ACTA

PAULISTA DE ENFERMAGEM

Orgão Oficial de Divulgação Científica da Escola
Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo / EPE

UNIFESP
ESCOLA PAULISTA ENFERMAGEM
1939

Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

Acta Paulista de Enfermagem/ Escola Paulista de Enfermagem/ Universidade Federal de São Paulo
Endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002
Acta Paul Enferm. v.26, fascículo(6), Novembro/Dezembro 2013
ISSN 1982-0194 (versão eletrônica)
Periodicidade: Bimestral
Tel.: +55 11 5576.4430 Ramais 2589/2590
E-mail: ape@unifesp.br
Home Page: http://www.unifesp.br/acta/
Facebook: facebook.com/ActaPaulEnferm
Twitter: @ActaPaulEnferm
Tumblr: actapaulenferm.tumblr.com

Conselho Editorial

Editor-Chefe
Sonia Maria Oliveira de Barros
Acta Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Editor Técnico
Edna Terezinha Rother
Acta Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Editores Associados
Departamento de Administração e Saúde Coletiva
Ana Lucia de Moraes Horta, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Elena Bohomol, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Elisabeth Niglio de Figueiredo, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica
Bartira de Aguiar Roza, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Edvane Birelo Lopes De Domenico, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
João Fernando Marcolan, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Ruth Ester Assayag Batista, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Departamento de Enfermagem Pediátrica
Ariane Ferreira Machado Avelar, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher
Erika de Sá Vieira Abuchaim, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Rosely Erlach Goldman, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Comissão Editorial

Nacional
Alacoque Lorenzini Erdmann, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis-SC, Brasil
Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Cibele Andrucioli de Matos Pimenta, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EE/USP, São Paulo-SP, Brasil
Circéa Amália Ribeiro, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Conceição Vieira da Silva-Ohara, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Elucir Gir, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
Emília Campos de Carvalho, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
Isabel Amélia Costa Mendes, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Ivone Evangelista Cabral, Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
Janine Schirmer, Universidade Federal de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
Josete Luzia Leite, Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Universidade Federal do Ceará-UFC, Fortaleza-CE, Brasil
Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis-SC, Brasil
Margareth Ângelo, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
Margarita Antônia Villar Luís, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Maria Antonieta Rubio Tyrrel, Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
Maria Gaby Rivero Gutiérrez, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Maria Helena Costa Amorim, Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Vitória-ES, Brasil
Maria Helena Lenardt, Universidade Federal do Paraná-UFP, Curitiba-PR, Brasil
Maria Helena Palucci Marziale, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
Maria Júlia Paes da Silva, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
Maria Márcia Bachion, Universidade Federal de Goiás-UFG, Goiânia-GO, Brasil
Maria Miriam Lima da Nóbrega, Universidade Federal da Paraíba-UFPB, João Pessoa-PB, Brasil
Mariana Fernandes de Souza, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
Paulina Kurcgant, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
Raquel Rapone Gaidzinski, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
Silvia Helena De Bortoli Cassiani, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
Telma Ribeiro Garcia, Universidade Federal da Paraíba-UFPB, João Pessoa-PB, Brasil
Valéria Lerch Garcia, Universidade Federal do Rio Grande-UFRGS, Rio Grande-RS, Brasil

Internacional

Barbara Bates, University of Pennsylvania School of Nursing - Philadelphia, Pennsylvania, EUA
Donna K. Hathaway, The University of Tennessee Health Science Center College of Nursing; Memphis, Tennessee, EUA
Dorothy A. Jones, Boston College, Chestnut Hill, MA, EUA
Ester Christine Gallegos-Cabriales, Universidad Autónomo de Nuevo León, Monterrey, México
Geraldyne Lyte, University of Manchester, Manchester, United Kingdom, EUA
Helen M. Castillo, College of Health and Human Development, California State University, Northbridge, California, EUA
Jane Brokel, The University of Iowa, Iowa, EUA
Joanne McCloskey Dotcherman, The University of Iowa, Iowa, EUA
Kay Avant, University of Texas, Austin, Texas, EUA
Luz Angelica Muñoz Gonzales, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile
Margaret Lunney, Staten Island University, Staten Island, New York, EUA
María Consuelo Castrillón Agudelo, Universidad de Antioquia, Medellín, Colômbia
Maria Müller Staub, Institute of Nursing, ZHAW University, Winterthur, Suiça
Martha Curley, Children Hospital Boston, Boston, New York, EUA
Patricia Marck, University of Alberta Faculty of Nursing, Edmonton Alberta, Canadá
Shigemi Kamitsuru, Shigemi Kamitsuru, Kangolabo, Tokyo, Japão
Sue Ann P. Moorhead, The University of Iowa, Iowa, EUA
Tracy Heather Herdman, Boston College, Massachusetts, EUA

Escritório Editorial

Bruno Henrique Sena Ferreira
Maria Aparecida Nascimento

Projeto Gráfico

Adriano Aguina

Acta Paulista de Enfermagem – (Acta Paul Enferm.), tem por missão divulgar o conhecimento científico gerado no rigor da metodologia, da pesquisa e da ética. O objetivo deste Periódico é publicar resultados de pesquisas originais para o avanço das práticas de enfermagem clínica, cirúrgica, gerencial, ensino, pesquisa e informática em saúde.
Membro da Associação Brasileira de Editores Científicos

Universidade Federal de São Paulo

Reitor da Universidade Federal de São Paulo
Soraya Soubhi Smaili

Vice-Reitor da Universidade Federal de São Paulo
Valeria Petri

Diretor da Escola Paulista de Enfermagem
Sonia Maria Oliveira de Barros

Vice-Diretor da Escola Paulista de Enfermagem
Heimar de Fátima Marin

Departamentos da Escola Paulista de Enfermagem

Administração e Saúde Coletiva
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Enfermagem Clínica e Cirúrgica
Solange Diccini

Enfermagem Pediátrica
Myriam Aparecida Mandetta

Enfermagem na Saúde da Mulher
Ana Cristina Freitas Vilhena Abrão

Realização

Apoio

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons.
No rumo da sustentabilidade e acessibilidade, a Acta Paulista de Enfermagem é publicada exclusivamente na versão digital.

Editorial

A pós-graduação *stricto sensu* é reconhecida pela sociedade e órgãos públicos como o ensino de excelência das universidades. É considerada pela comunidade científica como o nível de ensino superior mais bem-sucedido do país.

Por aproximadamente 40 anos, o sistema de educação superior no Brasil contou exclusivamente com a modalidade de *Mestrado Acadêmico.* Os primeiros cursos de *Mestrado Profissional* só começaram a ser oferecidos no final dos anos noventa. A implementação desta nova modalidade teve como um de seus principais objetivos as demandas de qualificação dos profissionais que atuam em áreas vinculadas ao mundo do trabalho.

Sua razão de existir é responder a uma necessidade de capacitação diferente e não se constitui, em absoluto, numa alternativa com padrões de exigência mais ou menos rigorosos do que aqueles adotados pela modalidade Acadêmica.

A partir de 2009, com legislação pertinente, o Mestrado Profissional ganhou impulso em várias áreas de atuação, incluindo a Enfermagem. Apesar deste aumento considerável, o número ainda é pequeno quando comparado ao Mestrado Acadêmico: em 2012, representava 6% dos programas de pós-graduação *stricto sensu* na área da Enfermagem.

Para instituições de ensino que ministram o mestrado acadêmico a decisão de iniciar o mestrado profissional ainda é polêmica. Pesam na decisão a vocação da instituição e a composição do corpo docente permanente, se constituído principalmente por acadêmicos ou por profissionais que atuam no mundo do trabalho.

Nas instituições de ensino que vão iniciar as atividades de mestrado, muitas discussões devem ser realizadas para análise de qual modalidade aproveitaria as características da instituição, principalmente seu caráter inovador na área da saúde e em desenvolvimento tecnológico.

Na minha instituição, optamos pelo mestrado profissional por acreditar que o seu papel é transmitir conhecimentos e compartilhar os resultados de pesquisas e produtos dos alunos com outros serviços de saúde. Essa troca permite o avanço e a disseminação da prática de enfermagem, além da produção de novas formas de cuidar e gerenciar em Saúde.

Andréa Gomes da Costa Mohallem
Vice-Diretora da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein

Sumário

Artigos Originais

Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão
Application of the Braden Scale in the home setting: incidence and factors associated with pressure ulcers
Jaqueline de Paula Chaves Freitas, Luiz Ronaldo Alberti 515

Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos
Meanings attributed to palliative care by nursing undergraduates
Karoline dos Santos Germano, Silmara Meneguin 522

Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa
Influences of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer
Thalyne Yuri de Araújo Farias Dias, Isabelle Katherine Fernandes Costa, Marina de Góes Salvetti, Cristina Kátya Torres Teixeira Mendes, Gilson de Vasconcelos Torres 529

Instrumento para avaliação da integridade tissular dos pés de portadores de diabetes *melittus*
Instrument for assessing tissue integrity of the feet of patients with diabetes mellitus
Natália Chantal Magalhães da Silva, Érika de Cássia Lopes Chaves, Emília Campos de Carvalho, Denise Hollanda Iunes 535

Concepções de cuidado e sentimentos do cuidador de crianças com câncer
Conceptions of care and feelings of the caregiver of children with cancer
Daniela Doulavince Amador, Altamira Pereira da Silva Reichert, Regina Aparecida Garcia de Lima, Neusa Collet 542

Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher
Profile of police reports related to violence against women
Daniele Ferreira Acosta, Vera Lucia de Oliveira Gomes, Edison Luiz Devos Barlem 547

Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito
Development and validation of an informative booklet on bed bath
Juliana de Lima Lopes, Luiz Antônio Nogueira-Martins, Dulce Aparecida Barbosa, Alba Lucia Bottura Leite de Barros 554

O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas
The work environment in public and private intensive care units
Alexandre Pazetto Balsanelli, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha 561

Risco para diabetes *mellitus* tipo 2 e fatores associados
Risk for type 2 diabetes mellitus and associated factors
Niciane Bandeira Pessoa MarinhoHérica Cristina Alves de Vasconcelos, Ana Maria Parente Garcia Alencar, Paulo César de Almeida, Marta Maria Coelho Damasceno 569

Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio
Quality of Life of patients undergoing coronary artery bypass grafting
Andréia Lima Matos Dal Boni, José Eduardo Martinez, Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann 575

Sentimentos dos cuidadores de usuários de bebidas alcoólicas frente à internação
Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission
Flávia Antunes, Sonia Silva Marcon, Magda Lúcia Félix de Oliveira 581

Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar
Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding
Andressa Peripolli Rodrigues, Ludmila Alves do Nascimento, Regina Cláudia Melo Dodt, Mônica Oliveira Batista Oriá, Lorena Barbosa Ximenes..... 586

Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental
Family Health Strategy: community resources in mental health care
Jacqueline de Souza, Letícia Yamawaka de Almeida, Tatiana Maria Coelho Veloso, Sara Pinto Barbosa, Kelly Graziani Giacchero Vedana..... 594

Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca
Self-care actions in patients with heart failure
Heloisa Ribeiro do Nascimento, Vilanice Alves de Araújo Püschel..... 601

Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial
Violence against women: the limits and potentialities of care practice
Ethel Bastos da Silva, Stella Maris de Mello Padoin, Lucila Amaral Carneiro Vianna..... 608

Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão

Application of the Braden Scale in the home setting: incidence and factors associated with pressure ulcers

Jaqueline de Paula Chaves Freitas[1]
Luiz Ronaldo Alberti[1]

Descritores
Avaliação em enfermagem; Cuidados de enfermagem; Úlcera por pressão/epidemiologia; Visita domiciliar; Continuidade da assistência ao paciente

Keywords
Nursing assessment; Nursing care; Pressure ulcer/epidemiology; Home visit; Continuity of patient care

Submetido
5 de Novembro de 2013

Aceito
27 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Estimar a capacidade da Escala de Braden em predizer o surgimento de úlcera por pressão no âmbito domiciliar, conhecer a incidência da úlcera por pressão neste grupo e os seus fatores associados.
Métodos: Trata-se de um estudo de coorte prospectivo que incluiu 183 pacientes. Foram estudadas variáveis demográficas e clínicas, grau de acometimento cognitivo e comprometimento de atividades da vida diária. A Escala de *Braden* foi aplicada em seis visitas domiciliárias mensais acompanhadas por seis meses em um Programa de Acompanhamento Domiciliar.
Resultados: A incidência de úlcera por pressão encontrada foi de 20%. A pontuação com melhor representatividade para considerar risco de desenvolvimento de úlcera foi o ponto de corte 18. O grau de classificação no programa de acompanhamento domiciliar, *Alzheimer* e Acidente Vascular Encefálico foram fatores preditores ao surgimento do agravo.
Conclusão: A Escala de *Braden* demonstrou ser efetiva no âmbito domiciliar para predizer o surgimento de úlceras por pressão. A incidência de úlcera por pressão no acompanhamento domiciliar foi de 20%. E os fatores associados foram: Grau no Programa de Acompanhamento Domiciliar, *Alzheimer* e Atividades da Vida Diária.

Abstract

Objective: Estimate the capacity of the Braden Scale for predicting the onset of pressure ulcers in the home environment, and learn the incidence of pressure ulcers in this group and their associated factors.
Methods: This is a prospective cohort study that included 183 patients. Demographic and clinical variables, degree of cognitive impairment and impairment of activities of daily living were studied. The *Braden* Scale was applied in six monthly home visits that were monitored for six months in a Homecare Monitoring Program.
Results: The incidence of pressure ulcers found was 20%. The score with the best representation as for the risk of ulcer development was the cutoff point 18. The degree of classification in the homecare monitoring program, Alzheimer disease and stroke were predictive factors in the emergence of the disorder.
Conclusion: The *Braden* Scale was effective in the home environment to predict the onset of pressure ulcers. The incidence of pressure ulcers in homecare monitoring was 20%, and the associated factors were the degree in the Homecare Monitoring Program, Alzheimer and activities of daily living.

Autor correspondente
Jaqueline de Paula Chaves Freitas
Rua Domingos Vieira, 590, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30150-240
jaquelinechavesjp@yahoo.com.br

[1]Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A úlcera por pressão acomete pacientes com restrições dos movimentos e da sensibilidade. É definida como área de necrose tissular que se forma quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e superfície dura, por um período de tempo.[1] Seu tratamento ocupa o terceiro lugar em gastos em saúde, sendo ultrapassado somente pelo tratamento do câncer e cirurgia cardíaca.[2]

Estudo internacional identificou prevalência deste agravo em8% na Alemanha, 20% na Suécia, 23% na Itália, 24% na Holanda.[3] No Brasil identificou-se incidência de 41%.[4]

A pressão por contato é o fator de risco principal. A pressão maior que 32 mmHg para arteríolas e 12 mmHg para vênulas por período prolongado impede o fluxo sanguíneo adequado, reduza nutrição no local e propicia a deterioração tissular.[1,5,6]

Outro fator de risco, a força de cisalhamento, ocorre quando o paciente permanece imóvel na cama, enquanto as camadas da pele movimentam-se, sendo comum em pacientes posicionados com a cabeceira muito elevada (> 30º).[1]

Fricção ocorre quando duas superfícies atritam-se uma contra a outra. Situação comum nos episódios de agitação e ao arrastar o paciente no leito na mudança de decúbito.[1]

Além dos fatores externos como riscos para o desenvolvimento de úlcera por pressão, existem também os fatores internos relacionados como desnutrição, anemia e doenças crônicas.[1]

O estadiamento classifica a úlcera por pressão em estágio I, II, III e IV; em tamanho, pequena, média, grande ou extensa; em tipo de tecido: necrótico, de granulação ou epitelização; e em tipo e quantidade de secreção, dentre outras.[7]

As escalas de predição de úlceras tem se mostrado importantes para identificar pacientes de risco, permitindo direcionar os cuidados. Dentre os indicadores de validação de uma escala, têm-se: sensibilidade: mede a proporção de verdadeiros positivos entre os casos; especificidade: mede a proporção de verdadeiros negativos entre os controles; valor preditor positivo (VPP): mede a proporção de verdadeiros positivos entre os expostos; valor preditor negativo (VPN): mede a proporção de verdadeiros negativos entre os nãos expostos.[8]

De forma geral considera-se que uma escala está validada quando se tem quantitativo de trabalhos que demonstram sua eficácia.[8]

A Escala de *Braden* é a mais utilizada na prática clínica brasileira. Foi publicada em 1987 e validada para o Brasil em 1999.Avalia seis categorias diferentes: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento.[4-6]

As cinco primeiras subescalas são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de um a três. A somatória total está entre os valores de seis a 23. A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver UP.[5]

Estudo conduzido no âmbito domiciliar brasileiro aponta que 70,2% dos pacientes apresentaram risco de desenvolver UP, com uma prevalência de 19,1%.[9]

A literatura sugere a necessidade de novas pesquisas a fim de esclarecer a validade das escalas de predição não só em ambiente hospitalar, mas em outros cenários como asilos e domicílios para determinar a melhor escolha em predizer o risco de lesões.[2]

O Programa de Acompanhamento Domiciliar se caracteriza por diminuir o índice de internação hospitalar, realizar procedimentos simples e atividades preventivas no domicílio, oferecendo maior conforto ao paciente e diminuição do custo para os convênios.[9]

Os objetivos deste trabalho foram: estimar a capacidade da Escala de *Braden* em predizer o surgimento de úlcera por pressão no âmbito domiciliar, conhecer a incidência da úlcera por pressão neste grupo e os seus fatores associados.

Métodos

Trata-se de estudo de coorte, prospectivo, realizado em um Programa de Acompanhamento Domiciliar, na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil.

Neste programa há uma subdivisão de pacientes baseada no número de diagnósticos, grau de cognição, comprometimento de atividade de vida diária, dentre outros, proporcionando estipular a frequência das visitas dos profissionais.

A atividade da vida diária indica a capacidade do indivíduo em praticar atividades do cotidiano como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, caminhar e sair do leito.[10]

O déficit cognitivo é um parâmetro que avalia a capacidade mental do paciente, sua capacidade de guardar, assimilar e repassar informações, orientação temporal e espacial. Os pacientes são divididos em ausência de déficit ou déficit leve, moderado e intenso.[10]

Considerando esses parâmetros, os pacientes são distribuídos em quatro graus: Grau I, II, III e IV havendo uma escala ascendente de complexidade, sendo os pacientes do grupo IV com maior nível de instabilidade clínica, comprometimento de atividades da vida diária e déficit cognitivo.

O estudo epidemiológico e a aplicação clínica da Escala de *Braden* foram realizados com 183 pacientes incluídos no programa, residentes na região Centro Sul de Belo Horizonte. As visitas de enfermagem para essa população foram programadas, uma vez ao mês e antecipada nos casos de surgimento de lesões ou alta hospitalar. Foram inclusos na amostra pacientes pertencentes à classificação "grau III e IV"; sem UP prévia; participantes do acompanhamento por pelo menos um mês. Foram excluídos os que vieram a óbito; receberam altaou exclusão do acompanhamento.

As variáveis de estudo foram: sexo, idade, cor da pele, diagnósticos principais, tempo de acompanhamento no programa, medicamentos em uso, grau de acometimento cognitivo e comprometimento de atividades da vida diária. A Escala de *Braden* foi aplicada em cada visita domiciliária durante a coleta de dados que se estendeu no período de janeiro a junho de 2012.

Na análise estatística foi realizada comparação dos fatores categóricos com o desenvolvimento de úlceras. Foram utilizados o teste Qui-quadrado de *Pearson* ou teste Exato de *Fisher*, teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e teste t de *Student* (análise univariada/ Epi Info™ 7.0 com significância para p< 0,05). Nesta, as variáveis que apresentaram probabilidade de associação <0,25 foram recalculadas na análise multivariada (*Stata* 10.3) a fim de excluir qualquer associação espúria. Foram consideradas ao final desta, as variáveis com valor p<0,05. Além dos valores de p, foi calculado o *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança de 95% (IC). Prova diagnóstica ou de triagem foi utilizada para calcular valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN da EB.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Fizeram parte da casuística 126 (68,9%) pacientes do sexo feminino e 57 (31,1%) do sexo masculino. Não houve relação estatística entre o sexo e o surgimento da UP (p= 0,83).

A média de idade entre os participantes que desenvolveram UP foi de 82,5 ± 12,1 anos e entre os que não desenvolveram UP foi de 80,2 ± 10,9 anos. Não houve diferença relacionada à idade entre os pacientes que desenvolveram, ou não, a úlcera (p= 0,36).

Quanto à cor da pele, a maioria dos pacientes foi classificada como leucodérmicos (133 pacientes), seguida pelos feodérmicos (36 pacientes) e melanodérmicos (13 pacientes). Não houve relevância estatística entre a cor da pele e o surgimento do agravo (p= 0,22).

Diante da classificação de acompanhamento domiciliar, constatou-se que 64,9%dos pacientes que desenvolveram úlcera apresentaram grau IV, enquanto que 61,6% dos pacientes que não desenvolveram úlcera apresentaram grau III (p= 0,00).

Em relação ao déficit cognitivo teve-se que 81% dos pacientes que desenvolveram úlcera apresentaram déficit grave e moderado. Não foram observadas úlceras em pacientes sem déficit cognitivo. Essa variável foi relevante ao surgimento do agravo (p= 0,00).

O comprometimento de atividades da vida diária foi expressivo ao surgimento de úlcera: 97,3% dos pacientes que desenvolveram úlcera apresenta-

ram comprometimento de atividades da vida diária (p <0,0001).

Quanto ao número e classificação das novas úlceras, observou-se o surgimento de 56 lesões, com a incidência de 20%. Verificou-se que 83% dos pacientes apresentaram apenas uma úlcera, 42,9% apresentaram úlceras no estágio I e 32,7% no estágio III, 96,2% dos pacientes apresentaram úlceras pequenas. Observou-se que 48,6% dos pacientes desenvolveram UP na região sacral, seguida da região dos calcâneos e trocantéricas, ambos com 19,2%.

O estudo das comorbidades presentes na amostra relacionada com o desenvolvimento de úlcera por pressão revelou que os pacientes portadores de *Alzheimer* (p= 0,00), AVE (p= 0,04) e *Parkinson* (p = 0,00) são predisponentes ao surgimento do agravo, de acordo com a análise univariada. Outras comorbidades estudadas e que não foram consideradas fatores de risco à úlcera foram: hipertensão arterial sistêmica (p= 0,42); Cardiopatia (p= 0,09) e Diabetes *Mellitus* (DM) (p= 0,94).

As doenças em ordem decrescente de prevalência foram: Hipertensão Arterial Sistêmica com 67,8%, seguidas de Cardiopatia 30,1%, DM 27,3%, *Parkinson* 20,2%, *Alzheimer* 17% e AVE 14,2%.

Na tabela 1, observa-se que as drogas anti-demenciais e ansiolíticas se associaram ao surgimento de úlcera por pressão (p= 0,00 e p =0,03 respectivamente), de acordo com análise univariada.

Tabela 1. Desenvolvimento de úlcera por pressão, relacionado com uso de medicamentos

Medicamentos	Desenvolvimento de úlcera		*p-value*
	Sim n(%)	Não n(%)	
Anti hipertensivos	22(59,5)	96(65,8)	0,51
Ansiolíticos	20(54,1)	51(34,9)	0,03
Anti-coagulantes	16(43,2)	60(41,1)	0,82
Anti demenciais	11(29,7)	13(8,9)	0,00
Anti depressivos	11(29,7)	35(24)	0,53
Diuréticos	10(27)	51(34,9)	0,65
Hipoglicemiantes	10(27)	37(25,3)	0,84
Cardiotônicos	7(18,9)	47(32,2)	0,12
Outros	35(94,6)	128(87,7)	

A tabela 2 descreve os escores da Escala de *Braden* (total e por categoria) entre os participantes. Houve diferença estatística entre todas as variáveis (p= 0,00). Observa-se que os menores escores estão presentes nos pacientes que desenvolveram úlcera.

Tabela 2. Desenvolvimento de úlcera por pressão

EB e suas Subescalas	Sim n(Escore)	Não n(Escore)	*p-value*
Escala de *Braden* Total	37 (12,5 ± 3,3)	146 (18,4 ± 4,1)	0,00
Percepção sensorial	37 (2,3 ± 0,9)	146 (3,4 ± 0,9)	0,00
Umidade	37 (2,4 ± 0,6)	146 (3,2 ± 0,7)	0,00
Atividade física	37 (1,7 ± 0,7)	146 (2,7 ± 0,8)	0,00
Mobilidade	37 (1,8 ± 0,7)	146 (3,6 ± 0,9)	0,00
Nutrição	37 (2,6 ± 0,6)	146 (3,2 ± 0,6)	0,00
Fricção e cisalhamento	37 (1,6 ± 0,6)	146 (2,5 ± 0,6)	0,00

Relacionando-sea idade dos pacientes com seus respectivos escores da Escala de *Braden* (total) e o surgimento de úlcera por pressão, percebe-se que a partir de70 anos tem-se diferença estatística entre os participantes (p= 0,00). De acordo com os cálculos estatísticos para o grupo menor de 60 anos e entre 60 – 69 anos, encontra-se p= 0,20. Para o grupo entre 70 – 79 anos, 80 – 89 anos e > 90 anos, todos apresentam p= 0,00. Pode-se então afirmar que a partir de 70 anos, a pontuação baixa na escala tem forte relação com o surgimento doagravo. Avaliando-se os pacientes com suas respectivas classificações de risco,dentre os classificados como sem risco (19 a 23 pontos), nenhum paciente desenvolveu úlcera.

A tabela 3 traz os resultados dos cálculos de avaliação diagnóstica ou de triagem baseado em escores da escala sugeridos pela literatura. O ponto de corte 18 foi o que apresentou melhores índices de representatividade, com 100% de sen-

sibilidade, definindo a efetividade da escala em predizer o risco, além do melhor índice de VPN (100%) garantindo que todos os pacientes que não desenvolveram úlcera, haviam sido classificados como sem risco.

Tabela 3. Valores de sensibilidade, especificidade, valor preditor positivo e valor preditor negativo

Ponto de corte	Sensibilidade %	Especificidade %	VPP %	VPN %
≤ 10	23,4	93,15	52,28	79,07
≤ 11	45,95	91,78	58,62	87,01
≤ 12	51,35	88,36	52,78	87,76
≤ 13	56,76	86,99	52,5	88,81
≤ 14	70,27	80,82	48,15	91,47
≤ 15	78,38	78,08	47,54	93,44
≤ 16	83,78	75,34	46,27	94,83
≤ 17	89,19	69,18	42,31	96,19
≤ 18	100	61,64	39,78	100

Legenda: VPP – Valor Preditor Positivo; VPN – Valor Preditor Negativo

A Escala de *Braden* foi aplicada durante os seis meses de acompanhamento e quatorze pacientes apresentaram diminuição da pontuação. Dentre esses, dez desenvolveram lesão no domicílio, relacionado com piora do quadro, ou seja, houve uma relação direta entre a queda do escore da escala e o aparecimento da úlcera.

A análise multivariada relacionou os fatores estudados com o desenvolvimento de úlcera por pressão, evidenciando que grau no Programa de Acompanhamento Domiciliar, *Alzheimer* e AVE são fatores independentes e significativosao surgimento do agravo.

Observa-se que a classificação dos pacientes de acordo com grau no Programa aumenta as chances em desenvolver úlceras em 2,3 vezes (*Odds Ratio*= 2,3, p= 0,03 e Intervalo de Confiança 95%= 1,05 a 5,23). *Alzheimer* aumenta as chances em 4,1 vezes (*Odds Ratio*= 4,1, p= 0,00 e Intervalo de Confiança - IC 95% = 1,68 a 10,23). AVE aumenta as chances em 2,9 vezes (*Odds Ratio* = 2,9, p= 0,02 e Intervalo de Confiança 95%= 1,12 a 7,96).

Discussão

Considerando os dados demográficos da população estudada, observou-se maior frequência de idosos (96,2%). Esse resultado justifica-se pela natureza da pesquisa, pois as situações de limitação da mobilidade são mais frequentes nessa faixa etária.[9]

A idade não foi estatisticamente significante ao surgimento da úlcera por pressão, embora o envelhecimento esteja relacionado com a diminuiçãoda elasticidade, da textura, da circulação, bem como da sensibilidade periférica.[3]

A predominância de pacientes do sexo feminino era esperada, considerando que, no Brasil, as mulheres têm maior sobrevida que os homens.[9] A relação do sexo com o surgimento de úlcera por pressão não foi relevante nessa pesquisa (p= 0,83). Já em estudo realizado em um hospital na região nordeste do Brasil indicou maior percentual de úlceras por pressão no sexo feminino. Dados demográficos demonstram que as mulheres apresentam maior longevidade que os homens, o que as levam a períodos mais longos de doenças crônicas.[11]

A não relevância da cor da pele no surgimento da úlcera pode estar relacionadaao baixo índice de melanodérmicos na amostra, comparado com a grande maioria leucodérmica.

A relação dos pacientes de déficit cognitivo grave e moderado com o desenvolvimento de úlcera por pressão deve-se a permanência no leito, uma vez que o grau de acometimento da cognição interfere na capacidade de se movimentar.[10]

O comprometimento de atividades da vida diária foi estatisticamente significativo para o surgimento de úlcera por pressão já que a redução da capacidade funcional está associada à diminuição da mobilidade.[9]

Quanto à quantidade de úlceras por paciente, em outros estudos na mesma região brasileira, 48% a 57% dos pacientes apresentaram lesão única.[12]

São poucas as publicações que citam o tamanho das lesões, os resultados desta variável neste estudo se assemelha com outra que aponta 55,9% de lesões pequenas a médias.[12]

A maior incidência de úlceras na região sacral seguida dos calcâneos também foi relatada em in-

vestigação realizada em unidades de terapia intensiva de hospitais universitários brasileiros.[7]

Pesquisa realizada em assistência domiciliar na cidade de São Paulo constatou que 63,8% dos pacientes apresentaram doenças do sistema circulatório, tais como hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias, seguidos de 48,9% de distúrbios degenerativos como doença de *Alzheimer* e *Parkinson*.[9] Resultados que se assemelham à presente investigação.

A relação encontrada na análise univariada entre o uso de drogas ansiolíticas, anti-demenciaise o desenvolvimento de úlcera por pressãonão foi descrita na literatura. Os ansiolíticos podem estar relacionados com alterações na percepção sensorial decorrente do usocontínuo de psicotrópicos. Já os anti-demenciais podem estar relacionados com asdesabilidades físicas ocasionadas pelo quadro demencial de quem usa esse tipo de medicamento.

Quanto aos aspectos relevantes da Escala de *Braden*, o predomínio de novas úlceras em pacientes com pontuação baixa é uma característica que se confirma nesse estudo. Em investigação sobre a validade preditiva dessa escala, foi demonstrado que os escores mostram decréscimo em todas as subescalas, quando os sujeitos apresentam lesão.[5]

A pontuação baixa para os pacientes acima de 70 anos é significativa para o surgimento do agravo, resultado também descrito em pesquisa realizada em lar de idosos na mesma região brasileira onde 50% dos pacientes acima de 70 anos apresentavam úlcera por pressão.[13]

No presente estudo apontuação 18 foi comprovada como delimitadordos pacientes com ausência de risco para desenvolver lesão. Com isso podemos dizer que dentre o grupo de pacientes estudado, os que estão abaixo desse limite de pontuação possuem algum risco de desenvolver o agravo e merecem atenção profilática.

O ponto de corte 18 como definição de pacientes de risco se assemelha com pesquisa realizada também no domicílio na qual os níveis de sensibilidade e VPN de 100 %.[6]

A frequência recomendada para a aplicação da Escala de *Braden* é controversa. Estudo recomenda que os protocolos institucionais determinem essa frequência de acordo com as características da unidade onde o paciente está sendo atendido.[4] Na presente investigação foi admitida a frequência mensal e de acordo com eventualidades.

A relação significativa e independente encontrada nesse estudo pela análise multivariada entre classificação por grau de PAD e surgimento de UP, deve-se ao fato da classificação de nível IV englobar pacientes com piores níveis de mobilidade. *Alzheimer* e AVE deve-se ao fato dessas doenças trazerem sequelas, como alteração da capacidade perceptiva, circulação sanguínea, oxigenação e mobilidade, favorecendo a formação de UP.[7]

Conclusão

A incidência de úlcera por pressão no acompanhamento domiciliar é de 20%. Grau no Programa de Acompanhamento Domiciliar, *Alzheimer* e Atividades da Vida Diária são fatores preditoresao surgimento desse agravo. A Escala de *Braden* demonstrou ser efetiva no âmbito domiciliar para predizer os pacientes com maior risco de desenvolver úlceras por pressão.

Colaborações

Freitas JPC, Alberti LR contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Rodrigues MM, Souza MS, Silva JL. [Sistematization of nursing care to prevent pressure-related tissue injury]. Cogitare Enferm. 2008;13(4):566-75. Portuguese.
2. Serpa LF, Santos VL, Campanili TC, Queiroz M. [Predictive Validity of the Braden Scale for pressure ulcer risk in critical care patients] Rev Latinoam Enferm. 2006;19(1): 50-7. Portuguese.
3. Araujo TM, Araujo MF, Caetano JA. [Comparison of risk assessment scales for pressure ulcers in critically ill patients]. Acta Paul Enferm. 2009;24(5):695-700. Portuguese.
4. Gomes FS, Bastos MA, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. [Factors associated to pressure ulcers in patients at adult intensive care units]. Rev Esc Enferm USP. 2007;44(4):1070-6. Portuguese.

5. Souza DM, Santos VL, Keiko HI, Oguri MY. Predictive validity of the *Braden* Scale for pressure ulcer risk in elderly residents of long-term care facilities. Geriatric Nurs. 2010;31(2):95-104.

6. Paranhos WY, Santos VL. [Risk assessment for pressure ulcer through the Braden Scale in Portuguese]. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(especial):191-206. Portuguese.

7. Sales MM, Borges EL, Donoso MT. [Pressure ulcers risk and prevalence in an admissions unit in a Belo Horizonte teaching hospital]. Rev Min Enferm. 2008;14(4):566-75. Portuguese.

8. Fernández FP, Hidalgo PL, Agreda JS, Garcìa CB. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Rev Gerokomos. 2008; 19(3):133-44.

9. Campos EM, Caliri MH. [Pressure ulcer in patients under home care]. Acta Paul Enferm. 2007;23(1):29-34. Portuguese.

10. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. [Functional elderly assessment]. Scientia Medica. 2007;18(1):4-9. Portuguese.

11. Silva EW, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VT. [Applicability of the prevention protocol of pressure ulcers in intensive care unit]. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(2):175-85. Portuguese.

12. Rogenski NM, Santos VL. [Incidence of pressure ulcers at a university hospital]. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(4):474-80. Portuguese.

13. Chacon JM, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly livingin long-stay institutions in São Paulo. São Paulo Med. 2007; 127(4):211-5.

Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos

Meanings attributed to palliative care by nursing undergraduates

Karoline dos Santos Germano[1]
Silmara Meneguin[1]

Descritores
Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; Estudantes de enfermagem; Temas bioéticos

Keywords
Palliative care; Intensive care units; Students, nursing; Bioethical issues

Submetido
22 de Outubro de 2013

Aceito
27 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Desvelar o significado atribuído pelos alunos do quarto ano de curso de graduação em enfermagem à experiência de cuidados paliativos.
Métodos: Estudo qualitativo realizado em população de 33 graduandos de enfermagem cursaram a disciplina curricular de assistência de enfermagem ao paciente crítico. As entrevistas foram transcritas e analisadas utilizando-se a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo.
Resultados: Os resultados retratam a formação profissional focada no modelo biomédico e curativo de assistência, além do despreparo para enfrentar as situações de morte e morrer no contexto da assistência paliativa.
Conclusão: Foram desvelados os seguintes significados pelos graduandos: sentimentos de impotência e frustração ao lidar com a morte, o dilema entre ser enfermeiro e ser docente e a dificuldade em lidar com os familiares dos pacientes em cuidado paliativo.

Abstract

Objective: To reveal the meaning given by the students of the fourth year of nursing undergraduate course in the experience of palliative care.
Methods: Qualitative study carried out in a population of 33 nursing undergraduates who attended the curriculum subject of nursing care for critically ill patients. The interviews were transcribed and analyzed using the methodological strategy of the Collective Subject's Discourse.
Results: The results depict the professional training that is focused on the biomedical and curative model of care, as well as unprepared to face the situations of death and dying in the context of palliative care.
Conclusion: The following meanings were unveiled by undergraduates: feelings of powerlessness and frustration in dealing with death, the dilemma between being a nurse and being a teacher and the difficulty in dealing with family members of patients in palliative care.

Autor correspondente
Silmara Meneguin
Av. Prof. Montenegro, s/n, Botucatu, SP, Brasil. CEP: 18618-970
silmeneguin@fmb.unesp.br

[1]Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Os avanços científicos e tecnológicos, ocorridos nas ultimas décadas, associados ao desenvolvimento da terapêutica contribuíram para institucionalização da morte em unidades de terapia intensiva.

No entanto, o modelo de assistência preconizado nestas unidades, pautados no intervencionismo e no curativismo não permitem o cuidado em todos os seus aspectos,[1] principalmente para os terminais, que a despeito da utilização dos mais sofisticados recursos para manutenção da vida em determinado momento do quadro evolutivo da doença esgotam-se as possibilidades terapêuticas.[2]

Neste cenário, cuidados paliativos constituem modalidade emergente de assistência no fim da vida, alicerçados dentro de um modelo de cuidados totais, ativos e integrais, legitimados pelo direito de morrer com dignidade.[3]

O cuidado no contexto da assistência paliativa diferencia-se do curativo porque reafirma a vida, e encara a morte como realidade. Tem como finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente e familiar diante de uma doença avançada, por meio da prevenção e alívio de sofrimento, tratamento de dor e valorização da cultura, espiritualidade, costumes, valores, além de desejos e crenças que permeiam a morte.[4,5]

A despeito das evidências científicas sobre necessidade de preparar o graduando para enfrentar a morte o currículo nas instituições de ensino superior na área da saúde aindanão tem assegurado a contextualização da temática de modo consistente e realístico, como mostra a literatura.[6]

Os métodos de ensino, na maioria dos cursos de graduação da área da saúde, ainda permanecem no modelo tradicional, descontextualizado muitas vezes da realidade e focado nos aspectos fisiopatológicos e técnicos do processo saúde-doença. Com isso, o modo de cuidar continua fundamentado no modelo cartesiano de atenção, mecanicista, centrado na curae reabilitação da doença.[7]

Por isso, a morte ainda incomoda e desafia a onipotência dos profissionais de saúde, ensinados apenas a cuidar da vida, mas não da morte.[8,9] Lidar com a morte é angustiante e desgastante, gera sentimentos de impotência, frustração e insegurança, pois não são preparados para lidar com todos os de sentimentos negativos e ambivalentes presentes na situação.[8]

Neste sentido, combater a morte pode dar falsa ideia de força e controle, e quando ocorrem àsperdas, sem possibilidade de vivenciar o luto, uma das consequênciaspode ser o adoecimento, em função da excessiva carga de sofrimento sem elaboração, e muitas vezes até mesmo sem espaço para cuidar da dor.[10] Fato que nos obriga a repensar valores e considerar noção mais abrangente de vida, levando em conta a dimensão espiritual do ser humano e a unicidade de cada ser.

O objetivo deste trabalho foi desvelar o significado atribuído pelos alunos do quarto ano de curso de graduação em enfermagem à experiência de cuidados paliativos.

Métodos

Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. A escolha por este tipo de abordagem decorreu da opção de compreender os significados, os motivos, as aspirações, as atitudes e as crenças apoiados na natureza do objeto do estudo.[11]

Foi realizada em curso de graduação em enfermagem de universidade publica do interior de SP, com atividades assistenciais, ensino e pesquisa. Os sujeitos foram constituídos de alunos regularmente matriculados, que cursaram a disciplina de assistência de enfermagem ao paciente crítico, ministrada no sétimo semestre e com vivência de estágio curricular em UTI adulto, pediátrica e neonatal.

Na intenção de que os alunos revelassem sua experiência ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos internados em unidades de terapia intensiva, foram elaboradas quatro questões norteadoras: Conta para mim, o que significou para você a experiência de cuidar de pacientes em cuidados paliativos, durante a disciplina assistência de enfermagem ao paciente crítico? Na sua percepção, o que contribui para facilitar a assistência prestada a um paciente em cuidados paliativos? Na sua percepção, quais foram as maiores difi-

culdades enfrentadas ao prestar assistência a um paciente em cuidados paliativos?

Após as entrevistas, as falas foram transcritas e iniciou-se a análise dos discursos obtidos utilizado a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O desenvolvimento da pesquisa atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram realizadas entrevistas individuais com 33 alunos, a totalidade, no segundo semestre de 2012. Destes, 97% eram do sexo feminino, idade média 23 anos, sendo a mínima de 21 e máxima de 27.

A partir da análise da transcrição das entrevistas, foram identificadasas ideias centrais, expressões-chave e organizados os discursos dos três temas que emergiram das questões norteadoras. A seguir, são apresentados os temas com as respectivas ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo.

Tema 1. Vivenciando o processo de cuidar de pacientes no contexto da assistência paliativa

Ideias centrais:

- Experiência singular durante a graduação;
- Assistência complexa;
- Medo, insegurança e imaturidade;
- Possibilidade de prestar assistência integral;
- Despreparo emocional;
- Percepção e valorização da dor do outro;
- Preocupação em oferecer morte digna;
- Segurança transmitida pelo docente;
- Importância do relacionamento com os familiares.

Discurso do Sujeito Coletivo

Cuidar de um paciente em cuidados paliativos, é bem diferente, é bem complicado, você pode ler 500 mil artigos, pode procurar na literatura, mas é uma experiência que você nunca terá se não vivenciar. Agora posso olhar a assistência de outro jeito, antes era uma coisa médica, olhava mais o problema, agora olho o paciente e como um todo. É muito complexo, no começo temos medo, ficamos inseguros, pois além de bloqueios pessoais é muito aparelho e tecnologia. Eu ficava bastante insegura durante os procedimentos, sentia um pouco de medo de causar alguma coisa para o paciente, algum desconforto, pois são pessoas que queremos que estejam bem, mas ao mesmo tempo ainda somos muito imaturas. Apesar de estarmos no quarto ano, ainda não temos preparo emocional suficiente para cuidar deste tipo de paciente, mas com a tutoria da professora fica mais tranquilo. Para mim, trouxe também a valorização da dor do outro, valorizo agora muito mais a situação daquela pessoa que não tem condição de falar, de se mover, e de interagir. Os profissionais da equipe de enfermagem são os únicos nesta área que tem percepção da dor do outro. Aprendi a dar mais valor para a vida, para o paciente, mesmo sabendo que não vai ter mais cura, que não tem mais prognóstico. Você aprende a dar mais valor para a vida, para o seu paciente, mesmo que você saiba que ele não vai mais ter cura, que não tem prognóstico, você tenta dar o melhor de você, para conseguir colaborar para uma morte digna. Também se deve ter sensibilidade para perceber que o paciente está inserido em um meio social, e a enfermagem tem que saberlidar com a dor família. Foi como cuidar de um paciente com um bom prognóstico, enquanto existir vida existe cuidado, concomitante a isso, há nós, enfermeiros.

