

Thereza Maria Magalhães Moreira
Ana Ruth Macedo Monteiro
Lucilane Maria Sales da Silva
Dafne Paiva Rodrigues
(Organizadoras)

O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Antônio Luciano Pontes | Lucili Grangeiro Cortez |
| Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes | Luiz Cruz Lima |
| Emanuel Ângelo da Rocha Frago | Manfredo Ramos |
| Francisco Horácio da Silva Frota | Marcelo Gurgel Carlos da Silva |
| Francisco Josênio Camelo Parente | Marcony Silva Cunha |
| Gisafran Nazareno Mota Jucá | Maria do Socorro Ferreira Osterne |
| José Ferreira Nunes | Maria Salete Bessa Jorge |
| Liduina Farias Almeida da Costa | Silvia Maria Nóbrega-Therrien |

CONSELHO CONSULTIVO

| | |
|----------------------------------|---|
| Antônio Torres Montenegro UFPE | Maria do Socorro Silva Aragão UFC |
| Eliane P. Zamith Brito FGV | Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR |
| Homero Santiago USP | Pierre Salama Universidade de Paris VIII |
| Ieda Maria Alves USP | Romeu Gomes FIOCRUZ |
| Manuel Domingos Neto UFF | Túlio Batista Franco UFF |

Thereza Maria Magalhães Moreira
Ana Ruth Macedo Monteiro
Lucilane Maria Sales da Silva
Dafne Paiva Rodrigues
(Organizadoras)

O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

© 2015 *Copyright by* Thereza Maria Magalhães Moreira, Ana Ruth Macedo Monteiro, Lucilane Maria Sales da Silva e Dafne Paiva Rodrigues

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Basto

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

C 966 O cuidado clínico de enfermagem/ Thereza Maria Magalhães Moreira (Org.)
... [et al.]. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

436 p.

ISBN: 978-85-7826-310-2

1. Cuidado Clínico. 2. Enfermagem. 3. Atenção a saúde. I. Título.

CDD: 610

AGRADECIMENTOS

Agradecemos àqueles que apoiaram de forma expressiva a elaboração deste livro, sobretudo para:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq;

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior-CAPES;

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP;

Universidade Estadual do Ceará-UECE;

E às pessoas que, de forma peculiar, colaboraram com a realização desta produção.

Apresentação

A presente obra traz recortes de dissertações oriundas do Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem em Saúde (CMACCLIS), criado na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES) em 2004, com a primeira turma iniciando em 2005. Ao longo destes dez anos de existência do curso, a maturação de um conceito de cuidado clínico de enfermagem e das pesquisas do curso oriundas tem sido um desafio. Há quatro anos foi submetido e aprovado na CAPES o curso de Doutorado na área, contribuindo para o amadurecimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) e de suas produções. O livro, portanto, traz recortes de muitas das dissertações defendidas no PPCCLIS desde sua criação e seu fio condutor se assemelha às Linhas de Pesquisa do Programa. Não contém recortes de Teses porque somente em fevereiro de 2015 foi defendida a primeira tese do Programa, portanto esta pode ser uma proposição para futuras publicações.

Desejamos a todos uma agradável leitura!

