos princípios do SUS é uma dificuldade real no cotidiano dos enfermeiros e tem relação direta com seu processo formativo.

INDIVÍDUOS E MÉTODOS

O processo educativo-cuidativo foi operacionalizado através da utilização da técnica de pequenos grupos. O trabalho com um grupo de convergência, entendido por Trentini e Gonçalves (2000) como aquele utilizado para implementar a prática assistencial participativa, oportuniza abstrações com o objetivo de construir novos conhecimentos sobre os temas emergentes. Dessa forma, o grupo de convergência desenvolve pesquisa e crescimento pessoal e social simultaneamente, o que caracteriza um tipo de pesquisa qualitativa, intitulada de convergente assistencial. Foi apresentado a proposta a um grupo de enfermeiros que, por adesão, demonstraram interesse em participar do estudo. Definidos os participantes em potencial do grupo, procedemos a elaboração de um cronograma para contatos individuais, definida ficando também a data para o primeiro encontro. No total foram realizados cinco encontros.

Segundo Madureira (1993), o processo educativo desenvolvido no grupo vincula a conscientização de que cada participante pode exercitar sua voz conquistando sua vez. Dessa forma, o grupo, e não o indivíduo, aprende a compartilhar, a defender seus pontos de vistas, a ceder em alguns aspectos e, até, a modificar seu ponto de vista em favor do bem comum. Nesse contexto, o elemento central é o diálogo, entendido como compartilhamento de saberes, sentimentos e vivências, que permite o desenvolvimento de

relações próximas baseadas na confiança mútua. O grupo assume, para aqueles que o integram, um caráter de encontro, recreação, convivência e fuga de rotina, o qual contribui para que se torne um espaço rico para a educação em saúde.

O trabalho de grupo caracteriza-se por ser um meio eficiente de aprendizagem de atitudes e por proporcionar dinamização de equipes de trabalho, organizações e instituições. O grupo deve ser pequeno e o número de seus componentes está diretamente relacionado aos seus objetivos, "...possibilitando a oportunidade de interação com todos os componentes em um ambiente espaço-temporal determinado (Trentini e Gonçalves, 2000, p.3). O grupo é relativamente não estruturado, com objetivos acordados entre os membros, que mantêm entre si relatos de experiências/vivências, bem como troca de informações de cunho teórico. De acordo com Freire (1922), um grupo é construído na organização e sistematização do assunto abordado, no espaço heterogêneo das diferenças dos participantes, no enfrentamento do medo do educando, no risco de ousar, na cumplicidade dos sentimentos que fomenta, no trabalho de reflexão crítica do facilitador e dos participantes, no árduo trabalho de reflexão crítica do facilitador e dos participantes, enfim..."educa-se o prazer de se estar vivendo, conhecendo, sonhando, brigando, gostando, comendo, bebendo, imaginando, criando e aprendendo juntos, num grupo" (p.66).

A prática assistencial e a pesquisa envolveram o mesmo grupo de enfermeiros que atuavam em saúde pública, assumindo um cunho coletivo uma vez que a pesquisa convergente-assistencial foi realizada com esse grupo. Também, incluiu o processo de investigação nas atividades de ensino porém não significou apenas um ato de ensinar. Neste processo, foram obtidas reflexões críticas capazes de induzir a mudanças na prática desse grupo de enfermeiros. Os dados coletados têm representatividade estando relacionados a um grupo de enfermeiros. Os resultados são importantes, porém não têm relação com o número de enfermeiros que participaram deste estudo. Fica evidente que é uma pesquisa qualitativa.

Neste estudo, o pesquisador assumiu o papel de facilitador do processo educativo durante a coleta de informações, as quais afloraram num trabalho em grupo, foram alternadas e complementadas entre os participantes. Simultaneamente ao processo educativo, ocorreu a coleta de informações, obtidas junto a todos participantes. Nesta pesquisa, foram mantidos todos os preceitos éticos, além das normas do rigor científico e das exigências da prática. Os sujeitos da prática assistencial são os mesmos componentes do grupo da pesquisa de forma que, no seu desenvolvimento, agregou os principais envolvidos.

Participação dos Envolvidos no Contexto do Trabalho

A seleção dos participantes ocorreu através da concessão de um espaço na reunião mensal dos enfermeiros que atuam como supervisores/instrutores no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Na oportunidade, foi apresentado e discutido o projeto deste estudo. Após, de acordo com o interesse pessoal dos presentes, eles se manifestaram sobre o seu interesse de participação.

Definidos os participantes em potencial do grupo, procedemos à elaboração de um cronograma para os contatos individuais com cada enfermeiro que aderiu ao estudo, ficando definida também a data para o primeiro encontro, que resultou de um consenso de todos os integrantes do grupo.

O processo de formação do grupo deste estudo seguiu uma trajetória básica que se constituiu da seguinte forma: encontro dos enfermeiros que estivessem dispostos a participar do trabalho; contato individual com os enfermeiros através da realização de entrevistas semi-estruturadas, visitas às unidades básicas de saúde e realização de encontros para discussões e reflexões a partir das vivências dos componentes do grupo. O contato individual com os participantes permitiu o contato prévio do facilitador com os participantes, dando-se a conhecer e os conhecendo, despertando expectativas individuais e detectando assuntos e/ou preocupações que desejavam ver contemplados nos encontros. Também foram realizadas algumas visitas às unidades básicas de saúde dos participantes, não constituindo uma etapa específica mas com o objetivo de verificar como ocorria a interação do elo no seu mundo de trabalho. Durante a fase dos encontros realizados, um primeiro momento era destinado à motivação do grupo para participar das discussões. A seguir, eram colhidos depoimentos das vivências individuais em torno do tema proposto, passando-se a refletir sobre ele e fazendo-se associações com as vivências relatadas pelos participantes. Esses momentos foram ricos em reflexões críticas. Ao final, era sugerido uma técnica que sintetizava o tema discutido.

No decorrer do processo educativo, houve consenso em denominar cada participante por cognomes relacionados ao seu "olhar" individual como profissional. Posteriormente, os cognomes evoluíram, transformando-se nos diferentes elos: elo Puxador, elo de Ligação, Elo Brisante, elo Radiante, elo Fenomenal, elo Trabalhador, Decorador e Organizador, elo Ovelheiro, elo Cheio de Luz, elo Incentivador, elo A e elo B. Esse procedimento também nos permitiu preservar a identificação do sujeito, o que atende os princípios éticos que devem ser respeitados num trabalho dessa natureza.

Delimitação do Ato de Pesquisa e do Ato Assistencial-educação

Nesta pesquisa convergente-assistencial é possível delimitar com clareza o ato de educação e o ato de pesquisa. O ato de educação foi desenvolvido durante os cinco encontros realizados com a participação do grupo dos enfermeiros, onde a reflexão crítica era estimulada e desencadeada. As diversas metodologias utilizadas para motivação e interação do grupo foram importantes para permitir a condução do trabalho. O ato de pesquisa foi iniciado pelas entrevistas semi-estruturadas com cada participante do estudo, onde foi possibilitado a "quebra do gelo" entre sujeito da pesquisa e pesquisador. Nelas, foram obtidos vários elementos que embasaram a prática assistencial. Esse processo esteve presente durante o ato educativo uma

vez que o mesmo subsidiou a coleta dos dados. Outra fonte de pesquisa foi constituída pelas observações desenvolvidas durante o período das visitas aos locais de trabalho de alguns enfermeiros. Todas estas atividades constituíram-se como valiosas fontes de informações para posterior registro, análise e discussão dos resultados.