Tema 2. Facilidades identificadas pelos graduandos no contexto da assistência paliativa

Idéias centrais

- Atuação docente;
- Interdisciplinaridade;
- Comunicação;
- Amor a profissão;
- Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Preocupação com morte digna;
- Humanização no atendimento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Para prestar qualquer tipo de assistência precisamos ter sensibilidade e nos colocarmos no lugar do paciente, até porque você vai fazer aquilo que você gostaria que fizessem com você. Ter o docente ao lado para tirar as nossas dúvidas também faci-

litou o cuidado, pois nos passam segurança. E na atuação, a interação com a equipe interdisciplinar facilita a assistência porque acaba tendo um compartilhamento de saberes. A comunicação é fundamental, um facilitador do cuidado e imprescindível na passagem de plantão. A sistematização da assistência facilitou o atendimento durante o estágio, pois através dela pudemos realizar um atendimento completo, coletando informações importantes e que servirampara toda equipe. A humanização e o respeito são essenciais e sempre que possível era permitido que a família permanecesse com o paciente neste momento delicado. Não podemos pensar somente em cura, temos que pensar em prestar uma assistência humanizada para que ele tenha uma morte digna. Para trabalhar com cuidados paliativos é necessário amor à profissão para prestar uma assistência de qualidade.

Tema 3. Cuidados paliativos: sentimentos, dificuldades e necessidades

Ideias centrais:

- Dificuldade no relacionamento com familiares;
- Dificuldade em lidar com a morte;
- Dificuldade em estabelecer comunicação não verbal;
- Sentimento de impotência e frustração;
- Preocupação com morte digna;
- Complexidade do cuidado;
- Registros incompletos no prontuário;
- Falhas na comunicação interpessoal.

Discurso do Sujeito Coletivo

Para mim a maior dificuldade de prestar assistência a esse paciente é saber que ele vai embora. O próprio fato de lidar com a morte é complicado, pois num primeiro momento vem o sentimento de impotência, é difícil aceitar a ideia de que aquele seu paciente, que muitas vezes você cuidou por um longo período, que criouvínculo, está ali na sua frente e já não se pode oferecer um tratamento curativo.Nós, profissionais da área da saúde, temos um bloqueio para a morte que deve ser vencido, chegamos da graduação querendo apenas a cura, querendo salvar vidas, mas em cuidados paliativos temos que entender que devemos oferecer o melhor, para que o paciente tenha uma morte digna. O tema "morte" precisa ser muito bem tratado em sala de aula, falamos muito de vida, mas ninguém fala de morte, tratamos como se não fosse acontecer com ninguém, com nenhum paciente, e quando você cuida de um paciente em cuidados paliativos a morte fica muito próxima. Precisamos perceber também que o tempo é um agente facilitador e ele faz com que passemos a aceitar mais facilmente a morte. Outra dificuldade é ele não interagir com você, ele é totalmente dependente, é preciso de muita gente para cuidar de um só paciente, além de ser muito complexo. Por outrolado, lidar com a família é muito complicado, pois estão muito sensibilizados e na faculdade não aprendemos a lidar com esta situação. A impossibilidade do paciente de se comunicar também dificulta a assistência, pois é importante conhecermos as sensações do paciente, se ele sente dor, frio, fome, entre outras sensações. Para tanto, devemos utilizar todo conhecimento adquirido durante os primeiros anos de faculdade em comunicação. Os registros incompletos no prontuário também dificultama transmissão de informações a respeito do paciente, além dos problemas de comunicação entre a equipe, que deveria ser interdisciplinar.

Discussão

A realização deste estudo possibilitou desvelar o significado atribuído pelos alunos do quarto ano de curso de graduação em enfermagem em relação à experiência de cuidar de pacientes em cuidados paliativos.

Apesar da recente construção desta filosofia, em todos os níveis de atenção no país, há número considerável de estudos sobre a temática, principalmente após implantação do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.[12] No entanto, as lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde têm sido apontadas na literaturacomo obstáculo para o cuidado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura.[5]

Cuidados paliativos transcendem o modelo assistencial tradicional, pois são pautados em abordagem holística, interdisciplinar, humanizada e sem intervenções para antecipar ou adiar a morte. O conceito de morte que ainda prevalece no meio acadêmico e profissional está relaciona-

do ao fracasso, pois são ensinados a cuidar da vida e não da morte,[13] como evidenciado nos relatos dos participantes.

A morte ainda é considerada um momento de derrota, é como se travassem uma luta imaginária, em que morrer significa perder a batalha.[14,15] Cuidados paliativos não necessariamente determinam o insucesso das intervenções em saúde, mas constituem abordagem de cuidado diferente, que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e familiar, por meio do alivio da dor e do sofrimento, controle de sintomas, aliados ao suporte psicossocial e espiritual.[5]

A despeito destas considerações desvelasse nos relatos sentimentos de impotência e frustração ao lidar com a morte. Dados estes corroborados em estudo realizado com graduandos que cuidaram de pacientes terminais, e que atribuíram as dificuldades à própria incapacidade de aceitar a morte, ao despreparo e à inexperiência.[16]

Diante deste contexto, as diretrizes da educação nacionalpara os cursos de graduação em enfermagem trazem a necessidade de formação de profissionais preparados para enfrentar a morte e qualificados para prestar assistência pautada em princípios éticos e humanistas.

Durante a disciplina de assistência de enfermagem ao paciente crítico há espaço formal programado para orientação e discussão com o grupo acerca das dificuldades vivenciadas no campo de estágio, principalmente relacionadas ao enfrentamento da morte. Nota-se que as percepções são subjetivas e individuais e muitas vezes atreladas às experiências prévias de morte de entes queridos que ficaram internados na unidade de terapia intensiva, em condição similar.

Neste processo, o graduando começa a reviver o fato ocorrido com entes queridos e aflora a dificuldade até então velada em lidar com o fato, pois o modo pelo qual as pessoas morrem permanece na memória dos que continuam vivos.[17]

Para tanto, deve-se considerar as experiências sociais acumuladas de cada aluno e seu contexto social, de modo a construir a partir daí, um ambiente acolhedor em que o aluno se sinta parte do todo e esteja totalmente aberto a novas aprendizagens. Além disso, o docente deve estar ciente de que não basta tratar somente conteúdos atuais em sala de aula, mas também resgatar conhecimentos numa perspectiva ampla, para que os alunos possam interpretar suas experiências e suas aprendizagens na vida social.[18]

É fato também que ainda existem muitas indagações de como o processo da morte e do morrer vem sendo trabalhado na formação do graduando de enfermagem, pois o educar para cuidar de pessoas em processo de morte requer reflexão do existir humano, do pensar e aceitar a própria finitude.[19]

Desse modo, deve-se também considerar o preparo do docente para abordar o assunto no campo de estágio frente à ocorrência de morte. Estudo sobre morte no âmbito hospitalar mostrou que os docentes de enfermagem agem nestas circunstâncias sem reflexão, desvinculando muitas vezes o fazer do sentir.[20]

Neste momento, há o dilema entre ser enfermeiro e ser docente, e com isso a postura esperada de atitude e acolhimento do aluno pelo mesmo nem sempre é colocada em prática, pois também depende da sua concepção de morte.[19]

A morte, além de ser evento biológico, também é uma construção social que pode ser vivida de distintas maneiras pelos profissionais de acordo com os significados compartilhados para esta experiência, uma vez que são influenciadas pelo contexto histórico, social e cultural. Portanto, deve ser concebida como um processo e não como fim, e deste modo ser trabalhada durante a graduação.[21]

A ação docente é a base de uma boa formação escolar e contribui para a construção de uma sociedade pensante e transformadora. Entretanto, para que isso seja possível, o docente precisa assumir seu verdadeiro compromisso e encarar o caminho do aprender a ensinar, responsabilidade esta que precisa ser trabalhada e desenvolvida.[22]

Posto que, o cuidado não é tarefa ou relação simples, mas via de mão dupla em que os profissionais são continuadamente desafiados ao ensino, aprendizagem e ao diálogo consciente, sejam com o cliente, a família ou equipe interdisciplinar.[23]

Na análise dos depoimentos foi possível apreender também a dificuldade dos alunos em lidar com

os familiares de pacientes no contexto da assistência paliativa internadosem unidade de terapia intensiva. A família, neste contexto, deve ser entendida como unidade social que pode ter ou não laços legais ou de consanguinidade com o paciente, e cujo envolvimento é condição indispensável para humanização da assistência.

Mesmo quando a família se encontra emocionalmente abalada e fragilizada continua ocupando papel de destaque na vida do paciente, e certamente, contribui para que o mesmo se sinta protegido, seguro, amado e amparado nesta situação de imensa fragilidade.

Na terminalidade os familiares costumam ocultar o que sente para a pessoa em fase de terminalidade, no esforço para transmitir uma falsa alegria e não demonstrar o pesar com a chegada da morte.[24] Reconhecer a singularidade do paciente e dos seus entes queridos, nesse momento de sua vida, requer do profissional respeito profundo de sua condição humana e de sentimentos diante da morte, eque também devem contemplar as demandas do cuidado na formação deste futuro profissional.

Assim como a comunicação, pedra angular no contexto da assistência paliativa e parte integrante do cuidado de saúde, que não se resume apenas em troca de mensagens. É processo subjetivo e complexo à medida que ocorre entre pessoas com experiências, cultura, valores, interesses e expectativas diferentes, e que expressam pensamentos desiguais,[25] e portanto deve ser valorizada e incentivada.

A percepção dos graduandos de enfermagem atribuída à experiência de cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura retrata a formação profissional focada no modelo biomédico e curativo de assistência. A análise dos depoimentos evidencia que os participantes não estão preparados para lidar e vivenciar o processo de morte em UTI, apesar de alguns participantes terem verbalizado a preocupação em oferecer morte digna.

Embora a disciplina de assistência de enfermagem ao paciente crítico tenha espaço para reflexão acerca da temática em sua grade, como sugerido na literatura, os resultados mostram que talvez isto não seja suficiente para atender as demandas de formação deste profissional e construção de seu próprio conhecimento.

A educação para a morte também deve contemplar a sensibilização dos alunos para sentimentos e reflexões acerca do assunto de uma maneira mais ampla e com abordagem do tema desvinculado-a somente do contexto hospitalar, além de abordagens teóricas e multidisciplinares que trazem a riqueza de vários pontos de vista.[10]

Nesta mudança de paradigma, uma gama de informações deve fundamentar o ensino na graduação e precisa ser disseminada e articulada com um conhecimento que não se esgota na sala de aula, mas que deve ser considerado ponto de partida para espaços de reflexão individual e coletiva, que propicie mudanças na prática assistencial de enfermagem.[26]

Realizar uma abordagem sobre estas questões também nos remete a reflexão acerca do papel de educador, das nossas próprias concepções de finitude e também de aceitação da morte como parte integrante da vida, desvelando assim o pano de fundo que a sustenta.[27]

Conclusão

Foram desvelados os seguintes significados pelos graduandos: sentimentos de impotência e frustração ao lidar com a morte, o dilema entre ser enfermeiro e ser docente e a dificuldade em lidar com os familiares dos pacientes em cuidado paliativo.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, processo 2012/04973-0

Colaborações

Germano KS contribuiu com a concepção, coleta e análise dos dados e redação do artigo. Meneguin S colaborou com a concepção, elaboração do projeto, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão para publicação.

Referências

1. Chaves AA, Massarollo MC. Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in intensive care units. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):30-6.
2. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? Rev Assoc Med Bras. 2001;47(2):92.
3. Floriani CA, Schramm FR. Palliative care: interfaces, conflictsand necessities. Cienc Saúde Coletiva. 2008;13(Supl 2):2123-32.
4. Seki NH, Galheigo SM. The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell. Interface Comunic Saúde Educ. 2010;14(33):273-84.
5. Boemer MR. About palliative care. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):500-1.
6. Silva AM, Silva MJ. Preparation of student nurses to approach the theme of death and organ donation. Rev Esc Enferm UERJ. 2007;15(4):549-54.
7. Costa SC, Figueiredo MR, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. Interface - Comunic Saude Educ. 2009;13(Supl 1):571-80.
8. Rezende VL, organizador. Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Unicamp; 2000.
9. Gutierrez BA. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003.
10. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
11. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portarian.º 19GM/MS, de 03 de janeiro de 2002 [Internet]. [citado 2013 Nov 26]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_019.pdf.
13. Oliveira JR, Brêtas JR, Yamaguti L. Nursing students' reflections on death and dying. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):477-83.
14. Marengo MO, Flávio DA, Silva RH. Completion of life: bioethics and humanization in health. Medicina (RibeirãoPreto). 2009;42(3): 350-7.
15. Oliveira JR, Brêtas JR, Yamaguti L. Death and dying according to nursing students' representations. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):386-94.
16. Sadala ML, Silva FM. Taking care of terminal patients: nursing students' perspective. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):287-94.
17. Donchin Y, Seagull FJ. The hostile environment of the intensive care unit. Curr Opin Crit Care. 2002;8(4):316-20.
18. Bulgraen VC. Papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento. Rev Conteúdo. 2010;1(4):30-8.
19. Pinho LM, Barbosa MA. The professor-student relationship in coping with dying. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):107-12.
20. Carvalho MD, Valle ER. Sendo como aluno no mundo da enfermagem: a morte no cotidiano do hospital [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1998.
21. Fratezi FR, Gutierrez BA. Family caregiver of elderly patients in palliative care: the process of dying at home. Cienc Saúde Coletiva. 2011;16(7):3241-8.
22. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
23. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3a ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
24. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
25. Araújo MM. A comunicação no processo de morrer. In: Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. Santos FS, editor. São Paulo: Ateneu; 2009.
26. Camacho AC, Santo FH. Reflecting on nursing care and teaching. Rev Latinoam Enferm. 2001;9(1):13-7.
27. Bellato R,Araujo AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. The process of dying and the death's approach made by teachers in a nursing graduation course. Acta Paul Enferm. 2007;20(3):255-63.

Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa

Influences of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer

Thalyne Yuri de Araújo Farias Dias[1]
Isabelle Katherine Fernandes Costa[1]
Marina de Góes Salvetti[1]
Cristina Kátya Torres Teixeira Mendes[1]
Gilson de Vasconcelos Torres[1]

Descritores
Cuidados de Enfermagem; Assistência ao paciente; Avaliação em enfermagem, Úlcera varicosa; Qualidade de vida

Keywords
Nursing care; Patient care; Nursing assessment; Varicose ulcer; Quality of life

Submetido
1 de Novembro de 2013

Aceito
27 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Verificar a influência da assistência e das características clínicas na qualidade de vida de pacientes com úlcera venosa.

Métodos: Estudo transversal com amostragem por conveniência que incluiu 100 portadores de úlcera venosa. Utilizou-se um formulário estruturado contendo variáveis sociodemográficas e de saúde, características da assistência e da úlcera venosa e um instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde.

Resultados: A média dos domínios do SF-36 foi baixa. Observou-se associação entre as características da assistência e os domínios capacidade funcional e dor. As características clínicas da lesão mostraram associação com os domínios: capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais.

Conclusão: Os pacientes com úlcera venosa apresentam prejuízos em todos os domínios da qualidade de vida. As características da assistência e da lesão influenciaram a qualidade de vida desse grupo de pacientes, sugerindo que uma assistência integral e de qualidade pode colaborar na melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Abstract

Objective: To assess the impact of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer.

Methods: Cross-sectional study with convenience sampling encompassing 100 patients with venous ulcer. The research was conducted using a structured form composed of sociodemographic and health variables, caregiving characteristics and venous ulcer characteristics, as well as a health-related quality of life instrument.

Results: The study showed a low mean for SF-36 domains and pointed out an association between health care characteristics, and functional capacity and pain domains. Clinic characteristics of the wound were associated with the following domains: functional capacity, pain, general health status, vitality, and social aspects.

Conclusion: Patients with venous ulcer present impairments in all quality of life domains. The characteristics of both the caregiving service and the wound influenced the quality of life of this group of patients, indicating that a comprehensive and high quality care may contribute towards the improvement of these patients' quality of life.

Autor correspondente
Gilson de Vasconcelos Torres
Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Natal, RN, Brasil.
CEP: 59078-970
gilsonvtorres@hotmail.com

[1]Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Qualidade de vida é um termo amplo que envolve conceitos que vão além do controle dos sintomas, redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida. O objetivo do tratamento deixa de ser a cura e passa a ser a reintegração do indivíduo, com asmelhores condições, para viver com saúde e qualidade.[1-3]

A doença venosa crônicaacomete diferentes faixas etárias e afeta diretamente a qualidade de vida e o aspecto socioeconômico, pois pode afastar o indivíduo de suas atividades normais, além de provocar, muitas vezes, a aposentadoria precoce.[2]

A prevalência da doença venosa crônica é de 20,0% da população adulta em países ocidentais, com 3,6% de casos de úlcera ativa ou cicatrizada, que no Brasil é a 14ª causa de afastamento temporário do trabalho.[4] Só no ano 2000 foram 61.000 internações relacionadas em hospitais públicos, e dessas, 13.000 foram devido a úlceras abertas.[4,5]

O impacto negativo da úlcera venosa crônica na qualidade de vidaé relatado particularmente em relação aos domínios dor, função física e mobilidade. [6] A depressão e o isolamento social também são reportados como manifestações decorrentes da DVC, sobretudo pela presença da úlcera.[2,6]

A úlcera venosa é um peso para a comunidade em relação ao custo dos cuidados e encargos para o indivíduo em termos de qualidade de vida relacionada à saúde. Sua cicatrização é o desfecho de interesse no tratamento, mas estudos também incorporam outros desfechos, como mudanças na saúde e na qualidade de vida.[7,8]

A visão abrangente de como a doença influencia a vida do indivíduo permitiria uma abordagem terapêutica direcionada com maiores chances de eficácia.[9] Este estudo teve como objetivo verificar a influência da assistência e das características clínicas na qualidade de vida de pacientes com úlcera venosa(UV).

Métodos

Estudo transversal com amostra de conveniência composta por 100 pacientes com úlcera venosa, atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário. Os critérios de inclusão no estudo foram: úlcera venosa; idade maior que 18 anos e ser atendido no Hospital Universitario Onofre Lopes. O critério de exclusão foi apresentar úlcera de origem arterial ou mista.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de angiologia no período de junho a novembro de 2011, com a utilização de um formulário estruturado e o instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde, SF-36.[10] Foram investigadas variáveis sociodemográficas e de saúde, características da assistência e características da úlcera venosa.

As variáveis relacionadas a assistência foram: adequação dos materiais utilizados, terapia compressiva, tempo de tratamento, local e responsável pela realização do curativo, orientações, exames, consulta com especialista, referência e contra-referência e registros no prontuário. As variáveis relacionadas a lesão foram: recidivas, tempo de UV, área da UV, condições do leito da ferida, exudato, odor, perda tecidual, dor, sinais de infecção e coleta de *swab*/ biópsia. A partir dessas categorias foi possível calcular um escore, que foi determinado por ser um fator positivo (valor=1) e negativo (valor=0), representando as variáveis quantitativas. Em seguida, estas variáveis foram reclassificadas em variáveis nominais, tomando-se por parâmetro a mediana.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. E uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Esse instrumento avalia tanto os aspectos negativos (doença), quanto os positivos (bem-estar).[10]

Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados, exportados e analisados em um software informatizado, para análise estatística dos dados. Foram realizadas análises descritivas com frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, mínimo e máximo, além de análise inferencial nos cruzamentos das variáveis, com nível de significância estatística de p-valor ≤ 0,05. O Teste de *Mann Whitney* foi utilizado para verificação de diferen-

çaentre as médias dos escores dos domínios da QV em relação as características da assistência e da lesão.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A caracterização da amostra indicou predomínio de pessoas com mais de 60 anos (55,0%), sexo feminino (69,0%), casados (62,0%), baixa escolaridade (83,0%), com profissão (56,0%) e renda menor que 1 salário mínimo (76,0%).

A tabela 1 apresenta o escore médio dos domínios do SF-36, que foi baixo em todos os domínios, destacando-se os mais prejudicados: aspecto físico, capacidade funcional e aspectos sociais.

Tabela 1. Média, desvio padrão (DP), valores máximos e mínimos dos domínios do SF-36

Domínios do SF-36	Média(DP)	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	14,85(20,20)	0	100
Aspecto físico	4,75(16,16)	0	100
Dor	33,97(27,43)	0	100
Estado geral de saúde	36,01(15,68)	5	77
Vitalidade	42,25(23,91)	5	100
Aspectos sociais	27,38(24,29)	0	100
Aspecto emocional	32,00(45,92)	0	100
Saúde mental	55,84(24,58)	8	100

Na tabela 2 pode-se observar os escores médios dos domínios do SF-36, segundo o número de características positivas da assistência.

As características da assistência influenciaram a capacidade funcional (p=0,005) e a dor (p=0,001). Os pacientes que tiveram 4 a 10 características positivas na assistência apresentaram capacidade funcional melhor e menor impacto da dor na qualidade de vida.

Analisou-se também a influência das características clínicas da úlcera venosa na qualidade de vida dos pacientes (Tabela 3). As características da lesão afetaram a capacidade funcional (p=0,001), a dor (p=0,001), o estado geral de saúde (p=0,014), a vitalidade (p=0,001) e os aspectos sociais (p=0,022). Os pacientes com mais características positivas da UV apresentaram melhor capacidade funcional, menos dor, melhor estado geral de saúde, mais vitalidade e menor impacto da ulcera nas atividades sociais.

Tabela 2. Médias dos domínios e dimensões do SF-36 segundo o número de características positivas da assistência

Domínios do SF-36	Características positivas da assistência	n	Média	*p-value*
Capacidade funcional	1-3	69	45,25	0,005
	4-10	31	62,19	
Aspecto físico	1-3	69	48,62	0,074
	4-10	31	54,69	
Dor	1-3	69	42,92	0,001
	4-10	31	67,37	
Estado geral de saúde	1-3	69	47,26	0,095
	4-10	31	57,71	
Vitalidade	1-3	69	47,16	0,085
	4-10	31	57,94	
Aspectos sociais	1-3	69	47,25	0,083
	4-10	31	57,73	
Aspecto emocional	1-3	69	49,85	0,685
	4-10	31	51,95	
Saúde mental	1-3	69	47,02	0,073
	4-10	31	58,24	

Tabela 3. Médias dos domínios e dimensões do SF-36 segundo características clínicas da úlcera venosa

Domínios do SF-36	Características clínicas positivas da UV	n	Média	*p-value*
Capacidade funcional	1-4	50	39,54	0,001
	5-10	50	61,46	
Aspecto físico	1-4	50	49,09	0,371
	5-10	50	51,91	
Dor	1-4	50	37,34	0,001
	5-10	50	63,66	
Estado geral de saúde	1-4	50	43,35	0,014
	5-10	50	57,65	
Vitalidade	1-4	50	40,91	0,001
	5-10	50	60,09	
Aspectos sociais	1-4	50	44,12	0,022
	5-10	50	56,88	
Aspecto emocional	1-4	50	46,70	0,114
	5-10	50	54,30	
Saúde mental	1-4	50	46,17	0,135
	5-10	50	54,83	

Discussão

Entre os participantes do estudo verificou-se predomínio de mulheres e de pessoas com mais de 60 anos, dados que se assemelham aos de outras pesquisas, que mostram tendência maior da ocorrência de UV entre mulheres e dessa faixa etária.[11-13]

Identificou-se escolaridade baixa neste grupo de pacientes, fator comum entre pacientes que convivem com úlceras venosas. O baixo nível educacional pode interferir diretamente na compreensão e assimilação dos cuidados relevantes à saúde, em especial às lesões, bem como na mudança de condutas e atitudes no domicílio.[14-17]

Quanto à profissão dos pesquisados pode-se destacar: empregada doméstica, lavadeira, agricultora, cozinheira e camareira, entre outras. Profissões semelhantes foram encontradas em outras pesquisas, nas quais predominaram atividades com mobilidade reduzida, longos períodos em posição ortostática e tempo curto de repouso, podendo ser fatores de risco para o desencadeamento da hipertensão venosa nos membros inferiores, surgimento e cronicidade das UV.[12,13]

Em relação à renda verificou-se que a maioria dos pacientes tinha renda baixa, fato identificado por outros autores como fator de risco para desenvolver úlceras de perna, mesmo quando controlado para fatores como idade e sexo.[18] A presença de úlcera venosa é uma fonte adicional de despesas, essencialmente pelo tratamento farmacológico e materiais para os curativos. Em uma situação econômica deficitária, a presença da ferida e os cuidados que esta demanda são fatores capazes de desestabilizar o equilíbrio financeiro da família, podendo afetar também a qualidade de vida desses indivíduos.

Esses achados corroboram outros estudos, que indicam que a condição socioeconômica pode levar pacientes a outras atividades laborais informais ou à dependência de familiares, provocando desgaste nas relações familiares.[16,18]

Os baixos escores de qualidade de vida observados na presente pesquisa confirmam achados de outros estudos, que afirmam que a úlcera venosa constitui-se em ameaça substancial a varias dimensões da qualidade de vida.[9,19,20]

A presente pesquisa avaliou a influência das características da assistência na qualidade de vida de pacientes com úlcera venosa e encontrou associação significativa entre aassistência prestada, a capacidade funcional e a dor. Esse achado sugere que uma assistência de qualidade pode ter impacto positivo na funcionalidade e na percepção de dor, confirmando achados de pesquisa que concluiu que as melhores práticas da assistência promoveram redução da dor e mais independência nas atividades de vida diária em pacientes com úlceras crônicas.[21]

Em relação à influência das características da lesão na qualidade de vida desse grupo de pacientes observou-se que os domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais apresentaram associação com as características da lesão, sugerindo que a melhora da lesão pode refletir em melhora desses aspectos da qualidade de vida. Pesquisa que comparou a QV de pacientes com úlceras ativas e úlceras cicatrizadas concluiu, no entanto, que a cicatrização da úlcera não contribuiu para a melhora da qualidade de vida dos pacientes, em oposição aos achados do presente estudo.[22]

Se as características da assistência e da lesão estão associadas àcapacidade funcional espera-se que ações focadas nestes fatores tenham impacto positivo nesta dimensão da qualidade de vida, o que deve ser investigado em futuros estudos.

A dor é um sintoma frequente em pacientes com úlcera venosa e apresentou associação significativa com as características da assistência e da lesão, sugerindo que intervenções direcionadas para melhorar essas características podem influenciar positivamente este domínio da qualidade de vida. A dor em pacientes com UV apresenta-se pior à noite, causa limitação na mobilidade, perturba o sono e édescrita por muitos pacientes como o fator de maior impacto na QV.[16-18,23]

O estado geral de saúde também mostrou associação com as características da lesão, o que era esperado, visto que a melhora da lesão geralmente reflete-se em melhora da percepção geral de saúde do paciente. Pesquisa que analisou a QV de pacientes com doença venosa crônica leve e grave não encontrou, no entanto, diferença sig-

nificativa no domínio estado geral de saúde entre os dois grupos de paciente.[2]

A vitalidade mostrou associação significativa com as características da lesão, sugerindo que uma lesão com mais aspectos positivos deve ter impacto positivona percepção de vitalidade desses pacientes. Outros estudos também encontraram prejuízos na vitalidade de pacientes com úlcera venosa, mas não se encontrou estudo que tenha relacionado este domínio com as características da assistência e/ou da lesão.[1,24]

Verificou-se também associação significativa entre os aspectos sociais e as características da úlcera, o que era esperado, visto que lesões exudativas ou com odor forte afetam o convívio social, provocando muitas vezes o isolamento social, que tem sido relatado por outros autores.[2,6] Para além das alterações físicas e dos encargos financeiros, as feridas crônicas comportam, igualmente, outras implicações psicológicas e sociais extensíveis às esferas familiar e social, reafirmando a complexidade deste problema.

As restrições na vida pessoal, causadas pela presença da úlcera venosa, afetam muitos aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde, de modo que o impacto desta condição crônica ultrapassa largamente os aspectos restritos a uma parte localizada do corpo, estendendo-se às restantes dimensões constitutivas da pessoa.

Conclui-se que, para melhorar a qualidade de vida dos portadores de úlcera venosa, é fundamental investir na melhoria das características clinicas da úlcera e oferecer uma assistência de qualidade, com planejamento assistencial contínuo e multiprofissional, capaz de atender os múltiplos aspectos afetados pela presença da lesão.

Conclusão

A qualidade de vida dos pacientes com úlcera venosa foi baixa de modo geral, destacando-se o aspecto físico e a capacidade funcional. As características da assistência influenciaram a capacidade funcional e a dor. As características da lesão influenciaram a capacidade funcional, a dor, o estado geral de saúde, a vitalidade eos aspectos sociais. Esses resultados demonstram a importância da qualidade da assistência prestada e dos aspectos da lesão para a percepção de QV da pessoa com úlcera venosa.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, processo 2279/11 e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, processo 310746/2011-6.

Colaborações

Dias TYAF, Costa IKF e Torres GV contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Salvetti MG e Mendes CKTT colaboraram com a análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. Faria E, Blanes L, Hochman B, Mesquita Filho M, Ferreira L. Health-related quality of life, self-esteem, and functional status of patients with leg ulcer. Wounds. 2011;23(1):4–10.
2. Santos RF, Porfírio GJ, Pitta GB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. J Vasc Bras. 2009;8(2):143–7.
3. Yamada BF, Santos VL. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans&Powers: versão feridas. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(spe):1105- 13.
4. Kalra M, Gloviczki P. Surgical treatment of venous ulcers: role of subfascial endoscopic perforator veinligation. Surg Clin North Am. 2003; 83:671-705.
5. Silva MC, Cabral AL, Barros JN, Castro AA, Santos ME. Diagnóstico e tratamento da Doença Venosa Crônica. J Vasc Bras. 2005; 4(3 Supl.2):185- 93.
6. Oliver RH, Wilfried S, Monika AR. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients'quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:44.
7. Franks PJ, Moffatt CJ. Health related quality of life in patients with venous ulceration: Use of the Nottingham health profile. Qual Life Res. 2001;10(8):693–700.
8. Jull A, Parag V, Walker N, Rodgers A. Responsiveness of generic and disease-specific health-related quality of life instruments to venous ulcer healing. Wound Repair Regen. 2010;18(1):26-30.
9. Moura RM, Gonçalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Correlação entre classificação clínica CEAP e qualidade de vida na doença venosa crônica. Rev Bras Fisioter. 2010;14(2):99-105.

10. Ware JrJ E, Gandek B, IQOLA Project. The SF-36 Health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. Int J Mental Health.1994; 23:49-73.

11. Abbade LP, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An Bras Dermatol. 2006; 81(6):509-22.

12. Macedo EA, Oliveira AK, Melo GS, Nobrega WG, Costa IK, Dantas DV, et al. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. Rev Enferm UFPE. 2010; 4(Esp):1863-7.

13. Nobrega WG, Melo GS, Costa IK, Dantas DV, Macedo EA,Torres GV. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. Rev Enferm UFPE. 2011; 5(2):1005-6.

14. Azoubel R, Torres GV, Silva LW, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. Rev Esc Enferm USP.2 010; 44(4):1085-92.

15. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. An Bras Dermat. 2006; 81(2):131-5.

16. Heinen MM, Person A, van de Kerkhof P, Otero M, van Achterberg T. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. Int Nurs Stud. 2007; 44(8):1296- 303.

17. Dias AL, Silva L. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamento a autopercepção de qualidade de vida. Esc Enferm Anna Nery. 2006;10(2): 280-5.

18. Vas J, Modesto M, Mendez C, Perea-Milla E, Aguilar I, Carrasco-Lozano JM, et al. Effectiveness of acupuncture, special dressings and simple, low-adherence dressings for healing venous leg ulcers in primary healthcare: study protocol for a cluster- randomized open-labeled trial. BMC Complement Altern Med. 2008;8:29.

19. Walters SJ, Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. Qual Life Res. 2005;14(6):1523– 32.

20. Lurie F, Kistner RL. In prospective study using Specific Quality of Life & Outcomes Response-Venous (SQOR-V) questionnaire the recall bias had the same magnitude as the minimally important difference. Qual Life Res. 2011; 20:1589–93.

21. Edwards H, Finlayson K, Courtney M, Graves N, Gibb M, Parker C. Health service pathways for patients with chronic leg ulcers: identifying effective pathways for facilitation of evidence based wound care. BMC Health Serv Res. 2013;13:86.

22. Lozano Sánchez FS, Marinello Roura J, Carrasco Carrasco E, González-Porras JR, Escudero Rodríguez JR, Sánchez Nevarez I, Díaz Sánchez S; representing the Sociedades Españolas de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), Capítulo Español de Flebologia, the Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), and Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC). Venous leg ulcer in the context of chronic venous disease. Phlebology. 2013:1-7. Available on line: http://phl.sagepub.com/content/early/2013/04/17/0268355513480489.

23. VanDenkerkhof EG, Hopman WM, Carley ME, Kuhnke JL, Harrison MB. Leg ulcer nursing care in the community: a prospective cohort study of the symptom of pain. BMC Nurs. 2013;12:3.

24. Chese SK, Whittemore R, Crosby N, Freney D, Howes P, Phillips TJ. Living with chronic venous leg ulcers: a descriptive study of knowledge and functional health status. J Commun Health Nurs. 2000;17(1):1-13.

Instrumento para avaliação da integridade tissular dos pés de portadores de diabetes *melittus*

Instrument for assessing tissue integrity of the feet of patients with diabetes *mellitus*

Natália Chantal Magalhães da Silva[1]
Érika de Cássia Lopes Chaves[1]
Emília Campos de Carvalho[2]
Denise Hollanda Iunes[1]

Descritores
Avaliação em enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Processos de enfermagem; Diabetes *mellitus*; Membros inferiores

Keywords
Nursing assessment; Nursing research; Nursing process; Diabetes *mellitus*; Lower extremity

Submetido
14 de Outubro de 2013

Aceito
28 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Construir e validar uma escala de avaliação dos pés de portadores de diabetes *mellitus*, a partir dos indicadores da NOC para o resultado "Integridade Tissular: pele e mucosas".

Métodos: Utilizou-se da enfermagem baseada em evidências para realização deste estudo. A partir da questão: "Quais indicadores devem ser utilizados para a avaliação dos pés de pacientes com diabetes *mellitus*?" foi realizada uma busca em bases de dados e livros-textos e, posteriormente, a construção da escala e a avaliação por enfermeiros peritos.

Resultados: A versão final do instrumento consiste em 20 indicadores para avaliação das condições da pele e pêlos, circulação sanguínea, sensibilidade, temperatura e pressão plantar dos pés.

Conclusão: O instrumento de avaliação proposto integridade tissular dos pés de portadores de diabetes *melittus* foi construído e validado por enfermeiros peritos com nível excelente de aceitação.

Abstract

Objective: To construct and validate a scale for assessment of the feet of patients with diabetes *mellitus* according to NOC indicators to the outcome "Tissue Integrity: skin and mucous membranes".

Methods: This study was developed using evidence-based nursing. Based on the question: "Which indicators should be employed for assessing the feet of patients with diabetes *mellitus*?", a search was performed in databases and textbooks and subsequently the construction of a scale and assessment by expert nurses.

Results: The final version of the instrument consists of 20 indicators for assessment of the conditions of skin and hair, blood circulation, sensitivity, temperature and foot plantar pressure.

Conclusion: The instrument proposed for assessment of tissue integrity of the feet of patients with diabetes *mellitus* was constructed and validated by expert nurses with a high level of acceptance.

Autor correspondente
Natália Chantal Magalhães da Silva
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700,
Alfenas, MG, Brasil. CEP: 37130-000
naty_chantal@hotmail.com

[1]Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.
[2]Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A diabetes *mellitus* ocasiona diversas complicações, entre elas, se destaca o acometimento dos membros inferiores. Devido ao caráter degenerativo resultantes da neuropatia e arteriopatia periférica, os pés se tornam vulneráveis a traumas, o que pode prejudicar a integridade da pele.[1]

O aparecimento de lesões nos membros inferiores pode acarretar, dentre demais transtornos, a perda da independência ao afetar diretamente a qualidade de vida do individuo. Logo, é importante que os profissionais de saúde façam uma análise minuciosa e frequente dos pés de portadores de diabetes *mellitus*.

O enfermeiro, além de possuir papel fundamental na orientação e educação dos pacientes, atua no acompanhamento da evolução de pessoas com diabetes e no controle das complicações decorrentes da patologia. Dentre estas, é necessário avaliar a integridade tissular dos membros inferiores e atentar-se para características que ofereçam risco para ruptura da pele.[1]

A constante atualização profissional e o acompanhamento de inovações tecnológicas, aumenta o potencial de resolução de problemas e permite a execução da assistência de enfermagem nos padrões de qualidade. Dessa forma a prática reflexiva de enfermagem deve estar embasada no conhecimento científico.

O reconhecimento da importância da integração das pesquisas na assistência implementou-se nos últimos 30 anos e, a partir desse período, iniciou-se o desenvolvimento de instrumentos que melhoram o modo como o cuidado é prestado e sustentam o processo de trabalho da enfermagem nos dias atuais.[2]

Nessa vertente, a adoção de um processo ou método para prestar o cuidado é apropriada. Pode-se, lançar mão de taxonomias ou classificações da prática de enfermagem, como os Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) ou a classificação dos resultados de enfermagem (NOC).

A NOC, criada em 1991 por uma equipe de pesquisadores da Universidade de Iowa, surgiu a partir da necessidade de identificar o resultado esperado e as reações do paciente em resposta à assistência realizada.[3] Os resultados esperados abordados na NOC vêm sendo testados, o que contribui para fortalecimento de sua validade e confiabilidade.

Tendo em vista a necessidade de meios capazes de avaliar a condição dos pés de pacientes com diabetes *mellitus*, capazes de mensurar a eficácia de intervenção a ser implementada pela enfermagem, buscou-se identificar indicadores que retratem tal situação. Justifica-se, ainda, tal propósito, tendo em vista que o resultado "Integridade Tissular: pele e mucosas" (1101), da NOC não contempla os aspectos específicos da clientela de interesse neste estudo.

Esta pesquisa teve como objetivo construir e validar uma escala de avaliação dos pés de portadores de diabetes *mellitus*, a partir dos indicadores da NOC para o resultado "Integridade Tissular: pele e mucosas" (1101) e daqueles identificados na literatura.

Métodos

Utilizou-se os preceitos da enfermagem baseada em evidências. Essa metodologia envolve, primeiramente, a estruturação de um problema a ser resolvido, além do acesso às informações disponíveis na literatura e análise da validade das mesmas, verificando a efetividade e aplicabilidade que possuem.[2]

O processo metodológico deste estudo consistiu em cinco fases: formulação de problema com origem na prática; busca na literatura de evidências disponíveis; análise dos achados em relação à generalização e validade da transferência; uso da melhor evidência na assistência ao paciente, e avaliação do profissional em relação à prestação do cuidado.[3]

Formulação do problema com origem na prática

A primeira fase do estudo, considerando a prática baseada em evidências, consistiu na seleção de um resultado esperado de enfermagem adequado para estimar as condições dos membros inferiores de pacientes com diabetes mellitus, bem como, capaz de avaliar as possíveis intervenções a serem implementadas para tal alcance. Assim, julgou-se

aplicável utilizar o resultado "Integridade Tissular: pele e mucosas" (1101) da NOC, definido como "integridade estrutural e função fisiológica normal da pele", como meta a ser alcançada pela enfermagem por meio do planejamento de ações eficazes. A partir desse resultado esperado, foi formulada a seguinte questão norteadora: "Quais indicadores devem ser utilizados para a avaliação dos pés de pacientes com diabetes mellitus tipo II?"

Busca na literatura de evidências disponíveis

Após a estruturação do problema a ser resolvido, teve inicio a segunda etapa do estudo: a busca na literatura cientifica de evidências que poderiam compor indicadores para a avaliação dos pés de pacientes com diabetes. Durante o mês de março de 2012 foi realizada uma busca nas bases de dados PUBMED, CINAHL, SCIENCE DIRECT e LILACS. Não houve determinação do período de busca, abrangendo todos os estudos publicados até o momento. Como estratégias de investigação, foram utilizadas: "nursing care" [words] and "diabetic foot" [words] and "integrity cutaneous" [words]. Foram reunidas 31 citações ao término do processo de levantamento bibliográfico. Posteriormente, com o objetivo de verificar se os estudos abordavam a temática estudada, foi feita uma análise crítica dos artigos por meio da leitura na íntegra. Nessa fase, foram excluídos 12 artigos, já que estes não apontavam os indicadores, restando 19 para compor a revisão.

Foi realizada uma busca manual em livros textos a fim de complementar a pesquisa realizada nas bases científicas. Foram avaliados materiais com abordagem em lesões de pele e exame físico de membros inferiores.

Análise dos achados em relação à generalização e validade da transferência

Na terceira fase, os indicadores sugeridos pela literatura foram rigorosamente analisados, visando o alcance do objetivo proposto. Foi ponderado o grau de generalização dos estudos, isto é, a capacidade de ser replicado em contextos diferentes e a validade da transferência, que consiste na capacidade de modificar parâmetros de acordo com a atualização de resultados encontrados em pesquisas posteriores.

Uso da melhor evidência na assistência ao paciente

A escala proposta considerou no resultado esperado "Integridade Tissular: pele e mucosas" (1101), referenciado na NOC, diversos indicadores de interesse, além de outros identificados na revisão de literatura. Esses indicadores compuseram as melhores evidências científicas para a avaliação dos pés de pacientes com diabetes *mellitus* e mensuração da eficácia de intervenções implementadas pela enfermagem. Com o objetivo de quantificar o nível de comprometimento de cada indicador analisado, manteve-se os cinco pontos sugeridos pelo instrumento da NOC, variando o escore entre um, severamente comprometido e cinco, nada comprometido.

Avaliação do profissional em relação à prestação do cuidado

Para a escolha dos profissionais juízes foi utilizado o método "bola de neve". Nesse sentido, o pesquisador indicou um avaliador e, posteriormente, foi solicitado a este que indicasse outro, sucessivamente.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário de avaliação da aparência, pertinência e compreensão dos indicadores; tal instrumento apresentava alternativas de respostas dicotômicas (sim/não), havendo a possibilidade de realizar sugestões ao final de cada item. Cada avaliador recebeu o formulário acompanhado de uma carta, convidando-o a participar do processo de avaliação. Foi determinado um mês para a devolução do instrumento pelos avaliadores, sendo que os mesmos foram contatados, via e-mail, cerca de uma semana antes do término do prazo.

Análise estatística

Os dados foram tabulados no aplicativo *Microsoft Office Excel®* e, posteriormente, convertidos para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17,0.

A análise dos dados foi realizada com o objetivo de avaliar o grau de concordância dos juízes. Logo, foi realizada análise de concordância inter-avaliadores, por meio do teste *Kappa*. A interpretação dos valores de concordância medida pelo kap-

pa seguiu a orientação da literatura especializada, ou seja: *Kappa* abaixo de 0: pobre; de 0 a 0,20: leve; de 0,21 a 0,40: razoável; de 0,41 a 0,60: moderada; 0,61 a 0,80: substancial e de 0,81 a 1,00: concordância perfeita.

Resultados

Indicadores de avaliação

A escala proposta pela NOC para "Integridade Tissular: pele e mucosas" (1101) refere 13 indicadores: temperatura (110101), sensação (110102), elasticidade (110103), hidratação (110104), pigmentação (110105), transpiração (110106), cor (110107), textura (110108), espessura, (110109), tecido livre de lesões (110110), perfusão tissular (110111), crescimento de pelos na pele (110112) e integridade da pele (110113). Na escala, é possível acrescentar itens que o avaliador julgue necessário analisar, de acordo com a especificidade apresentada pelo paciente.

Os indicadores encontrados na literatura, tanto nos artigos científicos quanto nos livros texto, englobam manifestações nos membros inferiores, que variam conforme o grau de comprometimento. Compreendem os indicadores propostos nos estudos analisados para avaliar os membros inferiores de portadores de diabetes *mellitus*: coloração dos pés após 10 segundos de elevação dos membros inferiores a 30 cm de altura, pulsos pediosos, pulsos tibiais, edema, varizes, sensibilidade (sintomas neuropáticos) e pressão plantar.

Após a análise dos indicadores, de acordo com sua capacidade de avaliação nos mais diferentes contextos e especificidades, foi elaborada a escala, contendo os 13 indicadores sugeridos pela NOC e outros sete oriundos das sugestões encontradas na literatura.

Ao considerar as características culturais, capacidade de entendimento e os serviços empregados na literatura, os autores optaram por substituir o termo "sensação", sugerido pela NOC, por "sensibilidade", já que essa palavra possui significado mais amplo, compreendendo a propriedade de reação dos organismos aos estímulos externos ou internos, não se restringindo à impressão provocada apenas por um fator externo.[4] Nesse sentido, houve a necessidade de adicionar, ao grupo de indicadores, um parâmetro que assegurasse a avaliação das alterações sensitivas, optando-se pela identificação de sintomas neuropáticos, uma vez que tal característica foi apontada como essencial em diferentes estudos.[1]

Ainda, visando a facilitar o entendimento durante o processo de avaliação dos pés, optou-se por fazer referência a sinônimos ou palavras semelhantes de alguns dos termos da escala; é o caso de "pilificação" que, no instrumento está acompanhada do termo "crescimento de pelos". Já "elasticidade" e "integridade da pele" também são apresentadas na literatura por "turgor" ou "ausência de descamação cutânea" (entendida como qualquer ruptura da superfície cutânea), respectivamente. Desse modo, na escala, os termos análogos aparecem juntos, inferindo semelhança.

Os indicadores, propostos pela NOC e pela literatura consultada, compuseram cinco grupos, de acordo com as características a serem avaliadas. O agrupamento referente à pele e anexos abrange: lesão tecidual (ferida instalada no tecido cutâneo), crescimento de pelos na pele/pilificação, elasticidade/turgor, hidratação, transpiração, textura, espessura, cor, cor após 10 segundos de elevação à 30 cm de altura, pigmentação e integridade da pele. A circulação sanguínea compreende: perfusão tissular, pulsos pediosos, pulsos tibiais, edema e varizes. Para avaliar a sensibilidade, é necessário aplicar o escore de sintomas neuropáticos e realizar o teste com o monofilamento de semmes-weinstein. Já o indicador de temperatura, pode ser mensurado por meio da termografia médica ou termômetro de superfície.

No caso da análise da pressão plantar, a mesma pode ser analisada utilizando-se de um instrumento denominado Baropodômetro. Esse consiste em uma plataforma sensível a pressão conectada a um computador, o qual utiliza um software apropriado para visualizar imagens coloridas e dados estatísticos. A baropodometria é um método de análise das pressões dos pés com alto valor diagnóstico, sendo realizado com o indivíduo em posição ortostática, caminhando e parado.[1]

A versão final do instrumento de avaliação consiste em vinte indicadores, sendo que onze caracterizam as condições da pele e anexos dos pés, cinco referentes à circulação sanguínea, dois caracterizam a sensibilidade, um referente à temperatura e um que caracteriza a pressão plantar. Todos indicadores são classificados, de acordo com o estado dos pés, em uma escala *Likert* de cinco pontos, tal qual proposta pela NOC, sendo: (1) extremamente comprometido; (2) substancialmente comprometido; (3) moderadamente comprometido; (4) levemente comprometido, e; (5) não comprometido.[5]

Após as modificações necessárias e fundamentação da literatura, a ordem de apresentação dos indicadores foi ajustada, com a finalidade de organizar e sistematizar o procedimento de avaliação dos pés.

Avaliação por enfermeiros peritos

Participaram desta etapa um grupo de sete juízes, composto por seis docentes de enfermagem, com experiência em complicações decorrentes da diabetes mellitus, métodos de exame físico e pesquisas envolvendo sistematização da assistência de enfermagem; e, uma enfermeira estomaterapeuta, com experiência na prevenção e tratamento de pé diabético.

Ao proceder o refinamento da escala, foi possível constatar alto nível de concordância entre os avaliadores. Com relação à aparência e pertinência, não houve controvérsias, totalizando 100% de aceitação. Dos 20 itens, apenas um apresentou discordância quanto ao nível de compreensão, o que caracterizou percentual de 94,12% de aceitação.

Apenas dois avaliadores julgaram necessário reavaliar o método proposto no item "varizes", já que, segundo eles, os termos "membro" e "pernas" poderiam gerar dúvidas quanto à diferenciação anatômica. Neste caso, optou-se por utilizar o termo "pernas" quando se desejava inferir apenas a parte do membro inferior que fica entre o joelho e tornozelo e "membro" quando o objetivo era abordar toda a extensão da coxa, perna e pé.

De maneira geral, houve concordância de 98,32% com relação ao total de avaliações realizadas. Quando aplicado o teste *Kappa*, os valores de K variaram de 0,98 a 1,00, o que confere nível excelente de aceitação.

Discussão

A partir da década de 90 teve inicio o desenvolvimento de instrumentos que permitem a avaliação dos resultados da assistência fornecida pela equipe de enfermagem; desde então, pesquisas veem sendo direcionadas visando testar a confiabilidade e validade de tais medidas.

Neste contexto, surgem os resultados esperados de enfermagem que abrangem comportamentos e reações do paciente frente ao cuidado prestado.[5] Esse modelo de avaliação subsidiou a proposta escala de avaliação dos pés de portadores de diabetes mellitus, com o objetivo de identificar parâmetros que poderiam graduar a condição dos pés.

As sugestões feitas durante o processo de validação por profissionais peritos devem ser analisadas e consideradas pelo pesquisador, contribuindo para o fortalecimento e aperfeiçoamento do estudo. Os enfermeiros juízes, ao avaliarem determinado item e propor mudanças ao instrumento, auxiliam na consolidação dessa metodologia na área da enfermagem, assim como na identificação de lacunas; o que favorece propostas de novas pesquisas para a literatura científica.

Em relação à presença de lesão tecidual, é possível identificar a existência de extensa destruição do tecido, com presença de ferida; tecido com comprometimento total da pele, ou epiderme (rompimento); epiderme, sem perda tecidual (presença de bolhas) ou tecido intacto, sem alterações.[6]

A pilificação pode ser avaliada por meio da inspeção, atentando-se inicialmente para a presença de áreas com rarefação ou perda total de pelos. Para analisar a elasticidade será necessário pinçar uma prega cutânea e observar o retorno da mesma. O grau de hidratação pode ser mensurado de acordo com a presença de ressecamento, seja acompanhado com ardor ou prurido, fissuras ou descamação. Já a transpiração será analisada de acordo com o grau de umidade perceptível nos membros. Quanto à textura da pele, a mesma pode-se apresentar enru-

gada, áspera, fina e áspera, fina e lisa ou macia ao toque.[3,7] Na análise da espessura do tecido, pode-se encontrar: hipertrofia aparente, hipertrofia apenas ao pinçamento cutâneo, atrofia aparente, atrofia ao pinçamento cutâneo ou eutrofia.

Recomenda-se avaliar a cor dos pés em duas etapas: primeiro, realiza-se uma inspeção, atentando-se para a presença de cianose e palidez; e, posteriormente, eleva-se os pés à 30 centímetros de altura por 10 segundos, reavaliando-se a cor dos mesmos e detectando a presença de alterações.[1,8] Quando a pele dos pés apresentar máculas, seja na coloração marrom-claro, azul-amarronzado, cor-de-terra ou, ainda, a pigmentação púrpura, considera-se a presença do comprometimento da integridade tissular.[3] Para avaliar a integridade da pele, observa-se também a presença de descamação cutânea, rachaduras, lascas soltas ou escamas.

A perfusão tissular é um indicador eficaz na avaliação da circulação sanguínea, sendo realizada ao comprimir o tecido e observando o tempo de enchimento vascular.[5] Os pulsos pediosos e tibiais devem ser palpados, visando constatar a percepção do mesmo, bem como sua diminuição.[3,5,8-10] O sinal de *Godet* (cacifo), que caracteriza a presença de edema, deve ser avaliado quanto ao grau de profundidade.[4,11-13] Já a presença de varizes, seja em apenas um dos membros ou em ambos, constitui um fator agravante na condição dos pés de pacientes com diabetes *mellitus*.[6,7,11]

O escore de sintomas neuropáticos permite avaliar a dor decorrente da neuropatia periférica. Juntamente com exames que avaliam a sensação tátil nos membros inferiores, como, por exemplo, o monofilamento de semmes-weinstein de 10 g, a escala torna-se um instrumento eficaz na detecção de comprometimento da sensibilidade.[14-17]

Em adultos, a temperatura dos pés, para ser considerada dentro dos parâmetros normais, deve encontrar-se entre 36ºC e 38ºC, já em idosos, entre 35ºC e 37ºC.[3] Ao se avaliar a temperatura de pontos específicos dos pés, recomenda-se a utilização de um termômetro de superfície ou, ainda, a termografia médica que permite verificar, tanto com números quanto com fotografias, áreas com diminuição ou aumento de calor.[14]

A pressão plantar, dinâmica ou estática, é mensurada utilizando-se da baropodometria, que possibilita detectar pontos com pressão alterada.[18,19] Áreas com pressão máxima equivalente ou superior a 89,22 Kg/cm² são consideradas suscetíveis para o desenvolvimento de úlceras.[17]

Ao final da avaliação, é possível ponderar cada indicador da escala de acordo com o grau de comprometimento do mesmo. Com o objetivo de verificar o escore de comprometimento dos pés, julgou-se necessário acrescentar, na escala, a nota total, obtida a partir da somatória das notas dos indicadores. Caso o escore final esteja entre 20 e 35, a integridade tissular dos pés está extremamente comprometida, entre 36 e 51, substancialmente comprometida, entre 52 e 66, moderadamente comprometida, entre 67 e 84, levemente comprometida e quando a nota obtida for maior ou igual a 85 não há comprometimento. Somando-se os escores ou avaliando isoladamente cada indicador pode-se acompanhar o efeito da assistência prestada pela equipe de enfermagem, seja na prevenção, tratamento ou recuperação dos pés de portadores de diabetes *mellitus*.

Conclusão

O instrumento de avaliação proposto integridade tissular dos pés de portadores de diabetes *melittus* foi construído e validado por enfermeiros peritos com nível excelente de aceitação.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológio - CNPq, processo 477383/2012-2.

Colaborações

Silva NCM, Chaves ECL, Iunes DH e Carvalho EC declaram que contribuíram com a concepção, desenvolvimento da pesquisa e interpretação dos dados, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ortegon MM, Redekop WK, Niessen LW. Cost-effectiveness of prevention and treatment of the diabetic foot. Diabetes Care. 2004;27(4):901-7.
2. Chaves EC, Carvalho EC, Goyatá SL, Galvão CM. Spiritual distress: an integrative literature review. Online Braz J Nurs [Internet]. 2008; 7(2) [cited 2013 Nov 26]. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1551
3. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. [In search for the best evidence]. Rev Escola Enferm USP. 2003;37(4):43-50. Portuguese.
4. Araujo MM, Alencar AM. [Feet risk for developing ulcers and amputations in diabetes]. Rev Rene. 2009;10(2):393-400. Portuguese.
5. Grey JE, Enoch S, Harding K. Wound assessment. BMJ. 2008; 32(7536):285-8.
6. Santos VP, Silveira DR, Caffaro RA. Risk factors for primary major amputation in diabetic patients. Sao Paulo Med J. 2006;124(6):66-70.
7. Wu SC, Driver VR, Wrobel JS, Armstrong DG. Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. Vasc Health Risk Manag. 2007;3(1):65-73.
8. Gale L, Vedhara K, Searle A, Kemple T, Campbell R. Patients perspectives on foot complications in type 2 diabetes: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2008;58(553):555-63.
9. Edmonds ME, Foster AV. Diabetic foot ulcers. BMJ. 2006:332(7538):407-10. Review.
10. Ghanassia E, Villon I, Dieudonné JF. Long-term outcome and disability of diabetic pacientes hospitalized for diabetic foot ulcers. Diabetes Care. 2008;31(7):1288-92.
11. Ochoa-vigo K, Pace AE. [Diabetic foot: a strategy for prevention]. Acta Paul Enferm. 2005;18(1):100-9. Portuguese.
12. Bortoletto MS, Haddad MC, Karino ME. [Diabetic foot a systematic evaluation]. Arq Ciênc Saúde. 2009;13(1):37-43. Portuguese.
13. Nesbitt JA. Approach to managing diabetic foot ulcers. Can Fam Physician. 2004;50:561-7.
14. Sacco IC, Sartor CD, Gomes AA, John SM, Cronfli R. [Assessing losses sensorimotor foot and ankle due to diabetic neuropathy]. Rev Bras Fisioter. 2007;11(1):27-33. Portuguese.
15. Moreira RO, Castro AP, Papelbaum M, Appolinario JC, Ellinger VC, Coutinho WF, Zagury L. [Portuguese translation and reliability assessment of a scale for the diagnosis of diabetic distal polyneuropathy]. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005;49(6):944-50. Portuguese.
16. Ferreira MC, Rodrigues I, Fels K. New method for evaluation of cutaneous sensibility in diabetic feet: preliminary report. Rev Hosp Clín. 2005;59(5):286-90.
17. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Tredwell J, Boulton AJ. Predicitve value of foot pressure assessment as part of population-based diabetes disease management. Diabetes Care. 2003;26(4):1069-73.
18. Sawacha Z, Guarneri G, Cristoferi G, Guiotto A, Avogaro A, Cobelli C. Integrated kinematics kinetics plantar pressure data analysis: a useful tool for characterizing diabetic foot biomechanics. Gait Posture. 2012;36(1):20-6.
19. Sopher R, Nixon J, McGinnis E, Gefen AJ. The influence of foot posture, support stiffness, heel pad loading and tissue mechanical properties on biomechanical factors associated with the risk of heel ulceration. Mech Behav Biomed Mater. 2011;4(4):572-82.

Concepções de cuidado e sentimentos do cuidador de crianças com câncer

Conceptions of care and feelings of the caregiver of children with cancer

Daniela Doulavince Amador[1]
Altamira Pereira da Silva Reichert[1]
Regina Aparecida Garcia de Lima[2]
Neusa Collet[1]

Descritores
Cuidador; Família; Enfermagem pediátrica; Enfermagem oncológica; Cuidados de enfermagem

Keywords
Caregiver; Family; Pediatric nursing; Oncologic nursing; Nursing care

Submetido
9 de Agosto de 2013

Aceito
5 de Dezembro de 2013

Resumo

Objetivo: Analisar as concepções de cuidado e os sentimentos que permeiam o cotidiano do cuidador familiar de crianças com câncer.

Métodos: Pesquisa qualitativa realizada com nove cuidadores familiares de crianças com câncer. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas. O material empírico foi submetido à Análise de Discurso francesa, sendo produzida a formação discursiva cuidador familiar da criança com câncer: sentimentos e emoções associados.

Resultados: A compreensão do cuidar é permeada pelos legados da dedicação, abnegação e obrigação moral na perspectiva dos pais cuidadores. Os sentimentos e emoções vivenciados nessa trajetória, como culpa, castigo e pecado, se revelaram nas entrelinhas do cuidador.

Conclusão: As concepções do cuidado são de uma dádiva, um sentimento de dedicação exclusiva a criança com câncer. Na análise dos discursos foi possível mergulhar nos sentimentos e na relação de ambiguidade vivenciada pelos pais que, muitas vezes, sentem-se sobrecarregados e impotentes, mas não aceitam serem substituídos na sua função de cuidador.

Abstract

Objective: To analyze the conceptions of care and the feelings which permeate the daily life of the family caregiver of children with cancer.

Methods: Qualitative research conducted with nine family caregivers of children with cancer. Semi-structured interviews were performed. The empirical material was submitted to French Discourse Analysis, producing the discursive formation of the family caregiver of the child with cancer: associated feelings and emotions.

Results: The comprehension of care is permeated by the legacy of dedication, selflessness and moral obligation from the perspective of parents who are caregivers. The feeling and emotions experienced in this trajectory, such as guilt, punishment and sin, were revealed between the lines of the caregiver.

Conclusion: The conceptions of care are a boon, a feeling of exclusive dedication to the child with cancer. In the discourse analysis it was possible to dive into the feelings and the relationship of ambiguity experienced by the parents, who often feel overwhelmed and powerless, but who do not accept being replaced in their role as caregiver.

Autor correspondente
Daniela Doulavince Amador
Cidade Universitária, João Pessoa, PB, Brasil. CEP: 58051-900
dani_doulavince@yahoo.com.br

[1]Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
[2]Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O câncer em crianças e adolescentes, até cerca de duas décadas, era considerado uma doença aguda, com pouca possibilidade de cura, resultando, na maioria dos casos, em morte. Com o progresso científico, o câncer infantil tem-se apresentado como uma doença com perspectiva de 70% de cura quando o diagnóstico é precoce e tratado em centros especializados. Garantir uma boa qualidade de vida a essas crianças é uma preocupação cada vez maior, trazendo para as equipes de saúde a necessidade de oferecer uma assistência voltada para a promoção e proteção da saúde da família como unidade de cuidado, atentando para os aspectos físicos, sociais e emocionais.[1,2]

Após o diagnóstico, a dinâmica da família passa por transformações. O cuidador principal, pela convivência mais próxima com a criança, experimenta um intenso sofrimento devido às mudanças e privações, que comprometem sua qualidade de vida.[1] Entender o cuidador não é só percebê-lo como um ser que cuida, mas que também precisa ser cuidado, pois seus sentimentos ficam fragilizados pela doença da criança, sua rotina é modificada para exercer as atividades que antes não existiam, e necessita se afastar dos outros membros da família, da casa, do trabalho e dos amigos.

Ao buscar uma aproximação com a família, o enfermeiro deve compreender como o cuidar tem sido construído sócio historicamente na perspectiva do familiar cuidador e como ele tem se configurado em meio às adversidades que permeiam o câncer infantil.[3] Ao tomar o cuidado por base, tem-se a possibilidade de compreender o ser humano e a concepção de vida que orienta seus projetos existenciais. Cuidar envolve uma dimensão prática que requer a dialética da compreensão-interpretação-aplicação, além disso, envolve vínculo e responsabilização.

O objetivo deste estudo foi analisar as concepções de cuidado e os sentimentos que permeiam o cotidiano do cuidador familiar de crianças com câncer.

Métodos

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma instituição que acolhe crianças com câncer e suas famílias denominada Casa da Criança. Trata-se de uma associação civil, sem fim lucrativo, que faz parte do Núcleo de Apoio à Criança com Câncer da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba, região nordeste do Brasil.

Os critérios de inclusão foram: cuidadores familiares que estivessem assistindo a criança com diagnóstico de neoplasia há pelo menos 30 dias e que a criança estivesse na faixa etária de dois a 12 anos e que necessitaram se ausentar de suas residências e dos demais familiares, para acompanharem seus filhos durante o tratamento oncológico. Os cuidadores de crianças até dois anos e de adolescentes foram excluídos, pois os cuidados realizados nessas faixas etárias são diferentes. Foram realizadas nove entrevistas, oito com mães e uma com o pai, utilizando-se o critério de suficiência para encerramento da coleta.

A produção do material empírico ocorreu no período de fevereiro a abril de 2011, sendo realizada por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro contendo dados de identificação e as seguintes questões norteadoras: qual a sua concepção sobre o cuidar? Como você se sente cuidando de uma criança com câncer?

O registro das impressões sobre o contato com os cuidadores, do ambiente em que se deu a entrevista e das dificuldades encontradas durante a produção do material empírico foi realizado em um diário de campo.

Os depoimentos foram analisados pela técnica de Análise do Discurso de linha francesa que consiste na análise de unidades de texto para além da análise da frase, na qual a língua faz sentido enquanto trabalho simbólico. O discurso, enquanto objeto da análise, é sócio histórico, é a materialidade específica da ideologia e a técnica trabalha a relação língua-discurso-ideologia, percebendo-se, portanto, que não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido.

A primeira etapa é a passagem da superfície linguística ao objeto discursivo, na qual foram realizadas leituras das entrevistas transcritas com a finalidade de identificar sinais, vestígios e pistas

que apontassem para o fio do discurso, sendo este processo denominado dessuperficialização. Em seguida, foi constituído o *corpus discursivo* considerando o objeto de estudo e seus objetivos. A partir do *corpus discursivo* foi observado nos enunciados a discursividade dos cuidadores. Na segunda etapa, procurou-se vestígios da relação entre a *formação discursiva* e a formação ideológica, ou seja, marcas linguísticas produzidas pelos efeitos de sentido entre os interlocutores. Após esse processo, foi identificada a formação discursiva "cuidador familiar da criança com câncer: sentimentos e emoções associados". A partir desta etapa os enunciados que caracterizavam os discursos dos sujeitos foram analisados quanto à posição ideológica do sujeito, sua relação com outros discursos, redes de filiações históricas, e quanto ao interdiscurso e à memória discursiva.

A pertinência da análise do discurso neste estudo decorre da possibilidade dessa técnica de análise poder revelar tanto a visão de mundo quanto o posicionamento dos sujeitos em relação à temática.

O desenvolvimento do estudo atendeu às exigências das normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A análise do material empírico permitiu identificar a compreensão do cuidar na perspectiva do cuidador e os sentimentos vivenciados pelos familiares nessa trajetória, como a culpa, o castigo e o pecado, pensamentos e emoções que se revelaram nas entrelinhas do cuidador. Além disso, foi possível apreender nos discursos, o temor da morte na iminência da perda da criança e as oscilações entre a esperança e a desesperança que dividem a vivência desses familiares.

Compreensão do cuidar

O cuidar torna-se o objetivo de vida para os cuidadores de crianças com câncer. No fio do discurso percebe-se uma dedicação singular de quem se vê essencialmente no papel de protetor, suporte para a criança. A posição do sujeito que cuida se revela como cuidando do que lhe pertence, no caso de um ser, um filho. Nos fragmentos discursivos, o cuidador coloca a criança em primeiro lugar assumindo uma posição de renúncia de si em prol da vida do filho: *Cuidar da minha filha? Nossa! Ela é meu objetivo de vida. Às vezes eu olho para ela e digo 'você é a minha razão de viver', então, cuidar para mim... Eu vou passando pelas coisas e as pessoas da minha cidade quando me olham falam 'essa mulher se tranca', mas não gente, não é tão sofrido assim. Eu estou cuidando do que é meu*.

O ato de cuidar não surgiu como uma obrigação para esses cuidadores, as circunstâncias determinaram a escolha da renúncia de si e da autonegação, para a realização com o êxito da criança, na superação das vicissitudes que o câncer infantil impõe: *Eu liguei para o meu marido e ele queria mandar outra pessoa para me substituir [...] eu disse a ele que não [...]nada melhor do que a mãe para tomar conta do filho, porque a mãe tem aquele cuidado, que é bem diferente*.

A culpa, o castigo e o pecado

Nos depoimentos, os cuidadores buscam justificar a doença como uma consequência de algum comportamento reprovável, ou ainda como uma vontade ou um castigo divino. A falta de uma justificativa para a doença do filho tende a colocar a culpa, o castigo e o pecado como determinantes para a doença, no imaginário das famílias: *Eu me sinto culpada por isso, colocar um filho no mundo para adoecer, sofrer! [...] Eu me arrependo de ter deixado muito ele sozinho, apesar de ser com a avó, com a tia, mas na época eu não via o erro, só hoje eu vejo. Às vezes eu fico com angústia, me perguntando por que é que ele tem que ser assim [...] A gente fica sem resposta, não é? Procurando uma resposta para isso. Às vezes a gente fica até se perguntando "será que é para a gente pagar alguma coisa?", mas se ele não tem culpa de nada?*

O temor da morte na iminência de perda

A família vivencia o medo de falhar, de ser negligente, de ser castigada, rompendo, inclusive com a perspectiva de vida e futuro projetados para a criança. Entretanto, ao se defrontar com a morte, ou com a sua possibilidade, os indivíduos expe-

rimentam sentimentos de angústia, dor e medo, principalmente frente a uma doença crônica grave, como é o caso do câncer, que já traz em si a consciência culturalmente determinada de morte. Quando essa possibilidade se estende à criança, torna-se ainda mais dolorosa, pois a família se sente traída pela vida, com a retirada prematura daquele ser. A discursividade dos cuidadores evidencia o temor da morte diante das suas próprias limitações: *(Sentia) um tranca dentro de mim [...] Eu dizia "ai meu Deus! R. tão contente, pulava, brincava e agora R. com essa doença!" [...] e eu pensava "agora ele vai morrer mesmo" e eu vi ele quase morto. Esse povo que fica em casa não sabe de nada do que a gente passa aqui (no hospital)! Era uma febre muito grande [...] ele ia se apagando*.

Oscilações entre a esperança e a desesperança

Em cada recaída ou complicação da criança, a família sente que a vida do filho está por um fio tênue que liga a vida e a morte no câncer, vivenciando oscilações entre a esperança e a desesperança: *E agora, por eu ter visto o que é uma recaída e por ter tido experiências de ver outras recaídas e de saber que se ela tiver outras recaídas não tem mais chance eu fiquei com medo [...] voltou toda aquela insegurança do início [...] Depois que acontece tudo aquilo (recaídas) que ela começa a tomar a medicação e não sente nada, fica brincando, há uma esperança bem pequenininha de que pode ter sido um engano, de que foi um engano, ou então, foi verdade que ela recaiu, mas ela vai se salvar. Eu fico por dentro de mim com aquela certeza de que a minha filha vai ficar boa, mas aí, ao mesmo tempo, vem outro desengano, porque você vai para o hospital vê as outras crianças falecendo dessa doença e de repente vem aquela coisa negativa de que a criança da gente não vai conseguir, mas se Deus quiser ela vai conseguir*.

Discussão

O estudo buscou analisar as concepções de cuidado do familiar cuidador a partir da análise de discurso, a qual propõe o entendimento de um plano discursivo que articula linguagem e sociedade, entremeadas pelo contexto ideológico. No entanto, a compreensão trazida neste estudo demarca a fronteira entre sujeitos em uma mesma posição (familiar cuidador de criança com câncer), mas que trazem consigo uma ideologia própria, construída sócio-historicamente.

No contexto dos cuidadores entrevistados, a relação entre o ser cuidado e limite cuidador se mostra tão profunda que há uma abdicação de si em função do outro. Cuidar, nesse contexto, não representa sobrecarga, mas doação a um ser que lhe pertence. Ao tomar para si o papel de cuidador, os pais também absorvem a responsabilidade pelo restabelecimento da saúde dos filhos. O cuidar envolve sentimentos de afeto, apego, prazer, mas também reforça sentimentos de cobrança, vigilância para promoção e manutenção da saúde da criança.[4] Há uma redescoberta do seu próprio papel e de tudo que é capaz de fazer após o diagnóstico de câncer da criança, pois há uma percepção do seu valor e da sua capacidade de superar qualquer obstáculo na luta pela vida do filho. Os cuidadores se posicionam de modo a não admitirem a possibilidade de delegar à outra pessoa o cuidado à criança, e tomam para si a obrigação e a responsabilidade de proporcionar bem-estar ao filho e, assim, consideram o cuidar uma necessidade intrinsecamente determinada.[5] Esse posicionamento, frequentemente tomado pela mãe, está ancorado no senso de dever, sendo uma posição inscrita desde os tempos imemoriais no agir humano em que a mãe é vista como insubstituível na criação e proteção dos filhos.

A atitude desses cuidadores mostra-se a partir da decisão do cuidar e do sentimento de heroísmo perante a doença dos filhos. As dimensões de ser cuidador de um filho com câncer ultrapassam as dimensões do cuidado, expressando-se por comportamentos e ações mediadas pela relação profunda que se estabelece com a criança e pela necessidade de afastar a possibilidade de perdê-la.[6] No anseio de evitar o pior, ou seja, a perda do filho para a doença, o familiar estabelece uma relação de dependência com a criança buscando força para superar as incertezas do futuro.

Embora reconheça a necessidade de mais alguém para ajudar no cuidado à criança, o cuidador, ao mesmo tempo, nega esse sentimento ao tomar o cuidado para si. A ambiguidade é revelada em seus discursos porque se sentem estafadas, mas não admitem outro cuidador. Percebe-se que a discursividade dos cuidadores permeia entre a dádiva de poder cuidar da criança enquanto puderem e o encargo de estar ali independente de qualquer outra situação. O cuidar é um transitar constante que vai da sobrecarga ao privilégio e, embora o sofrimento dos pais de uma criança com câncer resulte em altos níveis de estresse e ansiedade, esse sentimento se revela com empenho e dedicação por familiares que vivenciam uma luta constante pela vida da criança.[7]

Ao se depararem com a veracidade de ter uma criança com câncer, os cuidadores buscam um sentido para a sua dor e a da criança. O sofrimento advindo do câncer coloca as famílias no limite da vida e essa experiência conecta-se à espiritualidade, numa tentativa de extrair significado para seu sofrimento. A incerteza gera impacto sobre a família, desencadeando momentos de confusão, desespero, preocupações, exaustão, desânimo, característicos do sofrimento na árdua jornada do câncer.[6] O papel dos cuidadores nessa vivência é complexo, envolve sentimentos negativos, como angústia, decorrente da dor e do impacto que o diagnóstico traz, além da sobrecarga física e psicossocial que a família precisa suportar. No entanto, o cuidador mesmo percebendo-se fragilizado, tenta reunir forças para apoiar a criança, bem como toda sua família, tendo esperanças de viver um futuro longe do câncer.[8]

Apesar das limitações impostas pela doença da criança, os seus cuidadores, ao se aproximarem das perdas, aprendem a lidar com elas e não desistem da batalha. Nesse processo, necessitam do apoio e da escuta qualificada dos profissionais de saúde para que possam ter as suas energias reabastecidas e suas forças reativadas. Dessa forma, mudar o foco da doença para o cuidado centrado na família instrumentaliza a equipe de enfermagem a lidar melhor com o sofrimento familiar diante dessa experiência e a compreender a posição do cuidador nesse contexto.

Conclusão

Os resultados mostraram o cuidar compreendido como uma dádiva, um sentimento de dedicação exclusiva a um ser que lhe pertence. Na análise dos discursos foi possível mergulhar nos sentimentos e na relação de ambiguidade vivenciada pelos pais que, muitas vezes, sentem-se sobrecarregados e impotentes, mas não aceitam serem substituídos na sua função de cuidador.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo 475841/2010-7.

Colaborações

Amador DD e Collet N participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Reichert APS e Lima RAG participaram da redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Rubira EA, Marcon SR, Belasco AG, Gaíva MA, Espinosa MM. [Burden and quality of life of caregivers of children and adolescents with chemotherapy treatment for cancer]. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):567-73. Portuguese.
2. Frost M, Green A, Gance-Cleveland B, Kersten R, Irby C. Improving family-centered care through research. J Pediatr Nurs. 2010;25(2):144-7.
3. Silva TC, Barros VF, Hora EC. [Experiência de ser um cuidador familiar no câncer infantil]. Rev Rene. 2011;12(3):526-31. Portuguese.
4. Botêlho SM, Boery RN, Vilela AB, Santos Wda S, Pinto Lde S, Ribeiro VM, Machado JC. [Maternal care of the premature child: a study of the social representations]. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):929-34. Portuguese.
5. Milbrath VM, Cecagno DS, Amestoy SC, Siqueira HC. [Being a woman, mother to a child with cerebral palsy]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):427-31. Portuguese.
6. Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LM. [Uncertainties in the childhood cancer: understanding the mother's needs]. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010;14(2):301-8. Portuguese.
7. Alves DF, Guirardello EB, Kurashima AY. [Stress related to care: the impact of childhood cancer on the lives of parents]. Rev Latinoam Enferm. 2013;21(1):356-62. Portuguese.
8. Amador DD, Gomes IP, Reichert AP, Collet N. [Impact of childhood cancer for family caregivers: integrative review]. Rev Bras Enferm. 2013;66(2):267-70. Portuguese.

Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher

Profile of police reports related to violence against women

Daniele Ferreira Acosta[1]
Vera Lucia de Oliveira Gomes[1]
Edison Luiz Devos Barlem[1]

Descritores
Enfermagem em saúde pública; Assistência integral à saúde; Cuidados de enfermagem; Violência contra a mulher; Violência doméstica

Keywords
Nursing in public health; Comprehensive health care; Nursing care; Violence against women; Domestic violence

Submetido
9 de Outubro de 2013

Aceito
12 de Dezembro de 2013

Resumo

Objetivo: Conhecer o perfil das mulheres que formalizaram ocorrência policial em delegacia especializada e identificar as formas de violência sofrida.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal onde foram analisadas 902 ocorrências policiais. O instrumento de pesquisa foi elaborado com base nas variáveis sociodemográficas selecionadas das vítimas, dos agressores e sobre o tipo de violência. Foi realizada análise com estatística descritiva e utilização do software SPSS® versão 17.0.

Resultados: O perfil foi de mulheres brancas, jovens, com baixo nível de escolaridade e com residência em bairros periféricos. A violência física esteve presente em mais da metade dos casos, com destaque para a tentativa de estrangulamento. Quanto à violência sexual houve predomínio do estupro por desconhecidos e parceiros íntimos. A violência psicológica apresentou o descumprimento de ordem judicial, como nova forma de violência contra a mulher. Há destaque para a reincidência de ocorrências policiais pela mesma vítima.

Conclusão: O perfil das mulheres em 902 ocorrências policiais não difere daquele descrito na literatura e as formas de violência sofridas foram: física, sexual e psicológica.

Abstract

Objective: To know the profile of women who formalized a police report at a specialized women's police station and to identify forms of violence suffered by them.

Methods: A cross-sectional study was conducted with 902 police reports. The data collection instrument was based on selected social and demographic variables of the victims and aggressors, and data related to the type of violence. Descriptive statistic analysis was performed by using SPSS® version 17.0.

Results: The profile was composed of young white women, with low educational levels, living in the suburbs. Over half of the reports contained complaints of physical violence, especially attempts of strangulation. Regarding sexual violence, we identified a predominance of rape committed by strangers or intimate partners. Psychological violence was reported in the occurrence of noncompliance to court orders as a new form of violence against women. The findings emphasized the recurrence of police reports by the same victim.

Conclusion: The profile of women identified among the 902 police reports did not differ from the one described in the literature, and the forms of violence suffered were of a physical, sexual and psychological nature.

Autor correspondente
Daniele Ferreira Acosta
Av. Presidente Vargas, 881(3), Rio Grande, RS, Brasil. CEP: 96202-100
nieleacosta@gmail.com

[1]Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, multifacetado, que tem sido abordado nos últimos anos como uma situação que requer ações interdisciplinares. Desse modo, necessita de profundas reflexões acerca da sua dinâmica, não somente pelo impacto que ocasiona na qualidade de vida da vítima, mas também na dos filhos e da sociedade.

A violência praticada contra a mulher é fruto de uma construção cultural, política e religiosa, pautada nas diferenças entre os sexos. Tal construção naturalizou e legitimou a assimetria de poder, justificando o domínio do homem sobre a mulher. Como consequência, a forma mais comum de violência contra a mulher é a praticada por parceiro íntimo, o qual ocorre entre pessoas de diferentes raças, religiões, classe econômica e social.

Sabe-se que a violência resulta da interação de inúmeros fatores que atuam sobre o comportamento, aumentando ou diminuindo a probabilidade das pessoas tornarem-se vítimas ou agressores. Portanto, a baixa escolaridade, as desigualdades sociais, o uso de drogas, a infraestrutura precária na comunidade parecem exacerbar este fenômeno, aumentando o risco das mulheres que vivenciam essa situação.

Dados revelam a magnitude desta forma de violência em nível mundial. Mulheres com idade entre 15 e 44 anos têm maior risco de estupro e violência doméstica do que de sofrerem acidentes, contraírem câncer, malária ou, ainda, serem vitimadas na guerra. No Brasil, a cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente. Os atos violentos resultam na perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos de vitimização.

Nesse sentido, com o objetivo de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar, bem como punir os agressores, foi criada a lei nº 11.360/2006, conhecida por Lei Maria da Penha. Tal lei define violência familiar como sendo aquela praticada por pessoa com laço consanguíneo ou que se considere aparentada, e violência doméstica a praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, independentemente de vínculo familiar.[1] Essa compreensão é primordial para dar visibilidade à dinâmica da violência contra a mulher e, assim, possibilitar o delineamento de estratégias e práticas específicas voltadas à promoção do vínculo familiar, à organização de grupos para problematizar questões de gênero, bem como fortalecer a autonomia feminina e ajudar a encontrar alternativas para solução de conflitos entre o casal.

Com essa lei houve um importante avanço nas questões referentes aos direitos das mulheres, no entanto, foi pequena a redução do número de mulheres agredidas entre 2001 e 2010. Há dez anos, oito mulheres sofriam agressões a cada dois minutos, hoje cinco sofrem, demonstrando que, embora o resultado seja positivo, ainda muito precisa ser feito para inibir a violência contra a mulher. Nesse sentido é possível fazer alguns questionamentos tais como, de que maneira a lei está sendo empregada? Os profissionais envolvidos com essa temática estão sendo capacitados para atuarem conforme a legislação? Como está organizada a rede de apoio às vítimas? Qual o papel dos enfermeiros frente essa situação?

Alguns autores discorrem sobre a fragilidade do sistema, morosidade institucional e dos trâmites legais,[2,3] aspectos também reconhecidos pelas vítimas. Como forma de desabafo, as mulheres referem que a lentidão dos processos as deixa inseguras diante da situação a que estão expostas.[3,4] Nesse sentido, de forma não intencional, o sistema contribui para a revitimização, ocasionando a desistência dos processos pela demora de aplicação da lei, pela minimização da gravidade dos fatos e pela pouca importância dispensada aos casos.

Sabe-se que não existe apenas uma ferramenta capaz de impedir a violência ou acelerar os processos judiciais, mas sim um conjunto de recursos, físicos, pessoais e econômicos aptos a inibi-la, a punir e a educar os agressores. Nesse sentido, como enfermeiras e enfermeiros comprometidos com a promoção à saúde, é ímpar a busca pelo aprimoramento das ações e intervenções junto às mulheres que sofrem violência. Para isso, é preciso entender a dinâmica da violência contra a mulher, o que requer o conhecimento dos aspectos envolvidos.

Os objetivos deste estudo foram conhecer o perfil das mulheres que formalizaram ocorrência

policial em delegacia especializada e identificar as formas de violência sofrida.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres no município de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, região sul do Brasil.

Foram incluídas no estudo todas as 902 ocorrências policiais registradas desde o início do funcionamento da delegacia, em agosto de 2009 a dezembro de 2011, cujas vítimas fossem mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos. A coleta de dados foi efetuada entre outubro de 2011 e março de 2012. Foi elaborado um instrumento de pesquisa contendo as variáveis de estudo: dados socioeconômicos das vítimas, dos agressores e o tipo de violência praticada.

Os dados foram armazenados em planilhas do tipo Excel® e a análise foi por elementos de estatística descritiva, sendo utilizado o software estatístico SPSS versão 17.0.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

No período de estudo foram registradas 902 ocorrências policiais, das quais foram descritos o perfil das mulheres que sofreram violência e as formas de violência a que foram submetidas.

Observou-se que a faixa etária prevalente situou-se entre 20 e 29 anos (39,0%) seguida da correspondente a 30 e 39 anos (26,0%). Quanto à cor da pele das vítimas, optou-se por categorizá-las em brancas e não brancas. Na categoria não brancas, incluíram-se as descritas como mulata, morena, sarara, preta, amarela e parda. Foi nítido o predomínio de mulheres brancas entre as agredidas (82,5%) retratado na tabela 1.

No que se refere à escolaridade, 63,2% das mulheres agredidas cursaram o ensino fundamental incompleto ou completo, caracterizando o predomínio de baixa escolaridade. Atingiram o nível superior 52 mulheres (5,8%), demonstrando que a violência ocorre entre pessoas de diferentes graus de instrução. Ao analisar-se o local de moradia das vítimas, no momento da denúncia, constatou-se a prevalência dos bairros periféricos, representando 86,8% do total. No entanto, individualizando-se a análise, comparando cada bairro, percebeu-se que o Centro da cidade ocupou o segundo lugar (9,2%), sendo superado apenas por um bairro periférico que concentrou 10,0% dos casos notificados conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Perfil das mulheres que formalizaram ocorrência policial

Variáveis	Registros n(%)
Faixa etária*	
< 20 anos	44(4,8)
20 a 29 anos	352(39,0)
30 a 39 anos	235(26,0)
40 a 49 anos	167(18,7)
50 a 59 anos	57(6,3)
> 60 anos	46(5,1)
Cor da pele**	
Brancas	744(82,5)
Não brancas	157(17,4)
Escolaridade***	
Ensino Fundamental	576(63,8)
Ensino Médio	257(28,5)
Ensino Superior	52(5,8)
Analfabeto	7(0,8)
Local****	
Periferia	783(86,8)
Centro	83(9,2)
Rural	23(2,5)
Outras localidades	13(1,4)

Legenda: *n=901; **n=901; ***n=892; ****n=902– algumas informações estavam incompletas nas ocorrências

Na análise efetuada (Tabela 2) sobre os tipos de violência praticadas contra as mulheres, houve predomínio da violência física com 431(47,8%) casos. Desses, 10(2,3%) corresponderam a tentativa de homicídio. Em segundo lugar, encontrou-se a violência psicológica com 400(44,4%) casos, entre eles 2,0% corresponderam ao cárcere privado e 20,2% ao descumprimento de ordem judicial. No que se refere à violência sexual dos 40(4,4%) casos registrados, 27(67,5%) referiam-se ao estupro consumado.

Tabela 2. Tipos de violência

Tipos de violência	Registros n(%)
Violência física	431(47,9)
Violência psicológica	400(44,4)
Violência sexual	40(4,4)
Violência patrimonial	23(2,5)
Violência moral	8(0,9)

Analisando-se o item correspondente a "agressões anteriores", contido no instrumento de coleta de dados, encontrou-se 568(63%) casos. No entanto, observa-se (Quadro 1) que a primeira denúncia foi verificada em 340 ocorrências; nas 228 (25,2%) restantes, o número de reincidência oscilou entre duas e onze denúncias. O quadro 1, ainda, demonstra que 80,0% das mulheres vinha sofrendo com a violência até tomar coragem para denunciar o agressor. Ainda assim, há várias denúncias feitas pelas mesmas vítimas.

Quadro 1. Distribuição dos 568 casos de agressões anteriores

Número de denúncias	1	2	3	4	5	7	11
Número de vítimas (425)	340	57	14	6	6	1	1
Total de denúncias (568)	340	114	42	24	30	7	11
% Sobre total de vítimas	80	13,4	3,3	1,4	1,4	0,2	0,2

Discussão

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados com o delineamento transversal que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito.