Portanto, a pesquisa convergente-assistencial permitiu o desenvolvimento do processo educativo-cuidativo de forma independente do ato de pesquisa. Porém, o ato de pesquisa já estava presente no ato educativo na medida em que ele foi um facilitador para a coleta dos dados da pesquisa. Fica evidente que a prática assistencial/educativo é uma forte aliada do próprio ato de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa convergente-assistencial, é modalidade de uma pesquisa qualitativa que revelou situações de um grupo específico de enfermeiros que atuavam em saúde pública. A reflexão crítica sobre o cotidiano desse grupo promovida pelo processo educativo-cuidativo pode possibilitar a sua transformação. Portanto, possui relação direta com a prática assistencial, cuja proposta foi um processo educativo-cuidativo. Proporcionou também mudanças e introduziu inovações no contexto da prática encontrando alternativas de soluções para seus problemas. À medida que os encontros desenvolviam e os assuntos eram abordados, o grupo apontava para possíveis reestruturações de sua prática. Foi um processo que exigiu muita reflexão crítica e determinação em querer mudar.

Os sujeitos desta pesquisa manifestaram necessidade de mudanças não só no seu processo formativo no curso de graduação como também naquele oferecido pela instituição receptora (educação continuada). Ficou evidente a falta de integração entre as instituições formadoras (graduação) com a política de saúde vigente em nosso país, a qual norteia todas atividades da área da saúde. Apontaram também para a formação hospitalocêntrica, apesar da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (1996) indicar equilíbrio entre a formação hospitalar e ambulatorial. Outra constatação, foi a direta relação que os enfermeiros que atuam em saúde pública estabelecem com o SUS enquanto aqueles que atuam a nível hospitalar permanecem alheios, distanciados, desarticulação e desintegração com a política de saúde vigente. Outrossim, os sujeitos desse trabalho tomaram consciência do SUS enquanto um sistema de saúde único, integral e indissociável.

Quanto ao processo de educação continuada que as instituições a que pertenciam os enfermeiros, sujeitos desse estudo, fica claro que ela é direcionada, quando existente, apenas para os aspectos técnicos. As discussões sobre as políticas do SUS e suas relações são pressupostos à formação da graduação. O grupo dos enfermeiros apontou para a necessidade das instituições fornecerem orientações claras e diretas sobre o mundo de trabalho no qual eles estão adentrando... Pode-se afirmar que alguns obtiveram vários subsídios para renovar sua prática. Outros porém, não demonstraram suficiente maturidade e coragem para implementar as mudanças necessárias.

CONCLUSÃO

Durante todo o processo, ficou evidente o reconhecimento da necessária busca do conhecimento como algo inesgotável, sendo necessário continuamente aprender a aprender. Também houveram manifestações em relação a continuidade desse tipo de trabalho bem como a ampliação do número de integrantes do grupo como forma de obtenção do fortalecimento enquanto categoria. Visualizaram neste espaço um aliado na promoção de sua postura e desempenho político, exigência do perfil profissional do enfermeiro que atua na saúde pública. Outro avanço significativo, que a princípio parece impossível, foi a oportunidade do grupo se conhecer, havendo trocas de experiências, posicionamentos e conhecimentos.

A pesquisa convergente-assistencial desenvolvida demonstrou ser possível para a prática dos enfermeiros, assistencial ou educativa, visto constituir-se numa fonte inesgotável de dados e informações. Oportuniza discussões, reflexões críticas e sugerem respostas às inquietações de forma agradável e com vínculo direto ao cotidiano. A mim, facilitadora desse processo, permitiu rever o "fazer" pedagógico e ao grupo, repensar seu "fazer" cotidiano nas unidades básicas de saúde, especialmente na relação pedagógica que se estabelece com os usuários quando da realização de trabalhos em grupos. Enfim, a pesquisa convergente-assistencial pode ser uma ótima aliada para que a enfermagem possa atingir significativos avanços científicos, de forma natural no seu dia-a-dia, tanto a nível hospitalar como ambulatorial.

Summary

THE EXPERIENCE TO CONDUCT ASSISTANCE - CONVERGENT RESEARCH WITH NURSING GROUP

The text talks about na experience in na assistant-converegent reasearch conclusion with a group of nurses who work in a Public Health, in differents cities in a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Originate of several inquietudes about the nurses prepare to act in a Public Health in consonance with SUS principles, earning during the graduation and in the educational program in the institution whwew develop their activities. Beckon to the importance of these kinds of researches, unless desmystification the own process of research, become it concurrent to the assistance practice and/or educational practice, allowing an efficient form, the concret changes meaning in the practices.

Key words: Assistant-Convergent Research Survey, Public Health, Nurses Professional Graduation.

REFERÊNCIAS

1. Freire M. O que é um grupo? In: Grossi E P & Bordin J. (Orgs.). Paixão de aprender. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.
2. Madureira VSF. Eu, você-nós: co-partícipes no educar. Florianópolis, 1993. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem, UFSC.
3. Trentini M & Paim L. Marco conceitual. Teoria. In: Pesquisa convergente assistencial: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.
4. Trentini M & Gonçalves LT. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. Texto e Contexto. Florianópolis, 2000.

Tratamento Dialítico Domiciliar

Vera Lucia Fortunato Fortes.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/ CAPES/UFSC/FAPERGS-UPF.

Resumo

O estudo focaliza os modos de cuidar-se da pessoa em diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), buscando evidenciar os recursos utilizados no seu cotidiano. Utilizam-se alguns conceitos da Teoria Sócio-humanística de Capella e Leopardi (1999), assim como outros referenciais sobre o cuidado. O estudo concretizou-se na prática assistencial, utilizando a observação e a entrevista, através de visitas aos domicílios, compreendendo quatro principais momentos: a descrição preliminar à doença, a chegada desta, o viver com o quadro e tratamento crônico e a despedida da prática. O problema de pesquisa envolve a preocupação com o descobrimento de alternativas pelos pacientes em diálise, classificado-se os modos peculiares de cuidado cotidiano, tanto nas formas que subsidiam tecnicamente a diálise como em atitudes comportamentais. A doença e tratamento duradouros favorecem, nas pessoas criativas, desempenhos salutares a si próprias, uma vez que há a reelaboração cuidativa, como forças restauradoras do processo de viver.

Unitermos: Modos Criativos de Cuidar-se, Cuidado de Enfermagem, Tratamento Dialítico Domiciliar.

A pessoa com Insuficiência Renal Crônica (IRC) apresenta perda da função renal, que evolui gradativa e irreversivelmente. Geralmente, o início é insidioso; os sintomas são tardios e, quando se diagnostica, o doente já apresenta perda substancial de massa renal, processo que pode ser controlado em tratamento conservador, mas não revertido.

Segundo Riella (1996), diversas são as enfermidades que acometem a função renal dessas pessoas, entre as quais a inflamação crônica dos rins, a hipertensão arterial, infecções e cálculos urinários de longa duração, o diabetes. O resultado final é o aparecimento de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade de manter a homeostasia interna, pois as substâncias normalmente excretadas pelos rins acumulam-se na circulação, determinando um amplo quadro clínico chamado *uremia*, necessitando tratamento dialítico.

A forma domiciliar de diálise é mais efetiva, quando bem conduzido pela pessoa, pois, segundo o Protocolo para DPAC (2000), os pacientes que tendem a este tipo de tratamento podem manter um estilo de vida mais independente e viajam com mais frequência, o que pode ser estímulo para o autocomprometimento na mudança de padrões de cuidado.

A importância da instituição das visitas domiciliares já é consensual entre os enfermeiros, pois, com elas, conhece-se a casa da pessoa em tratamento dialítico domiciliar e revelam-se, a partir de uma maior interação com ele, dados de sua rotina (in)cansável com a DPAC, os quais podem ser

úteis na prática profissional e repassadas ao contexto da educação em diálise para outras pessoas. Conhecer a realidade domiciliar e, mais do que isso, o cotidiano do paciente em DPAC e da sua família consiste num prazeroso exercício, que fortalece uma forte identificação já existente com a enfermagem em nefrologia e, mais especificamente, com o doente renal crônico em programa ambulatorial dialítico.

O presente estudo visou mostrar as vantagens do indivíduo energizado por seu próprio desejo de cuidar-se, que se mantém mais tempo nos programas terapêuticos. Procurou descobrir quais são os modos de cuidar-se incorporados na terapêutica dialítica pelos próprios pacientes, para resolver limites e/ou problemas técnicos em sua rotina diária e que podem auxiliar na manutenção da qualidade de vida. Para isso, utilizou-se a visita domiciliar como meio, visando à valorização da particularidade de cada situação familiar e terapêutica.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo é analítico descritivo e buscou evidenciar e analisar os modos de cuidar-se das pessoas em tratamento dialítico domiciliar, seguindo os critérios do conhecimento humano. De acordo com Trentini e Paim (1999), trata-se de uma modalidade convergente-assistencial, pois, embora sem utilizar os recursos técnicos específicos da pesquisa-ação, a investigação ocorreu durante o processo de Prática Assistencial de Enfermagem, disciplina do curso de mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de

Santa Catarina.

O estudo foi desenvolvido nas residências de três pessoas em tratamento dialítico domiciliar, as quais foram lá observadas e entrevistadas, em 11 visitas domiciliares realizadas. Os participantes são as pessoas em tratamento dialítico domiciliar, inseridas em suas famílias, fazendo parte de uma sociedade e residindo num bairro ou comunidade rural. Moram distantes da unidade de diálise, mas se mantêm continuamente ligados com a instituição de saúde. Seguem regularmente o tratamento de autodiálise, cuidam-se na dieta alimentar, restringindo alguns alimentos e ingesta hídrica, necessitam do uso diário de medicamentos e seu estilo ou modo de cuidar-se é mais um dado no universo terapêutico da doença renal crônica. Essas três pessoas executam autonomamente sua diálise, receberam o treinamento específico para as trocas de bolsas e cuidados com o catéter, juntamente com um ou dois familiares, moram com suas famílias e dependem de algum membro desta para executar sua diálise, quando nas intercorrências clínicas, como peritonite, quadros dolorosos, infecções respiratórias e nas internações hospitalares.

Foi utilizada a observação, além da técnica de entrevista semi-estruturada, a qual ocorreu nos domicílios, após a autorização verbal prévia dos envolvidos para as VD. Incluiu os seguintes momentos: "A doença bateu à minha porta", "A doença entrou da porta para dentro", "Meu jeito de lidar com a doença e o tratamento" e "A despedida".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com olhar dirigido para uma busca específica, teve-se interesse em registrar aqueles aspectos que pareciam indicar maneiras próprias de autocuidado, mostrando, como foi citado por Thomas (2000), que as pessoas são líderes de seus espaços, apostando na autonomia e na credibilidade como ingredientes desse processo. Nessas situações concretas, em muitos sentidos, esteve presente a perspectiva terapêutica do cuidado. A forma como isso ocorreu não é absolutamente espetacular, mas retrata modos peculiares dessas pessoas em diálise domiciliar buscarem soluções para problemas do cotidiano, ora em relação a própria diálise, ora em relação a outras esferas de sua vida, muitas vezes repleta de limitações. Em cada visita, diálogo ou observação, valorizou-se o toque especial com que cada doente implementa seu autocuidado por meio de recursos de criatividade, para modificar, adaptar ou criar espaços próprios para proceder ao cuidado de si.

Consolida-se nestas pessoas, como sujeitos de si, criativas e empreendedoras no autocuidado, um sentido mais amplo de sobrevivência, para acomodar tarefas que são comuns às pessoas acometidas de IRC e, mais especificamente, às que necessitam manter a DPAC. Essas ações, além de necessárias, exigem autocompromisso e autovalorização, na medida em que derivam de decisões que não podem colocar em risco o processo de diálise. Essa análise se constitui num guia adicional aos enfermeiros para sua decisão em relação às soluções encontradas pelos pacientes. A um olhar desavisado, poderia parecer simples tal decisão, porém requer uma adequada avaliação da eficácia, segurança e pertinência técnica e humana.

As soluções consideradas comportamentais, apesar de relativamente óbvias, evidenciam, mais que tudo, um enorme desejo de viver com mais qualidade. Por outro lado, os modos de cuidar-se especificadamente relacionadas aos recursos domiciliares, apresenta os itens elaborados pelo paciente e família, que subsidiam tecnicamente o processo.

A pessoa em tratamento dialítico domiciliar não necessita "criar" desenfreadamente, mas usufruir suas criações por longo tempo, afinal, o tratamento é duradouro. Por outro lado, é responsabilidade profissional identificar se tais "soluções criativas" estão fundamentadas no conhecimento e podem ser transferidas para o cuidado em outros domicílios ou, mesmo, para o hospital.

A forma própria da pessoa autocuidar-se caracteriza-se como um "modo de fazer", demarcando um estilo próprio que corresponde a seu modo de ser, de viver, de conviver e de produzir, pois "nem que se quisesse, seria possível trocar de estilo", diz Ostrower (1996, p.141). Assim, cada pessoa, diante de problemas e limitações, encontra um modo próprio para solucioná-los. São maneiras simples que, sendo eficazes, requerem atenção para que se possa evidenciar sua sustentação teórica e eficácia, objetivo desta dissertação.

CONCLUSÃO

A pessoa com IRC é identificada por Lima, Mendonça Filho e Diniz (1994, p. 86) como alguém que "perdeu a possibilidade saudável." Mesmo assim, continua sujeito de seu viver, possui um grau menor ou maior de criatividade, a qual beneficiará de alguma forma o seu cuidado. Mantém-se em tratamento contínuo de substituição renal artificial e carrega a possibilidade futura de um transplante.

O caminho que separava a distância entre o tratamento hospitalar e o domiciliar foi vencido. Trilhou-se o espaço que, apesar de separado fisicamente, está fortemente aliado no cuidado e permite, assim, que flua a maneira peculiar de as pessoas em DPAC mostrarem que são cuidadosas consigo mesmas, que exploram modos de cuidar-se para seu próprio bem e, ao compartilharem com a enfermeira, contribuem para o contexto de tratamento dialítico.

Na forma dialítica domiciliar, o engenho particular é maior, a pessoa e familiar saem do hospital rumando ao cotidiano domiciliar com uma nova concepção de tratamento e cuidados. Progressivamente, vão reelaborando a estrutura que dá sustento à sua diálise. São pequenas reformas no ambiente doméstico, adaptações aqui e ali, resoluções de problemas, organização da dieta e medicamentos. Somam-se também soluções para o desenvolvimento de ordem pessoal, com atividades diárias, lazer, vida social e espiritual, todas formas que alimentam a esperança de viver e lhes garantem qualidade de vida.

Com este trabalho, além de aprender mais sobre DPAC, aprendeu-se a lidar com conceitos e métodos que permitiram ampliar a visão sobre a enfermagem e o cuidado, mas, sobretudo, a valorizar os modos de cuidar-se das pessoas, incentivando-as a assumirem sua vida como sujeitos de seu autocuidado.

Na forma dialítica domiciliar, o engenho particular é maior, a pessoa e familiar saem do hospital rumando ao

cotidiano domiciliar com uma nova concepção de tratamento e cuidados, progressivamente vão re-elaborando a estrutura que dá sustento a sua diálise. São pequenas reformas no ambiente doméstico, criações aqui e ali, resoluções de problemas, organização da dieta e

medicamentos. Soma-se também, soluções para o desenvolvimento de ordem pessoal, com atividades diárias, lazer, vida social e espiritual. Formas que alimentam a esperança de viver e lhes garante qualidade de vida.

Summary

DAY-BY-DAY OF PEOPLE IN CONTINUOUS AMBULATORIAL PERITONIAL DIALYSIS

This work focuses the self-care ways of people under Continuous Ambulatorial Peritoneal Dialysis (CAPD) and aims to show the resources used in their daily life. Some concepts of the Socio-humanistic Theory of Capella and Leopardi (1999) are used, as well as other concepts about caring. The study was carried out in assistencial practice, using observation and interview, through home visit to the families of people with chronic renal inadequacy and it comprehended four main steps: the description of the disease, the arrival of the disease, the life with the disease and its permanent treatment and the end of this practice. The research problem includes the worries about the alternatives found by dialysis patient and classifies the peculiar forms of daily self care, both in those approaches which technically subsidize the dialysis and those concerned to behavioural attitudes.