Por outro lado, é a primeira análise das ocorrências policiais em dois anos de funcionamento de uma delegacia especializada e os resultados podem direcionar as políticas públicas no município.

A dinâmica da violência contra a mulher tem sido pauta de diversos estudos nacionais e internacionais. Esses discorrem a respeito do perfil da vítima e do agressor, do tipo de violência,[5-8] das estratégias de enfrentamento,[6,9,10] das consequências para a vítima[6,8,11,12] bem como da atuação dos profissionais de saúde frente a essa temática.[11,12]

No presente estudo, alguns desses tópicos são abordados procurando dar visibilidade ao fenômeno tanto em nível local quanto nacional e mundial. No que se refere ao perfil das vítimas, os resultados assemelham-se ao publicado na literatura. A violência por parceiro íntimo é mais prevalente entre as mulheres em idade reprodutiva[12] e produtiva.[13] Outros estudos também revelaram que a maioria das mulheres vitimadas encontravam-se entre os 20 e 40 anos de idade, eram brancas[14] e possuíam baixa escolaridade.[5,6]

De acordo com os motivos citados por vítimas, como desencadeadores da violência, encontra-se, frequentemente, o ciúme pelo parceiro,[13,14] que pode ser decorrente do fato das mulheres serem jovens, bonitas e em busca da sua independência financeira. Nessa faixa etária também se têm uma vida social mais ativa o que as tornam vulneráveis a certos atos violentos por parte de desconhecidos.[15] Quanto às faixas etárias extremas, menores de 19 anos (4,8%) e maiores de 60 anos (5,1%), considera-se que o baixo índice de violência encontrado, neste estudo, seja por conta da subnotificação dos casos. Nessas idades pode ser comum a dependência financeira, fazendo-as silenciar a violência a que são submetidas.

Sabe-se que a violência contra a mulher independe da classe social, raça, religião ou grau de instrução. Entretanto, existem fatores considerados

catalisadores deste fenômeno, entre eles o uso de álcool, a violência intergeracional, o baixo nível de escolaridade e o extrato socioeconômico baixo. O ensino fundamental incompleto ou completo prevaleceu entre as vítimas deste estudo em 63,8% dos casos. Acredita-se que quanto menor a escolaridade, menor a qualificação profissional e, portanto, maior chance de serem dependentes economicamente do conjuge.[8] Desse modo, as dificuldades financeiras podem surgir como pivô dos conflitos.[16] Por outro lado, supõe-se que mulheres com maior escolaridade têm alternativas para fugir dos atos violentos, atribuído a melhor remuneração. Além disso, apresentam maior esclarecimento sobre os seus direitos, o que as tornam menos tolerantes à violência.

No entanto, mulheres com maior grau de instrução não estão livres da violência. Este estudo revelou que 52(5,8%) vítimas possuíam o ensino superior completo ou incompleto, havendo entre elas professoras, advogadas, uma assistente social, uma enfermeira e uma médica. Pesquisa semelhante na região sudeste do Brasil evidenciou índice de 28,3% de violência doméstica em mulheres com ensino superior incompleto ou completo.[14] Esses dados fragilizam a crença de que a violência contra a mulher só ocorre entre aquelas com menos escolaridade.

Os contextos comunitários, tais como a qualidade de relacionamento da vizinhança, a presença de escolas e de redes de apoio, são referidos como fatores de proteção às famílias.[2] Por outro lado, a alta densidade populacional, a falta de infraestrutura e o pequeno investimento educacional podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres que vivem em ambientes com essas características. Neste estudo, 783 (86,8%) vítimas residiam na periferia. No entanto, ao individualizar-se a análise dos bairros, evidenciou-se que o centro do município ocupou o segundo lugar no ranking dos locais com maior concentração de vítimas 83(9,2%), contradizendo o apresentado pela literatura.

Portanto, diante desses achados, e da complexidade do fenômeno, corrobora-se a necessidade de romper as barreiras culturais e pré-julgamentos de que apenas mulheres de baixa escolaridade, que vivem na periferia ou mesmo que possuem profissões pouco remuneradas são vitimadas. É preciso expandir a visão acerca do dimensionamento da violência contra a mulher de forma a descortinar as influências de representações que possam inibir uma atuação mais efetiva, tanto da equipe de saúde quanto de outros profissionais. Além disso, mesmo a profissional que tem a atribuição do cuidado, não está livre da violência conjugal, como evidenciado, o que pode dificultar sua atenção frente a outros casos de violência contra a mulher. Destarte, reforça-se, novamente, a necessidade de atenção multidisciplinar e interdisciplinar diante do enfrentamento dessa forma de violência.[10]

Quanto às formas de violência praticadas contra as mulheres, diferentemente de outros estudos em que predominou a violência psicológica, seguida da física e sexual,[4,5,13] encontrou-se a violência física em quase metade das ocorrências analisadas 431(47,8%). Desses, dez (2,3%) corresponderam a tentativa de homicídio. Há relatos de que os homens utilizam-se da força para agredir a mulher por meio do espancamento[12] e do estrangulamento.[14,17] Este último esteve presente em 47(11,3%) casos analisados. Tal resultado ratifica dados da pesquisa que descreve a distribuição e os padrões de estrangulamento homicidas entre as mulheres africanas. Nela foi detectado o predomínio de crimes ligados ao contexto doméstico, sugerindo a perpetração por um parceiro íntimo ou conhecido.[17]

Ao analisar as formas de violência psicológica, de um total de 44,4% dos casos; 2,0% corresponderam ao cárcere privado e 20,2% ao descumprimento de ordem judicial. A desigualdade entre homens e mulheres na sociedade, fruto da cultura patriarcal, leva o homem a acreditar que têm direitos, inclusive de infringir a legislação que protege a mulher, conforme evidenciado em 81(20, 2%) ocorrências. Nesses casos, além de serem vitimadas pelo parceiro, as mulheres sofrem com a ineficácia da lei, que não consegue fazer cumprir as medidas protetivas de urgência[1] determinadas, originando uma nova forma de violência à mulher, o descumprimento de ordem judicial.

Em pleno século XXI as mulheres ainda são privadas do direito de ir e vir, de exercer a sua autonomia, além disso, são obrigadas a manter relação sexual forçada para satisfazer o marido ou por medo

do parceiro.[5] Em 40 (4,4%) casos foi registrada a violência sexual, sendo que 28 (70%) referiam-se ao estupro consumado. Entre os acusados, treze eram homens desconhecidos, nove parceiros íntimos e o restante conhecidos das vítimas. A violência moral (0,9%) e patrimonial (2,5%) apresentou baixa porcentagem, sendo esse um fato que pode estar atrelado ao desconhecimento desses atos como crimes contra a mulher. No entanto, em uma pesquisa realizada com mulheres violentadas houve predomínio da violência psicológica e moral, entre as cinco formas legais estabelecidas, sendo aquelas caracterizadas como ofensa verbal.[14]

Geralmente as mulheres convivem anos com a violência dentro do lar.[18] Outro estudo revela que em metade dos casos de violência não há denúncia pública, a não ser que ocorra ameaça à integridade física, seja pelo uso de armas de fogo, seja pelo espancamento ou ameaças de espancamento. De igual forma, 568 (63%) casos referiam-se a agressões anteriores, sendo que a primeira denúncia foi verificada em 340 ocorrências; nas 228 restantes, o número de reincidência oscilou entre duas e onze denúncias.

Destaca-se o extremo de onze denúncias, efetuadas pela mesma mulher, o que possibilita questionar a resolutividade da lei. Nos casos de reincidência de notificação contra o agressor houve repetição ou mesmo a associação de diferentes formas de violência, o que pode ser um desencadeador de medo, fragilizando a iniciativa da vítima para romper esse ciclo. Num cenário conturbado como esse é evidente a desestruturação familiar com possíveis consequências sobre os filhos inclusive o risco de sofrerem violência intrafamiliar[19] e de tornarem-se futuros agressores.

Relatos expõem a descrença das mulheres na legislação durante a busca pela ruptura da sua condição de vítima.[4] A morosidade da lei implica em risco de vida, considerando o retardo na punição do agressor e estabelecimento das medidas protetivas. Por outro lado, salienta-se o despreparo dos próprios operadores da lei que, muitas vezes, culpabilizam as vítimas pela lentidão do sistema, pois ao romperem e reatarem com o parceiro inúmeras vezes[2] retornam ao serviço para denunciá-lo novamente.

A legislação tem contribuído para romper a cadeia de violência contra a mulher dentro de muitas famílias. Contudo, acredita-se que para ter êxito, significativo, no combate a esse tipo de violência, convém terminar com a dicotomia existente entre o que é legalmente instituído e o que é vivido na prática. Para isso, é de extrema importância a capacitação eficaz de todos os profissionais que lidam com essa temática, incluindo a equipe da saúde, responsáveis pela prevenção de agravos, promoção e educação em saúde.

O estudo corroborou que a violência contra a mulher está presente em diferentes contextos sociais. Destaca-se a necessidade de investimento e capacitação de todos os profissionais que atuam em locais que fazem parte da rede de proteção às mulheres. Julga-se importante compreender esse fenômeno necessitando, portanto, de preparo, esforços e conhecimentos adicionais, a fim de desencadear reflexões acerca de novas políticas públicas eficazes, de práticas efetivas voltadas ao empoderamento da mulher, seja em âmbito local ou nacional.

Sabe-se que este estudo apresenta dados epidemiológicos apenas de um contexto e tempo, porém de fundamental importância para que diversos profissionais reflitam acerca da gravidade deste problema e comecem a agir. Para uma assistência de qualidade, primeiramente é preciso ultrapassar as crenças, rotulações e pré-julgamentos que inibem uma atuação profissional efetiva. Como enfermeiras, interessadas nas ações de prevenção e promoção à saúde, é impar a realização de pesquisas como esta que subsidiam diferentes áreas do conhecimento na busca pelo enfrentamento da violência contra a mulher.

Conclusão

O perfil das mulheres que formalizaram ocorrência policial em delegacia especializada foi brancas, jovens, com baixo nível de escolaridade e com residência em bairros periféricos. No que se refere as formas de violência sofrida a violência física esteve presente em mais da metade dos

casos, com destaque para a tentativa de estrangulamento. Quanto à violência sexual houve predomínio do estupro praticado, na maioria dos casos, por desconhecidos e parceiros íntimos. Já a psicológica apresentou um dado relevante, o descumprimento de ordem judicial, que emerge como nova forma de violência contra a mulher. Há destaque para a reincidência de ocorrências policiais pela mesma vítima.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela bolsa de mestrado concedida durante 20 meses, processo 717244.

Colaborações

Acosta DF, Gomes VLO e Barlem ELD contribuíram na concepção do estudo, análise e interpretação, revisão da literatura, delineamento da pesquisa, interpretação dos dados, coleta dos dados, entrada, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. United Nations Department of Public Information. Unite to end violence against women. Fact Sheet [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 20]. Available from: http://www.un.org/en/women/endviolence/pdf/VAW.pdf.
2. Fundação Perseu Abramo. [Brazilian women and gender in public and private spaces] [Internet]. 2010 Aug. [cited 2013 Apr 3]. Available from: http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf. Portuguese.
3. Tavares MS, Sardenberg CM, Gomes MQ. [Feminism, state and policies to combat violence against women: monitoring the Maria da Penha Law]. Estudos Feministas [Internet]. Jul/Dec 2011- Jan/Jun 2012 [cited 15 Apr. 2013]. Available from: http://www.tanianavarroswain.com.br/labrys/labrys20/brasil/lei%20MP.htm. Portuguese.
4. Lettiere A, Nakano AM. [Domestic violence: possibilities and limitations in coping]. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2011 Nov/Dec [cited 10 Apr. 2013]; 9(6): [8 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_20.pdf.
5. Moura LB, Gandolfi L, Vasconcelos AM, Pratesi R. [Violence against women by an intimate partner in economically vulnerable urban area, Brasília, DF]. Rev Saúde Pública. 2009;43(6):944-53. Portuguese.
6. Labronici LM, Ferraz MI, Trigueiro TH, Fegadoli D. [Profile of the violence committed against women assisted at Pousada de Maria lodging]. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1):126-33. Portuguese.
7. Gomes NP, Diniz NM. [Males unveiling the different forms of conjugal violence]. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):262-7. Portuguese.
8. Diniz NM, Lopes RL, Rodrigues AD, Freitas DS. [Women who were burned their husbands or partners]. Acta Paul Enferm. 2007;20(3):321-5. Portuguese.
9. Poudel-Tandukar P, Poudel KC, Yasuoka J, Eto T, Jimba M. Domestic violence against women in Nepal. Lancet. 2008;37(9625):1664.
10. Gomes NP, Diniz NM, Filho CC, Santos JN. [Facing domestic violence against women under interdisciplinary and intersectorial action]. Rev Enferm UERJ. 2009; 7(2):14-7. Portuguese.
11. Coker A, Smith PH, Fadden MK. Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. J Womens Health. 2005;14(9):829-38.
12. Devi S. US guidelines for domestic violence screening spark debate. Lancet. 2012;379(9815):506. http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612602153.pdf.
13. Carvalho C, Destro JR, Faust SB, Coelho EB, Boing AF. [Violence dynamics among couples from the perspective of violented womanliving at Trindade neighbourhood, Florianópolis/SC]. Cogitare Enferm. 2010;15(4): 603-8. Portuguese.
14. Ribeiro DK, Duarte JM, Lino KC, Fonseca MR. [Characterization of women who suffer domestic violence in the city of São Paulo]. Saúde Coletiva. 2009;35(6):264-8. Portuguese.
15. Menezes JP, Moura MA, Albuquerque Netto LA, Silva GF. [Socio-demographic profile of women who have suffered gender violence in Rio de Janeiro: subsidies for nursing]. Rev Pesq Cuid Fundam. 2010; 2(Ed Supl):418-22. Portuguese.
16. Couto MT, Schraiber LB, d´Oliveira AF, Kiss LB. [Gender conceptions related to violence against women among men and women of low income and low educational level, Sao Paulo, Brazil]. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;11(Supl):1323-32. Portuguese.
17. Suffla S, Niekerk AV, Arendse N. Female homicidal strangulation in urban South Africa. BMC Public Health. 2008; 8:363.
18. Jong LC, Sadala ML, Tanaka AC. [Forfeiting the denunciation of the aggressor: reports of female victims of domestic violence]. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):744-51. Portuguese.
19. Fonseca RM, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RN. [Recurrence of violence against children in the municipality of Curitiba: a look at gender]. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):895-901. Portuguese.

Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito

Development and validation of an informative booklet on bed bath

Juliana de Lima Lopes[1]
Luiz Antônio Nogueira-Martins[1]
Dulce Aparecida Barbosa[1]
Alba Lucia Bottura Leite de Barros[1]

Descritores
Cuidados de enfermagem; Educação em enfermagem; Educação técnica em enfermagem; Banhos; Síndrome coronariana aguda

Keywords
Nursing care; Education, nursing; Education, nursing, associate; Baths; Acute coronary syndrome

Submetido
26 de Setembro de 2013

Aceito
23 de Outubro de 2013

Resumo

Objetivo: Construir e validar um manual informativo sobre o banho no leito para pacientes com síndrome coronária aguda.

Métodos: O manual informativo foi desenvolvido com base na experiência profissional dos pesquisadores e em levantamento bibliográfico. A versão preliminar do manual foi submetida à validação de conteúdo por dez enfermeiros, utilizando a Técnica de *Delphi*. A versão final do manual foi validada com 35 pacientes internados na unidade coronariana e que haviam vivenciado ao menos uma vez o banho no leito utilizando escala do tipo *Likert*.

Resultados: O manual informativo foi construído contendo informações sobre o banho no leito e as razões da necessidade deste procedimento. Na primeira fase foram necessárias quatro rodadas para o consenso entre os enfermeiros. Na segunda fase, foi observada uma média de escore superior a 4, sendo considerado como validado.

Conclusão: Foi construído e validado um manual informativo sobre o banho no leito para pacientes com síndrome coronária aguda.

Abstract

Objective: To develop and validate an informative booklet on bed bath for coronary patients.

Method: The informative booklet was developed based on the experience of researchers and literature. The booklet was subjected to content validation for ten nurses, using the Delphi technique. The final version of the booklet has been validated with 35 patients admitted to the coronary care unit and who had experienced at least once the bed bath, using Likert scale.

Results: The informative booklet was developed containing information about bed bath and the reasons that patients need this procedure. In the first phase were required four rounds to obtain consensus among nurses. In the second phase, it was observed that the average of the responses were above 4, thus, the booklet was considered as validated.

Conclusion: This study developed and validated an informative booklet on bed bath for coronary patients.

Autor correspondente
Juliana de Lima Lopes
Rua Napoleão de Barros, 754,
Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil.
CEP: 04024-002
julianalimalopes@gmail.com

[1]Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Conflitos de interesse: não há conflito de interesse a declarar.

Introdução

As doenças cardiovasculares são uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.[1,2] Dados estatísticos da *American Heart Association* mostram que 82.600.000 americanos possuem doenças cardiovasculares, sendo as doenças coronárias, responsáveis por 16.300.000 casos.[3] No Brasil estima-se que, no ano de 2011, as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 231.340 internações, correspondendo a 20% das hospitalizações por doenças do aparelho circulatório e 2% de todas as internações.[2]

A coronariopatia por ser uma doença que causa, na maioria das vezes, uma internação inesperada, pode desencadear uma situação de ameaça, causando alterações fisiológicas e psíquicas. Muitas vezes, estas alterações são mais intensas, dependendo do procedimento a que o paciente está sendo submetido. Um desses procedimentos é o banho no leito. Em estudo anterior, observou-se que a ansiedade gerada pelo banho no leito foi maior que a gerada no banho de aspersão, principalmente antes deste procedimento.[4] A ansiedade quando associada a síndrome coronária aguda pode aumentar a frequência cardíaca, o trabalho cardíaco e o consumo de oxigênio, piorando a evolução da doença.

Neste contexto, o enfermeiro tem um importante papel na orientação sobre o banho no leito. A orientação de enfermagem permite minimizar diversos sentimentos negativos apresentados pelos pacientes frente a novas experiências, tornando-os mais tranquilos e melhorando sua qualidade de vida.[5,6]

A utilização de manuais informativos é uma das estratégias que pode ser utilizada pelos enfermeiros para a orientação. Estes manuais facilitam o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado.[7] Entretanto, devem ter uma linguagem clara e objetiva para os indivíduos que o utilizarão e desta forma, deve-se validar seu conteúdo.

Frente a este contexto, o objetivo do presente estudo foi construir e validar um manual informativo sobre o banho no leito para pacientes com síndrome coronária aguda.

Métodos

Trata-se de um estudo sobre a elaboração e validação de um manual informativo seguindo os passos descritos por Echer.[7] que foi realizado no período de outubro de 2010 a dezembro de 2012.

A elaboração do manual informativo foi realizada com base na experiência profissional dos pesquisadores e em revisão bibliográfica sobre o assunto. A validação do manual foi realizada em duas fases: a primeira constituiu na validação por enfermeiros e a segunda por pacientes.

A versão preliminar do manual foi submetida à validação de conteúdo por dez enfermeiros, sendo cinco professores da área de fundamentos da assistência de enfermagem, com pelo menos dois anos de atuação na área e cinco enfermeiros, que deveriam ter no mínimo dois anos de atuação profissional em Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. Foi solicitado que lessem o manual e sugerissem modificações quanto ao conteúdo, clareza e linguagem de cada um dos itens sobre o banho no leito. Foi utilizada uma escala tipo *Likert* de três pontos, sendo um totalmente inadequado, dois parcialmente adequado e três totalmente adequado. Caso o enfermeiro considerasse o manual como sendo parcialmente adequado ou totalmente inadequado, o mesmo indicaria as modificações pertinentes. Além do conteúdo do manual, o tipo de papel, o tamanho da letra e das ilustrações e a nitidez das ilustrações também foram avaliados e para serem considerados como adequados, deveriam ter concordância de 100% dos enfermeiros.

Para validação do manual informativo, nesta fase, foi utilizada a Técnica de *Delphi*. A Técnica de *Delphi* é o método de obtenção de opiniões e critérios de um conjunto de especialistas, sobre um tópico, utilizando-se sucessivas aplicações de questionários, sendo que em cada fase utilizam-se informações das fases anteriores, em busca de um consenso de 100% entre os especialistas. Foram seguidos os três princípios básicos desta técnica: anonimato dos respondentes, *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes e aprimoramento do instrumento até obter um consenso de todos os especialistas,[8,9] ou seja, todos os itens do

material informativo deveriam alcançar uma média de escore de 3 (totalmente adequado) tanto para o conteúdo, quanto para a clareza e linguagem. Vale ressaltar que a Técnica *Delphi* permite que o número de especialistas seja determinado diretamente pelo fenômeno que pretende estudar, podendo variar de 7 a 12 especialistas.[10]

Uma vez obtido o consenso entre os enfermeiros, a versão final do manual, foi avaliada, na segunda fase de validação, por 35pacientes. O tamanho amostral foi obtido por análise estatística, considerando um nível de significância de 5% e poder de 95%. Estes pacientes foram escolhidos de forma aleatória, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pacientes internados nas Unidades Coronárias, que vivenciaram, ao menos uma vez, o banho no leito e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram pacientes que não sabiam ler ou com alterações do nível de consciência ou déficit visual.

Nesta segunda fase, foi utilizada uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, elaborada pelos pesquisadores, para que os pacientes avaliassem a compreensão do manual como um todo e para cada um de seus itens. O valor mínimo foi de 1 (não entendi nada) e o valor máximo foi de 5 (entendi perfeitamente e não tenho dúvidas).

Após o consenso entre os pesquisadores e o estatístico, o instrumento para ser considerado como compreensível para os pacientes, deveria alcançar uma média de escore igual ou superior a 4, ou seja, entendi quase tudo. Para verificar a concordância de respostas entre os pacientes foi utilizado o Teste de *Wilcoxon*, que permite avaliar a confiabilidade interavaliadores e foram considerados estatisticamente significantes valores de $p<0,05$. Além da utilização da média do escore foi avaliado o percentual de respostas com escore 5 (entendi perfeitamente e não tenho dúvida), sendo que para ser considerado como compreensível deveria alcançar uma concordância maior ou igual à 80%.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O manual informativo elaborado foi do tipo pergunta e resposta, contendo seis perguntas com suas respectivas respostas. A primeira questão refere-se sobre o que é o banho no leito, que é a higiene corporal realizada na cama, para os pacientes que precisam de repouso absoluto.

A segunda refere-se sobre o motivo pelo qual o paciente coronariopata deve receber este tipo de banho. Neste item do manual é relatado ao paciente que o banho no leito é mais vantajoso, pois diminui o esforço físico. E que todos os esforços físicos que podem ser evitados, como o banho no chuveiro, são fundamentais, pois as artérias coronárias estão obstruídas e desta forma, o sangue não consegue levar oxigênio suficiente, para que ele funcione adequadamente.

No terceiro item do manual é descrito o profissional que será responsável pela execução deste procedimento. Ressalta-se que será realizado por uma pessoa da equipe de enfermagem treinada e com prática para a realização deste procedimento e que durante todo o banho serão utilizadas luvas.

O próximo item (quarto) descreve como o banho no leito é realizado, contendo informações e ilustrações que o banho será realizado na cama, com o paciente deitado, mantendo as portas e janelas fechadas e que durante todo o procedimento o paciente permanecerá monitorizado e utilizando os medicamentos endovenosos. Descreve-se também, os materiais que serão utilizados para a execução deste procedimento e que a temperatura da água estará de acordo com a preferência do paciente. Posteriormente, são descritos os passos para o banho no leito, sendo que primeiramente seria lavado o rosto e o cabelo e em seguida o corpo e que conforme as partes do corpo fossem lavadas, imediatamente seriam enxaguadas, enxugadas e cobertas por lençóis limpos. Reforçou-se que as partes íntimas poderiam ser lavadas pelos pacientes, caso se sentissem mais confortáveis e caso fosse possível e que as grades permaneceriam erguidas durante todo tempo.

No quinto item é descrito quanto tempo este procedimento demora a ser executado, ou seja, entre 15 a 40 minutos e, no sexto, quantas vezes por

dia o paciente necessita deste procedimento, sendo descrito que o paciente se submeterá ao banho no leito uma vez por dia, conforme a preferência ou necessidade do paciente.

Após a criação, o manual foi avaliado por dez enfermeiros. A idade dos enfermeiros variou entre 30 a 55 anos, com média de 41,2±8,3 anos. A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (n=9; 90,0%). Em relação à formação, seis enfermeiros haviam feito mestrado, cinco doutorado e todos tinham, ao menos, uma especialização, sendo que cinco tinham mais do que uma. Os enfermeiros eram especialistas em cardiologia (n=4; 40%), médica-cirúrgica (n=3; 30%), saúde mental (n=3; 30%), terapia intensiva (n=2; 20%), nefrologia (n=1; 10%), cuidados paliativos (n=1; 10%), docência em enfermagem (n=1; 10%) e oncologia (n=1; 10%). Quanto ao tempo de atuação, os enfermeiros estavam formados entre 5 e 33 anos, com média de 17,1± 9,8 anos.

Em relação ao manual informativo, 90,0% (n=9) dos enfermeiros consideraram o tamanho da letra adequado, apenas um sugeriu o aumento da letra; 100,0% (n=10) consideraram o tipo de papel adequado; 90,0% (n=9) consideraram o tamanho das ilustrações adequado, sendo que um sugeriu aumentar o tamanho; e, 70,0% (n=7) consideraram a nitidez das ilustrações adequadas.

Após esta avaliação, foi aumentado o tamanho da letra e das ilustrações, bem como a nitidez das ilustrações e após a segunda avaliação, todos os enfermeiros (n=10; 100,0%) consideraram adequadas as ilustrações e o tamanho da letra.

Quanto à validação do conteúdo do manual informativo, utilizando-se a Técnica *Delphi*, houve a necessidade de quatro rodadas para se obter 100% de consenso entre os especialistas.

Na primeira rodada, foram sugeridas alterações em 12 frases do manual informativo. As frases foram reformuladas, respeitando as opiniões dos enfermeiros. A única sugestão que não foi acatada nesta primeira rodada foi: *"As artérias que são responsáveis por levarem oxigênio (ar) para o coração do senhor(a) estão entupidas, levando a dor no peito durante os esforços. Para evitar que esta dor aconteça, o senhor(a) deve evitar o esforço físico como o banho no chuveiro, porque durante este esforço o coração necessitará de uma quantidade maior de oxigênio"*. Os pesquisadores consideraram que esta frase além de ser potencialmente geradora de ansiedade, não corresponde à experiência clínica, visto que nem todos os pacientes com síndrome coronária aguda apresentam a dor como sintoma da doença.

Após a reformulação, as 12 frases foram re-submetidas para análise dos enfermeiros, e na segunda rodada foram sugeridas alterações em dez frases. A única frase que não foi alterada nesta segunda rodada foi: *"O banho no leito será realizado por uma ou duas pessoas da equipe de enfermagem, que utilizarão luvas durante todo o procedimento"*. Considerou-se que a realização do banho no leito por dois profissionais da enfermagem poderia aumentar a ansiedade dos pacientes e consequentemente aumentar o consumo de oxigênio dos pacientes, piorando a evolução da sua doença.

Desta forma, as nove frases foram reformuladas e re-submetidas para análise dos enfermeiros na terceira rodada, em que foram sugeridas alterações em sete frases. Estas frases foram reformuladas e re-submetidas para análise dos enfermeiros na quarta rodada, e apenas um (1) enfermeiro sugeriu alterações, quanto à linguagem, em duas frases. Entretanto, as sugestões eram referentes à língua portuguesa e não ao conteúdo da frase e, por esta razão não houve a necessidade da execução da quinta rodada e o manual foi considerado como validado pelos enfermeiros.

Após a validação pelos enfermeiros, o manual foi submetido à validação por 35 pacientes. A idade destes pacientes variou entre 42 e 70 anos, com média de 58,5±8,2 anos.

Em relação ao sexo dos pacientes, 85,7% (n=30) eram do sexo masculino. Observou-se que a maioria (n=33; 94,3%) tiveram internações prévias, sendo 54,3% destas internações devido ao infarto agudo do miocárdio.

Quanto à validação do manual informativo, observa-se na tabela 1, que em todos os itens avaliados, o percentual de concordância foi maior que 90,0%, ou seja, mais de 90,0% dos entrevistados responderam "entendi perfeitamente e não tenho dúvidas" e o intervalo de confiança variou de 76,9% a 100,0%.

Tabela 1. Percentual de respostas com valor cinco e o intervalo de confiança

	n(%)	IC 95%	
		Limite inferior %	Limite superior %
Manual como um todo	34(97,1)	85,1	99,9
O que é o banho no leito?	34(97,1)	85,1	99,9
Porque devo receber o banho no leito?	32(91,4)	76,9	98,2
Quem irá me dar o banho?	35(100,0)	90,0	100,0
Como é feito o banho?	35(100,0)	90,0	100,0
Quanto tempo o banho demora?	35(100,0)	90,0	100,0
Quantas vezes é realizado o banho?	34(97,1)	85,1	99,9

Legenda: n=35

Ao avaliar a média das respostas de cada um dos itens, observa-se na tabela 2, que foram maiores que quatro e que houve uma concordância estatisticamente significante entre os pacientes. Desta forma, considerou-se o manual como validado.

Tabela 2. Itens do manual informativo

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	*p-value*
Manual como um todo	4,97	5,00	0,17	4,00	5,00	<0,0001
O que é o banho no leito?	4,97	5,00	0,17	4,00	5,00	<0,0001
Porque devo receber o banho no leito?	4,89	5,00	0,40	3,00	5,00	<0,0001
Quem irá me dar o banho?	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	<0,0001
Como é feito o banho?	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	<0,0001
Quanto tempo o banho demora?	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	<0,0001
Quantas vezes é realizado o banho?	4,97	5,00	0,17	4,00	5,00	<0,0001

Legenda: n=35

Discussão

O banho é uma das atividades mais realizadas no cotidiano da população em geral, sendo um dos momentos mais íntimos e privativos, em que o indivíduo tem o contato com seu próprio corpo. O paciente hospitalizado e que necessita do banho no leito, passa de um indivíduo ativo para um indivíduo passivo, tornando-se dependente da equipe de enfermagem para execução deste procedimento. E muitas vezes, esta dependência pode inibir e/ou dificlutar a possibilidade do paciente de questionar sobre os procedimentos e/ou tratamento,[11] o que pode gerar diversos sentimentos como medo e ansiedade.

O ser humano necessita sentir-se seguro do procedimento que será executado, pois se existirem dúvidas, estas poderão ser causadoras de sentimentos desagradáveis, como ansiedade e angústia.[12] E desta forma, a orientação de enfermagem torna-se fundamental.

A orientação de enfermagem pode ser realizada de forma individualizada e/ou por meio de manuais informativos. Os manuais informativos têm como finalidade auxiliar os pacientes e familiares, durante o tratamento e o autocuidado e uniformizar as orientações a serem realizadas pela equipe de saúde, para que os pacientes possam entender o processo de saúde-doença e auxiliar na tomada de decisão.[7,13,14]

A elaboração do material educativo deve estar relacionada com as expectativas e prioridades dos pacientes frente a determinado assunto e quando bem elaborado e de fácil compreensão, melhora o conhecimento e a satisfação do paciente.[14-16]

Outro ponto a se destacar é que os manuais devem conter figuras, com o intuito de facilitar a compreensão dos indivíduos que utilizam o manual.[17] Além do que, a sequência do conteúdo, a organização das ideias, o espaçamento, o tipo de papel e de letra devem ser escolhidos adequadamente, para facilitar a sua leitura.[15]

Os indivíduos que utilizam este manual devem compreender o que está escrito em seus conteúdos e, desta forma, a linguagem deve ser clara e objetiva.[7] Frente a isso, torna-se importante a validação destes manuais, por especialistas e pelos indivíduos que utilizarão o manual.[7,16] Entretanto, poucos são os estudos que avaliam os passos para sua construção, bem como o impacto dessas informações.[7,14,18]

Existem várias formas de validar os manuais e/ou instrumentos, sendo a técnica de *Delphi* uma

delas. A Técnica de *Delphi* vem sendo amplamente utilizada nas pesquisas de validação, com o intuito de garantir que o conteúdo esteja adequado para determinada população. Em uma revisão de literatura, cujo objetivo foi identificar e caracterizar os artigos que utilizaram a Técnica *Delphi* e que foram publicados em periódicos brasileiros de enfermagem, mostrou que esta técnica pode contribuir para o avanço científico em todas as especialidades e campos de atuação da enfermagem.[9]

Os resultados de algumas pesquisas que utilizaram esta técnica mostraram que foram necessárias de 2 a 4 rodadas para validação do conteúdo, o que corrobora os achados do presente estudo.[19-23] Ressalta-se que a possibilidade de três ou mais rodadas podem ser necessárias para que se possa esgotar o tema.[20]

O uso de materiais educativos permite uma maior interação com o profissional de saúde, o paciente e a famíliae a construção destes materiais vem sendo uma prática crescente na enfermagem.[24]

Frente aos resultados encontrados deve-se considerar a seguinte limitação. Estudo mostra que anteriormente à sua construção, devem-se investigar as necessidades de informação sobre determinado procedimento, pois estas retratam as necessidades dos pacientes,[25] etapa que não foi realizada no presente estudo. Além do que, deve-se considerar que o estudo foi realizado em um único centro cardiológico e em uma população brasileira específica e desta forma, deve ser validado para outras populações.

Conclusão

O manual informativo foi construído e considerado válido pelos enfermeiros e pacientes. Acredita-se que este manual possa ser utilizado por diversas populações, entretanto torna-se necessária a realização de estudos que validem o manual para outras populações.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, processo 142567/2011-6. Os autores agradecem ao Instituto do Coração por autorizar a coleta de dados, incluindo a Doutora Jurema da Silva Herbas Palomo, Maria Aparecida Batistão Gonçalves e o Doutor José Antônio Nicolau e ao Grupo de Estudo, Pesquisa e Assistência sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (GEPASAE-UNIFESP) pelas contribuições no refinamento do método do estudo.

Colaborações

Lopes JL, Nogueira-Martins LA e Barros ALBL declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Barbosa DA participou da concepção do projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24(11):987-1003.
2. Base de Dados de Morbidade Hospitalar do SUS – DATASUS. [Internet]. 2011. [Disponível em: 2012 Aug 20] http://www.datasus.gov.br.
3. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics -2011 Uptade: a report from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(4):e18-e209.
4. Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MA, Barros AL. Comparing levels of anxiety during bed and shower baths in patients with acute myocardial infarction. Rev Latinoam Enferm. 2010;18(2):80-7.
5. Baggio MA, Teixeira , Portella MR. Pre-surgical of cardiac surgery patient: the nursing assistence making a difference. Rev Gaúcha Enferm. 2001;22(1):122-39.
6. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomized controlled trial. J Clin Nurs. 2009;18(9):1334-45.
7. Echer IC. The development of handbooks of health care guidelines. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(5):754-7.
8. Faro AC. The Delphi Technique to validate the nursing interventions. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(2):259-73.
9. Castro AV, Rezende M. The Delphi technique and its use in brazilian

nursing research: bibliographical review. REME: Rev Min Enferm. 2009;13(3):429-34.

10. Cunha AL, Peniche AC. Content validity of an instrument to document recovery of patients in post anesthesia care unit. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2):151-60.

11. Nakatani AY, Souza AC, Gomes IV, Sousa MM. Bathing on bed at the intensive care unit: perceptions of whom receives it. Ciência, Cuidado e Saúde. 2004; 3(1):13-21.

12. Maruiti MR, Galdeano LE. Needs of family members of patients admitted to an intensive care unit. Acta Paul Enferm. 2007;20(1):37-43.

13. Panobianco MS, Souza PS, Prado MA, Gozzo TO, Magalhães PA, Almeida AM. Knowledge construction necessary for the development of a didactic-instructive manual for post mastectomy lymphedema prevention. Texto & Contexto Enferm. 2009; 18(3):418-26.

14. Gozzo TO, Lopes RR, Prado MA, Cruz LA, Almeida AM. Information to the development of an educational manual for women with breast cancer. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012;16(2):306-11.

15. Serxner S. How readability of material affects outcomes. J Vasc Nurs. 2000;18(3): 97-101.

16. Oliveira MS, Fernandes AF, Sawada NO. Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(1):115-23.

17. Houts OS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Educ Couns. 2006;61(2):173-90.

18. Rozemberg B, Silva AP, Silva PR. Hospital leaflets and the dynamics of constructing their meanings: the perspective of health professionals. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1685-94.

19. Kennedy HP. Enhancing Delphi research: methods and results. J Adv Nurs. 2004;45(5):504-11.

20. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. J Adv Nurs. 2006;53(2):205-12.

21. Guangyi X, Chongsuvivatwong V, Geater A, Ming L, Yun Z. Application of Delphi technique in identification of appropriate screening questions for chronic low back pain from traditional Chinese medicine experts' opinions. J Altern Complement Med. 2009;15(1):47-52.

22. Rankin G, Rushton A, Oliver P, Moore A. Chartered Society of Physiotherapy's identification of national research priorities for physiotherapy using a modified Delphi technique. Physiotherapy. 2012;98(3):260-72.

23. Doshi J, McDonald J. Determining the content of an educational ENT website using the Delphi technique. J Laryngol Otol. 2012; 126(4): 402-6.

24. Freitas AA, Cabral IE. Caring patient with tracheotomy: analyze of an educative leaflet. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(1):84-9.

25. Queiroz MV, Dantas MC, Ramos IC, Jorge MS. Care technology for the chronic renal disease patient: educational-therapeutic focus from the subject's needs. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(1): 55-63.

O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas

The work environment in public and private intensive care units

Alexandre Pazetto Balsanelli[1]
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha[1]

Descritores
Ambiente de trabalho; Pesquisa em administração de enfermagem; Ambiente de instituições de saúde; Unidades de terapia intensiva; Hospitais públicos; Hospitais privados

Keywords
Working environment; Research nursing administration; Health facility environment; Intensive care units; Hospitals, public; Hospital, private

Submetido
16 de Outubro de 2013

Aceito
12 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Analisar o ambiente de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em hospitais privados e públicos.
Métodos: Estudo transversal realizado em quatro unidades de terapia intensiva do qual participaram 66 enfermeiros. Utilizou-se dois instrumentos de pesquisa, um para caracterização socioeconômica e as subescalas do *Nursing Work Index Revised* versão brasileira validadas (B-NWI-R).
Resultados: Os enfermeiros consideraram que as unidades de terapia intensivapossuem ambientes de trabalho favoráveis ao exercício da prática profissional em enfermagem (média geral= 1,95 e dp=0,40).Ao comparar as UTI dos hospitais privados e públicos observa-se que o escore geral do B-NWI-R alcançou os valores de 1,91 (dp=0,39) e 1,99 (dp=0,42) respectivamente com p=0,459.
Conclusão: As quatro UTI analisadas apresentaram ambientes favoráveis à prática profissional em enfermagem. O fato de pertencer a hospitais privados e públicos não foi significativo na análise.

Abstract

Objective: To analyze the work environment in intensive care units from public and private hospitals.
Methods: This was a cross-sectional study conducted with 66 nurses in four intensive care units. Two questionnaires were used for data collection, one for the socioeconomic profile and the other composed by the subscales of the validated Brazilian version of the *Nursing Work Index-Revised* (B-NWI-R).
Results: The nurses reported a favorable work environment for the exercise of professional nursing practices in the intensive care units (overall mean = 1.95 and SD = 0.40). By comparing private and public hospitals it was observed that the overall score of the B-NWI-R reached values of 1.91 (SD = 0.39) and 1.99 (SD = 0.42), respectively, with a p-value of 0.459.
Conclusion: The four intensive care units analyzed in this study presented favorable work environments for nursing practices. The fact of belonging to private or public hospitals was not significant in the analysis.

Autor correspondente
Alexandre Pazetto Balsanelli
Rua Napoleão de Barros, 754,
Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil.
CEP: 04024-002
pazetto@terra.com.br

[1]Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As instituições de saúde atualmente vivem um duplo desafio. Necessitam proporcionar condições para atrair e reterclientes externos, ou seja, médicos e pacientes e também clientes internos que constituem a força motriz e sustentável da organização.

Para isto, avaliar a qualidade do ambiente de trabalho torna-se um indicador necessário para fundamentar a prática gerencial do enfermeiro. Como líder da equipe, este profissional, precisa conhecer como estão os pilares que sustentam uma prática adequada para garantir a qualidade do serviço oferecido.

As unidades de terapia intensiva - UTIs não se distanciam desta realidade. Fazem parte do complexo hospitalar e constituem setores específicos que atendem doentes em estado grave de saúde e exigem da equipe interdisciplinar muitas competências que, para serem exercidas, necessitam de condições adequadas.

Neste contexto, analisar o Modelo de Prática Profissional em Enfermagem[1] fundamentará o trabalho do líder proporcionando subsídios para construção de um planejamento estratégico para sua unidade de negócio.

Este modelo é definido como um sistema formado por estrutura, processos e valores que apóiam o enfermeiro no controle sobre o cuidado prestado ao paciente e sobre o ambiente no qual esse cuidado é oferecido e possui cinco subsistemas: valores profissionais, relações profissionais, gestão, remuneração e recompensa e sistema de prestação de cuidados ao paciente.[1]

A presença dessas características, no ambiente de trabalho do enfermeiro, contribui com melhores resultados para os profissionais como menor nível de *burnout* e maior nível de satisfação com o trabalho; para os pacientes em menores taxas de mortalidade e maior nível de satisfação com os cuidados recebidos e para as instituições pode resultar em menor taxa de absenteísmo e rotatividade.[2,3] Caracteriza-se assim os Hospitais *Magnets*, ou seja, instituições capazes de atrair e reter profissionais e pacientes.

Tendo em vista a especificidade da Unidade de Terapia Intensiva torna-se importante identificar as características que compõem o ambiente de trabalho para preencher lacunas e aprimorar e/ou valorizar o que já está sedimentado. Desta forma, planos de ação podem ser traçados e implementados buscando a melhoria contínua. E, também, comparar se há diferença em pertencer a hospitais públicos e privados possibilitará entender se o contextomacro gerencial influencia no processo de trabalho dos enfermeiros.

Assim questiona-se: como é o ambiente de trabalho nas unidades de terapia intensiva? Existe diferença entre pertencer a hospitais particulares e públicos? As respostas destas indagações permitirão mapear as UTIs, fornecer informações gerenciais para os líderes e contribuir com os estudos nesta área.

Os objetivos deste estudo foram: analisar o ambiente de trabalho das unidades de terapia intensiva e verificar se há diferença entre os ambientes de hospitais privados e públicos.

Métodos

Estudo transversal realizado em quatro unidades de terapia intensiva da cidade de São Paulo, região sudeste do Brasil. As unidades pertencem a hospitais de nível terciário, são gerais com atendimento de pacientes adultos com afecções clínicas e cirúrgicas. Possuem respectivamente 42, 26, 32 e 30 leitos. Duas unidades são de instituições privadas e duas são públicas.

A amostra foi constituída por enfermeiros destas unidadesque estivessem presentes na época da coleta dos dados e com, no mínimo, seis meses de atuação profissional nas unidades em estudo.