The disease and enduring treatment contribute, in creative people, to salutary performance to themselves, once there is care comprehension acting as recovering strength in the process of living.

Key words: Creative Forms of Self Care, Nursing Care, Domiciliar Dialysis Treatment.

REFERÊNCIAS

1. Bevilacqua JL & Guerra JL. Protocolo para DPAC. Sorocaba: Baxter Hospitalar Ltda, 2000.
2. Capella BB. Uma abordagem sócio-humanística para um "modo de fazer" o trabalho de enfermagem. Florianópolis: Universitária, 1998.
3. Carraro TE, Madureira VF, Radünz V. Algumas teorias de enfermagem. In: Leopardi MT. Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1999; (4): 66-171.
4. Lima AMC, Mendonça Filho JB, Diniz JSS. Insuficiência renal crônica – a trajetória de uma prática. In: Romano, BW. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994; (5): 77-92.
5. Lima MS, Almeida MCP, Lima CC. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. Rev Gaúcha de Enfermagem 1999; 20:130-142.
6. Ostrower F. Criatividade e processos de criação. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
7. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
8. Thomas IB. A busca de pessoas aptas a criar. Banas Qualidade 2000.
9. Trentini M & Paim L. Pesquisa em enfermagem - Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

A Necessidade de Redes de Atenção à Saúde

Lucia Maria Mottin & Bernadete Maria Dalmolin.
Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

Reflete-se a respeito da complexidade do processo saúde-doença e da necessidade do redimensionamento das atitudes profissionais e dos serviços, para uma maior aproximação entre as demandas e as reais necessidades dos usuários. Nesse sentido, precisamos lançar mão da construção de redes de atenção, envolvendo todos os serviços e transcendendo-os para só então, podermos falar em sistema de saúde.

Unitermos: Acesso aos Serviços de Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Necessidade e Demanda de Serviços de Saúde.

Discutir sistema de saúde requer contextualizar-se a dimensão que tal processo contempla, utilizando-se de conceitos que fundamentem a constituição desse complexo de interações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais que compõe o que denomina-se de redes de atenção à saúde e que, em nosso entendimento, somente a partir delas teremos um sistema.

Desde 1988, pela Constituição Brasileira, formata-se um Sistema Único de Saúde (SUS) que foi garantido através do movimento sanitário que envolveu diversos segmentos, desde profissionais da saúde, intelectuais, parlamentares, organizações não governamentais até a sociedade civil e que, se fortaleceu, a partir da década de oitenta, recolocando no cenário nacional a necessidade de um novo paradigma científico para a saúde e a transformação de suas práticas sanitárias. Esse movimento denominou-se Reforma Sanitária devendo ser entendida, conforme Mendes¹, como um processo democrático e transformador dos espaços políticos, jurídicos, institucionais e operacionais para atender a saúde dos cidadãos, considerando-a

... como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

No entanto, esse movimento não está isento de conflitos e de enfrentamentos com posições hegemônicas que fazem a negação do caráter social e histórico do processo saúde-doença, banalizando e mercantilizando suas práticas. É comum ouvirmos a desqualificação que perpassa as falas de muitos trabalhadores da saúde quando

se referem ao SUS. Percebe-se que embutido em tais falas, encontram-se concepções historicamente construídas sobre o processo saúde-doença e também, sobre a relação que se estabelece com a "coisa pública" em nosso país. Enquanto docentes e trabalhadoras da saúde, temos a responsabilidade de contribuirmos para com a discussão que perpassa a conformação de tais concepções e que, há algum tempo, vem sendo discutidas por diferentes segmentos de nossa sociedade, envolvendo os órgãos governamentais, a sociedade civil e a academia, sendo esta última, por diversas vezes, apontada como uma das responsáveis pelo distanciamento entre as formas de abordagem com que os profissionais, ali formados, se apresentam ao mercado e as necessidades que se evidenciam na realidade social.

DISCUSSÃO

Necessidade dos Sujeitos x Ofertas dos Serviços: a construção de redes na busca da integralidade

A complexidade dos problemas sociais, aí incluídos os da saúde, exige que repensemos concepções e intervenções que nos possibilitem uma compreensão mais ampla para uma maior aproximação da realidade vivida pela população. A concepção de saúde a que aqui nos referimos, trata de entender o sujeito, enquanto um ser histórico e socialmente construído, com necessidades que estão para além dos tradicionais recortes biológicos que colocam em seu lugar a doença, de forma descontextualizada e fragmentada, "objetizando" as relações e, muitas vezes, medicalizando problemas complexos que condicionam e/ou determinam o adoecimento, corroborando com a cultura da doença e utilizando-se de explicações simplificadoras.

É a partir da busca de compreensão da complexidade dos determinantes e condicionantes que estão embricados no processo saúde-doença, que surge a necessidade da conformação de um sistema também complexo, que possa responder a essa dimensão, de forma a impactar, não somente a doença, mas também e principalmente, os riscos

que conduzem a este fenômeno.

Neste sentido, cabe a proposta de repensarmos as organizações nas quais nos inserimos e através das quais exercemos as práticas que fazem a interface com a situação sanitária e que, conforme seu exercício, permitem a manutenção ou a mudança dos modelos de intervenção na realidade de saúde.

A proposta de mudança envolve então, absorvermos algumas reflexões. A primeira delas refere-se à diferenciação entre sistema e serviços de saúde. Enquanto sistema entendemos um *conjunto de diversos elementos, interligados pelos mesmos princípios; um todo orgânico, composto de elementos de várias naturezas e orientado para um fim determinado que lhe dá consistência e funcionamento harmônico*². Os diversos elementos seriam os serviços de saúde ou sócio sanitários que, regidos pela integralidade, pela descentralização, pela participação, pela equidade, entre outros, articular-se-iam para atender as pessoas com as suas necessidades.

Nesse sentido, cada serviço de saúde é responsável pela composição de determinadas práticas e, para tal, possui diferentes tecnologias necessárias ao atendimento dos múltiplos agravos. Compreende-se por tecnologias, não apenas instrumentos tecnológicos (equipamentos), mas uma composição de saberes e práticas constitutivas de um agir coerente a cada intervenção e que permita, a oferta de uma atenção adequada a cada situação. Utilizando palavras de Cecílio³, os serviços precisam oferecer ... *a tecnologia certa, no lugar certo, no momento certo*.... Isto significa que na verdade, não existe uma questão hierárquica quanto a quem é mais ou menos importante e essencial para o atendimento dos problemas de saúde, mas sim, que cada um deve responsabilizar-se pela oferta de um conjunto de ações possibilitadoras da reversão do quadro gerador de sofrimento. Para isso, todos os serviços necessitam repensar seu papel, incorporando novos hábitos e criando novos espaços para além de sua tradicional dimensão, visualizando a possibilidade e a necessidade de desenhar outros contornos para sua atuação, de forma que consigam ampliar sua influência sobre o mundo externo e potencializar sua ação como forma de se incluírem, realmente, na estrutura de conformação de um sistema.

Pensar essa forma de organização dos serviços significa questionar os atuais modelos de atenção à saúde. Como os serviços se apresentam hoje no SUS? Cabe esclarecer que quando falamos em serviços do SUS, estamos falando não apenas em serviços públicos, mas também os de **caráter público**, ou seja, os serviços credenciados/conveniados ao sistema público e que devem ser regulados por ele. A legislação nacional, estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público a regulação, o controle e a fiscalização, seja sobre os executados por ele ou pela iniciativa privada, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada. Dessa forma, evidencia-se a estrutura de um sistema nacional de saúde, composto pelo setor público e pela iniciativa privada.