Foi elaborado um questionário com base nas variáveis socioeconômicas e de trabalho (idade, sexo, formação, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e UTI). Foram utilizadas as subescalas do *Nursing Work Index Revised* versão para a língua portuguesa validada (B-NWI-R).[4]

O B-NWI-R deriva do *Nursing Work Index* (NWI) que foi elaborado em 1989 para mensurar satisfação profissional em enfermagem e a percepção da qualidade do cuidado. No entanto é composto por 65 itens. Por isto, com o objetivo de resumí-lo

e também de mensurar a presença de determinadas características do ambiente de trabalho que favorecem aprática profissional do enfermeiro, desenvolveu-se o *Nursing Work Index Revised* (NWI-R).[5]

O NWI-R possui 57 itens sendo que 15 foram distribuídos, de forma conceitual, em três subescalas: autonomia, controle sobre o ambiente e relações entre médicos e enfermeiros. Dentre esses 15 itens, dez foram agrupados para derivar a quarta subescala: suporte organizacional.[5]

Conceitualmente as definições das subescalassão:[5]

- autonomia (cinco itens) e controle (sete itens) representam a liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade da assistência de enfermagem;

- relações entre médicos e enfermeiros (três itens) envolve o respeito profissional para a construção de uma comunicação efetiva no alcance de um objetivo comum no que se refere ao cuidado ao paciente;

- suporte organizacional (dez itens derivados das três subescalas anteriormente citadas) está relacionada às situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional.

A escala de medida utilizada é a do tipo Likert que varia entre um e quatro pontos e quanto menor a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional do enfermeiro. Os escores, para as subescalas, são obtidos pela média dos escores das respostas dos sujeitos, podendo variar entre um e quatro pontos.[5]

O NWI-R foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira e as subescalas descritas foram validadas (B-NWI-R).[4,6]

Os 121 enfermeiros que aceitaram participar receberam os instrumentos de pesquisa. A taxa de retorno foi de 54,5%, ou seja, 66 constituíram a amostra.

Os dados de caracterização foram analisados por estatística descritiva. O Alpha de Cronbach para verificar a consistência interna dos itens do B-NWI-R. O teste t de Student com $p<0,05$ foi utilizado para mostrar se há diferença entre o ambiente de trabalho das UTIs dos hospitais públicos e privados.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 66 enfermeiros entrevistados, 48 (72,7%) eram mulheres e trabalhavam nos seguintes turnos: manhã 22,7%, manhã e tarde 7,6%, tarde 16,7% e noite 53%.

As variáveis contínuas: idade, tempo de formação, trabalho na instituição e UTI estão descritas na tabela 1.

Nota-se predomínio de enfermeiros jovens, com pouco tempo de formação e similaridade entre o período de trabalho na instituição e UTI. A característica do ambiente intensivo proporciona que os colaboradores permaneçam nestes setores desde a admissão por talvez existir domínios do B-NWI-R favoráveis.

Tabela 1. Descritivas das variáveis contínuas

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média 95%		Mediana	1º quartil	3º quartil
					Inferior	Superior			
Idade	23	53	32,9	7,1	31,2	34,7	32	28	37
Tempo de formado	0,9	26	7,9	6,1	6,4	9,4	5,8	2,8	10,8
Tempo de trabalho na instituição	0,5	19	6	4,2	4,9	7	5	2,3	8,6
Tempo de trabalho na UTI	0,3	19	5,2	4,1	4,1	6,2	4,5	1,8	7,7

Do total da amostra, 60 (90,9%) possuem alguma especialização. A maioria em UTI (28,46%). Sendo que desses dez possuem alguma outra especialização.

A consistência interna pelo Alpha de Cronbach para os domínios do B-NWI-R neste estudo atingiu os seguintes valores: B-NWI-R geral=0,819; B-NWI-R autononia=0,645; B-NWI-R controle sobre o ambiente= 0,732; B-NWI-R respeito entre médicos e enfermeiros= 0,702; B-NWI-R suporte organizacional=0,748.

De forma geral, as subescalas do B-NWI-R apresentaram resultados satisfatórios quanto à consistência interna das respostas dos enfermeiros.[7]

As estatísticas descritas do B-NWI-R por UTI são apresentadas na tabela 2.

De uma forma geral, as UTI analisadas possuem ambientes de trabalho favoráveis ao exercício da prática profissional em enfermagem. A UTI B apresenta os maiores valores em todos os domínios do B-NWI-R classificando-se como o local de pior avaliação. A UTI C destaca-se na autonomia, respeito

Tabela 2. Estatísticas descritivas do escore B-NWI-R por UTI

Escore	Hospital	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média 95%	
							Inferior	Superior
B-NWI-R	Todos	66	1,00	3,00	1,95	0,40	1,85	2,05
	UTI A	34	1,20	3,00	1,88	0,39	1,74	2,02
	UTI D	13	1,00	2,73	2,10	0,45	1,83	2,37
	UTI B	3	2,13	2,47	2,29	0,17	1,87	2,71
	UTI C	16	1,33	2,67	1,90	0,38	1,69	2,10
B-NWI –R Autonomia	Todos	66	1,00	3,40	1,92	0,49	1,79	2,04
	UTI A	34	1,00	3,40	1,90	0,49	1,73	2,07
	UTI D	13	1,00	3,20	1,89	0,58	1,54	2,24
	UTI B	3	2,20	2,40	2,33	0,12	2,05	2,62
	UTI C	16	1,00	3,00	1,89	0,46	1,64	2,13
B-NWI –R Controle sobre o ambiente	Todos	66	1,00	3,57	2,01	0,51	1,88	2,13
	UTI A	34	1,14	2,86	1,88	0,43	1,73	2,03
	UTI D	13	1,00	3,57	2,30	0,61	1,93	2,67
	UTI B	3	2,00	2,71	2,33	0,36	1,44	3,23
	UTI C	16	1,14	2,86	1,98	0,51	1,71	2,25
B-NWI-R Respeito com médicos e enfermeiros	Todos	66	1,00	3,00	1,85	0,47	1,74	1,97
	UTI A	34	1,00	2,67	1,84	0,45	1,69	2,00
	UTI D	13	1,00	3,00	2,00	0,56	1,66	2,34
	UTI B	3	2,00	2,33	2,11	0,19	1,63	2,59
	UTI C	16	1,00	2,67	1,71	0,44	1,48	1,94
B-NWI-R Suporte organizacional	Todos	66	1,00	3,10	1,96	0,43	1,86	2,07
	UTI A	34	1,20	3,10	1,93	0,42	1,79	2,08
	UTI D	13	1,00	2,70	2,12	0,47	1,83	2,40
	UTI B	3	2,00	2,30	2,17	0,15	1,79	2,55
	UTI C	16	1,20	2,60	1,87	0,43	1,64	2,10

Tabela 3. Estatísticas descritivas B-NWI-R

Escore	Hospital	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média 95%		*p-value*
							Inferior	Superior	
B-NWI-R	Todos	66	1	3	1,95	0,4	1,85	2,05	0,459
	Privado	37	1,2	3	1,91	0,39	1,78	2,05	
	Público	29	1	2,73	1,99	0,42	1,83	2,15	
B-NWI -R Autonomia	Todos	66	1	3,4	1,92	0,49	1,79	2,04	0,712
	Privado	37	1	3,4	1,94	0,49	1,77	2,1	
	Público	29	1	3,2	1,89	0,51	1,7	2,08	
B-NWI -R Controle sobre o ambiente	Todos	66	1	3,57	2,01	0,51	1,88	2,13	0,105
	Privado	37	1,14	2,86	1,92	0,44	1,77	2,07	
	Público	29	1	3,57	2,12	0,57	1,91	2,34	
B-NWI -R Respeito com médicos e enfermeiros	Todos	66	1	3	1,85	0,47	1,74	1,97	0,862
	Privado	37	1	2,67	1,87	0,44	1,72	2,01	
	Público	29	1	3	1,84	0,51	1,65	2,03	
B-NWI - R Suporte organizacional	Todos	66	1	3,1	1,96	0,43	1,86	2,07	0,794
	Privado	37	1,2	3,1	1,95	0,41	1,81	2,09	
	Público	29	1	2,7	1,98	0,46	1,81	2,15	

entre médicos e enfermeiros e suporte organizacional. Já a UTI A no controle sobre o ambiente. No entanto, os valores são muito próximos denotando uma homogeneidade entre estas unidades.

Elucida-se que os domínios do B-NWI-R pontuados em ordem crescente são: respeito entre médicos e enfermeiros, autonomia, suporte organizacional e controle sobre o ambiente. Isto corrobora o dia a dia do enfermeiro intensivista, pois a interação interdisciplinar se faz presente para as tomadas de decisões assertivas no cuidado ao paciente. Por sua vez, a autonomia é solidificada. Mas, o suporte organizacional e o controle sobre o ambiente nem sempre são exercidos de forma adequada.

Considerando que o número de enfermeiros participantes entre as UTI é heterogêneo e na perspectiva de verificar se há diferença entre os valores do B-NWI-R das UTI de hospitais públicos (UTI A e B) e privados (UTI C e D), aglutinou-se estas unidades para comparação conforme descrito na tabela 3.

O efeito do tipo de Hospital na média dos escores B-NWI-R não está evidente. A maior diferença entre as médias se dá no domínio Controle sobre o ambiente (*p-value*=0,105), porém, mesmo nesse caso, não se tem informação suficiente para afirmar que hospitais públicos possuem o escore, em média, superior.

Discussão

Os limites dos resultados desde estudo estão relacionados ao uso da parte validade para língua portuguêsdo NWI-R, enquanto que em outros países este instrumento é utilizado na íntegra e o *Practice Environment Scale*. Estes instrumentos não estão validados para a realidade brasileira. Este fato dificultou a comparação dos resultados.

A caracterização da amostra não difere de outras pesquisas realizadas.[4,8-10] Com relação ao sexo, a predominância é feminina e os enfermeiros são jovens. Destaca-se apenas uma discrepância num dos estudos no qual se observa uma média de idade de 39,6 anos e tempo de experiência em cuidados intensivos de 8 anos.[10]

Verifica-se que o tempo de trabalho nas instituições e nas UTI estão próximos (mediana de 5 e 4,5 respectivamente). Logo infere-se que estas unidades possuem características que retém profissionais.

A busca por um curso de pós graduação teve sua evidência, ou seja, 90,9% possuía especialização, sendo 46% em unidade de terapia intensiva.

A preocupação em atualizar conhecimentos faz parte do perfil do enfermeiro. No entanto, contribuir com a solidificação da ciência por meio da pes-

quisa ainda é um desafio a ser implantado no ambiente da prática profissional, ou seja, as questões assistenciais que podem ser respondidas por meio de trabalhos de mestrado e doutorado necessitam ser desenvolvidas pelos profissionais que estão na beira do leito.

A consistência interna do escore geral (0,819) e das subescalas B-NWI-R pelo *Alpha* de *Cronbach* (autonomia: 0,645; controle sobre o ambiente: 0,732; respeito entre médicos e enfermeiros: 0,702 e suporte organizacional: 0,748) apresentou similaridade com o estudo de validação deste instrumento e também com outro trabalho que utilizou esta escala.[4,8] Logo o B-NWI-R mede de fato o que se propõe demonstrando confiabilidade.

Os valores totais do B-NWI-R das 4 UTI analisadas são parecidos (média geral= 1,95;dp=0,40). A UTI A obteve 1,88, seguida da UTI C com 1,90, UTI D com 2,10 e a UTI B com 2,29. Infere-se que estas unidades, mesmo pertencendo a hospitais diferentes, apresentam ambientes de trabalho que proporcionam um exercício profissional adequado para o enfermeiro.

Aunidade de terapia intensiva possuicaracterísticas especiais. Estudo desenvolvido no Sul da Coréia examinou a variação da percepção dos enfermeiros sobre o ambiente de trabalho do hospital e das UTI simultaneamente com as subescalas do NWI-R. Participaram 817 enfermeiros de 39 UTI que pertenciam a 15 hospitais. Utilizando-se da análise de regressão múltipla os ambientes de trabalho foram classificados em bom, moderado e ruim.[9]

Nota-se discrepância nas avaliações com maiores destaques positivos para as UTI quando comparadas ao hospital. Isto indica que os intensivistas possuem certo apreço pelo seu local de trabalho e que este difere-se, de certa maneira, do contexto geral da organização.

As subescalas do B-NWI-R neste estudo tiveram as seguintes médias: autonomia 1,92 (dp=0,49); controle sobre o ambiente 2,01 (dp=0,51); respeito entre médicos e enfermeiros 1,85 (dp=0,47) e suporte organizacional 1,96 (dp=0,43).

Ao avaliar 17 unidades de terapia intensiva de cidades do estado de São Paulo obteve-se autonomia 2,2 (dp=0,62), controle sobre o ambiente 2,04 (dp=0,60), respeito entre médicos e enfermeiros 2,1 (dp=0,66) e suporte organizacional 2,2 (dp=0,52).[8]

Estas duas pesquisas confrontadas, embora com médias parecidas, mostram cenários diferentes. As subescalas colocadas em ordem crescente, nesta investigação, são assim apresentadas: respeito entre médicos e enfermeiros, autonomia, suporte organizacional e controle sobre o ambiente. Já nas UTI do interior de São Paulo/Brasil temos: controle sobre o ambiente, respeito entre médicos e enfermeiros e com igual valor autonomia e suporte organizacional.[8]

Mapear estas unidades permite verificar como o processo de trabalho acontece nas entrelinhas tendo como fundamento os subsistemas do PPM.[1] As relações profissionais conduzem que médicos e enfermeiros estabeleçam um diálogo com foco no paciente. Um modelo de prestação de cuidados bem definidos garante autonomia e controle sobre o ambiente. O suporte organizacional origina-se de um modelo de gestão exercido que possibilita o desenvolvimento de pessoas.

Logo as médias das subescalas do B-NWI-R nas quatro unidades de terapia intensiva estudadas mostram a importância de serem adotados modelos de cuidado ao paciente e de gestão para melhorar os resultados alcançados.

Ao comparar as unidades de terapia intensiva dos hospitais privados e públicos observa-se que o escore geral do B-NWI-R alcançou os valores de 1,91 (dp=0,39) e 1,99 (dp=0,42) respectivamente com p=0,459.Nota-se ambientes de trabalho com valores aproximados e não significantes estatisticamente entre si. O Modelo de Prática Profissional em Enfermagem encontra-se presente independente da estrutura organizacional em que estas unidades estão inseridas.

Os estudos em unidades de terapia intensiva sob esta ótica não comparam as organizações de acordo com a fonte mantenedora. Temos o confronto entre hospitais magnets e não magnets, no qual identificou-se p<0,05 apenas no domínio suporte organizacional favorável às instituições primeiramente descritas.[10-13]

Nesta pesquisa somente o controle sobre o ambiente p=0,105 parece ser mais propício nos hospi-

tais privados do que nos públicos. Porém não houve significância estatística.

Suporte organizacional e controle sobre o ambiente são resultados de um modelo de gestão que possibilita que o enfermeiro exerça seu processo de trabalho administrar com critérios bem definidos. Quando a organização encontra-se preparada para favorecer estes domínios aos seus colaboradores, o ambiente de trabalho torna-se propício para o desenvolvimento das competências.[1]

Em outro estudo obteve-se destaque em todas as subescalas: autonomia, controle sobre o ambiente e relações entre médicos e enfermeiros para os hospitais magnets, seguidos pelos não magnets, porém especializados no atendimento ao paciente com AIDS e posteriormente aos não magnets gerais.[5]

Destaca-se, a partir desta análise, a importância de cultivar uma estrutura que favoreça um ambiente de trabalho saudável para proporcionar resultados mais adequados para os clientes internos e externos.

Outros trabalhos em UTI utilizaram o instrumento *Practice Environment Scale* que é derivado do NWI para avaliar seus ambientes de trabalho e associá-los com outras variáveis.[11-14]

Dentre os resultados temos: 1-) existe uma relação favorável entre ambiente de trabalho e satisfação do paciente em UTI; 2-) Enfermeiros intensivistas dos hospitais magnets apresentaram uma visão positiva das competências em enfermagem nos seus ambientes de trabalho; 3-) A comunicação entre médicos e enfermeiros foi um fator preditor para a ocorrência de erros de medicação em UTI, pneumonia associada à ventilação e úlcera por pressão; 4-) A intenção de deixar o emprego está relacionada com as condições de trabalho.[11-15]

Ao utilizar o B-NWI-R neste estudo, os enfermeiros das UTI dos hospitais privados e públicos que compuseram a amostra, julgam ter autonomia, controle sobre o ambiente, respeito entre médicos e enfermeiros e suporte organizacional adequado independente da instituição que pertencem.

Para contribuir com esta temática, novos estudos precisam ser desenvolvidos considerando a realidade brasileira para avaliar o ambiente de trabalho em UTI e associá-lo com resultados assistenciais e gerenciais.

Conclusão

As quatro UTI analisadas apresentaram ambientes favoráveis à prática profissional em enfermagem. O fato de pertencer a hospitais privados e públicos não foi significativo na análise.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, processo 008898340001-08.

Colaborações

Balsanelli AP e Cunha ICKO declaram que contribuíram com a concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Hoffart N, Woods CQ. Elements of a nursing professional practice model. J Prof Nurs. 1996;12(6):354-64.
2. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET. Satisfaction with inpatient acquired immunodeficiency syndrome care. A national comparison of dedicated and scattered-bed units. Med Care 1997; 35(9):948-62.
3. Stone PW, Larson EL, Mooney-Kane C, Smolowitz J, Lin SX, Dick AW.Organizational climate and intensive care unit nurses'intention to leave. Crit Care Med. 2006; 34(7):1907-2.
4. Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). J Clin Nurs. 2011; 20(23-24):3494-501.
5. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. Nurs Res. 2000;49(3):146-53.
6. Gasparino RC, Guirardello EB. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "NursingWork Index- Revised". Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):281-7.
7. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. J Applied Psychol. 1993; 78(1):98-104.
8. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática professional e exaustação emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2013 [citado 2013 Jul 6]; 21(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0765.pdf
9. Cho SH, Mark BA, Yun SC, June KJ. Differences in intensive care unit work environments among and within hospitals using subscales and a composite measure of the Revised Nursing Work Index. J Adv Nurs. 2011;67(12):2637-48.
10. Choi J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone PW.Perceived nursing work environment of critical care nurses. Nurs Res. 2004;53(6):370-8.
11. Boev C. The relationship between nurses' perception of work

environment and patient satisfaction in adult critical care. J Nurs Scholar. 2012;44(4):368-75.

12. Cimiotti JP, Quinlan PM, Larson EL, Pastor DK, Lin SX, Stone PW.The magnet process and the perceived work environment of nurses. Nurs Res. 2005;54(6):384-90.

13. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication and patient's outcomes. Am J Crit Care. 2007;16(6):536-43.

14. Manojlovich M, Antonakos CL, Ronis DL. Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patient's outcomes. Am J Crit Care. 2009;18(1):21-30.

15. Stone PW, Larson EL, Mooney-Kane C, Smolowitz J, Lin SX, Dick AW. Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. Crit Care Med. 2006; 34(7):1907-12.

Risco para diabetes *mellitus* tipo 2 e fatores associados

Risk for type 2 diabetes *mellitus* and associated factors

Niciane Bandeira Pessoa Marinho[1]
Hérica Cristina Alves de Vasconcelos[1]
Ana Maria Parente Garcia Alencar[1]
Paulo César de Almeida[1]
Marta Maria Coelho Damasceno[1]

Descritores
Diabetes *mellitus* tipo 2; Medição de risco; Avaliação em enfermagem; Enfermagem de atenção primária; Fatores de risco

Keywords
Diabetes *mellitus*, type 2; Risk assessment; Nursing assessment; Primary care nursing; Risk factors

Submetido
3 de Outubro de 2013

Aceito
11 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Avaliar o risco para diabetes *mellitus* tipo 2 e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas.

Métodos: Estudo transversal realizado com 419 usuários da Estratégia Saúde da Família. O instrumento de pesquisa foi um questionário validado.

Resultados: Verificou-se que 25,3% dos usuários tinham idades ≥45 anos; 59,7% estavam com excesso de peso e 84,0% com obesidade abdominal; 83,3% eram sedentários; 53,7% não comiam frutas/verduras diariamente; 12,9% tomavam anti-hipertensivos; 5,3% mencionaram história prévia de glicose alta e 47% história familiar de diabetes. Foram classificados como de baixo risco 24,6% dos usuários; 63,5% como de risco moderado e 11,7% de risco alto.

Conclusão: Houve associação significante entre o risco para desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 e as variáveis clínicas: índice de massa corporal, circunferência abdominal, alimentação, uso de anti-hipertensivos, história de glicose alta e história familiar, e as variáveis sociodemográficas gênero e idade.

Abstract

Objetive: Evaluating the risk for type 2 diabetes *mellitus* and its association with clinical and sociodemographic variables.

Methods: Cross-sectional study with 419 users of the Estratégia Saúde da Família (Family Health Program). The survey instrument was a validated questionnaire.

Results: It was found that 25.3% of users were aged ≥45 years; 59.7% were overweight and 84.0% had abdominal obesity; 83.3% had a sedentary lifestyle; 53.7% did not eat fruits/vegetables daily; 12.9% took antihypertensive medication; 5.3% reported previous history of high glucose and 47% family history of diabetes. Among users 24.6% were classified as low risk; 63.5% as moderate risk and 11.7% as high risk.

Conclusion: There was a significant association between the risk of developing type 2 diabetes *mellitus* and the clinical variables: body mass index, waist circumference, diet, use of antihypertensive drugs, history of high glucose and family history , and the sociodemographic variables gender and age.

Autor correspondente
Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Av. da Universidade, 2853, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60020-181
nicianebpm@yahoo.com.br

[1]Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O diabetes *mellitus* tipo 2 apresenta-se como uma das maiores ameaças à saúde pública do século 21. Alterações no comportamento humano e no estilo de vida, associadas à globalização, resultaram em um aumento dramático de sua prevalência e incidência mundiais.[1,2]

Por isso, o diabetes *mellitus* tipo 2 deve ser investigado em adultos de qualquer idade, que estejam com excesso de peso e que tenham um ou mais fatores de risco. Para aqueles sem tais fatores de risco, os testes devem começar aos 45 anos e, se normais, devem ser repetidos pelo menos a cada 3 anos.[3]

São fatores de risco para o diabetes *mellitus* tipo 2: idade, gênero, etnia, história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade, sedentarismo, diabetes gestacional, macrossomia, hipertensão arterial, diminuição do colesterol *high-density lipoprotein*, aumento dos triglicerídeos, doenças cardiovasculares, síndrome de ovários micropolicísticos, glicemia elevada em testes anteriores, tolerância à glicose diminuída e hemoglobina glicada ≥5,7%.[3]

O presente estudo teve por objetivo avaliar o risco para diabetes *mellitus* tipo 2 e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal desenvolvida em nove Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família da Região Nordeste do Brasil.

Para o desenho amostral, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: indivíduos de ambos os gêneros, com idades entre 20 e 59 anos, e que estivessem em espera para consulta nas unidades selecionadas. Os critérios de exclusão foram: indivíduos que residiam na zona rural, que apresentavam diagnóstico confirmado de diabetes *mellitus* tipo 2 e aqueles com alguma condição crônica que pudesse interferir diretamente nas medidas antropométricas.

Calculou-se a amostra a partir da fórmula indicada para estudos transversais de população infinita. Consideraram-se nível de significância de 95% e prevalência de fatores de risco para diabetes *mellitus* tipo 2 de 50%, pois esse valor proporciona um tamanho máximo de amostra e erro amostral de 5%. Estipulou-se margem de 10% de perdas, totalizando 419 pessoas.

O instrumento de pesquisa foi o *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC). Trata-se de um questionário desenvolvido na Finlândia, amplamente divulgado pela internet, que pode ser acessado e respondido por qualquer pessoa, sendo emitida, ao final, a pontuação resultante e o risco de desenvolvimento da doença em 10 anos.[4]

No Brasil, este questionário vem sendo utilizado em pesquisas realizadas por diferentes áreas da saúde.[5,6] por ser um instrumento de fácil cálculo e de baixo custo.

Trata-se de um questionário formado por oito itens sobre idade, índice de massa corporal, circunferência abdominal, prática de atividade física, consumo diário de frutas e/ou verduras, uso de anti-hipertensivos, história de glicose sanguínea alta e história familiar de diabetes.[4] Validado pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade de *Helsinki*, na Finlândia, esse questionário mostrou sensibilidade de 81% e especificidade de 76%.[7]

O questionário permite uma pontuação máxima de 28 pontos e avalia o risco da pessoa desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 em 10 anos. De acordo com a pontuação final do instrumento, os indivíduos são classificados nos seguintes níveis de risco: baixo (<7 pontos); levemente moderado (entre 7 e 11 pontos); moderado (entre 12 e 14 pontos); alto (entre 15 e 20 pontos); e muito alto (mais de 20 pontos).[4]

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2010, na própria unidade de saúde. Foram registradas as variáveis sociodemográficas (gênero, idade, estado civil, situação laboral, renda familiar e classe econômica) e mensuradas as clínicas (peso, altura e circunferência abdominal).

Os dados sofreram dupla digitação e foram armazenados em um banco de dados construído no *software Microsoft® Excel*, sendo processados pelo programa estatístico *Statistical Package for Science Social*, versão 18.0.

Foram calculadas as medidas estatísticas média e desvio padrão e seus respectivos intervalos de confiança (IC=95%). Para as análises de associação entre variáveis, foram escolhidos os testes não paramétricos qui-quadrado e de razão de verossimilhança. Adotou-se como nível de significância o valor de p<0,05.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Tabela 1. Níveis de risco para diabetes *mellitus* tipo 2

Variáveis	Níveis de risco para diabetes *mellitus* tipo 2			*p-value*
	Baixo n(%)	Moderado n(%)	Alto n(%)	
Gênero				
Feminino	84(22,8)	242(65,6)	43(11,7)	0,024
Masculino	20(40,0)	24(48,0)	6(12,0)	
Idade ≥ 45 anos				
Sim	5(4,7)	69(65,1)	32(30,2)	< 0,001
Não	99(31,7)	196(62,8)	17(5,4)	
Estado civil				
Solteiro/divorciado/viúvo	51(30,7)	100(60,3)	15(9,0)	0,050
Casado/união estável	53(20,9)	166(65,6)	34(13,5)	
Escolaridade				
Analfabeto/ Ensino Fundamental incompleto	32(19,4)	115(69,7)	18(10,9)	0,082
Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio incompleto	16(21,1)	47(61,8)	13(17,1)	
Ensino Médio completo	45(33,6)	75(56,0)	14(10,4)	
Ensino Superior incompleto/ Ensino Superior completo	11(25,0)	29(65,9)	4(9,1)	
Classificação econômica				
Até B2	9(40,9)	10(45,5)	3(13,6)	0,465
C	36(23,5)	97(63,4)	20(13,1)	
D/E	59(24,2)	159(65,2)	26(10,6)	
Índice de massa corporal				
Normal	88(52,1)	77(45,6)	4(2,4)	< 0,001
Sobrepeso	16(9,3)	127(73,8)	29(16,9)	
Obesidade	0(0,0)	62(79,5)	16(20,5)	
Circunferência abdominal				
Normal	50(74,6)	15(22,4)	2(3,0)	< 0,001
Aumentada	43(41,3)	57(54,8)	4(3,8)	
Muito aumentada	11(4,4)	194(78,2)	43(17,3)	
Sedentarismo				
Sim	80(22,9)	224(64,2)	45(12,9)	0,056
Não	24(34,3)	42(60,0)	4(5,7)	
Come frutas/verduras diariamente				
Sim	61(31,4)	117(60,3)	16(8,2)	0,005
Não	43(19,1)	149(66,2)	33(14,7)	
Toma anti-hipertensivos				
Sim	0(0,0)	7(68,5)	17(31,5)	< 0,001
Não	104(28,5)	229(62,7)	32(8,8)	
História de glicose alta				
Sim	0(0,0)	4(18,2)	18(81,8)	< 0,001
Não	104(26,2)	262(66,0)	31(7,8)	
História familiar de diabetes *mellitus* tipo 2				
Sim	15(7,6)	135(68,5)	47(23,9)	< 0,001
Não	89(40,1)	131(59,0)	2(0,9)	

Resultados

Foram incluídos 419 usuários dos serviços, sendo a maioria era do gênero feminino (88,1%); com idade entre 30 e 44 anos (42,5%), em média de 37 anos; casada ou mantinha união estável (60,4%); sem emprego fixo (57,8%); com ensino fundamental incompleto (39,4%); estando a média da renda familiar em torno de um salário mínimo; e pertencia às classes econômicas D/E (58,2%).

Em relação à ocorrência dos associados ao diabetes *mellitus* tipo 2, 25,3% dos usuários tinham idades ≥45 anos; 59,7% estavam com excesso de peso, sendo 40,8% classificados em sobrepeso e 18,9% em obesidade. Em relação à circunferência abdominal, 24,8% foram classificados em risco aumentado e 59,2% em risco muito aumentado para doença cardiovasculares. A maioria (83,3%) não praticava atividade física regularmente; 53,7% relataram não comer frutas e/ou verduras diariamente; 12,9% tomavam anti-hipertensivos; 5,3% mencionaram história de glicose alta em exames de rotina, durante alguma doença ou durante a gravidez e 47% história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2.

No que diz respeito à distribuição dos níveis de risco para diabetes *mellitus* tipo 2, 24,6% dos usuários foram classificados em risco baixo; 46,3% em risco levemente moderado; 17,2% em risco moderado; 10,2% em risco alto e 1,5% em risco muito alto. Apenas um usuário (0,2%) não apresentou risco. Para associação das variáveis, esses intervalos foram categorizados como de risco baixo, moderado e alto.

As associações entre os níveis de risco para diabetes *mellitus* tipo 2 e as variáveis clínicas e sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1.

Discussão

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados ao delineamento transversal, que não permite analisar e descrever a relação de causa-efeito, a partir das associações entre os fatores de risco e o surgimento da doença.

No entanto, os resultados confirmam a tendência crescente do aumento da prevalência dos fatores associados ao diabetes *mellitus* tipo 2 em diferentes populações. Preocupados com isso, enfermeiros de um grupo de pesquisa que vem estudando a temática diabetes investigaram como têm se comportado esses fatores associados em crianças, adolescentes e adultos. Em crianças, observaram que 21,7% tinham excesso de peso, 27% obesidade abdominal, 17,9% pressão arterial elevada e 6,2% alterações glicêmicas.[8] Na população de adolescentes, evidenciou-se elevadas prevalências de sedentarismo (65,1%) e história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2 (51,1%).[9] Em adultos, essas prevalências foram ainda mais elevadas: 47,1% tinham excesso de peso, 30,7% obesidade abdominal e 70,9% sedentarismo.[10]

Nesta pesquisa, realizada com adultos, cerca de 98,8% da amostra apresentou algum nível de risco para diabetes *mellitus* tipo 2, seja ele baixo, moderado ou alto. Em relação aos fatores associados, os mais prevalentes foram a circunferência abdominal aumentada (84,0%), seguida do sedentarismo (83,3%) e do excesso de peso (57,9%).

Semelhantemente, em estudo internacional realizado na Atenção Primária à Saúde, no qual utilizou-se o mesmo instrumento de pesquisa para mensurar o risco para diabetes *mellitus* tipo 2, todos os pacientes apresentaram algum nível de risco, sendo que 15,1% foram classificados em baixo risco, 10,5% em risco levemente moderado, 47,6% em risco moderado, 16,3% em risco alto e 10,5% em risco muito alto. Quanto aos fatores associados, os mais prevalentes foram alimentação inadequada (86,1%), seguida de excesso de peso (80,2%), circunferência abdominal aumentada (74,8%) e sedentarismo (66,3%).[11]

Ademais, 47% dos usuários deste estudo relataram história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2, 12,9% tomavam anti-hipertensivos e 5,3% mencionaram história prévia de glicose alta. Em pesquisa internacional, esses mesmos fatores de risco apresentaram-se da seguinte forma: 64,6% da amostra relataram história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2, 12,2% tomavam anti-hipertensivos e 21,9% mencionaram história prévia de glicose alta.[12]

Sabe-se que a prevalência de indivíduos com risco alto para diabetes *mellitus* tipo 2 varia, consideravelmente, de acordo com o instrumento utilizado.[13] A prevalência de indivíduos com risco alto para diabetes *mellitus* tipo 2 variou de 4,5% no Brasil,[5] 26,8% na Cuba,[11] chegando a 28,5% na Noruega.[12] Ressalta-se que, apesar da maior prevalência de risco alto ter sido em um país desenvolvido, os sujeitos dessa pesquisa eram mulheres imigrantes do Paquistão.

No estudo em tela, o gênero masculino esteve mais prevalente na categoria risco alto para diabetes *mellitus* tipo 2, corroborando achados nacional e internacional, segundo os quais os homens tendem a apresentar um maior risco para essa afecção do que as mulheres.[5,13]

Recentemente, no Brasil, pesquisa evidenciou que os homens tiveram uma maior prevalência de risco alto (6,6%) em comparação às mulheres, dentre as quais somente 0,8% apresentou risco alto (p=0,052).[5] Da mesma forma, pesquisadores internacionais verificaram que a prevalência de risco alto variou de 1,6 a 24,9% nos homens, e de 1,1 a 15,7% nas mulheres, ao compararem sete diferentes escores de risco para diabetes *mellitus* tipo 2.[13] Entretanto, um inquérito brasileiro evidenciou que a prevalência de diabetes *mellitus* tipo 2 foi maior entre as mulheres (6,0% *versus* 4,4%).[14]

O uso de escores de risco para identificar os níveis de risco para diabetes *mellitus* tipo 2 tem sido cada vez mais difundido na literatura.[11,13] Eles são úteis para tomada de decisões, já que possuem limiares, ou seja, pontos de corte acima dos quais o risco para a doença aumenta acentuadamente. Geralmente, apenas a identificação de fatores associados não fornece a evidência desses limites.[15]

Ao avaliarem a relação de causa-efeito dos fatores de risco no desfecho do diabetes *mellitus* tipo 2, pesquisadores confirmaram maiores chances naqueles pacientes com idade ≥45 anos (*odds ratio* - OR=3,00), baixo nível de escolaridade (OR=1,76), obesidade (OR=4,20), circunferência abdominal muito aumentada (OR=5,24), sedentarismo (OR=1,71), não consumo de frutas e/ou verduras (OR=2,21), uso de medicamentos anti-hipertensivos (OR=2,30) e história prévia de glicose alta (OR=4,36). Diferentemente do presente estudo, a variável consumo de frutas e/ou verduras não apresentou associação estatisticamente significante (p=0,21).[16]

No presente estudo, o aumento da prevalência daqueles classificados em risco alto foi diretamente proporcional ao aumento do índice de massa corporal. Pesquisa internacional evidenciou que as chances para desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 entre indivíduos com sobrepeso e obesos foram 1,35 (p<0,001) e 2,5 (p<0,016), respectivamente. Aqueles com excesso de peso associado à história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2 tiveram 1,76 vez mais chance de desenvolver a doença (p<0,006).[17]

Pessoas com risco alto para diabetes *mellitus* tipo 2 podem desenvolver o pré-diabetes, condição na qual o nível de glicose no sangue está acima do normal, mas ainda não elevado o suficiente para se fazer o diagnóstico da doença. Para elas, intervenções específicas, incluindo mudanças no estilo de vida, algumas vezes acompanhadas de agentes farmacológicos, têm demonstrado eficácia na redução da incidência do diabetes.[3]

Após a identificação de indivíduos com risco alto para diabetes *mellitus* tipo 2, pesquisadores buscaram comprovar o efeito da intervenção nessas pessoas, por meio da modificação do estilo de vida. Após 18 meses de acompanhamento, confirmaram que a intervenção no estilo de vida teve grande impacto na prevenção do diabetes, ratificando a recomendação supracitada.[18]

Considerando a complexidade que envolve a prevenção do diabetes *mellitus* tipo 2 e a importância dos dados obtidos nesta pesquisa, é notória a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional de saúde integrada, que favoreça a participação ativa dos indivíduos classificados em risco alto no planejamento e na tomada de decisões, quanto à adoção de estratégias de mudanças no comportamento.

Conclusão

Houve associação estatisticamente significante entre o risco para desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 e as

variáveis clínicas índice de massa corporal, circunferência abdominal, alimentação, uso de anti-hipertensivos, história de glicose alta e história familiar. As variáveis sociodemográficas gênero e idade também estiveram associadas ao desenvolvimento do diabetes *mellitus* tipo 2.

Colaborações

Marinho NBP colaborou com a concepção e elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Vasconcelos HCA e Alencar AMPG colaboraram com a redação do artigo. Almeida PC colaborou com a análise e interpretação dos dados. Damasceno MMC colaborou com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e com a aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Zimmet PZ. The growing pandemic of type 2 diabetes: a crucial need for prevention and improved detection. Medicographia [Internet]. 2011 [cited 2013 Ago 15]; 33(1):15-21. Available from: http://www.medicographia.com/2011/07/the-growing-pandemic-of-type-2-diabetes-a-crucial-need-for-prevention-and-improved-detection.
2. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes stlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2011;94(3):311-21.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2013;36 Suppl 1:11-66.
4. Saaristo T, Etu-Seppala L. Prevención de la diabetes y sus complicaciones: objetivos clave en Finlandia. Diabetes Voice. 2006;51(4):14-7.
5. Bittencourt A, Vinholes DB. [Assessing the risk for type 2 diabetes mellitus in bank employees from the city of Tubarao, Santa Catarina state, Brazil]. Sci Med. 2013;23(2):82-9. Portuguese. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/12756/9660. Portuguese.
6. Barros CR, Cezaretto A, Salvador EP, Santos TC, Siqueira-Catania A, Ferreira SRG. [Implementation of a structured healthy lifestyle program to reduce cardiometabolic risk]. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57(1):7-18.
7. Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical score to predict risk of type two diabetes. Diabetes Care. 2003;26(3):725-31.
8. Macedo SF, Araújo MF, Marinho NP, Lima AC, Freitas RW, Damasceno MM. Risk Factors for type 2 diabetes mellitus in children. Rev Latinoam Enferm. 2010;18(5):936-42.
9. Vasconcelos HC, Araújo MF, Damasceno MM, Almeida PC, Freitas RW. Risk factors for type 2 diabetes mellitus among adolescents. Rev Esc Enferm USP. 2010;4(4):881-7.
10. Almeida VC, Zanetti ML, Almeida PC, Damasceno MM. Occupation and risk factors for type 2 diabetes: a study with health workers. Rev Latinoam Enferm. 2011[;19(3):476-84.
11. Naranjo AA, Rodríguez ÁY, Llera RE, Aroche R. Diabetes risk in a cuban primary care setting in persons with no known glucose abnormalities. Medicc Review. 2013;15(2):16-9.
12. Hjellset VT, Bjorge B, Eriksen HR, Hostmark AT. Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. J Immigrant Minority Health. 2011;13(1):101-10.
13. Schmid R, Vollenweider P, Waeber G, Marques-Vidal P. Estimating the risk of developing type 2 diabetes: a comparison of several risk scores: the Cohorte Lausannoise study. Diabetes Care. 2011;34(8):1863-8.
14. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43 Suppl 2:74-82.
15. Buijsse B, Simmons RK, Griffin SJ, Schulze MB. Risk Assessment Tools for Identifying Individuals at Risk of Developing Type 2 Diabetes. Epidemiol Rev. 2011;33(1):46-62.
16. Chen L, Magliano DJ, Balkau B, Colagiuri S, Zimmet PZ, Tonkin AM, et al. AUSDRISK: an Australian Type 2 Diabetes Risk Assessment Tool based on demographic, lifestyle and simple anthropometric measures. Med J Aust. 2010;192(4):197-202.
17. Wilson PWF, Meigs JB. Risk of type 2 diabetes mellitus and coronary heart disease: a pivotal role for metabolic factors. Eur Heart J. 2008; 10 Suppl B: 11-5.
18. Hydrie MZ, Basit A, Shera AS, Hussain A. Effect of intervention in subjects with high risk of diabetesmellitus in Pakistan. J Nutr Metab. 2012

Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio

Quality of Life of patients undergoing coronary artery bypass grafting

Andréia Lima Matos Dal Boni[1]
José Eduardo Martinez[2]
Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann[2]

Descritores
Qualidade de vida; Revascularização miocárdica; Doenças do miocárdio/cirurgia; Procedimentos cirúrgicos cardíacos; Resultado de tratamento

Keywords
Quality of life; Myocardial revascularization; Myocardial diseases/surgery; Cardiac surgical procedures; Treatment outcome

Submetido
5 de Novembro de 2013

Aceito
27 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na Qualidade de Vida dos pacientes; analisar e comparar dimensões da Qualidade de Vida antes e após a intervenção cirúrgica; comparar variáveis sociodemográficas e clínicas aos aspectos de depressão e ansiedade, pré e pós-operatórios.
Métodos: Estudo descritivo exploratório no qual foram incluídos 78 pacientes no pré e pós-operatório. Foram utilizados instrumentos de pesquisa internacionais e validados para avaliar a qualidade de vida e os aspectos de depressão e ansiedade.
Resultados: Houve melhora significativa em todos os domínios da Qualidade de Vida, depressão e ansiedade (p=0,05). Domínios físico e social do *36-Item Short-Form Health Survey* apresentaram menor pontuação dos escores (13,46 e 3,03, respectivamente), bem como o domínio social do instrumento *Macnew* (3,03).
Conclusão: Cirurgia de revascularização ocasionou impacto positivo na Qualidade de Vida desses pacientes.

Abstract

Objective: Determining the impact of coronary artery bypass grafting on the Quality of Life of patients, analyzing and comparing dimensions of Quality of Life before and after surgery; comparing sociodemographic and clinical variables with the aspects of depression and anxiety, in the pre and postoperative periods.
Methods: A descriptive exploratory study in which 78 patients were included in the pre and postoperative periods. International instruments of research were used and validated to assess quality of life and the aspects of depression and anxiety.
Results: There was significant improvement in all domains of the Quality of Life, depression and anxiety (p=0.05). The physical and social domains of the 36-Item Short-Form Health Survey showed lower scores (13.46 and 3.03, respectively), as well as the social domain of the Macnew instrument (3.03).
Conclusion: Coronary artery bypass surgery caused positive impact on the Quality of Life of these patients.

Autor correspondente
Andréia Lima Matos Dal Boni
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57,
Sorocaba, SP, Brasil. CEP: 18030-083
aboni@pucsp.br

[1]Hospital Santa Lucinda, Sorocaba, SP, Brasil.
[2]Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Transformações político-econômicas e sociais, nas últimas décadas, geraram um processo de transição demográfica e epidemiológica. O aumento na longevidade da população, em especial, advindo da mudança do perfil de mortalidade em crianças e doenças infecciosas para um perfil de mortalidade em idades mais avançadas, causada por doenças crônicas e externas, é uma dessas transformações.[1]

A insuficiência cardíaca decorre dos sintomas físicos e psicológicos, e é apontada como desfecho da maioria das doenças cardiovasculares; uma vez instalada, tem forte impacto na vida do paciente.[2] A insuficiência cardíaca é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública, por seu aumento a cada ano e também por representar maiores custos a programas previdenciários, com licenças e aposentadorias antecipadas.