É preciso que reconheçamos que determinados serviços, tais como: pronto-socorro dos hospitais e serviços de pronto atendimento, encontram-se superlotados. Tal

situação condiciona sobrecargas de trabalho às equipes, aumentando os níveis de tensionamento, gerando desgastes aos trabalhadores e alterando a dinâmica desses espaços que deveria ser justamente a do atendimento condizente com o seu propósito. Estes fatos, resultam para o usuário em longas esperas, atendimentos procedimento-centrados, ou seja, de forma impessoal, justamente em um momento de maior fragilidade da vida. Por outro lado, é preciso que retornemos à questão da tecnologia certa mencionada anteriormente. Sabemos que muitas pessoas que procuram esses espaços o fazem, sem de fato terem um problema que justifique tal procura. Mas como redimensionar essa lógica? Seriam os usuários culpados ou responsáveis por essa distorção de irem diretamente ao pronto-socorro? Já nos perguntamos porque determinados serviços estão sobrecarregados?

O acesso aos serviços de saúde, que deveria ser construído por esse Sistema, termina ficando sob a responsabilidade do usuário que, por conta própria, acaba fazendo a sua própria rede. Não é incomum um usuário bater de porta em porta com um receituário para conseguir fazer um determinado procedimento. No entanto, a legislação do SUS estabelece claramente que, na medida em que o usuário entra no sistema, a responsabilidade de resolver o seu problema passa a ser desse sistema e que, cabe a ele, construir o acesso, identificando o espaço mais adequado para cada situação. É por isso, que cada esfera de governo tem um gestor único. Porém, ainda, a prática de deixar para o usuário "buscar por conta o que precisa", a fim de resolver o seu problema, é comum a muitos trabalhadores, gerentes e gestores de saúde. Dessa forma temos uma rede desorganizada, excludente e com ofertas pobres, que não consegue oferecer a tecnologia mais adequada para as necessidades que se apresentam.

As práticas das unidades de saúde, dos ambulatórios comunitários, etc., que historicamente falamos que deveriam ser a *porta de entrada* do sistema, não vem cumprindo o seu papel, uma vez que são constituídos pela mesma lógica individual queixa-conduta, pouco ou nada inserida na realidade social. Exercem uma pobre vigilância em saúde no que diz respeito ao pensar os problemas de saúde vivenciados pelo usuário como decorrentes de uma situação que vai para além de uma questão puramente orgânica, no momento em que esse sujeito tem sua vida permeada por seu ambiente, seu trabalho, sua família, sua condição financeira, seu meio social, sua cultura, sua religiosidade, enfim, em um contexto que só pode ser apreendido considerando-se o coletivo.

Se pensarmos no ideário do SUS, logo se torna evidente que a rede regionalizada e hierarquizada encontra-se bastante fragilizada, particularmente em nosso meio. Muito embora, esse fato seja reconhecido pela grande maioria dos profissionais de saúde e gerentes de serviços, ainda não tivemos a ousadia de efetuarmos um movimento para a reversão desse quadro. As poucas articulações entre os serviços recaem muito mais como responsabilidade individual dos trabalhadores de saúde, do que instituídas pela gestão dos mesmos.

Diante de tudo isso, cabe uma outra reflexão no que

diz respeito não só à melhoria da qualidade dos diferentes serviços, com ofertas mais condizentes com as demandas sócio-sanitárias colocadas no âmbito do coletivo, mas também, a sua necessária integração, responsabilizando-se mutuamente para com a operacionalização de redes que componham um todo mais completo para a tão necessária integralidade da atenção.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde⁴, a integralidade da atenção compreende ... um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste sentido, a integralidade a que nos referimos, toma várias dimensões, que incluem os espaços micropolíticos do cotidiano, tais como as atitudes individuais dos profissionais, até a forma como, a partir de tais posturas, são organizados os serviços.

Entre os sentidos da integralidade, Cecílio⁵ alerta para a importância de visualizarmos a integralidade no espaço singular, ou seja, focalizada no sujeito e, também, a integralidade no espaço macro, ou seja, o espaço que envolve os serviços e vai para além deles.

A primeira dessas dimensões, diz respeito à diferenciação que deve ser feita pela equipe de profissionais entre a demanda trazida pelo sujeito e as suas reais necessidades. As demandas normalmente se colocam a partir dos serviços oferecidos (consultas, consumo de exames, de medicamentos, etc.). As necessidades, por sua vez, podem estar ocultas atrás das demandas, vindo "travestidas" através delas. Essa dimensão envolve não só a atitude de atenção integral do profissional demandado, mas, uma necessária construção da atenção interdisciplinar, por entendermos, que a melhoria dos problemas de saúde requer também, além de uma visão ampliada, vários olhares sobre o complexo processo do adoecimento. Neste sentido, os profissionais de saúde em seus micro-espacos, deveriam ultrapassar as práticas usuais, já em falência, por não darem conta de atender os sujeitos e, redimensionar as formas de abordagem dos problemas que se apresentam, gerando novas opções de intervenção.

A segunda dimensão, referente ao espaço macro da compreensão da integralidade, significa a interface entre os diferentes serviços de saúde, sejam eles serviços da rede básica, de especialidades ou hospitalares e destes, com outras instituições não necessariamente de saúde. Para Cecílio⁵,

A (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada

como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Neste sentido, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a interinstitucionalidade, se inserem no conceito de uma nova responsabilização dos profissionais e seus serviços, na composição de um sistema. Fato esse que requer a incorporação de novas ferramentas por todos os serviços, entendendo que tanto hospitais quanto rede básica são corresponsáveis pela lógica tradicional, um colocando-se no topo do sistema e, os demais, gravitando em torno dele, de forma subordinada. Sendo assim, nenhum desses serviços está isento de tentar buscar a transformação de suas práticas, visto que não respondem atualmente ao conceito de integralidade. Portanto, cabe um reforço no sentido de entendermos a necessária complementariedade desses espaços, não podendo ser estabelecido em torno deles nenhum tipo de hierarquia, na medida em que suas vocações/tecnologias de vigilância e assistência à saúde devem ter epicentros próprios, sendo que todos são imprescindíveis.

CONCLUSÕES

Por fim, se entendemos os diferentes sistemas do corpo biológico, como necessários para a existência de um funcionamento harmônico do organismo humano, então quem sabe, consigamos refletir sobre a extrema necessidade de visualizarmos o sujeito em seu contexto epidemiológico, psicológico e sócio-cultural e, realmente intervirmos sobre os diversos componentes de um **sistema de saúde**, nos responsabilizando pela organização de redes que atendam e defendam a vida.

Temos que colocar todas as opções tecnológicas de que dispomos em termos de conhecimento, de saber, a serviço do usuário. Temos que primar pela cidadania da assistência à saúde, reconstruindo a nossa dignidade e a do paciente, no campo das ações de saúde...Merhy⁶, aproximando-nos, dessa forma, da tão complexa compreensão das necessidades humanas.

Summary

THE NEED OF CONSTRUCTION OF NETS OF ATTENTION TO THE HEALTH

This article contemplates regarding the complexity of the process health-disease and the need of the making over of the professional attitudes and the services for a larger approaching among the demands and the real users' needs. Therefore, there is the necessity thinking about the construction of nets of attention involving all services and transcending them, so that, we are able to talk about health system.

Key words: Health Services Access, Health Administration and Planning, Health Services Necessity and Demand.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. *O Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
2. Santos L. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: Flery S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos editorial, 1997: 241-279.
3. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 1997; 13 (3): 469-478.
4. Brasil 1990. Lei 8.080. *Diário Oficial da União*, 19 de setembro de 1990. p. 18.055-18.059.
5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R e Mattos RA (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2001; 113-126.
6. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo técnico de assistência em defesa da vida. In: Cecílio LCO (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994; 117-185.

Do Encontro Original até a Cumplicidade: A Relação Interpessoal de Travelbee

Lorena T.C. Geib, Rejane R. Mocinho, Mônica Krahl.
Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Grupo de Estudo
e Pesquisa em Educação e Cuidado de Enfermagem - EDUCARE.

Resumo

Este trabalho relata um estudo de caso conduzido com o propósito de avaliar o potencial de aplicação da Teoria Interpessoal de Travelbee na assistência à saúde da criança. Descreve aspectos da dimensão interna da teoria, especificando os estágios do desenvolvimento da Relação Pessoa a Pessoa e as etapas do método para a assistência de enfermagem. A aplicação desse referencial teórico-metodológico no acompanhamento de enfermagem no Serviço Integrado de Assistência à Saúde da Criança da Universidade de Passo Fundo evidenciou lógica interna e consistência no relacionamento humano enfermeira-cliente. A eficácia terapêutica da relação interpessoal apoiou-se na capacidade da profissional em ajudar a cliente a enfrentar a experiência de sofrimento e encontrar significado nessa experiência, resolvendo o problema de causa inespecífica apresentado pela criança e validando a proposição teórica, que se mostrou adequada à prática assistencial desenvolvida com a família.

Unitermos: Relações Interpessoais, Assistência à Saúde, Enfermagem, Criança.

A Enfermagem na busca de um domínio autônomo de conhecimento, que lhe permita firmar-se como uma disciplina, com estatuto epistemológico próprio e independente, tem desenvolvido suas "proposições para pensar a assistência de enfermagem, evidenciando seus propósitos, limites e relações entre profissionais e indivíduos que demandam cuidados"¹.

Através das Teorias em Enfermagem, firma-se o cuidado humano como um domínio próprio, ou seja, um saber específico, mas que é ao mesmo tempo público por envolver outros indivíduos além do enfermeiro, o que torna a prática de enfermagem uma prática social, operacionalizada nas relações interpessoais existentes nos Sistemas de Saúde.

Esse enfoque interacionista tem sido evidenciado em algumas Teorias em Enfermagem, que direcionam a prática profissional a um processo interpessoal entre o paciente e o enfermeiro. Travelbee integra esse grupo de teóricos que compartilha a visão da Enfermagem como um processo interativo, que ocorre entre uma pessoa que necessita de ajuda e outra que está apta a ajudar, levando em consideração os valores, a singularidade e a dignidade daquela num processo deliberativo e terapêutico, mediado pela comunicação e fundamentado em conhecimentos sistemáticos e na participação do doente no seu processo terapêutico.

A partir desse enfoque, objetivou-se avaliar a aplicabilidade da Teoria da Relação Pessoa a Pessoa na

assistência à saúde da criança. Para tal, percorre-se, na dimensão interna, os componentes estruturais e funcionais da teoria; na dimensão externa, analisa-se o Modelo de Travelbee em relação à prática profissional de enfermagem, utilizando um estudo de caso vivenciado no Serviço Integrado de Assistência à Saúde da Criança da Universidade de Passo Fundo.

A Relação Pessoa a Pessoa de Travelbee

Constitui-se numa experiência singular entre a enfermeira e a pessoa receptora de seu cuidado e traduz o modo pelo qual a Enfermagem alcança o seu propósito. Travelbee² parte do pressuposto que o sofrimento é uma experiência comum que toda pessoa vivencia em algum momento de sua vida, particularmente em torno da doença. Essa experiência é dividida em fases, que vão desde o primeiro encontro (encontro original) até a fase do rapport. Uma Relação Pessoa a Pessoa estabelecida entre enfermeira e paciente, capacitaria o indivíduo a enfrentar o sofrimento.

O sofrimento é considerado "um sentimento de desprazer que varia de um simples desconforto transitório mental, físico ou espiritual à angústia extrema e até àquelas fases além da angústia, isto é, a fase nociva do 'não me importo' desesperado e a fase terminal de indiferença apática"³.

Para que a relação interpessoal possa se estabelecer são necessários os seguintes requisitos:

1. Compromisso emocional: é a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa, sem que este interesse possa inabilitar a enfermeira.

2. Aceitação e atitude não julgadora: implica em aceitar o paciente tal como é. A aceitação pode ser um processo automático ou constituir uma meta a alcançar. Através da atitude não julgadora a enfermeira deve esforçar-se por ter consciência dos juízos que formula sobre o paciente e seu comportamento para poder intervir com eficácia.

3. A objetividade e a relação enfermeira-paciente: A objetividade é considerada a "capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo prejuízos derivados de sentimentos pessoais"². A objetividade absoluta é inalcançável. Conseguir um grau razoável de objetividade constitui uma meta na interação enfermeira-paciente.

Fases da Relação Pessoa a Pessoa:

(a) Encontro original: é caracterizado pela primeira impressão causada pela enfermeira na pessoa do doente e por esta na enfermeira. Para Travelbee², o encontro original inicia quando seres que não se conhecem se encontram pela primeira vez e se tornam conhecidos um para o outro. Esta fase, caracteriza-se pelo estabelecimento de um pacto de trabalho entre a enfermeira e o paciente. Constitui uma etapa de observação e de mútua avaliação.

(b) Identidades emergentes: essa fase é caracterizada pela enfermeira e pessoa doente percebendo-se como indivíduos singulares. O vínculo da relação está começando a se formar.

(c) Empatia: caracteriza-se pela habilidade para compartilhar com outros a experiência pessoal. Travelbee acreditava em duas qualidades que acentuavam o processo de empatia: experiências semelhantes e o desejo de compreender a outra pessoa.

(d) Simpatia: simpatia vai além da empatia e ocorre quando a enfermeira deseja aliviar a causa da doença ou sofrimento do paciente. Quando uma pessoa simpatiza com alguém está envolvido, mas não incapacitado pelo envolvimento.

(e) Rapport: as fases anteriores culminam no rapport definido como todas aquelas experiências, pensamentos, sentimentos e atitudes que ambos, enfermeira e paciente, vivenciam e estão aptos a perceber, compartilhar e comunicar. Estabelece-se a cumplicidade devido ao conhecimento e as habilidades da enfermeira necessárias para assistir pessoas, e também porque ela consegue perceber, responder e apreciar a singularidade do ser humano doente.

MÉTODO

Travelbee² considera como processo de enfermagem aquilo que sucede entre a enfermeira e o paciente e permite reciprocidade de interpretação sobre a conduta do outro.

Etapas do Processo:

1 - Observação: transcrição da informação empírica sem interpretação. A enfermeira observa uma pessoa doente que pode (ou não) estar experimentando sintomas de uma doença particular e avalia (se possível com a mesma) as experiências subjetivas que a pessoa está vivendo. *Sempre se observa a pessoa, não os sinais da doença.*

2 - Interpretação: é a explicação da informação empírica; identificação do problema (diagnóstico).

Níveis de interpretação:

a) Nível de aceitação: assumir um fato como verdadeiro sem questionar ou duvidar;

b) Nível de opinião: conclusões subjetivas sobre as informações que podem ser falsas ou verdadeiras, válidas ou inválidas. Fundamentadas em experiências pessoais generalizadas e aplicadas a outras experiências;

c) Nível de suposição: conclusão ou interpretação provisória sujeita a investigação. Ao contrário das anteriores, admite a possibilidade de explicação diferente de sua suposição; d) Nível de hipótese - proposição suscetível de verificação. Pode ser alterada à medida que surjam novos dados. É o nível esperado na atuação da enfermeira.

3. Tomada de Decisão/Ação da Enfermeira: Decisão implica em estabelecer juízo sobre as formas de resolver um problema ou comprovar uma hipótese. Situa-se na esfera do conhecimento e não da ação. Ação é o que a enfermeira faz como resultado da decisão.

4. Avaliação das Ações de Enfermagem: processo de julgar, apreciar, estimar o valor da qualidade e eficácia da intervenção.

O Processo de Enfermagem Fundamentado no Referencial Teórico de Joyce Travelbee

Descrito a partir de uma situação vivenciada por uma das autoras deste estudo, no Serviço Integrado de Assistência à Saúde da Criança do Ambulatório Central (SIASC) da Universidade de Passo Fundo-RS.