Avanços clínicos e cirúrgicos, no tratamento dos pacientes com insuficiência cardíaca, têm possibilitado a sobrevivência das pessoas acometidas por doenças cardiovasculares, ao modificar a morbimortalidade relacionada à doença; com eles, surgem novas classes de medicamentos que permitem a sobrevida e a melhora na Qualidade de Vida dos pacientes. Porém, o reconhecimento e o rápido tratamento são fundamentais na prevenção de fatores que podem exacerbar a insuficiência cardíaca.[3]

A revascularização do miocárdio realizada dentro de condições ideais garante a melhoria dos sintomas decorrentes da insuficiência cardíaca, o aumento da sobrevida e, consequentemente, proporciona um ganho na Qualidade de Vida desses indivíduos.[4] A Qualidade de Vida, relacionada à doença cardiovascular, e o impacto do tratamento na vida individual têm sido objetos de investigação considerados relevante, pois, além de avaliarem os resultados terapêuticos, geram hipóteses e reflexões que possibilitam a ampliação do enfoque dos estudos sobre Qualidade de Vida, buscando alternativas metodológicas, teóricas e conceituais.[5]

Estudos sobre a Qualidade de Vida e a prática clínica nos serviços de saúde têm sido um importante processo para tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico, como meio de avaliar a sobrevida do paciente após cirurgia de revascularização do miocárdio.[5] Ao mesmo tempo, propiciam ações de melhoria na reabilitação desses pacientes, por meio dos instrumentos de Qualidade de Vida, elaborando programas de atendimento e cuidado à saúde de indivíduos e comunidades, conforme suas necessidades, além da promoção de condições favoráveis para participação no cuidado de sua saúde de forma mais integrada.[5]

Considerando que as doenças arteriais coronarianas são multifatoriais e interferem na saúde do indivíduo em várias dimensões, e que a cirurgia de revascularização do miocárdio não tem caráter curativo, consistindo em um tratamento invasivo, que visa promover uma melhor Qualidade de Vida, este estudo teve como objetivo determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na Qualidade de Vida de pacientes, com a finalidade de uma construção compartilhada da prática da Educação em Saúde, permitindo a experiência do cotidiano dos indivíduos nas relações que influenciam a qualidade de suas vidas.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, desenvolvido no ambulatório de um Hospital Universitário, localizado na região sudeste do Estado de São Paulo. A amostragem deste estudo constou de 78 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio nos anos de 2011 e 2012. Os critérios de inclusão foram: pacientes no pré-operatório e com dois meses de pós-operatório de revascularização do miocárdio, de ambos os gêneros.

A coleta dos dados ocorreu nos dias agendados para consulta ambulatorial, com a utilização de entrevistas individuais. Para caracterização sociodemográfica e clínica, registraram-se: gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, doenças crônicas prévias, hábitos de fumo, números de artérias comprometidas e índice massa corporal.

Para avaliação da Qualidade de Vida, foi aplicado o instrumento *The 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36). Trata-se de um instrumento genérico, multidimensional,[6] formado por 36 itens,

englobando oito escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Cada dimensão é analisada separadamente; sua pontuação varia de zero a cem, sendo que zero reflete o pior estado geral de saúde e cem, o melhor estado de saúde.[7]

Outro instrumento utilizado foi *Macnew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire* (*MacNew*) um instrumento específico para pacientes coronariopatas com angina e/ou infarto. Consiste em 27 itens distribuídos em três diferentes domínios: função física, função emocional, e função social e global. Cada item é composto por uma escala de resposta do tipo *Likert*, com escore que varia de um a sete pontos. Escores mais altos indicam melhor Qualidade de Vida. Os instrumentos utilizados foram traduzidos, adaptados e validados no Brasil.[8,9]

Com a finalidade de se eliminar o viés dos fatores clínicos e psicológicos, fora utilizado o instrumento Inventário de Depressão de *Beck*, uma medida de autoavaliação de depressão usada tanto em pesquisa como em clínica.[10,11] A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três.[10]

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado tratase de um questionário de autoavaliação composto por duas escalas, elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade.[12] Cada escala consiste em 20 afirmações de quatro pontos (um a quatro), nas quais o indivíduo indica a intensidade daquele momento (Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Estado) ou a frequência com que ocorre (Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Traço). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.[12]

Os dados foram analisados usando o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) para cálculo das análises descritivas, e análise pelo teste *t* para amostras verificando se os resultados foram estatisticamente significativos (p<0,05) ou 5%. A confiabilidade das medidas de Qualidade de Vida, depressão e ansiedade foi analisada pela consistência interna dos itens e domínios, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach (valores >0,70 foram considerados aceitáveis).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A amostra foi constituída predominantemente por homens (67%), com média de idade de 60 (±8,08) anos e variação entre 40 a 71 anos. Quanto ao estado civil, 56 (72%) pacientes eram casados e 43 (55%) tinham Ensino Fundamental Incompleto.

Em relação às características clínicas e aos fatores de risco, a hipertensão arterial predominou em 77% dos sujeitos, sendo seguida por: sobrepeso (72%), tabagismo (64%), dislipidemia (58%) e *diabetes mellitus* (38%). Verificou-se que 67% da população evoluiu para o infarto agudo do miocárdio, 62% possuíam três ou mais artérias comprometidas e 77% não tinham lesão de tronco.

As medidas de Qualidade de Vida, avaliadas pelos instrumentos específico *Macnew* e genérico SF-36, estão apresentadas nas tabelas 1 e 2. Na análise dos dados, por meio do *Macnew*, destaca-se que o domínio social teve a menor pontuação média (3,03±1,91) e o domínio emocional, a maior pontuação média (5,66±0,92), antes da intervenção. Em relação ao instrumento SF-36, a menor pontuação foi em relação ao domínio aspectos físicos (13,46±30,87) e à capacidade funcional (48,14±44,75).

Quando comparados no pré e pós-operatórios, os escores dos instrumentos de Qualidade de Vida apresentaram melhora significativa em todos os domínios.

Tabela 1. Análise descritiva dos domínios *MacNew*

McNew	Domínios *MacNew*				*p-value*
	Pré-operatório		Pós-operatório		
	Média	DP	Média	DP	
Físico	4,90	1,35	5,80	1,02	<0,001
Emocional	5,66	0,92	5,08	0,61	<0,001
Social	3,03	1,91	3,69	1,66	<0,001
Global	4,60	0,12	5,57	0,82	<0,001

Legenda: DP – Desvio padrão

Tabela 2. Análise descritiva dos domínios do instrumento *The 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36)

SF-36	Pré-operatório		Pós-operatório		*p-value*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	48,14	27,76	69,87	23,35	<0,001
Aspectos físicos	13,46	30,87	34,94	44,75	0,002
Dor	60,19	33,66	70,22	28,15	0,024
Estado geral de saúde	67,12	22,78	80,38	20,91	<0,001
Vitalidade	55,13	29,60	77,82	22,70	<0,001
Aspectos sociais	71,63	33,14	88,94	22,61	<0,001
Aspectos emocionais	54,27	47,78	69,66	45,96	0,044
Saúde mental	67,08	24,96	82,00	18,63	<0,001

Legenda: DP – Desvio padrão

Este estudo não tinha como objetivo avaliar a ansiedade e nem a depressão, entretanto, para manter a homogeneidade dos grupos, foram mensurados os níveis de depressão e ansiedade, que estão apresentadas na tabela 3.

A confiabilidade dos instrumentos foi verificada pelo alfa de *Cronbach*, que se mostrou adequado para a amostra estudada, com o valor acima de 0,77.

Tabela 3. Análise descritiva do Inventário de Depressão de *Beck* e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado

Inventário de Depressão de Beck e IDATE					
Escalas	Pré-operatório		Pós-operatório		*p-value*
	Média	DP	Média	DP	
Depressão *Beck*	8,49	6,87	5,01	6,61	<0,001
IDATE-Estado	36,77	0,92	32,54	0,74	<0,001
IDATE-Traço	37,63	1,14	34,04	0,97	<0,001

Legenda: DP – Desvio padrão

Discussão

A limitação dos resultados deste estudo se deu pela elegibilidade selecionada para a coleta de dados, ocorrida dois meses após o procedimento cirúrgico. O acompanhamento no pós-operatório é realizado nas unidades de contrarreferências, no entanto, para este estudo, os pacientes foram convidados a retornar em dois meses para a coleta de dados.

A aplicabilidade dos resultados deste estudo são subsídios para que o profissional de saúde empreenda ações em educação em saúde, no tocante à promoção e ao planejamento assistencial, visando à adesão do paciente ao tratamento e à prevenção a novos eventos. Além disso, a mudança individual dos pacientes, quanto à percepção da doença (controle e tratamento), pode embasar novos programas e práticas educativas em saúde.

O predomínio do gênero masculino, idosos e com baixo nível socioeconômico foi semelhante ao observado por outros estudos realizados no Brasil, o que pode ser indicativo do padrão socioeconômico e do perfil de pacientes atendidos em hospitais públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde.[13,14]

As mulheres estão protegidas, por questões hormonais, contra a doença cardiovascular durante a idade fértil, pelo possível papel dos estrógenos, o que justificaria a menor incidência delas na amostra estudada. Em geral, a doença cardiovascular na mulher se manifesta dez anos mais tarde do que no homem e associa-se à concomitância de múltiplos fatores de risco.[15,16]

A avaliação da Qualidade de Vida, no domínio aspecto físico do instrumento genérico, apresentou a pior pontuação antes da revascularização do miocárdio. Esse domínio avalia principalmente as atividades diárias, demonstrando a grande limitação do paciente nessas atividades como consequência do processo de envelhecimento e suas comorbidades e, portanto, pior Qualidade de Vida. No entanto, após a intervenção cirúrgica houve melhora na pontuação desse domínio, o que se justifica pelo fato do paciente ter uma melhora no desempenho das suas funções diárias. Estudo anterior relata que a insuficiência cardíaca está associada ao comprometimento do desempenho funcional, traduzido pelos relatos dos idosos sobre limitações nas atividades diárias, incapacidade para o trabalho e para o estabelecimento de relações sociais, e perda da independência.[17]

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios e está associada à mobilidade e à capacidade funcional, quando o indivíduo não requer ajuda para

a realização das Atividades de Vida Diária. Assim, uma Qualidade de Vida satisfatória pode ser interpretada como a possibilidade de conseguir cumprir suas funções diárias básicas, sentir-se bem e viver de forma independente.[17]

Os outros domínios do instrumento genérico também apresentaram melhora significativa dos escores. Esse resultado foi semelhante ao de outros estudos.[13,18]

Quando comparada a Qualidade de Vida no pré e pós-operatório com o instrumento específico *Macnew*, a cirurgia proporcionou significativamente uma melhora da Qualidade de Vida em todos os domínios. Outros estudos que analisaram a Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio mostraram resultados semelhantes.[13,19,20]

O sucesso do tratamento cirúrgico pode ser interpretado como um impacto positivo na vida do paciente, além de proporcionar uma sensação de cura da doença.[21] Anteriormente ao tratamento cirúrgico, o paciente sofre pelo medo constante da morte, sobretudo pelas mudanças de hábitos necessárias para a prevenção de novo episódio da doença.[22] Com a revascularização do miocárdio, observa-se maior capacidade funcional, diminuição dos sintomas e, consequentemente, melhor convivência com essa afecção.[13] Além disso, as alterações emocionais associadas à insegurança e ao medo de um novo evento, que poderiam estar presentes, foram minimizadas com o tratamento cirúrgico.

Especificamente para o instrumento *Macnew*, o maior impacto foi no domínio social. O apoio social tem sido considerado fator determinante na recuperação dos cardiopatas e para sua maior Qualidade de Vida. O fato de que o coração é considerado um órgão nobre, que centraliza a vida, pode justificar a maior percepção dos indivíduos em relação aos seus familiares e amigos.[23]

Estudos relatam que o apoio social é fator facilitador para o enfretamento da doença e para a recuperação do paciente cardíaco, sugerindo que a participação dos pacientes em atividades de reabilitação melhora os aspectos psicossociais e a Qualidade de Vida.[24] Entretanto, o profissional de saúde poderá lançar estratégia de avaliações no apoio social, com o intuito de detectar indivíduos que terão maiores dificuldades para se reabilitar, uma vez que isso pode influenciar na necessidade de mudança de comportamento favorável a saúde cardiovascular.[23]

Em relação aos fatores de risco, estes foram semelhantes aos observados em outros estudos.[25,26] A literatura revela que mudanças no estilo de vida poderiam reduzir potencialmente o risco de infarto de miocárdio e, consequentemente, a diminuição da mortalidade. Entretanto, a complexidade do autocuidado, que envolve o seguimento do regime terapêutico, da dieta e atividade física pode ser um elemento desencorajador para os pacientes cronicamente doentes.

Neste estudo, embora a verificação de depressão e de ansiedade não fosse o objetivo principal, os indivíduos apresentavam nível médio de ansiedade e ausência de níveis depressivos, apesar da melhora nos escores de depressão e de ansiedade após a revascularização.

A depressão é um dos problemas de saúde mental mais comuns e está presente em 10 a 15% dos pacientes, podendo influenciar negativamente a Qualidade de Vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e a incapacidade, tornando a adesão ao tratamento mais difícil e piorando a qualidade das relações sociais e, consequentemente, sua qualidade de vida.[27]

As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco são elementos que interferem na Qualidade de Vida. Entretanto, em um evento coronariano, os indivíduos adotam modificações em seu estilo de vida. Além disso, com a revascularização do miocárdio, há melhora das limitações diárias impostas pela doença. Assim, há a possibilidade de o paciente compreender a situação vivenciada e adaptar-se a eventuais limites e alterações para seu estilo de vida, além de obter melhora nas condições físicas e emocionais.

Portanto, é possível afirmar que a avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes mostra-se indispensável na prática clínica, uma vez que o enfermeiro tem papel de destaque na implementação de ações que minimizem os fatores de risco modificáveis e contribuam na melhora da Qualidade de Vida dessa população.

Conclusão

A cirurgia de revascularização do miocárdio causa impacto positivo na Qualidade de Vida dos pacientes, com melhora de todos os domínios dos instrumentos aplicados para análise.

Colaborações

Dal Boni ALM, Martinez JE, Saccomann ICRS declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Costa SB, Silva FR, Carvalho FE. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes da Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(2):623-33.
2. Dantas SA, Aguilar MO. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de "campo de saúde". Rev Bras Enferm. 1998;51(4):571-88.
3. Helito BA, Branco GN, D'Innocenzo M, Machado RC, Buffolo E. Qualidade de vida dos candidatos a transplantes de coração. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009;24(1):50-7.
4. Gois LF, Dantas SA, Torrati GF. Qualidade de vida relacionada à saúde, antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):700-7.
5. Vila CS, Rossi AL. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudos etnográficos. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(1):7-14.
6. Ciconelli RM, Ferraz BM, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a Língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
7. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003;43(2):11-3.
8. Benetti M, Nahas MV, Barros MV. Reproducibility and validity of a Brazilian version of the MacNew quality of life after myocardial infarction (MacNew QLMI) questionnaire. Med Sci Sports Exerc. 2001;33(5):S62.
9. Nakajima KM, Rodrigues RC, Gallani MC, Alexandre NM, Oldridge N. Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. J Adv Nurs. 2009;65(5):1084-94.
10. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1998;56(6):893-7.
11. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clin. 1998;25(5):245-50.
12. Andrade LH, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Rev Psiquiatr Clin. 1998;25(6):285-90.
13. Benetti M, Nahas MV, Rebelo RP, Lemos LS, Carvalho T. Alteração na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetido a diferentes tipos de tratamento. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2001;6(3):27-33.
14. Souza EN, Quadros SA, Maestri R, Albarrán C, Sarmento-Leite R. Preditores de mudança na qualidade de vida em evento coronariano agudo. Arq Bras Cardiol. 2008;91(4):252-9.
15. Luz LP, Solimene CM. Peculiaridades da doença arterial coronariana na mulher. Rev Assoc Med Bras. 1999;45(1):45-54.
16. Favarato SM, Aldrighi MJ. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(4):339-49.
17. Takuiti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CR, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clinico. Arq Bras Cardiol. 2007;88(5):537-44.
18. Nasrala SL, Guedes AM, Nascimento TF. Comparação da qualidade de vida relacionada com a saúde entre homens após a revascularização do miocárdio. Conectionline. 2007;(2):1-11.
19. Saccomann IC, Oliveira AR, Collaço BZ, Ferreira C. Qualidade de vida de pacientes após infarto do miocárdio com e sem revascularização. Rev SOCESP. 2011;21(1supl A):23-8.
20. Hlatky MA. Coronary revascularization and quality of life. Am Heart J. 2004;48(1):5-6.
21. Vargas TV, Dantas RA, Gois CF. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Esc Enferm USP. 2013;39(1):20-7.
22. Nogueira CR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PB, Nakano T, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. Arq Bras Cardiol. 1998;91(4):238-44.
23. Silverio DC, Dantas SA, Carvalho SR. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas segundo o sexo. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):407-14.
24. Aldana GS, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins AL, Thomas D, Salberg A, et al. Effect of intense lifestyle modification and cardiac rehabilitation on psychosocial cardiovascular disease risk factors and quality of life. Behav Modif. 2006;30(4):507-25.
25. Mussi CF. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(5):751-9.
26. Scattolin AA, Diogo DJ, Colombo RC. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. Cad Saúde Pública. 2007;23(11):2705-15.
27. Berber JS, Kuper E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome de fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2005;45(2):47-54.

Sentimentos dos cuidadores de usuários de bebidas alcoólicas frente à internação

Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission

Flávia Antunes[1]
Sonia Silva Marcon[2]
Magda Lúcia Félix de Oliveira[2]

Descritores
Cuidadores; Pesquisa em enfermagem; Serviço hospitalar de enfermagem; Família; Bebidas alcoólicas

Keywords
Caregivers; Nursing research; Nursing service, hospital; Family; Alcoholic beverages

Submetido
12 de outubro de 2013

Aceito
5 de dezembro de 2013

Resumo

Objetivo: Descrever os sentimentos dos cuidadores de usuários de bebidas alcoólicas frente à internação em unidade de terapia intensiva.

Métodos: Pesquisa qualitativa que incluiu dez cuidadores familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com diagnóstico médico associado ao uso crônico de bebidas alcoólicas. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada nos domicílios e submetidos a Análise de Conteúdo.

Resultados: os sentimentos relatados foram: sofrimento, tristeza, desespero e culpa. A religiosidade apareceu como forma de enfrentamento ao sofrimento e o afeto pelo familiar foi mais importante do que a sobrecarga do processo de cuidar.

Conclusão: A internação dos usuários de bebidas alcoólicas em unidade de terapia intensiva mostrou-se como um evento difícil de ser vivenciado pela família e pelos cuidadores familiares pois desperta sentimentos de sofrimento, tristeza, desespero e culpa. Observou-se a fé e religiosidade dos cuidadores como importante fator de apoio ao enfrentamento do sofrimento causado ao vivenciar essa experiência.

Abstract

Objective: To describe caregivers' feelings about alcohol abusers at hospital admission to the intensive care unit.

Methods: This qualitative study included ten family caregivers of patients admitted to an intensive care unit with a diagnosis of chronic alcohol use. Data were collected by semi-structured interviews at the respondents' homes, and data were subsequently submitted to content analysis.

Results: The caregivers reported suffering, sadness, desperation, and guilt. Religion appeared as a way to confront suffering, and affection by the family member was more important than the workload associated with care delivery.

Conclusion: Admission of alcohol users to the intensive care unit is a difficult event for the patient's family and caregiver because it causes feelings of suffering, sadness, and guilt. The faith and religiosity of caregivers is an important supporting factor in response to the suffering caused by this experience.

Autor correspondente
Flávia Antunes
Av. Mandacarú, 1590, Maringá, PR, Brasil. CEP: 87083-240
flanti@bol.com.br

[1]Hospital Universitário Regional de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
[2]Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O consumo abusivo do bebidas alcoólicas tem-se tornado crescente entre jovens e adultos, e os efeitos da dependência dessa substância estão aparecendo cada vez mais cedo no ciclo vital, com agravos à saúde que diminuem a sobrevida e impactam toda estrutura familiar.[1]

No Brasil, no período de 1996 a 2007, o coeficiente de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, incluindo os agravos associados ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, aumentou 5% e o coeficiente de mortalidade ajustada para idade por doenças associadas ao consumo dessa substância, aumentou de 4,3 para 5,2 para cada 100 mil pessoas.[2]

Os usuários de bebidas alcoólicas são pessoas inseridas em um contexto familiar, onde os membros convivem com os problemas cotidianos que o abuso dessa substância pode causar. A família, tanto quanto o usuário de bebidas alcoólicas, necessita de apoio para o enfrentamento dos problemas advindos do ambiente aonde o alcoolismo está inserido.[3,4]

O uso abusivo de bebidas alcoólicas causa desgaste à saúde dos usuários, tornando-os vulneráveis a doenças graves ou comorbidades que conduzem à internações hospitalares em unidades de grau de complexidade variável, incluindo as unidades de terapia intensiva - UTI's.[1,5]

As UTI's são ambientes preparados para a assistência de pacientes com comprometimento das funções vitais e pior prognóstico clínico, que necessitam de monitorização e assistência contínua, permanente e especializada, com vistas ao aumento da sobrevida e diminuição de possíveis sequelas aos pacientes. Cabe salientar que um terço dos pacientes internados nas UTI's apresentam complicações agudas ou crônicas decorrentes do abuso de bebidas alcoólicas.[5,6]

Os cuidadores familiares dos usuários de bebidas alcoólicas se encontram em situação de fragilidade contínua, e a hospitalização é um momento crítico. O vínculo com a equipe de saúde e, em especial, a equipe de enfermagem pode colaborar para o aprendizado sobre o tratamento e o cuidado após a alta hospitalar.[7]

O objetivo deste trabalho foi descrever os sentimentos dos cuidadores de usuários de bebidas alcoólicas frente à internação em unidade de terapia intensiva.

Métodos

Pesquisa qualitativa desenvolvida na cidade de Maringá, estado do Paraná, região sul do Brasil.

A população em estudo foi composta por cuidadores familiares de pacientes com diagnóstico médico associado ao uso crônico de bebidas alcoólicas, incluídos no banco de dados do centro de informação e assistência toxicológica e internados na unidade de terapia intensiva de adultos de um hospital ensino, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os participantes da pesquisa: ser familiar de pacientes que estiveram internados na UTI no ano de 2011; residentes no município de Maringá; com idade maior ou igual a 18 anos e relação de convivência ou co-habitação com o paciente antes e após sua internação, sendo seu cuidador referencial.

Nos registros do centro de informação e assistência toxicológicas, foram identificados 24 pacientes com diagnóstico médico principal ou secundário de intoxicação aguda ou crônica por bebidas alcoólicas que foram internados na unidade de terapia intensiva no período em estudo. Atenderam aos critérios de inclusão dez cuidadores.

Os instrumentos de coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada e um diário de campo, que teve a finalidade de registrar informações pertinentes apontadas pela entrevistadora após a realização das entrevistas.

O roteiro para entrevista foi composto por dois blocos temáticos: um sobre a caracterização socioeconômica e demográfica do cuidador familiar, do usuário de bebidas alcoólicas e da família, e cinco questões abertas, destinadas ao cuidador familiar.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do cuidador e apenas uma participante preferiu o seu local de trabalho. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo e gravadas em mídia digital, em

pelo menos dois gravadores, e o preenchimento do diário de campo foi realizado logo após o seu término. Foram transcritas integralmente e os dados qualitativos analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo modalidade Temática. As informações contidas no material foram reunidas em duas unidades de análise: A Internação dos usuários de bebidas alcoólicas em unidade de terapia intensiva: a dor e o sofrimento de seus cuidadores familiares; A religiosidade como forma de apoio ao enfrentamento da internação.

O desenvolvimento do estudo atendeu às exigências nacionais e internacionais sobre ética em pesquisas com seres humanos.

Resultados

A faixa etária dos cuidadores variou entre 35 e 65 anos, com média de idade de 46,7 anos; a maioria do sexo feminino (nove); casados (sete); com baixa escolaridade (quatro com ensino fundamental incompleto e dois com ensino fundamental completo) e baixa renda familiar (cinco famílias apresentavam renda inferior a três salários mínimos e uma família com renda de três salários mínimos). Cinco deles exerciam atividade remunerada fora do domicílio. Todos referiram alguma inserção religiosa, porém quatro não eram praticantes. Em relação ao grau de parentesco, quatro eram irmãs dos usuários de bebidas alcoólicas, duas eram mães, dois filhos, uma tia e uma era esposa.

O uso nocivo de bebidas alcoólicas por mais de um membro da família, esteve presente em sete famílias. A média de idade dos pacientes era de 45 anos; a maioria do sexo masculino (nove), divorciados (quatro), com baixa escolaridade e estavam fora do mercado de trabalho. Nenhum era praticante de sua religião antes da internação. Sete receberam alta hospitalar após a internação na unidade de terapia intensiva, com cinco deles apresentando sequelas físicas, e três evoluíram a óbito.

Todos foram internados por efeitos da intoxicação alcoólica crônica e, após a alta hospitalar, cinco já haviam manifestado a vontade de voltar a beber sendo que dois retornaram efetivamente ao uso da bebida alcoólica Embora a internação em unidade de terapia intensiva fosse um evento dramático na vida dos pacientes, ela não foi capaz de afastá-los da recaída e diminuir a sobrecarga nas famílias.

Os dados das entrevistas concedidas pelos cuidadores familiares foram analisados e resultaram em duas categorias especificadas: a internação dos usuários de bebidas alcoólicas em unidade de terapia intensiva: a dor e o sofrimento dos cuidadores e a religiosidade como forma de enfrentamento.

Discussão

As implicações dos resultados deste estudo para o ensino e a assistência de enfermagem, são relativas ao desvelamento de uma realidade presente e passível de intervenção: o crescente consumo de bebidas alcoólicas e os graves problemas de saúde relacionados ao uso abusivo, com reflexos diretos nos cuidadores e famílias.

A internação de um membro da família em unidade de terapia intensiva, independente da causa, mobiliza diversos sentimentos e é um período marcado por sofrimento, pois muitas vezes está relacionada com o medo do desconhecido. Os cuidadores experimentaram durante o período da internação situações de angústia, potencializadoras da fragilidade humana diante do risco de morte.

As famílias vivenciam o medo e a insegurança, resultado da incerteza em relação às condutas e tratamentos a serem propostos pela equipe de saúde aos seus familiares.[8]

Os sentimentos de sofrimento, tristeza e desespero, foram os mais relatados pelos cuidadores. Sete cuidadores familiares afirmaram que é uma experiência bastante difícil de ser vivenciada.

A tristeza e o sofrimento se caracterizam por estados emocionais intrínsecos a qualquer ser humano privado de determinada satisfação pessoal e emocional. É uma reação do organismo quando o sujeito se depara profundamente com a sua fragilidade. A situação de doença com perspectiva de morte iminente do familiar, faz o cuidador perceber que é um ser frágil e desamparado diante das contingências impostas pela vida e é

nesta esfera que se reconhece sentimentos como o desespero.[9,10]

Uma cuidadora vivenciou o sentimento de culpa, pois acreditava ter a possibilidade de impedir a internação do irmão se não tivesse esperado tanto tempo para tê-lo internado em uma clínica de reabilitação.

O filho cuidador do pai usuário de bebidas alcoólicas referiu profundo sentimento de tristeza ao vê-lo internado na unidade de terapia intensiva, apesar de ser um evento esperado, pois o pai, com 77 anos, fazia uso crônico de bebidas alcoólicas desde a adolescência.

Durante as entrevistas com os cuidadores familiares, pôde-se perceber que as famílias enfrentam adversidades e constante tensão em um ambiente familiar onde o alcoolismo está presente. Porém, esses familiares não deixaram de amar e desejar uma vida melhor para os dependentes de bebidas alcoólicas, e quando estes foram internados, o sofrimento e a angústia tornaram-se ainda maiores, em especial para seus cuidadores, que vivenciaram uma relação de maior proximidade emocional com os familiares usuários de bebidas alcoólicas.

Diante disso, é necessário mantê-los bem informados sobre as condições clínicas dos seus familiares. Um bom relacionamento entre a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem que se encontra ao lado do cliente 24 horas por dia, é essencial para satisfazer as necessidades dos membros da família e diminuir o estresse da internação.[11]

Os sentimentos vivenciados por famílias que possuem parentes internados em unidades de terapia intensiva, como angústia, tristeza, dor, insegurança, entre outros, indica que a assistência deve se estender aos familiares.[12]

A religiosidade apareceu como forma de enfrentamento ao sofrimento. Todos os cuidadores informaram envolvimento com alguma religião, com predomínio da religião católica. Seis cuidadores mencionaram que, ao se apoiarem em suas religiões, obtinham forças para enfrentar o processo da internação.

No decorrer das entrevistas, os cuidadores demonstraram emoção ao relembrar da época da internação de seus familiares usuários bebidas alcoólicas na unidade de terapia intensiva, principalmente ao falarem da importância de suas crenças religiosas e da fé para transmitirem esperança aos mesmos.

A espiritualidade é algo integrante do indivíduo e é ela que possibilita encontrar significado e propósito para a vida e enfrentamento de situações que causam angústia e sofrimento.[13]

Em estudo que procurou identificar significados comuns nas famílias de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, independentemente da religião, os membros da família procuraram algum tipo de apoio espiritual neste momento cercado de incertezas e inseguranças. O apego à espiritualidade está bastante relacionado à necessidade de não perder a esperança, propostas de mudanças e à espera de um milagre.[14]

Acreditar em um ser superior oferece paz e é um apoio significativo para a convivência com uma doença grave, representa um suporte e conforto e oferece tranquilidade aos cuidadores para suportarem os problemas da doença.[15]

A família de um paciente que se encontra internado em estado grave em unidade de terapia intensiva, busca na espiritualidade, respostas, força, consolação e esperança para o processo vivenciado. A equipe de enfermagem acaba também por vivenciar essa espiritualidade juntamente com os familiares em busca de uma força necessária para consolar e até mesmo, ser consolada.[13]

Estudo que buscou compreender o fenômeno que envolve o processo de perda para o familiar cuidador de paciente crítico no ambiente hospitalar, mostrou a importância da fé e da religiosidade que esses familiares tinham no momento em que enfrentaram a doença e a iminência da morte de seus entes queridos.[16]

Ressalta-se a importância da relação do profissional enfermeiro com as famílias desses pacientes, a fim de mantê-los sempre informados, acolhidos e orientados, uma vez que a atenção aos sentimentos e anseios dessas famílias, desencadeia a necessidade de um cuidado especial. Assim, é primordial que os enfermeiros dessa unidade, promovam ações acolhedoras para os familiares, permitindo que esses enfrentem de uma maneira menos sofrida a hospitalização de seus familiares na UTI, bem como suas possíveis consequências.

Conclusão

A internação dos usuários de bebidas alcoólicas em unidade de terapia intensiva mostrou-se como um evento difícil de ser vivenciado pela família e pelos cuidadores familiares, pois desperta sentimentos de sofrimento, tristeza, desespero e culpa. Observou-se a fé e religiosidade dos cuidadores como importante fator de apoio ao enfrentamento do sofrimento causado ao vivenciar essa experiência.

Colaborações

Antunes F contribuiu com a concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Marcon SS colaborou com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Oliveira MLF cooperou com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas parágrafo desintoxicação de dependentes Químicos Adolescentes. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):735-40.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; 377(9781): 1949-61.
3. Moraes LM, Braga VA, Souza AM, Oriá M. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. Rev Min Enferm. 2009;13(1):34-42.
4. Sena EL, Boery RN, Carvalho PA, Reis HF, Marques AM. Alcoolismo no contexto familiar: Um olhar fenomenológico. Texto & Contexto Enferm. 2011;20(2):310-8.
5. Clark BJ, Smart A, House R, Douglas I, Burnham EL, Marc Moss M. Severity of acute illness is associated with baseline readiness to change in medical intensive care unit patients with unhealthy alcohol use. Alcoholism (NY). 2012;36(3):544-51.
6. Rosa CM, Fontana RT. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. Rev Ciênc Cuid Saúde. 2010;9(4):752-9.
7. Inaba LC, Silva MJ, Telles SC. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;4(39):423-9.
8. Frizon, G, Nascimento ER, Bertoncello KC, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(1):72-8.
9. Bielemann VL A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. Rev Bras Enferm. 2003;56(2):133-7.
10. Kerkoski E, Borenstein MS, Gonçalves LO, Francioni FB. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(2):225-32.
11. Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. What families want - an assessment of family expectations in the ICU. Int Arch Med. 2011;4:21.
12. Almeida AS, Aragão NR, Moura E, Lima GC, Hora EC, Silva LA. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2009;62(6):844-9.
13. Manenti LP, Soratto MT. A espiritualidade e o cuidado intensivo. Saúde Rev (Piracicaba). 2012;12(30): 43-51.
14. Puggina AC, Silva MJ, Araújo MM. Messages from relatives of patients in coma: hope as common element. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):249-55.
15. Carmo TM, Botelho LD, Moura JP, Souza NR, Goulart MJ, Pereira LC. Sentimentos expressados pelos pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer. Ciência et Praxis. 2010;3(6):53-6.
16. Pereira LL, Dias AC. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. Psico (Porto Alegre). 2007;38(1):55-65.

Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar

Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding

Andressa Peripolli Rodrigues[1]
Ludmila Alves do Nascimento[1]
Regina Cláudia Melo Dodt[1]
Mônica Oliveira Batista Oriá[1]
Lorena Barbosa Ximenes[1]

Descritores
Aleitamento materno; Autoeficácia; Enfermagem materno-infantil; Prática avançada de enfermagem; Estudos de validação

Keywords
Breastfeeding; Self-efficacy; Maternal-child nursing; Advanced practice nursing; Validation studies

Submetido
17 de outubro de 2013

Aceito
11 de novembro de 2013

Resumo

Objetivo: Validar o conteúdo e a aparência do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", junto às puérperas internadas no alojamento conjunto.

Métodos: Estudo de validação das figuras do álbum seriado quanto à aparência (clareza/compreensão) e conteúdo (relevância), realizado com 21 puérperas. Foi utilizado um instrumento que incluiu um questionário dissertativo, avaliação de conteúdo, aparência e motivação e das características sociodemográficas das mulheres.

Resultados: Todas as ilustrações foram consideradas claras e compreensíveis, no entanto, a Figura 6 apresentou 85,7% de relevância e as demais se mantiveram entre 90% e 100%. O índice de validade de conteúdo global para o álbum seriado foi de 0,92 para todas as figuras.

Conclusão: O álbum encontra-se apto para ser utilizado em outras pesquisas e na prática diária com mulheres, seja na comunidade ou no âmbito hospitalar, como é o caso do alojamento conjunto.

Abstract

Objective: To validate the content and appearance of a flipchart titled "I can breastfeed my child" among puerperal women admitted to a rooming-in obstetrics ward.

Methods: Validation study of the appearance (clarity/comprehension) and content (relevance) of the flipchart pictures among 21 puerperal women. The pictures were used as part of an instrument that includes a discursive questionnaire that was used to evaluate the content and appearance of the flipchart and the motivation and sociodemographic characteristics of the women.

Results: All illustrations were considered clear and comprehensive. However, picture 6 had an 85.7% relevance compared with 90% to 100% for the other pictures. The index of global content validity for the pictures in the flipchart was 0.92.

Conclusion: The flipchart appears to usable in other studies and in daily practice in the community or a hospital environment, such as a rooming-in ward.

Autor correspondente
Andressa Peripolli Rodrigues
Av. da Universidade, 2853, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60020-181
andressaufsm@hotmail.com

[1]Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflito de interesse: os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Introdução

A Promoção à Saúde é considerada um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo, reforçando a importância da atuação nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas.[1] Em vista disso, estratégias educativas a partir de folhetos, cartões-postais, livretos, recursos audiovisuais, orientações, softwares, escalas, entre outros, têm sido utilizados por enfermeiros para a promoção do aleitamento materno.[2]

Entretanto, a construção de tais intervenções não é suficiente, sendo necessária a avaliação dessas estratégias, sobretudo das que abordam a autoeficácia no contexto da amamentação.[3]

A autoeficácia é destacada como um dos conceitos e princípios fundamentais para a promoção da saúde, sendo relevante para o enfrentamento dos desafios contemporâneos na promoção da saúde. No documento da Organização Mundial da Saúde,[4] as crenças de autoeficácia podem ser utilizadas para determinar como as pessoas sentem, pensam, são motivadas e comportam-se diante de determinada situação, demonstrando quanto esforço e tempo os indivíduos vão utilizar no sentido de persistir para transpor um obstáculo ou uma experiência negativa.

Reconhecendo, então, a importância do material educativo com enfoque na autoeficácia da mulher em amamentar seu filho, foi construído o álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho". Esse material foi validado quanto a aparência e conteúdo, por meio da apreciação de um Comitê composto por juízes da área da enfermagem que evidenciaram a pertinência e a validade do material, caracterizando-o como um instrumento apto para uso na prática clínica.[5]

Sabe-se que para conferir maior credibilidade aos materiais educativos que se pretende implementar nos diversos campos de atuação da enfermagem, é oportuno utilizar um processo de avaliação desses para melhorar sua qualidade.[6] Para tanto, alguns autores reforçam que todo material educativo não deve somente ser validado por juízes, mas também por meio de painéis compostos por pessoas leigas,[7] sendo que esse modelo foi utilizado por diversos estudos em validação de materiais educativos e instrumentos.[8]

A validação é um processo que visa coletar e avaliar as evidências da validade de um instrumento, estando sob responsabilidade do sujeito confirmar ou não a validade do instrumento.[9] Considera-se que o álbum seriado apresenta ilustrações que refletem o realismo e a compreensão, além de reforçar ou explicar a informação passada.[10] Deste modo, o álbum "Eu posso amamentar meu filho" é um tipo de material educativo que possibilita a visualização de figuras. Ademais, este material ofereceu as mulheres a oportunidade de verbalizarem suas dúvidas e incertezas, também como discuti-las durante a intervenção.[11] Neste estudo optou-se proceder a validação com pessoas leigas.

Este processo possibilita o julgamento do álbum quanto a sua relevância em relação ao seu conteúdo e aparência.[12] Dessa forma, o objetivo deste estudo foi validar o conteúdo e a aparência do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", junto às puérperas internadas no alojamento conjunto.

Métodos

Estudo de validação do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", baseado na autoeficácia em amamentação, adotado como recurso tecnológico educativo e aplicado a puérperas internadas no alojamento conjunto.

A validação foi composta pela validade de conteúdo e aparência. A validade de conteúdo refere-se ao grau de relevância que as figuras apresentam e as diretrizes fornecidas por meio das fichas-roteiro, levando em consideração a adequação da cobertura da área de conteúdo medida. Para a validação da aparência, o recurso educativo foi julgado quanto à clareza das figuras, compreensão e forma de apresentação do instrumento, o que evidenciou a percepção que os indivíduos possuem em relação ao que está sendo medido.[5,12]

O estudo incluiu 21 puérperas internadas no alojamento conjunto de uma Maternidade Escola, sendo que este número atende ao recomendado por

outros autores que sugerem de seis a 20 participantes.[13] O número ímpar de mulheres foi induzido pois estudo demonstra a importância desta condição para evitar questionamentos dúbios.[14]

A amostra foi por conveniência, atendendo os seguintes critérios de inclusão: mulheres no período puerperal imediato (1º ao 10º dia após o parto) a partir de 12 anos de idade, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente devido ao aumento da gravidez na adolescência;[15] puérperas internadas por no mínimo 6 horas após o parto no alojamento conjunto e acompanhadas de recém-nascido - RN com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico. Foram removidas do estudo mulheres com intercorrências clínicas ou obstétricas no período puerperal, com patologias que impossibilitavam ou contraindicavam a amamentação, além das puérperas internadas no alojamento conjunto com filhos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva de alto e médio risco.

A coleta de dados ocorreu em junho de 2013 por meio de fonte primária (entrevista com as puérperas). À beira do leito foi realizado convite às mulheres para participarem do estudo. As que concordaram em participar, receberam orientações sobre a finalidade do estudo. Todas puérperas assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro momento da coleta de dados consistiu-se na aplicação do álbum seriado por uma única pesquisadora de modo individual com tempo médio de 20 a 30 minutos. No segundo momento da pesquisa foram aplicados instrumentos (entrevistas com duração de 15 a 20 minutos) por outras duas enfermeiras pesquisadoras devidamente treinadas e membras do grupo de pesquisa Enfermagem para Promoção e Educação em Saúde da Família e da Criança.

O instrumento a ser validado foi submetido à avaliação de um painel de pessoas leigas para avaliar clareza, compreensão e a redundância das figuras e das informações prestadas.[12] A validação utilizou um instrumento elaborado e validado por dois especialistas na área de autoeficácia em amamentação, que abrange um questionário dissertativo[7] acerca dos seguintes domínios: compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão do material educativo; neste estudo o domínio autoeficácia será discutido com maior profundidade. O instrumento também continha a avaliação de conteúdo, aparência e motivação e caracterização sociodemográfica das mulheres.[5]

O álbum seriado foi construído a partir de uma reflexão dos itens da escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form* (BSES-SF), dos pressupostos da Teoria de Autoeficácia Bandura de 1977 e de referências sobre alojamento conjunto, contendo sete figuras (Fi) e sete fichas roteiro (FR). No processo de validação de dez juízes, o álbum seriado obteve excelentes índices de validade de conteúdo (CVI) de 0,92 para as figuras e 0,97 para as fichas-roteiro. Apresentando ainda 77,1% de clareza e de compreensão quanto às figuras e as fichas roteiros.[5]

Os dados foram organizados e processados pelo *Predictive Analytics Software* (PASW®) versão 18, e são apresentados em tabelas e gráficos. As respostas do questionário dissertativo foram organizadas com base na síntese das respostas e subsequentemente analisadas de maneira descritiva.

A análise do conteúdo das figuras mostrou que o álbum seriado foi feito utilizando o CVI e calculado com base em três equações matemáticas: o S-CVI/AVE (média do I-CVIs para cada item da escala), S-CVI/UA (Proporção dos itens em uma escala que atinge uma classificação de relevância de 3 ou 4 para todos os especialistas) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais: proporção de especialistas de conteúdo que dão ao item a classificação de relevância de 3 ou 4). O CVI varia de -1 a 1 sendo considerado válido o item que apresenta concordância entre os juízes igual ou maior que 0,80.[16]

No que diz respeito a validade de aparência, o critério de pertinência foi de pelo menos 75% de concordância entre as mulheres. As figuras não atingiram tal porcentagem, portanto considerou-se os comentários e sugestões para a não conformidade, possibilidade de ajuste ou supressão dos aspectos sob avaliação.[17]

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O álbum seriado foi aplicado a 21 puérperas com média de idade de 24 anos. Dessas, 66,7% possuíam união consensual e 47,6% eram donas de casa. Além disso, 38,1% tinham o segundo grau completo e 61,9% residiam com mais três pessoas. O total de 38,1% das puérperas tinham renda de R$ 678,00 mensais.

Com relação à história obstétrica, a maioria (42,9%) não tinha outros filhos, e das que possuíam (n= 12) 71,4% já haviam amamentado anteriormente e 50,0% delas o fizeram exclusivamente por seis meses. Todas as mulheres quando questionadas se pensavam em amamentar o filho atual responderam afirmativamente e 71,4% pretendiam fazê-lo de forma exclusiva por seis meses.