O serviço: O serviço desenvolve ações prioritárias de prevenção e controle da morbimortalidade neonatal e pós-neonatal; a promoção do aleitamento materno; a manutenção do crescimento e desenvolvimento das crianças nos padrões de referência NCHS; a prevenção de disfunções nutricionais, o desenvolvimento do apego filho-família e a prevenção e o controle da morbimortalidade por doenças redutíveis. A clientela é constituída por crianças de zero a dois anos de idade encaminhadas por discentes, docentes e profissionais do Ambulatório Central e de outras instituições (ambulatórios periféricos, etc.).

A cliente: Marina^R, 22 anos, casada, católica, do lar, 2º grau incompleto, natural de Soledade, compareceu ao SIASC/UPF encaminhada por amiga que frequenta o serviço. Acompanhada pelo marido, Adelar^R, 24 anos, comerciante, católico, natural de Passo Fundo, traz o filho Mateus^R, 4 meses e 15 dias que apresenta distúrbio de sono desde o nascimento.

1º Encontro: Fase Introdutória ou de Orientação

Pré-interação: A enfermeira recebe a família, identifica seus membros, verifica o motivo da procura pelo serviço e o grau de conhecimento sobre a estrutura e funcionamento do mesmo. Apresenta-se à família, complementando as informações relacionadas ao serviço e permite aos pais optarem pela inclusão ou não de Mateus no Programa de Assistência à Saúde do Lactente.

Obtida a permissão e autorização para o acompanhamento de saúde, a enfermeira, preenche os dados de identificação no prontuário e realiza a entrevista com os pais.

Marina referiu que Mateus nunca havia dormido uma noite completa desde que nasceu. Costumava acordar com choro forte, entre meia-noite e uma hora, quando recebia a primeira mamadeira noturna e entre 4 e 5 horas quando mamava novamente. As mamadeiras eram precedidas de higiene e troca de fraldas. A mãe referiu ainda notar que Mateus acordava muitas vezes a noite, pois ouvia seus "resmungos". Nessas ocasiões, embalava-o nos braços e, após adormecer, recolocava-o no berço ao lado da cama do casal.

- E tu voltavas a dormir? perguntou a enfermeira.

- Não, não conseguia mais pegar no sono. Então ficava esperando os próximos choros.

- E como te sentes, se estás todo esse tempo dormindo pouco?

Marina olhou rapidamente para Adelar e, cabisbaixa, respondeu:

- Já me acostumei. A gente queria tanto um filho... fazia tempo que estávamos tentando... todo mundo perguntava quando a gente iria ter filhos.

- Quem é todo mundo?

- Os pais dele e os meus. Eles não tinham nenhum neto.

- E agora que têm?

- Agora, ele é o centro das atenções. É Mateus prá cá... Mateus prá lá... todo mundo curtindo.

- E quem te ajuda a cuidar dele?

- Ninguém, ele só fica comigo, não consegue ficar longe de mim de jeito nenhum.

- É por isso que ele continua dormindo no quarto de vocês?

Marina olhou surpresa para a enfermeira e respondeu:

- Nós nunca pensamos em tirar ele do quarto. É muito pequeno!

Olha para Adelar que confirma balançando a cabeça

A enfermeira esclareceu sobre o exame físico da criança e solicitou permissão para iniciá-lo no colo da mãe. Verificou sinais vitais e perímetro cefálico, com participação ativa de Marina que foi orientada a não acordar a criança nesta primeira etapa do exame para favorecer a verificação dos sinais vitais. Os pais foram informados que a primeira consulta é mais demorada e o exame mais minucioso do que as consultas subsequentes.

A seguir, a enfermeira solicitou novamente permissão aos pais para colocar a criança sobre a mesa de exames. Suavemente foi acordando Mateus, explicando-lhe (e indiretamente aos pais) o procedimento e o propósito do

exame físico. Os dados antropométricos foram anotados no prontuário pela mãe, que permaneceu sentada próximo ao berô. Os pais observaram com atenção o exame físico, interessando-se pelas mensurações (peso e estatura).

Marina mostra-se impaciente durante a entrevista, mas respondeu educadamente a tudo que lhe foi perguntado, bocejando várias vezes.

Adelar, olhos avermelhados, cabisbaixo, acompanhou silenciosamente a entrevista. Quando a enfermeira lhe dirigiu as perguntas, enrubeceu e olhou para Marina que prontamente respondeu por ele. Olhou no relógio algumas vezes e quando perguntado se achava que a consulta estava demorando muito, respondeu que estava preocupado com a hora porque precisava ir ao banco antes que encerrasse o expediente (faltavam 30 min.).

Mateus permaneceu durante todo o tempo no colo materno, adormecendo durante a entrevista que foi direcionada à queixa principal para evitar que Adelar atrasasse o seu compromisso bancário.

Interpretação: Família com distúrbio de sono por superinvestimento materno.

Tomada de Decisão/Ação: Concluído o exame físico a enfermeira analisa com os pais os principais achados: criança eutrófica, hidratada, alerta, ativa, com crescimento e desenvolvimento satisfatórios, sugando ativamente o brinquedo que trouxe à consulta, sem repercussão manifesta de déficit de sono, mas apresentando reação de temor durante o exame físico, voltando a cabeça em direção a sua mãe, chorando até que a mesma se aproximasse (e ela o fez prontamente) e o pegasse em seus braços.

A enfermeira analisou com os pais a situação, procurando mostrar que Mateus através de seu comportamento estava refletindo a preocupação e o cuidado excessivo da mãe com o seu bem estar. A vinda de um filho que foi muito esperado pode ter desencadeado esse excesso de cuidado, ao qual Mateus respondia com a impossibilidade de se manter afastado da mãe, mesmo que por pouco tempo.

Combinaram, então, algumas ações a serem implementadas pela mãe, tais como: manter o bebê no berço durante a noite, só o tomando nos braços se após algum tempo (\pm 20 min) de acalento (toque, voz suave, ...) continuasse com choro vigoroso; tirar gradativamente as trocas de fraldas e mamadeiras da madrugada, introduzir objetos de transição (fralda, ursinho,...) e aos poucos modificar o próprio comportamento, ensinando a criança a tolerar pequenas frustrações (esperas).

Ao término da consulta a enfermeira percebeu pela expressão facial da mãe, que ela estava prestes a verbalizar alguma coisa. Tentou oportunizar:

-Tu gostarias de dizer ou de perguntar alguma coisa Marina?

Marina hesitou. Olhou para Adelar que, controlando o relógio lembrou que estava quase na hora do banco fechar.

Avaliação: Agradeceram a consulta, perguntando se poderiam retornar. A enfermeira respondeu afirmativamente, lembrando que a criança estava matriculada no serviço e encaminhando-os à recepção onde agendariam a reconsulta.

2º Encontro: Fase das Identidades Emergentes/Empatia/Simpatia/Rapport

Pré-interação Um mês depois, na data marcada e uma hora antes do agendamento da consulta, a recepcionista do serviço informa a enfermeira que Mateus chegou e está aguardando na sala de espera. Entrega o prontuário, que será revisado pela enfermeira.

Observação/Avaliação: Marina entra com Mateus no colo. Senta-se. Demonstra estar mais à vontade do que no primeiro encontro.

A enfermeira dirigindo-se a Mateus pergunta:

- E o pai onde está Mateus?

Marina apressou-se em responder que o pai estava trabalhando.

- Muito bem Marina, que me contas do Mateus?

- O Mateus está dormindo melhor. Agora chora uma vez durante a noite, largou a mamadeira da meia-noite, mas das 4 horas em diante não tem jeito... acorda e não dorme mais.

- E como ele fica?
- Fica se batendo no berço, agora começou a se virar de um lado para outro. Aí eu tenho muito medo.
- Medo de quê?
- Medo que ele morra. Eu vi na TV aquele caso do bebê que morreu no berço dormindo.
- E aí, o que tu fazes?
- Como eu perco o sono mesmo, eu fico vendo se ele está bem, se está se mexendo. Às vezes até toco nele para ver se está bem mesmo... se continua vivo.

Interpretação: O distúrbio de sono está relacionado a uma experiência materna anterior.

Tomada de Decisão/Ação: Marina, na outra vez que nós conversamos eu fiquei com a impressão de que tu querias me falar alguma coisa. Queres me contar o que te preocupa?

Marina baixou a cabeça e começou a chorar.

Depois de alguns minutos, falou:

- Eu nunca pude contar para ninguém, mas eu fiz um aborto. Ninguém sabe, nem minha mãe, nem meu marido. Nós somos de famílias muito religiosas, meu pai sempre teve princípios muito rígidos. Eu namorava um cara, estava quase noiva e um dia ele insistiu muito para transar. Ele disse que eu não precisava me preocupar porque ele cuidava e cuidou mesmo, na hora "h" ele tirou, não sei como eu engravidei. Fiz vários exames para confirmar. Ele estava fazendo faculdade em Santa Maria e não quis assumir de jeito nenhum. Disse que não tinha condições de casar e muito menos de criar filhos antes de se formar. Fiquei apavorada. Meu pai nunca iria aceitar. Já tinha acontecido com uma prima minha e eu ouvi poucas e boas para "não seguir o mau exemplo". Fiquei bem desnorteada e acabei indo com meu namorado numa mulher que tirava. Pouco tempo depois terminamos o namoro.

- E depois, o que aconteceu?

- Eu comecei a namorar o Adelar, casamos e nada de engravidar. Eu comecei a pensar que tivesse sido castigo

por aquilo que eu tinha feito. Pensei que nunca mais pudesse ter filhos.

- Aí veio o Mateus...

- É, na gravidez eu morria de medo que Deus me tirasse ele. Então fiz pré-natal, fazia tudo que me mandavam fazer, lia livros, tomava vitamina... tudo.

- E depois que ele nasceu?

- Aí eu olhava prá essa criança tão linda, tão perfeita... e ficava com medo de ser castigada e de perder esse neném

- Por isso tu ficavas acordada praticamente a noite toda?

- Não sei, não tinha me dado conta disso... será?

- E então, para que nada acontecesse a ele tu te desdobravas, dia e noite em cuidado. Cuidado e mais cuidado, deixando o Mateus inseguro, com medo de ficar longe de ti, a ponto de não conseguir dormir, nem te deixar dormir.

- É acho que foi isso...

Enquanto Marina falava, Mateus dormia em seu colo. Após o desabafo, Marina ajudou a enfermeira no exame físico, interrogando sobre as características físicas do bebê, auscultando-o... medindo-o... Por fim acrescentou:

Avaliação:

- Pelo jeito é bem sadio mesmo, não teria porque morrer. Era só medo meu mesmo.

- Tu mesmo estás examinando e constatando isso.

Marina verbalizou que há muito tempo desejava tirar esse peso da consciência, mas nunca teve coragem.

- Estou me sentindo tão leve...

Agradeceu a enfermeira por ter tido a paciência de lhe ouvir.

Enfermeira lembra a Marina que o Serviço entrará em período de recesso de férias (dezembro, janeiro e fevereiro) e só voltará a funcionar em março. Ratifica que neste período se houver necessidade, a família poderá recorrer aos outros profissionais do Ambulatório.

Despedem-se com um abraço terno e demorado.

3º Encontro: Término da Relação

15 dias depois...

O Serviço preparava-se para entrar em férias escolares. Por isso, foram agendas muitas crianças para a última semana. Num dia bastante agitado, Marina apareceu sem marcar consulta. Pede para conversar rapidamente com a enfermeira entre as consultas. A enfermeira pergunta se pode aguardar até que ela atenda as outras crianças que estavam agendadas e atrasadas.

Dilema Ético

Ela diz que, neste caso, volta mais tarde.

Efetivamente, no final do turno Marina apareceu com Mateus nos braços e uma flor na mão:

- Eu só queria agradecer...

Dois anos depois, voltou com o segundo filho, recém-nascido, para iniciar o acompanhamento de saúde.

O relato acima permite evidenciar que, no desenrolar das consultas de enfermagem foi possível aplicar todos os

estágios do modelo de Relação Pessoa a Pessoa propostos por Travelbee, evoluindo-se do estágio do encontro original até o *rapport*, fase em que se estabelece a cumplicidade enfermeira/cliente. De forma similar, as etapas do processo de enfermagem puderam ser seguidas, observando-se coerência entre os elementos estruturais e uma lógica interna na progressão das fases de pré-interação, observação, interpretação, tomada de decisão/ação e avaliação. Esses elementos conferem à teoria de Travelbee consistência e adequação para a assistência de enfermagem à saúde da criança, no enfoque da interação em torno do sofrimento. Esse processo de intervenção psicossocial é passível e desejável que seja propiciado pela enfermeira, buscando o significado do sofrimento de algum familiar, que se esconde, freqüentemente, em sintomatologias de causas inespecífica apresentadas pela criança. Esse desafio requer certamente o desenvolvimento de aptidões básicas em saúde mental, base onde se apóia a teoria de Travelbee.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por valorizar o relacionamento humano, a autopercepção, o compromisso emocional e as atitudes pessoais, a Teoria Interpessoal de Travelbee conduz a uma prática existencial humanizada e solidária. O ser humano, entendido como um ser singular, estabelece com a

enfermeira uma relação de interdependência, e, através da comunicação e do respeito, atinge um nível terapêutico, que se efetiva através do fortalecimento pessoal propiciado pelo relacionamento de ajuda. Porém, Travelbee limitou a interação interpessoal em torno da doença e, mais especificamente, em componentes que dizem respeito à enfermagem: sofrimento e dor. A partir desses elementos propõe o processo de enfermagem como método para estabelecer uma relação interpessoal que permita a enfermeira ajudar o indivíduo a prevenir ou enfrentar a experiência da doença e do sofrimento e, encontrar significado nesta experiência.

O modelo de assistência de enfermagem, operacionalizado em algumas situações da prática assistencial, tem-se mostrado consistente e adequado por produzir mudanças de comportamento das enfermeiras. O estabelecimento de uma relação interpessoal e a estruturação da intervenção nos estágios que vão do encontro original até a cumplicidade, permitiram, no estudo de caso apresentado, atingir eficientemente a resolução de um problema de causa inespecífica apresentado pela criança, por meio do desvelamento de uma experiência de sofrimento materno, ajudando a mãe a encontrar significado nessa experiência e reconhecer o efeito de seu comportamento sobre a família.

Summary

FROM THE ORIGINAL ENCOUNTER TO THE COMPLICITY: THE TRAVELBEE INTERPERSONAL RELATIONSHIP

This work presents the analysis of an interaction between a nurse and a family based of the Travelbee Interpersonal Relationship Theory in the children's disorder of sleep. It describes the theory internal dimension aspects, specifying the developmental stages of the person to person relationship, and the steps of the method for the nursing assistance. The application of this theoretic-methodological referral evidenced internal logic and consistency in the nurse-client human relationship. The therapeutical efficiency of the personal relationship helped the patient to face the suffering experience and find the meaning in this experience, solving the problem of non-specific cause presented by the child and validating the theoretical proposal, that proved to be adequate to the assistance practice developed with the family.

Key words: Interpersonal Relationships, Health Assistance, Nursing; Child.

REFERÊNCIAS

1. Leopardi MT. Teorias em Enfermagem. Florianópolis (SC) : Editora da UFSC; 1998.
2. Travelbee J. Intervencion en Enfermería Psiquiátrica: el process de la relación de persona a persona. Caly : Carvagal, 1979.
3. Meleis AI. Theoretical Nursing: development and progress. Philadelphia : I.B. Lippineott Company, 1985.