No que se refere ao parto e puerpério atual, 57,1% das mães foram submetidas a cesariana, sendo que parte delas (71,4%) amamentaram seus filhos nos primeiros 30 minutos após o parto e 42,9% amamentaram no momento em que ainda estavam na sala de parto. Além disso, 42,9% dos RNs necessitaram de incubadora ou internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 95,2% deles não utilizaram chupeta e mamadeira e 61,9% não receberam leite artificial. Em relação ao fornecimento de diretrizes a respeito da amamentação na maternidade, 61,9% referiram não ter recebido nenhuma orientação, e as que receberam (38,1%), obtiveram essas orientações de enfermagem (62,5%).

Diante da opinião das puérperas quanto à complexidade das figuras do álbum seriado, 83,7% consideraram as figuras simples e 94,6% consideraram

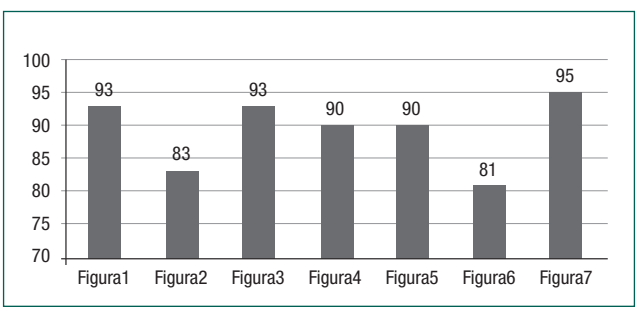

Figura 1. Clareza e compressão das ilustrações do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho"

que as figuras estavam associadas à confiança materna em amamentar o filho. Todas as ilustrações do álbum seriado foram consideradas claras e compreensíveis, com percentual acima de 80% e com média de 89,5% (Figura 1).

Referente à relevância das figuras do álbum seriado, a Fi6 apresentou 85,7% de relevância e as demais se mantiveram entre 90% e 100% (Figura 2).

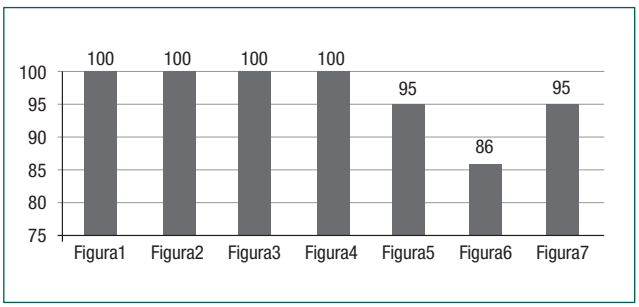

Figura 2. Relevância das ilustrações do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho"

A tabela 1 revela o CVI de cada figura. Além disso, o CVI global foi 0,92 para as figuras, indicando excelente nível de concordância entre as puérperas.

Tabela 1. Distribuição dos índices de validade de conteúdo (CVI) de cada figura, de acordo com a análise das puérperas

Figuras (Fi)	CVI
Fi 1	1,00
Fi 2	0,86
Fi 3	1,00
Fi 4	1,00
Fi 5	0,86
Fi 6	0,81
Fi 7	0,90

Quando as mulheres foram indagadas se qualquer participante da atividade com o álbum seriado poderia entender facilmente do que se tratava, 95,2% indicaram que sim e a mesma percentil de mulheres se sentiram motivadas para participar da atividade até o final, fazendo com que todas pensassem a respeito da sua saúde e do seu filho.

A partir da análise descritiva dos domínios do questionário dissertativo,[7] todas as mães apresenta-

Tabela 2. Análise descritiva do domínio autoeficácia referente ao questionário dissertativo

Domínio autoeficácia	n(%)
Podem seguir o que as figuras sugerem?	
Acreditam que podem seguir o que as figuras sugerem.	19(90,5%)
Acreditam que podem seguir apenas algumas figuras.	02(9,5%)
Necessita saber mais alguma coisa para seguir as informações? O que está faltando?	
Não esta faltando nenhuma informação no álbum para sentirem-se confiantes em amamentar.	17(80,9%)
Faltou abordar a alimentação materna.	02(9,5%)
Faltou abordar as orientações com relação às fissuras.	01(4,8%)
Faltou abordar que o leite evita doenças e que é bom para a saúde da criança.	01(4,8%)
Quais assuntos parecem mais importantes?	
Pega e posição corretas foram os assuntos mais importantes.	10(47,6%)
Identificação das características do leite e suas fases.	03(14,2%)
Identificação do choro da criança.	02(9,5%)
Amamentar exclusivamente até o sexto mês.	02(9,5%)
Amamentar próximo à família.	01(4,8%)
A mulher organiza suas atividades com a prática da amamentação.	01(4,8%)
Esvaziamento da mama e sua alternância.	01(4,8%)
Levar o bebê ao posto de saúde para acompanhamento.	01(4,8%)
Gostaria que existisse alguma outra informação nesse álbum que não foi exposta?	
Não existe nenhuma informação que não tenha sido exposta no álbum seriado.	14(66,7%)
Informações a respeito da alimentação materna.	03(14,2%)
Intercorrências com a mama.	02(9,5%)
Informações a respeito do colostro.	01(4,8%)
Alimentos que podem ser oferecidos às crianças após os seis meses.	01(4,8%)

ram compreensão do material, como indicado pela atratividade, aceitação cultural. Considerou-se o álbum como estimulador à prática da amamentação.

No que diz respeito ao domínio autoeficácia identificou-se que as mães quando questionadas se poderiam seguir o que as figuras do álbum seriado sugeriam, indicaram que sim (90,5%) e a maioria (80,9%) ressaltou que o álbum continha informações necessárias para se sentirem confiantes em amamentar os seus filhos. O assunto mais importante abordado no álbum, considerado pelas puérperas, foi a pega e posição correta durante a amamentação (47,6%), sendo evidenciado por elas que não era necessário nenhuma outra informação (66,7%) além das que já estavam no álbum (Tabela 2).

Discussão

As participantes do estudo apresentaram características sociodemográficas e obstétricas que retrata a realidade brasileira, como por exemplo, a baixa média de idade e renda, que implicam em fatores que podem levar a mulher ao desmame precoce de seus filhos.[15] Nesse sentido, é oportuno a utilização de materiais educativos acessíveis e que possibilitem o aumento da autoeficácia materna em amamentar seu filho, como é o caso do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho".

A maioria das participantes consideraram as figuras do álbum claras, compreensíveis e relevantes. Além disso, das puérperas se sentiram motivadas

para participar da atividade até o final, apresentando bons índices relacionados aos domínios do questionário dissertativo. Esses fatores indicam que o álbum seriado é um material educativo válido e que pode ser aplicado a qualquer realidade,[7,12] uma vez que permite ao profissional promover a amamentação e a autoeficácia materna.

De acordo com a validação realizada pelas puérperas internadas no alojamento conjunto, o álbum seriado foi considerado um material educativo que apresenta conteúdo e aparência pertinentes e válidos no que diz respeito a autoeficácia na amamentação, fatores que foram evidenciados pelos excelentes CVI individuais e global das figuras. Sendo assim, obteve-se um CVI global de 0,92, indicando que a intervenção educativa por meio da utilização do álbum promoveu confiança para as mulheres seguirem o que as figuras sugerem, tendo a pega e a posição correta como os assuntos mais importantes para as puérperas.

Nesse sentido, a autoeficácia é determinada individualmente por quatro fatores. Esses fatores influenciam os domínios da BSES-SF (intrapessoal e técnico) que são denominadas como experiências pessoais, experiências vicárias, persuasão verbal, fatores psicológicos e afetivos.[18] Portanto, considerando que o álbum seriado foi construído a partir da BSES-SF, ressalta-se que o formulário não apenas conseguiu destacar a autoeficácia em amamentar, mas também salientou os conteúdos considerados relevantes, principalmente, aqueles relacionados ao domínio técnico e relatados pelas puérperas, tal como a pega e posição corretas, sendo esses aspectos os que mais causam insegurança entre as mulheres.[5]

Para que a sucção eficiente aconteça por meio da pega satisfatória deve-se identificar os seguintes sinais: boca bem aberta, mínima visualização da aréola, lábio inferior do bebê evertido (para fora), queixo da criança encostado ou bem próximo à mama e bochechas arredondadas. É importante ressaltar que a amamentação com posicionamento e sucção adequadas não causa dor à mãe.[19] Associado a isso está o esvaziamento correto da mama, alternação da mama quando esvaziada completamente, evitando alguns processos dolorosos como ingurgitamento e mastite e proporcionando ao RN o recebimento de todos os constituintes do leite.[20]

O domínio intrapessoal tende a elevar-se ao longo do tempo[5] que pode ser evidenciado pelo CVI da Fi6, que foi o menor CVI em comparação com as demais. No entanto, a Fi6 apresentou tendência de elevação, pois o fato da mãe receber apoio de membros familiares, em especial do marido ou companheiro e dos avós, exerce influência positiva na autoeficácia de amamentar. Para que esse apoio se concretize, os familiares devem ser envolvidos na promoção da amamentação ainda no ambiente hospitalar, para que possam apoiar a mãe e contribuir para que ela se sinta capaz de amamentar.[21]

Ao identificar as características do leite materno como uma fonte de energia nutricional e imunológica que devem ser consumidas em quantidades suficientes pelo RN, a mulher torna-se mais confiante para amamentar seu filho e manter essa prática por maior período. Assim, a amamentação fortalece a imunidade, mantém o crescimento e desenvolvimento normais da criança, além de melhorar o processo digestivo no sistema gastrointestinal, promover o vínculo mãe-filho e facilitar o desenvolvimento emocional, cognitivo e do sistema nervoso do lactente.[22]

Em relação a identificação do choro da criança pelas puérperas, considerada uma informação importante abordada no álbum seriado, pode-se afirmar que o choro é uma das formas de comunicação do RN de difícil interpretação, o que pode causar ansiedade e insegurança materna, gerando dúvidas em relação à sua capacidade para cuidar do filho. As crianças choram por muitos motivos além da fome, nesse sentido, é necessário saber como identificar o real motivo do choro, sendo as causas mais comuns cólicas, desconforto (frio, calor, sujidade de fezes e /ou urina), substâncias no leite materno (cafeína, nicotina, leite de vaca e outras), carência por afastamento prolongado, dor ou doença e, por fim, fome.[23]

Mesmo tendo considerado as figuras do álbum claras, compreensivas e relevantes, as puérperas sugeriram acréscimos de informações no material, tais como: alimentação materna, intercorrências com a mama e importância do colostro. Essas informações

são relevantes, mas sabe-se que de maneira geral os materiais educativos apresentam um foco,[24] e o álbum seriado em questão vislumbra a amamentação, mas, principalmente, a autoeficácia, portanto essas temáticas não estão relacionadas com a autoeficácia, especialmente no que se refere à nutrição materna. Além disso, evidenciou-se a adequação do álbum com relação ao conteúdo, pois todas elas se sentiram confiantes para amamentar o filho a partir da intervenção com o álbum.

Sabe-se que a alimentação materna durante a prática da amamentação deve ser considerada pelos profissionais de saúde. Um estudo apontou que a maioria das mulheres alteram sua dieta durante a gravidez e amamentação, sendo necessário nesse período que elas sejam aconselhadas a adotar uma dieta adequada, sem restrição de alimentos específicos. As restrições alimentares das puérperas reduzem a diversidade de sabores que o lactente será exposto e podem, posteriormente, diminuir a aceitação de novos alimentos e limitar a variedade de sabores para a criança.[25]

Além disso, a abordagem no álbum seriado sobre transtornos físicos durante a amamentação, como as fissuras, foi solicitada pelas puérperas para se sentissem mais confiantes ao realizar a prática. A dor nas mamas é muito comum logo nos primeiros dias de amamentação, sendo que constitui-se como uma das principais queixas quando a mãe apresenta fissura, o que pode levar ao desmame precoce do filho.[26,27]

As puérperas também sentiram necessidade da abordagem no álbum seriado em relação a importância da amamentação para a saúde do filho. No entanto, ressalta-se que o aleitamento materno é importante também para a saúde materna devendo ser reforçada pelos profissionais da saúde. Preocupar-se com a saúde do filho contribui para o processo de decisão da mulher de iniciar e manter a amamentação, assim, apropriar-se desses conhecimentos facilita a conquista da autonomia para manter a amamentação.[28] Nesse contexto, a promoção da amamentação exclusiva deve ser realizada com todas as mulheres, fazendo com que essa prática ocorra nos primeiros seis meses de vida da criança, pois a mãe ao oferecer somente o leite materno percebe que esse é suficiente para o crescimento e desenvolvimento da criança, aumentando assim sua confiança na amamentação.[29]

De acordo com o processo de validação do estudo pelas puérperas, pode-se perceber que o álbum é válido e aplicável à realidade, entretanto, somente a utilização do álbum não garante que a mulher receba o acompanhamento necessário durante o período gravídico-puerperal. Portanto, o álbum deve ser utilizado como um material de suporte pelos profissionais para acompanhamento hospitalar e em unidades de saúde, visionando um maior período de amamentação.

Dessa forma, destaca-se a necessidade da puérpera retornar à unidade de saúde para realizar o acompanhamento dos cuidados em relação a sua saúde e de seu filho. O retorno de ambos, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar onde é abordado assuntos de atenção ao RN como amamentação, alimentação complementar, orientação a respeito do crescimento, desenvolvimento e vacinação.[30]

O álbum encontra-se apto para ser utilizado em outras pesquisas, principalmente na prática diária com as mulheres, seja na comunidade ou no âmbito hospitalar; sendo esse último o caso do alojamento conjunto. Este recurso possibilita o apoio à puérpera durante o processo de amamentação, promove a autoeficácia e a amamentação.

Destaca-se que os materiais educativos são ferramentas importantes no cotidiano de trabalho da enfermagem, pois permite a reflexão e a cooperação dos envolvidos no processo de construção do conhecimento. No entanto, o profissional diante do seu papel de educador deve utilizar este tipo de ferramenta de maneira adequada para incentivar a formação de um ser humano autônomo e que busque a transformação de sua realidade.

Conclusão

O conteúdo e aparência do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho" foi validado, o que conferiu maior credibilidade a essa nova ferramenta educati-

va que pretende promover a autoeficácia materna na amamentação. Sendo assim, este processo de validação indicou a importância de realizar a validação do material educativo também pela consulta de pessoas leigas e não somente por juízes.

Colaborações

Rodrigues AP; Nascimento LA e Ximenes LB contribuíram para a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica do conteúdo intellectual e aprovação final da versão a ser publicada. Dodt RCM e Oriá MOB contribuíram na redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Jackson RA, Stotland NE, Caughey AB, Gerbert B. Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: a randomized trial. Pat Educ Couns. 2011;83(2):203–9.
2. Joventino ES, Dodt RC, Araujo TL, Cardoso MV, Silva VM, Ximenes LB. [Nursing technologies to promote breastfeeding: integrative literature review]. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(1):176-84. Portuguese.
3. McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. JOGNN. 2011;40(1):35-46.
4. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: new terms. Health Promot Int. 2006 21(4):340-5.
5. Dodt RC, Ximenes LB, Oriá MO. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):225-30.
6. Castro MS, Pilger D, Fuchs FD, Ferreira MB. Development and validity of a method for the evaluation of printed education material. Pharm Pract. 2007; 5(2):89-94.
7. Doak CC, Doak LG, Root JH. Learner verification and revision of materials. In: Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2a ed. Philadelphia: J.B. Lippincott: 1996. p.167-88.
8. Helitzer D, Hollis C, Cotner J, Oestreicher N. Health literacy demands of written health information materials: an assessment of cervical cancer prevention materials. Cancer Control. 2009;16(1):70-8.
9. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007; 60(1):34-42.
10. Arnold CL, Davis TC, Frempong JO, Humiston SG, Bocchini A, Kennen EM, et al. Assessment of newborn screening parent education materials. Pediatrics. 2006;117(5):320-5.
11. Dodt RC, Javorski M, Nascimento LA, Ferreira AM, Tupinambá MC, Ximenes LB. Album series about breastfeeding: breastfeeding mothers with educational intervention in immediate postpartum. Rev Enferm UFPE Online. 2013 [cited 2013 Jul 23]; 7(5):1469-75.Available from:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4365/pdf_2572.
12. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, Stein RE. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. Qual Life Res. 2002;11(3):193-205.
13. Haynes SN, Richard DC, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. Psychol Assess. 1995; 7(3):238-47.
14. Oliveira MS, Fernandes AF, Sawada NO. [Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study]. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(1):115-23. Portuguese
15. Bailey J, Clark M, Shepherd R. Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. Br J Midwifery. 2008; 16(3):172-8.
16. Norwood S. Research strategies for advanced practice nurses. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health; 2000.
17. Salmond SW. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. Orthop Nurs. 1994;13(2):31-45.
18. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2):191-215.
19. Cordeiro MT. Postura, posição e pegas adequadas: um bom início para a amamentação. In: Rego JD. Aleitamento materno. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
20. Giugliani ER .Common problemsduring lactation and their management. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5):147-54.
21. Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC, Guido LA. Factors those influence in self-efficacy of breastfeeding: integrative review. Rev Enferm UFPE Online [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 2]; 7(esp):4144-52.Available from:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4031/pdf_2700.
22. Oddy WH. The impact of breast milk on infant and child health. Breastfeed Rev. 2002;10(3):5-18.
23. Vasconcellos JV. Baixa produção de leite. In: Rego JD. Aleitamento materno. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p.297.
24. Sousa CS, Turrini RN. Creating and validating educational material for patients undergoing orthognathic surgery. Nurs Res. 2012; 6:166-172.
25. Thygarajan A, Burks AW. American Academy of Pediatrics recommendations on the effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease. Curr Opin Pediatr. 2008;20(6):698–702.
26. Carvalhaes MA, Parada CM, Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(1):62-9.
27. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(5):546-55.
28. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. Rev Obstet Gynecol. 2009;2(4):222-31.
29. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers'self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics. 2008;122(Supl 2):69–76.
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental

Family Health Strategy: community resources in mental health care

Jacqueline de Souza[1]
Letícia Yamawaka de Almeida[1]
Tatiana Maria Coelho Veloso[1]
Sara Pinto Barbosa[1]
Kelly Graziani Giacchero Vedana[1]

Descritores
Saúde da família; Saúde mental; Apoio social; Atenção primária à saúde; Ação intersetorial

Keywords
Family health; Mental health; Social support; Primary health care; Intersectorial action

Submetido
9 de Dezembro de 2013

Aceito
18 de Dezembro de 2013

Resumo

Objetivo: Investigar a percepção de profissionais de estratégia de saúde da família sobre recursos existentes no território para atendimento de demandas em saúde mental.
Métodos: Estudo transversal, qualitativo realizado com 27 profissionais da saúde de serviços de atenção primária. Os dados foram coletados utilizando entrevistas, grupos focais e observação. Após a coleta, os dados foram transcritos e submetidos à análise à luz do conceito estruturalista.
Resultados: Os enfermeiros referiram dispositivos formais para apoio em saúde mental, enfatizando serviços de saúde. Os coordenadores mencionaram serviços de saúde, universidade e parcerias como conselho tutelar e promotoria pública. Os agentes comunitários demonstraram maior integração com o território e conhecimento abrangente de fontes de apoio social formal e informal. Na observação do território foram identificados recursos sociais não mencionados nas entrevistas.
Conclusão: A percepção dos enfermeiros em relação aos recursos comunitários centrou-se em instituições formais relacionadas à saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde. Os coordenadores identificaram outros serviços de saúde e dispositivos de proteção social. Os agentes comunitários têm a maior percepção dos recursos existentes em saúde mental.

Abstract

OObjective: Assess the perception of the professionals working at the family health strategy on the resources present within the territory toward meeting mental health care demands.
Methods: Cross-sectional, qualitative study carried out with 27 primary health care professionals. Data were collected by means of interviews, focus groups and observation. Following data collection, data were transcribed and analyzed in the light of the structuralist theory.
Results: Nurses referred to the existence of formal instruments toward promoting mental health care and highlighted the health services. Care coordinators mentioned health services, universities and partnerships with Child Protective Services and the District Attorney's Office. Community agents showed to be more integrated with the territory and to have a broader knowledge of formal and informal social support sources. The observation of the territory pointed out social resources that were not addressed in the interviews.
Conclusion: The perception of the nurses regarding the community resources focused on formal health institutions or other entities related to the health care or health education areas. The coordinators identified other health services and social protection instruments. Community agents have a clearer perception of existing mental health resources.

Autor correspondente
Jacqueline de Souza
Av. dos Bandeirantes, 3900,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
CEP: 14040-902
jacsouza2003@usp.br

[1]Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família foi criada na década de 90 e consiste na principal proposta de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. O foco é o indivíduo-família, suas relações com a comunidade e o meio ambiente. A atuação das equipes pressupõe a integração da assistência com a promoção da saúde da população e as ações preventivas.[1,2]

O funcionamento da Estratégia Saúde da Família deve implicar no estabelecimento de vínculo territorial, responsabilização e acompanhamento longitudinal. Portanto, estas equipes têm grande potencial para abordar a saúde mental das famílias na atenção primária, principalmente porque as políticas de saúde pública e as de saúde mental compartilham princípios comuns como a necessidade de uma rede de cuidados de base territorial, atuação transversal com outras políticas, a noção de território, a intersetorialidade e a integralidade em prol da promoção da cidadania dos usuários.[2-4]

Para o desenvolvimento de ações que atendam tais princípios, os serviços de saúde precisam transpor os limites do modelo biomédico e envolver diferentes segmentos sociais, pois os diversos dispositivos comunitários configuram-se em fontes de apoio social e podem contribuir para melhorar a saúde mental e, consequentemente a qualidade de vida da população.[2-6]

Além disso, a consolidação de propostas intersetoriais que culminem numa rede de atenção perpassa pelo reconhecimento dos recursos disponíveis no âmbito do território que poderiam ser incluídos para a formulação dos diferentes planos de cuidado. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde considerem os recursos existentes como potenciais parceiros para compor o planejamento de ações intersetoriais voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental.

O apoio informal é aquele auxílio baseado na informalidade e similaridade de experiências, fornecido por pessoas do cotidiano, não treinadas para tal, como vizinhos, parceiros, outros pacientes etc. O apoio formal, por sua vez é aquele auxílio provido por instituições especializadas ou pessoas treinadas, qualificadas formalmente para prestar auxílio como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros.[7,8]

Desse modo, o objetivo do estudo foi investigar a percepção de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e coordenadores de equipes de Estratégia de Saúde da Família a respeito dos recursos ou fontes de apoio social, formais e informais, do território que podem ser acionados para o atendimento das demandas de saúde mental da comunidade.

Métodos

O estudo foi desenvolvido no território adscrito de cinco equipes de saúde da família de um município do interior de São Paulo. Nesta pesquisa descritiva exploratória foram utilizadas técnicas qualitativas para a coleta, análise e interpretação dos dados.

Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiras, cinco coordenadores e 17 agentes comunitários de saúde (profissionais não técnicos que vivem na própria comunidade que trabalham e realizam cadastramento das famílias e visitas domiciliares regularmente à população adscrita).

Os dados foram coletados por meio de observação, entrevistas grupais, entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais. Inicialmente foram realizadas cinco entrevistas grupais com os agentes comunitários de saúde. Essas entrevistas tiveram o objetivo de nortear as observações que posteriormente foram realizadas no território que estas equipes atuam.

Em seguida, procedeu-se a observação territorial. Foram realizadas 46 horas de observação com um roteiro previamente estabelecido que preconizava a observação de recursos formais e informais (Organizações Não Governamentais, Igrejas, espaços de lazer, pontos de encontro, serviços de saúde, assistência social).

Após a observação do território foram entrevistados os enfermeiros e coordenadores das equipes. O roteiro das entrevistas focava os recursos existentes no território que poderiam ser acionados para a realização de ações articuladas relacionadas às demandas de saúde mental na comunidade.

Os dados das observações foram posteriormente validados em dois grupos focais de aproximadamente uma hora cada, com nove indivíduos em um grupo e oito no outro. Após a validação desses dados, foi realizada releitura dos resultados das observações e entrevistas utilizando reunião com o grupo de pesquisadores envolvidos.

O processo de investigação e análise seguiu o protocolo mínimo de pesquisa de caráter estruturalista,[8] assim estabeleceu-se o território adscrito pelas Unidades de Saúde da Família como campo observacional destacando as percepções dos enfermeiros, coordenadores e agentes comunitários de saúde sobre os recursos existentes no território para o atendimento das demandas de saúde mental como elementos a serem investigados. Foi selecionado o conceito "capital social" como estruturante para as interpretações.[9] Em seguida, a partir da leitura e releitura dos dados pelos pesquisadores envolvidos identificou-se os recursos formais e informais referidos pelos sujeitos e esses dados foram organizados no formato de mapas de rede propiciando melhor visualização e comparação das diferentes percepções dos profissionais sobre a estrutura do território.

Durante o processo interpretativo das transcrições das entrevistas e grupos focais, os relatos dos participantes do estudo foram comparados com os dados do município e com as informações extraídas da observação do território. Assim, os dados da observação participante possibilitaram identificar também dispositivos existentes na comunidade que não foram referidos pelos participantes como recursos potencialmente articuláveis nas intervenções relacionadas à promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental.

Os mapas de rede foram confeccionados agrupando na categoria "recursos formais" os serviços de saúde, dispositivos relacionado à educação, segurança e proteção social. Na categoria "recursos informais" foram considerados os diferentes grupos comunitários de apoio e dispositivos relacionados ao lazer e religiosidade.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 17 agentes comunitários de saúde, quatorze eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade mínima de 28 anos e máxima de 58 anos. Quanto à escolaridade, um possuía ensino fundamental completo, treze ensino médio, um nível técnico e três de nível superior.

Os cinco enfermeiros eram do sexo feminino todos formados há mais de oito anos, com média de idade 39 anos e com tempo de atuação nos respectivos serviços de quatro anos ou mais. Três dos cinco enfermeiros possuíam pós-graduação.

Quatro dos coordenadores eram do sexo masculino e um do sexo feminino, idade mínima 38 e máxima 64 anos, em exercício no cargo de coordenadores de quatro anos ou mais e todos médicos de formação com doutorado e atividade de docência universitária simultânea.

Os recursos citados pelos respectivos sujeitos, enfermeiros, coordenadores e agentes comunitários de saúde são apresentados (figuras 1, 2 e 3).

Conforme pode ser observado na Figura 1 os enfermeiros não citaram nenhum recurso informal, apenas serviços de saúde e as Universidades como parceiros para o cuidado de saúde mental.

Os coordenadores citaram mais dispositivos do que os enfermeiros, além de identificar outros serviços de saúde, também citaram mais dispositivos de proteção social como Conselho Tutelar, Promotoria Pública e as próprias Residências Terapêuticas. Referiram ainda a Igreja como um dispositivo informal possivelmente articulável.

Os agentes comunitários de saúde identificaram maior número de dispositivos em todos os âmbitos, formais e informais.

Os dispositivos não citados pelos participantes, mas existentes no território, foram alguns recursos formais (CAPS III, CAPS infantil, Ambulatório Regional de Saúde Mental, Ambulatório de Saúde Mental região Central e Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas) e informais (Alcoólicos Anônimos, Centros Espíritas, comércios, campos públicos de futebol, academias e quadras de esportes privadas).

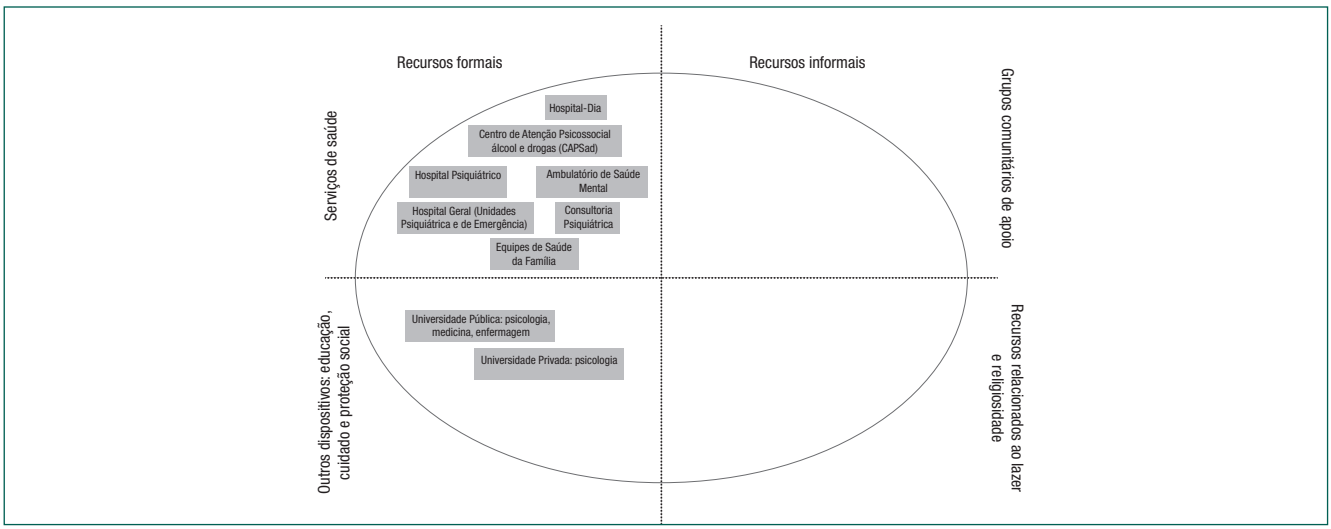

Figura 1. Mapa dos recursos relacionados à saúde mental segundo a percepção dos enfermeiros

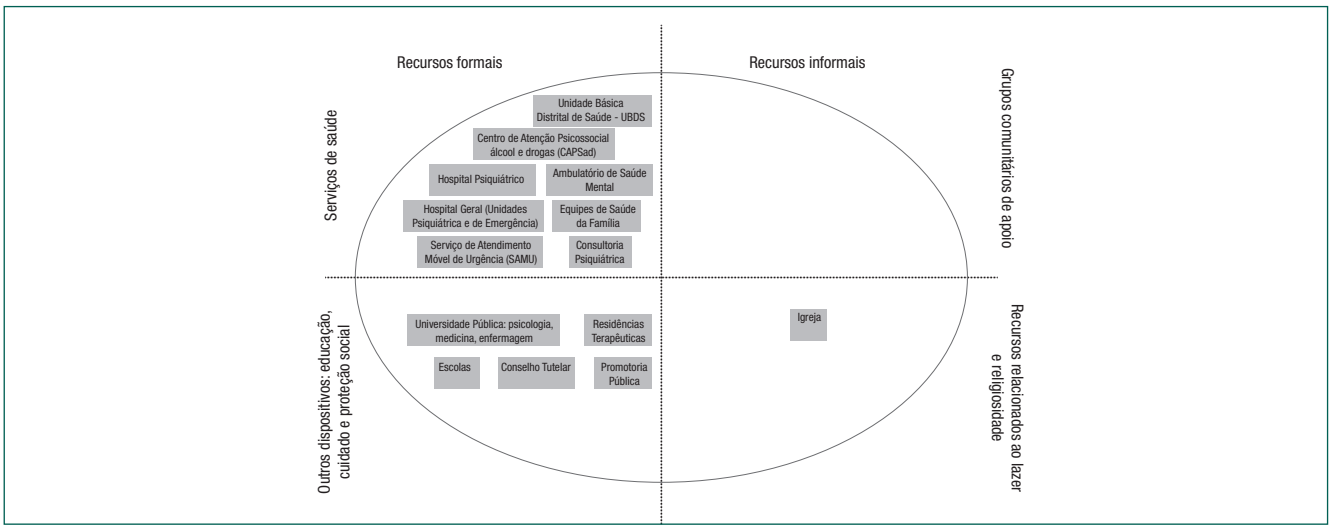

Figura 2. Mapa dos recursos relacionados à saúde mental segundo a percepção dos coordenadores

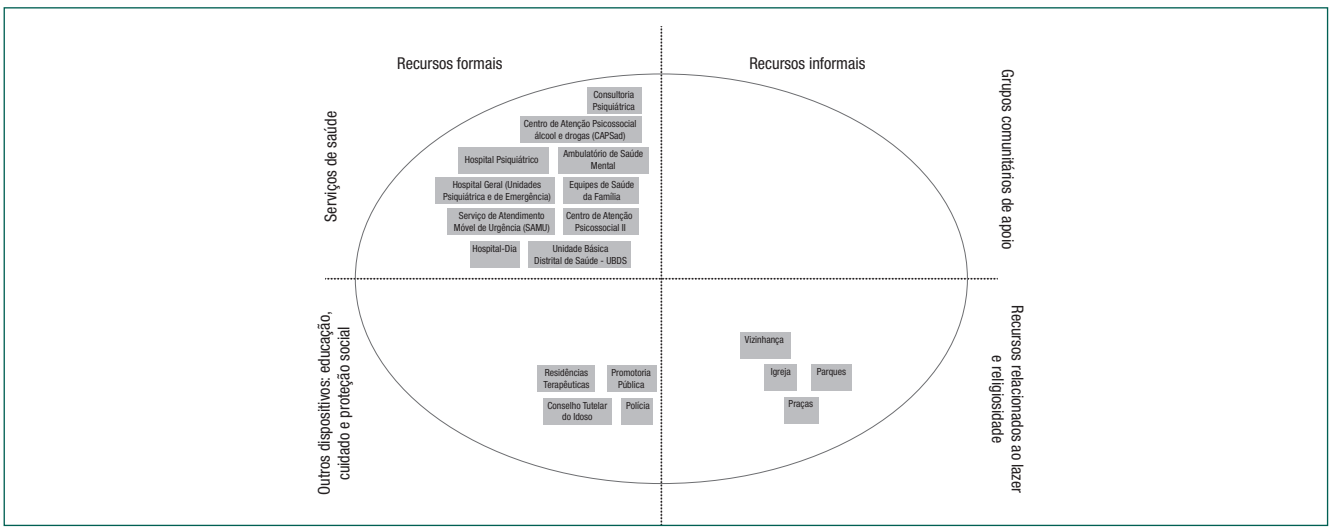

Figura 3. Mapa dos recursos relacionados à saúde mental segundo a percepção dos agentes comunitários de saúde

Discussão

Os limites desta pesquisa são que os dados oriundos das técnicas de coleta de dados qualitativas impossibilitam generalizações quanto aos achados, no entanto ressalta-se que o uso de três técnicas (entrevistas individuais, grupos focais e observação) fortalece os resultados por possibilitar a triangulação dos dados obtidos.

Os resultados do presente estudo proporcionam subsídios para refletir sobre estratégias para consolidar as atuais preconizações do Ministério da Saúde brasileiro em relação à formação de Redes de Atenção Psicossocial que devem contar com recursos interdisciplinares de cuidado à saúde mental das comunidades. Nesse debate, a enfermagem tem papel crucial tendo em vista o caráter integrador das práticas de cuidado no âmbito interdisciplinar, bem como sua capacidade de articulação com os diferentes dispositivos sociais e de saúde existentes no território.

O conceito de capital social é proposto por Pierre Bordieu como um conjunto de acessos sociais que compreende o relacionamento e a rede de contatos.[9] Tal conceito é entendido como um termo "guarda-chuva" que engloba aspectos relacionados à coesão, integração/participação e apoio social além de outros determinantes sociais de saúde mental e saúde geral. Os debates sobre o capital social têm assumido papel relevante nos temas relacionados à saúde, comunidade e participação propiciando reflexões a partir de dois níveis, o micro (recursos individuais, pessoais ou familiares) e macro (vizinhança, comunidade, grupos formais e informais).[10]

O município estudado conta com uma gama de fontes de apoio formais e informais que podem ser considerados como recursos potenciais para o desenvolvimento de ações intersetoriais no âmbito do território. No entanto, a concepção de capital social implica não só na existência de recursos, mas também no estabelecimento de relações entre eles que propiciem acessos aos mesmos. Nessa perspectiva a questão do acolhimento, como cerne do processo de trabalho nos serviços de saúde é um importante aspecto para a consolidação do capital social.[2,11]

Acolhimento pode ser definido como "rede de conversações", momento de relacionar-se com o papel de receber, interligar, propiciar trânsito pela rede a partir do reconhecimento das necessidades de saúde; constitui-se numa possibilidade de ampliar o acesso, humanizar o atendimento e reorganizar o processo de trabalho.[12]

Acolhimentos que estabelecem escutas ampliadas fazem aflorar problemas e necessidades que não podem ser resolvidos apenas no âmbito dos serviços de saúde tornando imprescindíveis as articulações intersetoriais e busca de parcerias externas ao setor saúde.[13]

Assim, destaca-se a necessidade de desenvolver processos de trabalho que estabeleçam nova relação entre profissionais e comunidade, ou seja, ações humanizadas, resolutivas, intersetoriais e articuladas de modo a conformar os recursos disponíveis em efetivo capital social, que é um determinante importante para o desenvolvimento, saúde e bem-estar e funciona como fator de proteção contra as influências negativas do ambiente ou do contexto imediato.[12-16]

A percepção dos enfermeiros (Figura 1) em relação aos recursos comunitários centrou-se em instituições formais relacionadas à saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde. É possível que essa percepção seja reproduzida na prática clínica, o que corresponderia à lógica de encaminhamento a serviços especializados e integração limitada com outros dispositivos sociais e fontes de apoio informais.

A ampliação da atenção primária, sobretudo com a implementação da ESF aumentou a acessibilidade geográfica dos serviços de saúde, contudo, a apropriação do território e seus recursos ainda não foi alcançada uniformemente e as atividades, muitas vezes ainda ficam presas ao espaço físico destes serviços.[17]

Os coordenadores, conforme pode ser observado na figura 2, concebiam como recursos articuláveis às ações de saúde mental: instituições de ensino, serviços especializados de saúde mental, conselho tutelar e a promotoria pública. Vale destacar, que conforme apresentado no perfil dos sujeitos, os coordenadores eram professores universitários e, portanto, em situação privilegiada

em relação ao acesso a saberes, inclusive no que se refere a políticas públicas.

Contudo, a percepção dos agentes comunitários de saúde (Figura 3) foi a mais abrangente, se comparada aos demais profissionais entrevistados. Pelo maior contato e articulação com a população,[18] os agentes assumem posição que propicia maior acesso às fontes informais de saberes que são importantes para um conhecimento mais apurado do território. Destaca-se que a maioria dos recursos citados foram exemplificados a partir de relatos de casos do cotidiano de trabalho desses profissionais, diferentemente dos demais.

Convém ressaltar também que a divisão das atividades na organização do processo de trabalho das equipes implica em diferentes ferramentas, finalidades, tarefas e, consequentemente, diferentes concepções sobre o objeto de trabalho (que pode ser a saúde, a doença, a qualidade de vida) e recursos do território. Nessa lógica, o agente comunitário de saúde tem como lócus de trabalho o espaço comunitário e a finalidade de estabelecer um elo entre serviços de saúde e a comunidade, o que, possivelmente justificaria a percepção mais ampliada dos recursos por parte desses profissionais.

As diferenças observadas nos discursos podem ser advindas das posições ocupadas pelos sujeitos nessa rede de relações, isto é, coordenadores, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, apesar de comporem a mesma equipe de trabalho, possuem competências, saberes e práticas distintas e, embora organizados para trabalharem com o mesmo objeto (as necessidades de saúde das pessoas) podem ter concepções e finalidades diversas no seu processo de trabalho cotidiano, bem como acesso diferenciado a determinadas informações.

A formação universitária dos entrevistados, no presente estudo não foi diretamente proporcional a uma visão abrangente dos recursos reais do território. O processo de ensino-aprendizagem ainda fragmentado e reduzido a disciplinas pode contribuir para essa limitação do campo de atuação em saúde. Recomenda-se, portanto inovações educacionais que priorizem a proximidade entre estudantes da área da saúde e a comunidade.[18,19]

Apesar dessas diferentes percepções, cabe ressaltar que os sujeitos são trabalhadores que compõe uma equipe, portanto a possibilidade de trocas e estreitamento das relações no espaço de trabalho incrementaria as percepções culminando em complementaridade de recursos e novos direcionamentos nos planejamentos terapêuticos dos usuários ampliando as estruturas que conformam o capital social para as demandas de saúde mental no território estudado.

Além disso, com base nos resultados, é imprescindível o estabelecimento de intervenções com vistas à potencialização do capital social disponível, isto é, reorientação do modelo assistencial e alterações na estrutura e política das instituições formais e organizações comunitárias para aumentar o apoio social e ampliar o acesso a estas fontes de apoio, considerando aspectos como organização do processo de trabalho, horários de funcionamento, disseminação de informações e busca ativa.[6,20,21]

Conclusão

A análise dos resultados oriundos das diferentes fontes de dados permitiu identificar os recursos ou fontes de apoio social, formais e informais, do território considerando a percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. A partir de tal identificação foi possível apontar fragilidades e potencialidades relacionadas à composição da rede de apoio do território para atendimento das demandas de saúde mental.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, bolsa de Pós-Doutorado Júnior concedida à Jacqueline de Souza, projeto 502673/2010-9. Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Colaborações

Souza J; Almeida LY; Veloso TMC; Barbosa SP e Vedana KGG declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do

artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. 2011; 6736(11):60054-8.
2. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Mental health in primary health care: practices of the family health team. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(6):1501-6.
3. Lucchese R, Oliveira AG, Conciani ME, Marcon SR. Mental health and the Family Health Program: pathways and obstacles in a necessary approach. Cad Saúde Pública. 2009;25(9):2033-42.
4. Souza J, Luis MA. Demands of mental health: nurses' perceptions of family health teams. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):852-8.
5. Costa GD, Cotta, RM , Ferreira ML, Reis JR, Franceschini SC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):113-8.
6. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. Rev Eletr Enf. 2008;10(3):784-95.
7. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A Unidade Básica de Saúde e sua função na Rede de Apoio Social ao Hipertenso. Texto & Contexto Enferm. 2010;19(4):736-44.
8. Campbell P, Wynne-Jones G, Dunn KM. The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: a systematic review. Eur J Pain. 2011; 15(5): 444.e1–444.e14.
9. Thiry-Cherques, HR. Métodos estruturalistas: pesquisa em ciências da gestão. São Paulo: Atlas, 2008.
10. Nygvist F, Forsman A, Giuntoi G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. Aging Ment Health. 2013;17(4): 394-410.
11. Coelho MO, Jorge MS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(Supl. 1):1523-31.
12. Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):331-40.
13. Fracolli LA, Zoboli EL. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.
14. Almedom AM. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. Soc Sci Med. 2005; 61(5):943-64.
15. Kaljee LM, Chen X. Social capital and risk and protective behaviors: a global health perspective. Adolesc Health Med Ther. 2011;2:113-22.
16. Eriksson M. Social capital and health - implications for health promotion. Glob Health Action. 2011; 4, doi: 10.3402/gha.v4i0.5611.
17. Santos LP, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):76-83.
18. Moreti-Pires RO. Complexity in family healthcare and the training of future healthcare professionals. Interface Comunic Saúde Educ. 2009;13(30):153-66.
19. Chastonay P, Vu NV, Huamir JP, Mpinga EK, Bernheim L. Design, implementation and evaluation of a community health training program in an integrated problem-based medical curriculum: a fifteen-year experience at the University of Geneva Faculty of Medicine. Med Educ Online. 2012;17:16741.
20. Oppong Asante K. Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. Afr J Psychiatry. 2012;15(5):340-5.
21. Roberts NA, Burleson MH. Processes linking cultural ingroup bonds and mental health: the roles of social connection and emotion regulation. Front Psychol. 2013;4:52.

Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca

Self-care actions in patients with heart failure

Heloisa Ribeiro do Nascimento[1]
Vilanice Alves de Araújo Püschel[1]

Descritores
Insuficiência cardíaca; Autocuidado; Educação do paciente; Cuidados de enfermagem; Prática avançada de enfermagem

Keywords
Heart failure; Self-care; Patient education; Nursing care; Advanced practice nursing

Submetido
22 de Novembro de 2013

Aceito
4 de Dezembro de 2013

Resumo

Objetivo: Identificar as ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca em dois cenários: no pronto socorro e no ambulatório e identificar os principais fatores precipitantes de descompensação.
Métodos: Estudo transversal no qual foram incluídos 120 portadores de insuficiência cardíaca em dois cenários: ambulatório e pronto socorro. Foram utilizados três instrumentos validados.
Resultados: Não houve diferença estatisticamente significativa do autocuidado entre os grupos, com baixa pontuação sobre o controle de peso, vacinação e comunicação. A maioria da população de estudo era de idosos, aposentados, com doença de Chagas e, no grupo do pronto socorro tivemos os piores níveis de ureia, creatinina e hemoglobina.
Conclusão: Os pacientes praticam o autocuidado na percepção de piora clínica e comunicação; controle de peso e vacinação, sem diferença entre os grupos. A descompensação nos pacientes do pronto socorro pode estar associada a fatores sociodemográficos e características de gravidade, incluindo o perfil hemodinâmico, relacionado à prolongada internação e alta letalidade.

Abstract

Objective: Identify self-care actions of patients with heart failure in two settings: the emergency and outpatient care units, and to identify the main precipitating factors of heart decompensation.
Methods: Cross-sectional study including 120 patients with heart failure in two settings, emergency and outpatient care units. Three validated instruments were used.
Results: There was no statistically significant difference between the self-care groups, with low scores on weight control, vaccination and communication. Most of the study population was elderly, retired, with Chagas disease, and patients from the emergency care unit had the worst levels of urea, creatinine and hemoglobin.
Conclusion: The patients practice self-care when they perceive aggravation in their clinical conditions and communication, weight control and vaccination, with no difference between the groups. Heart failure in emergency room patients may be associated with sociodemographic factors and characteristics of severity, including hemodynamic profile related to prolonged hospitalization and high mortality.

Autor correspondente
Heloisa Ribeiro do Nascimento
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419,
São Paulo, SP, Brasil. CEP: 05403-000
helorn@usp.br

[1]Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A insuficiência cardíaca é reconhecida como o mais crescente problema de saúde pública em todo o mundo.[1] No Brasil, representa uma das principais causas de hospitalização e está associada a elevadas taxas de morbidade, mortalidade e custos para a saúde.[2]

Apesar dos esforços investidos no controle, a evolução dos portadores não vem se modificando, pelo menos no que tange à mortalidade e readmissões hospitalares por insuficiência cardíaca descompensada.[2]

Um estudo sobre a mortalidade subsequente à hospitalização mostrou que as taxas de mortalidade após um ano da primeira internação são mais elevadas do que em pacientes que nunca foram hospitalizados, permanecendo como um dos riscos de mortalidade mais importantes.[3]

Nesse contexto, considera-se a importância das medidas farmacológicas, não farmacológicas e ações educativas, nas quais o enfermeiro se volta para o ensino do autocuidado e manejo da doença.[4] A medidas não farmacológicas são importantes na redução de internações e na melhora da qualidade de vida dos portadores de insuficiência cardíaca.[5]

O objetivo deste trabalho é identificar as ações de autocuidado dos portadores de insuficiência cardíaca em dois cenários: no pronto socorro e no ambulatório e identificar os principais fatores precipitantes de descompensação.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado em Hospital de grande porte no Município de São Paulo.

Os dados foram coletados durante a consulta ambulatorial e no pronto-socorro com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. Foram critérios de inclusão: ter idade igual ou maior de 18 anos e apresentar capacidade de compreensão e comunicação, ter diagnóstico de insuficiência cardíaca sistólica e estar em tratamento na instituição há pelo menos doze meses. Foram critérios de exclusão: estar em tratamento dialítico e em fila de transplante, estar participando de outro protocolo de pesquisa.

O cálculo amostral foi realizado utilizando a variável total de pontos do questionário de adesão, como variável principal do estudo; sendo considerado como tendo um desvio padrão igual a 10,0 pontos, baseado em estudo anterior.[6] Foi utilizado o teste t-Student como método estatístico para o cálculo do N, considerando um poder de 90%, significância de 5% e uma diferença detectável igual a 6,0 pontos entre os grupos para aquela variável, encontramos um N de 120, divididos em 60 pacientes no ambulatório, grupo A, e 60 pacientes no pronto-socorro, Grupo B.

Foram utilizados três instrumentos de pesquisa: **Instrumento 1**, construído especificamente para este estudo, submetido à validade de conteúdo por dois juízes com reconhecido saber em cardiologia e com experiência na abordagem de pacientes com insuficiência cardíaca, composto por três partes: 1. perfil sócio demográfico: sexo, situação conjugal e coabitantes, religião, anos de estudo, situação de trabalho e renda; 2. Conhecimento da doença, internações e ações diante da piora clínica da insuficiência cardíaca: tempo de conhecimento sobre a doença, história de internações por insuficiência cardíaca descompensada nos últimos doze meses, dificuldade e local para controle de peso, além de ações diante de ganho de peso, dispneia e edema; e vacinação anual contra gripe.[7,8] e tópico sobre tratamento não farmacológico.[9] **3. Perfil clínico** obtido a partir de consulta ao prontuário: etiologia, doenças associadas, medicamentos associados, classe funcional, dados do ecocardiograma, exames laboratoriais e dispositivos implantados. **Instrumento 2**, questionário de adesão ao tratamento[6] com 10 itens (6 pontos cada) que abordam: uso correto dos medicamentos, peso diário, restrição de sal e líquidos, ingestão de bebida alcoólica e assiduidade em consultas e exames, podendo pontuar de 0 (pior adesão) a 60 (melhor adesão) **Instrumento 3**, incluído após análise inicial dos resultados e aplicado somente no grupo B.Composto de avaliação clínico-hemodinâmica com classificação

em quatro perfis: **1. Perfil A**: Pacientes sem sinais de congestão ou de baixo débito; **2. Perfil B**: Pacientes congestos sem baixo débito; **3. Perfil C**: Pacientes congestos com baixo débito; **4. Perfil L**: Pacientes sem sinais de congestão com baixo débito;[10] monitorização não invasiva; tratamento e desfechos que incluíram, tempo de internação, transferência, alta e óbito.

Os resultados foram apresentados em tabelas de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas, com os respectivos valores de P dos Testes Exatos de *Fisher*, para avaliar existência de associação significativa entre estas e os Grupos A e B. Para as variáveis contínuas, foram apresentadas medidas de posição, médias, desvio-padrão e intervalos de confiança para a média e para os Grupos; bem como Testes *t-student* para comparação entre as médias dos mesmos. Nos casos onde se rejeitou a hipótese de normalidade da variável, segundo o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Utilizando as variáveis que formam o questionário proposto para o trabalho, foi realizada a análise da consistência interna das respostas através do *Alpha de Cronbach*, bem como a importância de cada uma das questões para avaliar a adesão dos pacientes com IC. Para a análise inferencial foi considerado um *nível de significância de 5%* ($\alpha = 0,05$) e todos os testes tiveram conclusão sob hipótese bicaudal.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Houve predomínio do sexo masculino e de pessoas com companheiro. Pacientes sem companheiro foram mais frequentes no grupo B. A maioria declarou ter estudado de um a oito anos e 16 (13%) relataram ser analfabetos. Observou-se maior número de aposentados, desempregados e afastados do trabalho no grupo B. A comparação entre as médias mostrou diferença significativa em relação à idade e renda, com pior resultado no grupo B (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico

Variável	Grupo A n(%)	Grupo B n(%)	Todos n(%)	*p-value*	
Idade (anos)	55(8,8)	59(13,9)	57(11)	0,048	±
Gênero (masculino)	41(68)	37(62)	78(65)	0,566	*
Renda (reais)	1860(1056)	1168(843)	1520(1014)	<0,001	±
Sem renda própria	0(0)	5(8,8)	5(4,3)	0,026	*
Situação conjugal (companheiro)	45(75)	36(60)	81(68)	0,118	*
Com quem mora (esposo (a) e filhos)	29(48,4)	20(33,4)	49(40,7)	0,081	*
Com quem mora (somente filhos)	9(15)	20(33,3)	29(24,2)	0,081	*
Ocupação (aposentado)	27(45)	38(63)	65(54,2)	0,002	*
Ocupação (trabalha)	24(40)	6(10)	30(25)	0,002	*
Escolaridade (1 a 4 anos)	15(26,3)	20(35,1)	35(30,7)	0,536	*
Escolaridade (5 a 8 anos)	22(38,6)	16(28,1)	38(33,3)	0,536	*
Religião (católico)	39(64,9)	32(53,3)	71(59,2)	0,745	*

Legenda: Grupo A: pacientes do ambulatório; Grupo B: pacientes do pronto-socorro; Valores expressos como ± média e desvio padrão a partir do teste *t-student*; * número e porcentagem a partir do teste exato de *Fisher*

Os dados referentes ao perfil clínico mostraram as doenças mais frequentes no grupo A: hipertensão (83%), dislipidemia (43%) e obesidade (22%); no grupo B foram: hipertensão (55%), arritmia cardíaca (38%) e diabetes *mellitus* (30%). As etiologias mais encontradas em ambos os grupos foram isquêmica (27%) e hipertensiva (27%). As etiologias mais frequentes no grupo A foram hipertensiva (40%) e isquêmica (28%); no grupo B as mais frequentes foram: chagásica (30%) e valvar (27%). Em relação à classe funcional, 52 pacientes (86%) do grupo A estava entre classes I e II e 57 (95%) do grupo B estavam entre classes III e IV. Os medicamentos mais utilizados consecutivamente foram: betabloqueadores, diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina II (IECA), espironolactona, aspirina, digitálicos, anticoagulantes, antiarrítmicos e vasodilatadores. Houve maior frequência de vasodilatadores no grupo B (40%) e de IECA no grupo A (76%). Estatística descritiva não demonstrou diferença significativa nos parâmetros do ecocardiograma, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 30%(DP = 9,9). Os pacientes do grupo B tiveram piores resultados de ureia, creatinina e hemoglobina.

A associação entre a classe funcional e a etiologia mostrou que 27 (100%) chagásicos e 9 (90%) pacientes com etiologia valvar estavam em classe funcional III a IV; 21 (63%) com etiologia hipertensiva estavam em classe funcional I e II. Os pacientes com etiologia isquêmica estavam em classe funcional I a IV.

O tempo de conhecimento sobre a doença teve média de nove anos (DP = 8) e não se associou à ocorrência de internações prévias. No grupo A, 40 (66%) pacientes negam internações comparado a 7 (12%) do grupo B. Além disso, dos 53 (88%) pacientes que relataram ter buscado o serviço de emergência ou permanecido internado no grupo B, 16 (27%) experimentaram quatro ou mais internações. O histórico de internações de acordo com a etiologia também teve diferença significativa: valvar 9 (90%), chagásica 21 (77,8%), isquêmica 22 (66,7%), hipertensiva 16 (48,5%) e idiopática 3 (75%).

Quanto às ações diante de piora clínica e comunicação com a equipe de saúde, 105 (88%) avisam na ocorrência de falta de ar; 74 (63%) avisam quando há edema periférico e 70 (59%) quando há aumento recente de peso. Os demais realizam: manejo do diurético, redução de líquidos, espera pela melhora espontânea, redução de sal, repouso e uso de chás. Apenas 54 (45%) pacientes tinha vacinação contra gripe atualizada. Entre os demais, 31 (50,8%) explicaram que não haviam recebido orientação do médico ou enfermeiro. Sobre o controle de líquidos, 97 (80%) estavam orientados. Sobre o controle de peso, apenas 33 (28%) estavam orientados, embora 107 (89%) tenham relatado facilidade para se pesar diariamente.

A consistência interna do questionário de adesão foi avaliada por meio do *alfa de Cronbach* (α=0,69). Não houve diferença estatisticamente significativa no escore total de adesão entre os grupos, com média de 46 (DP = 8), 45,83(±DP = 8,14) no grupo A e 46,35(DP = 7,97) no grupo B. Quando analisados separadamente, apenas os itens quatro e nove tiveram diferença estatisticamente significativa, com melhor escore no grupo B; e o item dois, sobre peso diário, teve baixa pontuação nos dois grupos (Tabela 2).

O fato de não haver diferença significativa na adesão ao tratamento e a constatação de aspectos que demonstram pior perfil no grupo B, conduziram à inclusão de dados específicos para este grupo.

Dos 60 pacientes, 44 (73%) tinham sinais de congestão. Destes, 22 (36%) apresentavam sinais de baixo débito cardíaco. Pacientes com baixo débito cardíaco (seco ou úmido) totalizaram 37 (61%). A análise descritiva do tempo de internação mostrou que os pacientes permaneceram 5,9 (DP = 5,1) dias no Pronto-socorro, sendo então transferidos para outras unidades onde permaneceram no total, em média 19,6 (DP = 17,8) dias. Dois pacientes permaneciam internados na data da coleta de dados. Embora 30% dos pacientes tenham recebido alta hospitalar após serem tratados no pronto-socorro, a letalidade e a internação foram muito frequentes (Tabela 3).

Tabela 2. Autocuidado

Questão		Grupo A média(DP) (n=60)*	Grupo B média(DP)	*p-value*
1.	Toma regularmente os medicamentos de acordo com a prescrição?	5,58(1,01)	5,23(1,59)	0,312
2.	Tem se pesado diariamente?	0,87(0,96)	0,88(1,49)	0,131
3.	Restringe adição de sal nos alimentos?	5,28(1,30)	5,18(1,54)	0,732
4	Adiciona tempero, molhos e outros alimentos industrializados com sal em suas refeições?	4,92(1,80)	5,67(0,80)	0,005
5.	Tem se alimentado fora de casa sem restringir o sal?	5,13(1,24)	5,30(1,25)	0,167
6.	Tem consumido em suas refeições sopas, gelatinas, sorvetes, sucos, leites, chás, cafés, refrigerantes, etc. sem considerar a quantidade de líquido?	4,15(2,31)	4,00(2,38)	0,708
7.	Restringe a ingestão de líquidos de acordo com a orientação do médico ou da enfermeira?	4,50(1,80)	4,30(1,94)	0,67
8.	Ingere frutas com alto teor de líquido, tais como laranja, melão, melancia, abacaxi, água do côco, etc, sem considerar o líquido?	3,80(2,36)	4,22(1,95)	0,446
9.	Ingere alguma bebida alcoólica?	5,65(0,82)	5,82(0,85)	0,038
10.	Você faltou em alguma consulta médica, de enfermagem ou exames programados?	5,95(0,22)	5,75(1,10)	0,448

Legenda: Grupo A: pacientes do ambulatório; Grupo B: pacientes do pronto-socorro; DP: desvio padrão

Tabela 3. Avaliação e tratamento em insuficiência cardíaca descompensada

Avaliação e tratamento	Grupo B(%)
Perfil hemodinâmico	
Perfil A - Quente/seco	1(1,6)
Perfil B - Quente/úmido	22(36,7)
Perfil C - Frio/úmido	22(36,7)
Perfil L - Frio/seco	15(25)
Exames	
Eletrocardiograma	58(96,7)
Radiografia de tórax	51(85,0)
Tratamento	
Diurético (furosemida)	31(51,7)
Inotrópico (dobutamina)	27(45,0)
Vasodilatador	8(13,3)
Reposição de volume	6(10,0)
Ventilação não invasiva	3(5,0)
Avaliação da equipe de subespecialidades	11(18,3)
Desfechos	
Transferência para enfermaria	20(33,3)
Alta hospitalar	18(30)
Óbito	11(18,3)
Transferência para unidade de terapia intensiva	7(11,7)
Transferência para outro serviço	4(6,7)

Legenda: Grupo B = n=60

Discussão

Dentre as limitações deste estudo, podemos incluir o fato de não termos identificado os sujeitos quanto à participação em estudo prévio que envolveu a educação prolongada, o que pode ter influenciado no escore de adesão. Além disso, a avaliação das ações de autocuidado foi autorreferida, podendo superestimar os resultados. Não obstante, reconhecemos as limitações de estudos transversais, além do fato de estudos descritivos correlacionais descreverem a relação entre as variáveis, sem estabelecer uma relação causal.

Este estudo abre novas perspectivas de pesquisas para os enfermeiros, como intervenções educativas em portadores de insuficiência cardíaca avançada e/ou específicos para etiologia chagásica; além de estudos com programas de cuidados paliativos nos casos sem possibilidade de transplante cardíaco.

Os dados corroboram com estudos que afirmam a importância do apoio social como necessidade passível de abordagem do enfermeiro, embora os resultados ainda sejam controversos.[11] O baixo nível de escolaridade observado pode estar associado à insuficiência cardíaca descompensada, pois autores afirmam que poderiam não se beneficiar das orientações e intervenções educativas.[12] Sobre as diferenças de renda, ocupação e

idade entre os grupos, outros estudos destacaram a influência, principalmente da baixa renda no aumento de readmissões hospitalares.[13] A média de idade foi inferior à descrita na literatura internacional, dado observado em outro estudo nacional.[14] Embora, em nosso estudo, tenham sido observados mais idosos no grupo B.

Apesar da etiologia isquêmica ter sido a mais frequente, os números são inferiores aos dados internacionais.[15] Esta diferença pode estar relacionada à maior frequência das etiologias chagásica e hipertensiva no contexto brasileiro. Os pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia chagásica apresentaram piores resultados de classe funcional, seguido dos pacientes com etiologia valvar, semelhante a estudo brasileiro recente que recomenda mais pesquisas para este grupo específico.[16] O uso de IECA foi menos frequente no grupo B, embora seu uso seja indicado a pacientes com disfunção sintomática ou assintomática de ventrículo esquerdo (VE), com classe de recomendação I e nível de evidência A.[9] Fatores como anemia e função renal diminuída são reconhecidos atualmente como preditores de mau prognóstico em longo prazo em pacientes com IC grave.[17]

Os dados relacionados à ocorrência de internações não planejadas no último ano estão de acordo com resultado de estudo, no qual os autores afirmam que a internação por insuficiência cardíaca aguda por si gera mais hospitalização, com taxas de readmissões de até 50% dentro dos 12 meses após alta hospitalar.[3] A maioria dos pacientes relatou avisar o médico ou enfermeiro sobre os sinais de descompensação, sendo que valorizam mais a falta de ar, seguido de edema e aumento do peso. No entanto, o grupo B, demonstrou manejar melhor o diurético. A taxa de vacinação contra influenza e pneumococo foi baixa, semelhante aos resultados de estudo brasileiro,[18] o que sugere a necessidade de medidas para incrementar a taxa de vacinação contra infecções respiratórias nos pacientes com IC. Além disso, embora a maioria dos pacientes tenha relatado facilidade para se pesar diariamente, observou-se que a orientação sobre controle de peso é pouco adotada pelos profissionais.

Comparado a estudo prévio,[10] o escore total de adesão ao tratamento manteve-se na média. O fato de não termos encontrado diferença no escore de adesão ao tratamento e em comportamentos de autocuidado; observarmos diferenças no perfil sociodemográfico e clínico entre os grupos e identificarmos as características de gravidade dos pacientes do grupo B, sugerem que há outros fatores que predispõem pacientes com IC à descompensação e readmissões hospitalares.

O perfil hemodinâmico com predomínio de congestão é a forma mais comum de apresentação da ICD, conforme dados nacionais e internacionais.[14,19] Nosso estudo encontrou com frequência, a associação de congestão e baixo débito, além de baixo débito isolado. Diante disso, a necessidade de droga vasoativa e a letalidade foram muito frequentes, além do tempo prolongado de internação. A gravidade dos pacientes e as características encontradas no grupo B reforçam observações prévias de que pacientes com quadro de choque cardiogênico, insuficiência renal, doença de Chagas, com grande comprometimento miocárdico e aqueles mal orientados se encontram no grupo com pior evolução.[12,14,16]

Embora não tenhamos encontrado resultados negativos quanto à adesão ao tratamento, o tempo de internação para compensação dos portadores de insuficiência cardíaca em nosso estudo foi maior do que o descrito na literatura, em média de nove dias para pacientes graves.[15] Sabe-se que o tempo de internação para compensação dos pacientes é um aspecto importante, pois implica nos custos do tratamento. Os pacientes mais graves e com mais comorbidades necessitam de tempo maior para compensação e custarão mais para o sistema de saúde.

Conclusão

Os resultados mostram que os pacientes praticam ações de autocuidado, com dificuldade na percepção de piora clínica relacionada ao aumento recente do peso e edema periférico; comunicação com equipe de saúde; controle de peso e vacinação contra in-

fluenza. Entretanto, não houve diferença significativa entre o autocuidado de pacientes do ambulatório e do pronto-socorro.

Os principais fatores precipitantes de descompensação são características sociodemográficas e fatores de gravidade, incluindo o perfil hemodinâmico com predomínio de congestão pulmonar, seguida de baixo débito cardíaco, relacionados à prolongada internação e alta letalidade neste grupo.

Colaborações

Nascimento HR e Püschel VAA declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, Simone G, Ferguson B, Flegal Katherine, et al. Heart disease and stroke statistics--2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2009;119(3):e21-181.
2. Barretto AC, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. Arq Bras Cardiol. 2008;91(5):335-41.
3. Solomon SD, Dobson J, Pocock S, Skali H, McMurray JJ, Granger CB, et al. Candesartan in heart failure: assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM) investigators. Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. Circulation. 2007;116(13):1482-7.
4. Püschel VA, Pinheiro CP. Cuidar do adulto e do idoso com doença cardiovascular: Abordagem psicossocial. Rev Paul Enf. 2006; 25:189-95.
5. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(1):165-70.
6. Bocchi EA, Cruz F, G Guimarães, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub-Ferreira SM, et al. Long-Term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients. The REMADHE Trial. Circ Heart Fail. 2009;1(2):115-124.
7. Jaarsma T, Strömberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Eur J Heart Fail. 2003;5(3):363-70.
8. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self care of heart failure index. J Card Fail. 2004;10(4):350-60.
9. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(1 Supl 1): 1-71.
10. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 Supl 3):1-65.
11. Dantas RA, Pelegrino VM, Garbin ML. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. Cienc Cuid Saúde. 2007;6(4):456-62.
12. Smeulders ES, van Haastregt JC, Ambergen T, Stoffers HE, Janssen-Boyne JJ, Uszko-Lencer NH. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. Patient Educ Couns. 2010;81(2):214-21.
13. Rathore SS, Masoudi FA, Wang Y, Curtis JP, Foody JM, Havranek EP, et al. Socioeconomic status, treatment and results with heart failure: findings from the national Heart Failure Project. Am Heart J. 2006;152(2):371-8.
14. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativol PS, Seguro LF, Ferreira SM, et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de Emergência de Hospital Especializado em Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2008;90(6):400-6.
15. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CH, Le Jemtel TH, Costango MR, Abraham WT, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design and preliminary observations from the first 100000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). Am Heart J. 2005;149(2):209-16.
16. Pelegrino VM, Dantas RA, Ciol MA, Clark AM, Rossi LA, Simões MV. Health-related quality of life in Brazilian outpatients with Chagas and non-Chagas cardiomyopathy. Heart Lung. 2011;40(3):e25-31.
17. Cardoso J, Brito MI, Ochiai ME, Novaes M, Berganin F, Thicon T, et al. Anemia nos pacientes com insuficiência cardíaca avançada. Arq Bras Cardiol. 2010;95(4):524-29.
18. Martins WA, Ribeiro MD, Oliveira LB, Barros LS, Jorge AC, Santos CM, et al. Vacinação contra influenza e pneumococo na insuficiência cardíaca - uma recomendação pouco aplicada. Arq Bras Cardiol. 2011;96(3):240-45.
19. Thomas SS, Nohria A. Hemodynamic classifications of acute heart failure and their clinical application. Circ J. 2012;76(2):278-86.

Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial

Violence against women: the limits and potentialities of care practice

Ethel Bastos da Silva[1]
Stella Maris de Mello Padoin[1]
Lucila Amaral Carneiro Vianna[2]

Descritores
Violência contra a mulher; Programa saúde da família; Enfermagem em saúde pública; Enfermagem em atenção primária; Enfermagem prática

Keywords
Violence against women; Family health program; Public health nursing; Primary care nursing; Nursing, practical

Submetido
11 de Dezembro de 2013

Aceito
18 de Dezembro de 2013

Resumo

Objetivo: Analisar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das equipes de Saúde da Família à mulher em situação de violência.
Métodos: Trata-se de uma pesquisa participante com 30 profissionais de seis equipes de saúde da família. A produção dos dados foi resultado de oito reuniões-oficinas. A análise dos dados se deu segundo a técnica de conteúdo temática.
Resultados: O acolhimento mostra-se potencializado com a escuta qualificada e elaboração de plano assistencial compartilhado com a usuária respeitando sua decisão e seu contexto familiar. Está limitado pelo entendimento de que a mulher deve relatar a violência para que seja possível propor uma intervenção. Recomenda-se retomar conceitos e práticas de gênero, direitos humanos e sociais para fortalecer ações acolhedoras.
Conclusão: A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento e, como limite, observa-se a dificuldade de obter o relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial.

Abstract

Objective: Analyzing the limiting and potentializing situations during the assistance of the Family Health teams to women in situations of violence.
Methods: This is a participatory research carried out with 30 professionals from six Family Health teams. Data production was the result of eight workshop-meetings. The technique of thematic content was used for data analysis.
Results: User embracement is potentialized by qualified hearing and the elaboration of an assistance plan shared with users also respecting their decisions and their family context. It is limited by the understanding that women should report the violence to enable the proposition of an intervention. It is recommended to resume concepts and practices of gender as well as human and social rights to strengthen supportive actions.
Conclusion: Home visits and the bonding between professionals and users are considered potentializers of user embracement and the limitation is the difficulty of obtaining the report of women who suffered violence and engage them in a care project.

Autor correspondente
Ethel Bastos da Silva,
Av. Independência, 3751, Palmeira das Missões, RS, Brasil.
CEP: 98300-000
ethelbastos@hotmail.com

[1]Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil.
[2]Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A violência contra a mulher passou a ser considerada problema de saúde e de saúde pública em 1996, e como uma questão global.[1] Caracterizada também como violência de gênero por estar atrelada a estereótipos de comportamento desiguais de gênero masculino e feminino construídos socialmente de acordo com a cultura e época.[2]

No Brasil, o problema é tratado como uma questão de saúde com ações direcionadas à assistência interdisciplinar às mulheres as quais ocorrem com inúmeros desafios, especialmente nas ações que identificam os casos nos diversos tipos de serviços de saúde e na articulação das práticas assistenciais curativas e preventivas.[2]

As práticas assistenciais são voltadas ao tratamento das consequências da violência, sobretudo aos danos físicos e psicológicos, reforçando a ideia de que seria esta a face do problema que caberia ao setor. Essa perspectiva baseia-se no modelo de saúde fortemente alicerçado na biologia**,** o que dificulta o desenvolvimento de uma prática social, a qual requer conhecimento e habilidades tecnológicas que não são de domínio de todos os profissionais.[3]

A Atenção Básica de Saúde é um dos setores de saúde que visa atender as mulheres em situação de violência a partir do reconhecimento dos casos confirmados e suspeitos. Essas ações incluídas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher oportunizam acolher a violência juntamente com outras demandas da mulher, tornando-se parte da prática assistencial.[4]

O conhecimento dos limites e das potencialidades da prática assistencial das Equipes de Saúde da Família são questões que subsidiam reflexões para o planejamento de ações que transformem e fortaleçam as fragilidades evidenciadas, incluindo quase sempre uma revisão do modelo assistencial e das diretrizes que pautam as práticas.[5]

O acolhimento como postura e prática promove a construção da relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, objetivando as respostas resolutivas aos problemas identificados através da escuta. Esse pressuposto é a base para uma prática assistencial mais assertiva à mulher em situação de violência.

Diante do exposto, o estudo buscou analisar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das equipes de saúde da família à mulher em situação de violência.

Métodos

O desenho da pesquisa é pesquisa participante cujo enfoque é a construção e troca de conhecimento coletivo com a integração entre o saber prático e o científico. A pesquisa participante promove a análise grupal do conhecimento e a forma como vai ser utilizado na realidade; examina criticamente a informação, estabelece as causas dos problemas, as possibilidades de solução, e propõe encaminhamentos.

O estudo foi realizado nos meses de setembro a dezembro de 2012, em um município situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Foram incluídos 30 profissionais ativos , entre os 67 que participam das equipes de saúde da família Salienta-se que neste tipo de estudo o critério da representatividade do grupo se dá qualitativamente tendo em vista representação social que eles tem para o tema investigado.

Os dados foram coletados como se segue: 1) realização de Seminário Introdutório com apresentação do projeto e aplicação de um questionário com questões sociodemográficas. O grupo foi divido em cinco subgrupos, os quais discutiram o tema violência contra a mulher e a prática assistencial no contexto do estudo; 2) análise crítica dos problemas considerados prioritários com a realização de dois encontros: no primeiro discutiram-se as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial. No segundo discutiram-se os problemas, causas, soluções e ações para enfrentamento desses e 3) programação e execução de um plano de ação, seguiram-se de mais dois encontros, três oficinas pedagógicas e o Seminário Final. Nos encontros foram elaborados o problema da prática e o planejamento das oficinas pedagógicas. O seminário final objetivou avaliar o conhecimento e a transformação da prática assistencial.

Os dados foram gravados, transcritos e posteriormente analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin.

O desenvolvimento do estudo atendeu as recomendações nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Acolhimento, vínculo e visita domiciliar: potencialidade para a prática

Os participantes oferecem a unidade das equipes de saúde da família às mulheres que sofrem violência como local de atendimento e encaminham à enfermeira e ou à equipe para atender.

Ao elaborarem o projeto de enfrentamento com a mulher, os profissionais respeitam a decisão e o contexto em que elas vivem, como o desejo da reabilitação do marido quanto ao alcoolismo, o que é constatado na fala:

Teve um caso que [...] ela achava melhor nós internar ele, fazer uma internação compulsória para tratar o alcoolismo e a dependência química do que fazer registro na polícia. Eu orientei bem certo quais eram os serviços, mas acabei concordando com ela, [...] então optamos por tratar o alcoolismo e depois, quem sabe, se continuar, aí sim.

Avaliar a situação de risco com a mulher e propor medidas de segurança e encaminhamento a locais protegidos é outra intervenção citada:

Avaliar situação de risco, [...] na realidade avaliar toda a situação de risco significa ver o caso, repensar junto com a pessoa agredida, porque muitas vezes ela vai para casa, não denuncia e não chega a voltar para a gente, porque ela morre. Então, avaliar a situação de risco e, muitas vezes, o serviço social nem pode deixar mais voltar para casa. Eu acho que deveria proteger a vítima.

Na assistência singular como prática assistencial, considerando as especificidades de cada caso, o protocolo deve ser avaliado e usado sem rigor, o que é confirmado nesta fala:

Nós tivemos quatro casos lá e as ações foram diferentes, bem particular de cada situação, de cada família e das possibilidades que a família tem.

O *vínculo* dos profissionais é uma condição para escuta e relato da violência, como se pode observar na fala:

Vínculo da equipe com as famílias, [...], a pessoa confia mais para falar, o contato direto com os agentes comunitários e as famílias, o comprometimento da equipe com os casos.

A *visita domiciliar* é um recurso para detectar a violência contra a mulher. Durante o cotidiano de trabalho, conseguem identificar os sinais da violência e abordar a mulher, o que é confirmado com a fala:

Notificação compulsória, atendimento pelo relato e pelo desabafo: limites da prática

Quanto à *notificação compulsória,* o grupo menciona que não é padronizada em todas as unidades e nem todos os profissionais sabem como usá-la. O setor de Vigilância Epidemiológica não registra no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), não sendo possível visibilizar os casos.

O *atendimento, pelo relato* na unidade de saúde, é uma condição que limita a atuação dos profissionais, porque as mulheres não expressam a violência vivida, o que é confirmado na fala:

Dificilmente vá chegar uma mulher lá no posto falando para todo mundo que o marido bateu. É até... Muitas vezes, a pessoa até percebe que ela tá com alguma marca, e pergunta o que aconteceu. E ela fala que bateu em algum lugar, caiu, mas dificilmente a mulher admite que foi espancada pelo marido [...] Muitas têm vergonha, porque não é fácil chegar num lugar, entre pessoas estranhas, e falar da intimidade delas e dizer que o marido bate, que o marido agride.

Os profissionais percebem o relato da violência como um *desabafo* e identificam que as mulheres não desejam seguir com um plano de enfrentamento da violência, situação expressa nas falas:

Discussão

Os limites do resultado deste estudo referem-se ao desenho da pesquisa cujo material empírico é o dis-

curso coletivo dos participantes quanto ao tema violência contra a mulher que pode ser passível de viés do sujeito.

Os resultados contribuem para que enfermeiros reflitam sobre prática assistencial das equipes de saúde da família à mulher em situação de violência na perspectiva do acolhimento apontando potencialidades e limites que precisam ser superados.

O acolhimento apresenta-se em três dimensões: postura, técnica e de reorientação dos serviços.[6] Integra-se a esses planos a noção de humanização nas relações entre trabalhadores e usuários. O acolhimento é incorporado à acessibilidade organizacional, que, por sua vez, deve ter estratégias que facilitem a entrada da usuária no Serviço.[6] É essencial que a mulher perceba que o serviço se interessa pelo seu problema e que a equipe deseja apoiá-la no enfrentamento.[7] Esse suporte é dado pelo enfermeiro, considerado detentor de um bom conhecimento de manejo em casos confirmados de violência contra a mulher. A responsabilidade na organização do serviço na unidade faz com que essa categoria profissional se comprometa, repasse o conhecimento e trabalhe em equipe multidisciplinar.[8] O acolhimento, como postura, deve acontecer em qualquer local e em qualquer momento da prática.[6] É preciso cuidar ao determinar os locais e os profissionais para acolherem a mulher na unidade de saúde da família,para não confundir com triagem.

É possível acolher a mulher em situação de violência por meio da proposição de um plano de ação que respeite a decisão da própria mulher.[7] Orientações como a denúncia do agressor, medidas protetivas como o afastamento dele da casa e o apoio de instituições são informações que ela precisa receber, mas a decisão final é dela.[1] A mulher pode escolher entre seguir ou não as orientações. Punir o agressor de acordo com a legislação nem sempre será a sua primeira opção. Para a mulher a dependência química e de bebidas alcoólicas são vistas como deflagradoras de episódios de violência por parceiro íntimo, e o tratamento pode resolver. Essa concepção faz com que a opção seja o encaminhamento do parceiro ao tratamento. Os profissionais precisam estar preparados para compreender a perspectiva da mulher e, assim, incluir o agressor no plano de enfrentamento, deixando o aspecto punitivo e educativo da legislação para outro momento da assistência.[9] Esse modo de intervir mostra a capacidade que os profissionais têm de se colocar no lugar do outro, evidenciando a dimensão do acolhimento como postura na relação de ajuda. A receptividade e solidariedade com que os profissionais recebem as demandas da mulher facilitam o diálogo.[6] No entanto, destaca-se que o acolhimento não pode ser visto como recepção e bondade.

Ao avaliar o risco, os profissionais utilizam o dispositivo técnico-assistencial do acolhimento no qual se supõe considerar as percepções do usuário sobre suas condições de adoecimento. A avaliação da situação de risco foi mencionada em estudo realizado na região sudeste do Brasil com encaminhamento ao setor de Assistência Social.[8] A mulher em risco de morte pode ser encaminhada a abrigos, e aquela com ideação ou tentativa de suicídio, a atendimento especializado. Ainda, recomenda-se identificar junto à mulher formas de proteção e recursos próprios, da família e da comunidade, que possam ampará-la na iminência de uma violência severa.[1]

Quanto à assistência singular, a diversidade de situações de violência mostra a necessidade de planos de solução distintos, de tal forma que um protocolo padrão e fixo não seria recomendado.[4] Protocolos tradicionais com orientações tecnicistas de ação impedem que o problema seja abordado por meio da escuta qualificada. A resposta mais apropriada à demanda seria instituir, na prática assistencial, tecnologias leves que considerem a inter-relação e intersubjetividades para com a usuária.[3] A escuta e o diálogo entre profissional e usuária buscam a identificação das demandas e das soluções alternativas que se traduzem em formas de lidar com a situação, as quais são próprias para cada condição.[7] O atendimento singular se baseia na elaboração de projetos terapêuticos individuais, com equipes de referência responsáveis, o que é preconizado pelo acolhimento como postura e prática.

Na análise do vínculo, os profissionais se aproximam das usuárias e estabelecem uma relação

acolhedora por meio da escuta empática, o vínculo se constrói e promove o relato da violência vivida. Essa construção é observada por parte do agente comunitário de saúde.[10] O estabelecimento do vínculo e a escuta dialógica à mulher em situação de violência é uma prática assistencial potencial, mas, muito ainda é preciso fazer para garantir um acolhimento eficiente.[5] Pois, mesmo com o vínculo entre o profissional ea usuária do serviço e os sinais evidentes da violência, dificilmente a mulher assume que o ferimento foi provocado pelo parceiro.[8] O vínculo precisa ser utilizado para concretizar o projeto de enfrentamento da violência, visto que, por si só, não consegue uma transformação qualitativa da vida das mulheres.[5]

A visita domiciliar foi considerada uma das atividades referidas pelos profissionais deste estudo para o reconhecimento da violência, assim como por profissionais de outra unidade de básica de saúde.[5] A frequência com que os agentes comunitários de saúde que visitam as famílias que estão sob seus cuidados e a forma como dialogam e participam da vida dessas pessoas faz com construam uma relação comprometida com um projeto de melhoria de vida. Esse contato próximo, de confiança, somado à formação profissional centrada em ações de promoção à saúde, o torna apto para detectar e acolher questões como a violência contra a mulher.[10] Nesse aspecto, sugere-se que as ações sejam informar às mulheres sobre os direitos e serviços disponíveis na comunidade e externos a ela.[10]

Os médicos não foram mencionados como integrantes no acolhimento, porque não participaram das discussões. Alguns estudos trazem o médico como profissional que dá suporte à equipe nas questões clínicas da situação; eventualmente um ou outro por ser mais sensível, consegue abordar o agravo com uma escuta qualificada, mas não considera essa prática como conduta de rotina que deve ser discutida e melhorada.[3,11]

Na legislação brasileira, a Lei Maria da Penha contribuiu para o incremento do reconhecimento da violência e, como consequência, a notificação como conduta, em serviços de saúde.[9] Para incentivar a adoção da notificação nos serviços, no ano de 2011 foi publicada uma portaria que define a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em todo o território nacional e estabelece o fluxo, critérios e responsabilidades dos profissionais.[11] O descaso do serviço de vigilância quanto à implementação da notificação e do registro no sistema pode ser justificado pela visão dos profissionais em relação ao problema, não considerado como prioridade, e subestimando a realidade desse contexto. A gestão municipal não apresenta uma política institucional comprometida com o combate à violência contra a mulher, não atendendo à dimensão do acolhimento como reorganização do serviço.[9]

Estudos revelam que as mulheres vão até a unidade de saúde ou são visitadas por profissionais das equipes de saúde da família não falam sobre a violência sofrida.[3,5,10] Uma das possibilidades é que as mulheres não relatam porque a atenção que recebem é quase sempre quanto aos problemas físicos, portanto não compreendem a violência como uma demanda a ser atendida na unidade.[5] Além disso, a falta de privacidade no local do acolhimento, pode também ser o motivo para as mulheres não relatarem sobre a violência. A violência é descoberta sem intenção, frequentemente em consultas para avaliação de quadros depressivos ou uso excessivo do serviço.[12]

Constata-se uma dificuldade tanto das mulheres em relatar a violência como dos profissionais em perguntar e acolher. O silêncio da mulher que não relata a violência é considerado problema unicamente da mulher, e não de responsabilidade do profissional; investigar um caso suspeito requer muito empenho e isso não cabe nas condições da prática assistencial.[3] A quietude da mulher e a ausência de uma política institucional são obstáculos identificados por profissionais deste e de outro estudo para acolher.[13]

O desabafo para a mulher pode significar um momento de acolhida, em que ela pode falar com alguém sobre o que vivencia, e talvez diminuir a ansiedade. Para algumas mulheres o simples fato de estar na unidade e de ser ouvida é a única possibilidade de enfrentamento.[5] Isto, porque sua rede social é limitada a familiares e amigos, os quais nem sempre estão solidários a acolher.[14] Há declarações

espontâneas de relato de violência vivenciada pelas mulheres mais como um acesso à escuta oferecida pelo serviço do que propriamente como uma demanda de saúde. É preciso transformar a expressão da violência como demanda de saúde e desdobrá-la em acolhimento.

A conduta prescritiva de alguns profissionais não constrói um projeto de enfrentamento que leve em consideração as necessidades e subjetividades da mulher.[5] Os sinais de violência de gênero mais sutis raramente são interpretados como problema pelo profissional. A ausência de compromisso profissional com o problema em si reitera a ideia de que a mulher é responsável pela situação, portanto ela mesma deve resolver e a solução está fora da unidade básica de saúde.[8]

Conclusão

A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento e, como limite, observa-se a dificuldade de obter o relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com apoio da bolsa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Dinter Novas Fronteiras-Universidade Federal de São Paulo -UNIFESP/ Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/ Auxilio CAPES, processo 2014/2009.

Colaborações

Silva EB contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Padoin SMM e Vianna LAC contribuíram com a concepção do projeto, execução da pesquisa, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1019-27.
3. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médicos sociais e a intervenção em saúde: a violência contra as mulheres no discurso dos profissionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(3):1943-52.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência –da trama de serviços à rede intersetorial. Athenea. 2012;12(3):237-54.
5. Guedes RN, Fonseca RM, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia de Saúde da Família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):304-11.
6. Camargo Junior KR, Campos EM, Bustamante-Teixeira M, Mascarenhas MT, Mauad NM, Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica politico-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad Saúde Pública. 2008;24 Suppl1:S58-S68.
7. D'Oliveira AF, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero- uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(4):1037-50.
8. Vieira EM, Ford NJ, De Ferranti FG, Almeida, AM, Daltoso, D. Santos MA. A The response to gender violence among Brazilian health care professionals. Cienc Saúde Coletiva. 2013;18(3):681-90.
9. Alves ES. Oliveira DL, Maffacioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento a violência doméstica em Porto Alegre. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):141-7.
10. Signorelli MC, Auad D, Pereira PP. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2013; 9(6):1230-40.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo nacional e estabelece fluxo, critérios e responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
12. Villela WV, Viana LA, Lima LF, Sala DC, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Saude Soc São Paulo. 2011; 20(1):113-23.
13. Vieira EM, Perdona GC, Almeida AM, Nakano MA, Santos MA, Daltoso D, De Ferrante FG. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero Rev Bras Epdiemiol. 2009;12(4): 566-77.
14. Mengehel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas Criticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(4):743-52.