As Organizadoras.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| PREFÁCIO..... | 10 |
| UNIDADE 1..... | 16 |
| EM BUSCA DO CUIDADO CLÍNICO EM ENFERMAGEM..... | 17 |
| <i>Priscila de Vasconcelos Monteiro, Eryjocy Marculino Guerreiro Barbosa, Jéssica de Menezes Nogueira, Maria Lúcia Duarte Pereira, Maria Célia de Freitas e Dafne Paíva Rodrigues</i> | |
| FUNDAMENTOS DA TEORIA DE ALCANCE DE METAS NO CUIDADO CLÍNICO A PESSOAS COM DIABETES..... | 36 |
| <i>Eline Saraíva Silveira Araújo e Maria Vilani Cavalcante Guedes</i> | |
| CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO | 57 |
| <i>Luciana Catunda Gomes de Menezes e Maria Vilani Cavalcante Guedes</i> | |
| QUALIDADE DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM | 73 |
| <i>Ana Virgínia de Melo Fialho, Dafne Paíva Rodrigues, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Francisca Diana Mácia de Oliveira, Natália Gondim de Almeida e Paulo César de Almeida</i> | |
| CUIDADO DO BEBÊ COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO DE SI: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS | 88 |
| <i>Dafne Paíva Rodrigues, Lidiane Colares Monteiro, Eryjocy Marculino Guerreiro Barbosa, Albertina Antonielly Sydney de Sousa, Anna Laurita Pequeno Landim e Alana Santos Monte</i> | |
| O VIVIDO DA ÚLCERA POR PRESSÃO PARA MULHERES CARDIOPATAS: HERMENÊUTICA HEIDEGGERIANA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM..... | 103 |
| <i>Aurilene Lima da Silva, Lúcia de Fátima da Silva e Ivis Emília de Oliveira Souza</i> | |
| ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO EDUCATIVO EM SAÚDE COM VISTAS AO CONFORTO DE UMA PESSOA CARDIOPATA | 119 |
| <i>Fabiola Vlândia Freire da Silva e Lúcia de Fátima da Silva</i> | |

**MOTIVAÇÃO DA FAMÍLIA AO ATENDIMENTO NO CAPSI:
UMA ABORDAGEM EM ALFRED SCHUTZ..... 135**

Suzane de Fátima do Vale Tavares, Ana Ruth Macêdo Monteiro, Ângela Maria Alves e Souza e Maria Veraci Oliveira Queiroz

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OS DITOS E NÃO DITOS DA PRÁTICA
DE ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES 154**

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho e Karla Corrêa Lima Miranda

REDES DE APOIO AO CUIDADO DE SI NO CLIMATÉRIO 171

Ana Virginia de Melo Fialho, Dafne Paiva Rodrigues, Juliana Sampaio dos Santos, Natália Gondim de Almeida e Raimunda Magalhães da Silva

RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO PARA A NECESSIDADE RESPIRAR DE IDOSOS EM TERAPIA INTENSIVA 188

Francisca Tereza de Galiza, Maria Célia de Freitas, Lúcia de Fátima Silva, Maria Vilani Cavalcante Guedes e Márcia Tereza Luz Lisboa

A CLÍNICA DO SUJEITO NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE 208

Alcivan Nunes Vieira e Lia Carneiro Silveira

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AOS TRABALHADORES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: INTERFACES COM A PSICANÁLISE..... 219

Rúbia Mara Maia Feitosa e Lia Carneiro Silveira

UNIDADE 2.....251

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR PARA A SEGURANÇA E A QUALIDADE DO CUIDADO..... 252

Fabiane da Silva Severino Lima, Consuelo Helena Aires de Freitas, Maria Salete Bessa Jorge e Adriana Catarina de Souza Oliveira

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, (INTER)DISCIPLINARIDADE E COMPLEXIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 276

José Wicto Pereira Borges, Thereza Maria Magalhães Moreira, Suzane de Fátima do Vale Tavares, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Fernando Sérgio Pereira de Sousa

A INTEGRALIDADE E SEUS CONCEITOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 304

Antônia Sylca de Jesus Sousa, Thereza Maria Magalhães Moreira e José Wicto Pereira Borges

PERCURSO DA GESTANTE ADOLESCENTE NA FASE DE PARTURIÇÃO E FLUXOGRAMA DESCRITOR: PERSPECTIVAS DO CUIDADO CLÍNICO 322

Maria Veraci Oliveira Queiroz, Thais Jormanna Pereira Silva e Francisco Herculano Campos Neto

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AO ADULTO JOVEM ESCOLAR COM EXCESSO DE PESO 352

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, Raquel Sampaio Florêncio e Thereza Maria Magalhães Moreira

DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR MELHORADO: MAPEANDO O CUIDADO A UMA SENHORA COM HIPERTENSÃO E DIABETES 363

José Wicto Pereira Borges, Thereza Maria Magalhães Moreira, Ana Ruth Macedo Monteiro, Lúcia de Fátima da Silva e Maria Vilani Cavalcante Guedes

GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: DISCURSO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS DIFICULDADES PARA SUA EFETIVAÇÃO 381

Marcelo Costa Fernandes, Lucilane Maria Sales da Silva e Maria Rocineide Ferreira da Silva

DEBATE VIRTUAL SOBRE CULTURA DE PAZ COM AS JUVENTUDES NAS ESCOLAS: DESDOBRAMENTOS COM A POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE 395

Raimundo Augusto Martins Torres, Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira, Gislene Holanda de Freitas, Samuel Ramalho Torres Maia, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Lucilane Maria Sales da Silva

TECNOLOGIA DA COMUNICAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES DOS(AS) EDUCANDOS(AS) EM ENFERMAGEM COM AS JUVENTUDES NO CONTROLE DA HANSENÍASE 404

Raimundo Augusto Martins Torres, Gislene Holanda de Freitas, Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira, Lucilane Maria Sales da Silva e Samuel Ramalho Torres Maia

SOBRE OS AUTORES..... 413

Prefácio

A Enfermagem Moderna tem 156 anos de existência e desde sua fundação, em 1859, vem se empenhando na construção de um conhecimento que fundamente cientificamente sua prática chegando aos dias de hoje com o *status* de uma ciência em construção⁽¹⁾. Desde sua fundação, vem se dedicando à arte de cuidar e também de pesquisar sobre o cuidado das pessoas, à promoção de seu conforto e bem-estar, tendo como foco a saúde humana.

As transformações das práticas de saúde, o desenvolvimento do saber sobre a saúde e o cuidado, a incorporação de tecnologias nos cenários de cuidado à saúde, cada vez mais complexo, aliados ao movimento de organização acadêmica e política da enfermagem culminaram na necessidade de incrementar os debates, as reflexões e a produção científica da área. Ao longo dos anos, no processo de construção da Ciência da Enfermagem, o movimento da história mostra que a enfermagem vem se deparando com inúmeros desafios que se impõem ao saber-fazer e ao saber-ser do enfermeiro e os vem enfrentando, superando e vencendo, por meio de inúmeras estratégias, no campo político, organizacional, prático e científico.

O assentamento das afirmações em bases filosóficas claras e sólidas que fundamentem o conhecimento da enfermagem, no intuito de dar sustentação ao objeto de sua ciência e de sua prática, o cuidado, vem sendo a meta a se alcançar e a razão dos investimentos que vêm sendo feitos



na área da Enfermagem. Este objetivo é legítimo e importante, haja vista a necessidade de se ter claro o campo de conhecimento da disciplina, de modo que se estabeleça o diálogo interdisciplinar, tão necessário para quem lida com o cuidado e com a saúde das pessoas.

A enfermagem entendida como arte e ciência do cuidado é uma profissão que se objetiva em uma prática social, voltada ao atendimento do ser humano, seja no campo individual seja no campo social. Nesse entendimento, a enfermagem, como campo organizado de saberes e práticas atua na defesa de políticas públicas, ampliando oportunidades de participação dos usuários, na garantia dos direitos dos cidadãos, sem exclusão ou privilégios. No entendimento de que seu objeto, o cuidado, é inerente à vida, sem ele não há possibilidade de nascer, viver e morrer dignamente, e isto objetiva e afirma a dimensão sociopolítica da qual se reveste a profissão.

Se a enfermagem é uma prática social amparada na ciência e na arte de cuidar das pessoas, o ser humano é sujeito-objeto partícipe do cuidado e a enfermeira, entendida como sujeito-agente do processo de cuidar, responsabiliza-se profissionalmente pelo cuidado, objeto este que expressa o saber formal da enfermagem, nas suas dimensões técnica-clínica, científica, sensível/humana (interativa) e, portanto, ética.

Por isso, muito me apraz prefaciá-lo este livro organizado e escrito por docentes-pesquisadores, estudantes e egressos de uma Universidade Pública, empenhados na tarefa de contribuir para a ciência e arte de cuidar. O livro intitula-se *O Cuidado Clínico de Enfermagem* e para tratar do

tema, divide-se em duas Unidades: a primeira trata dos Fundamentos e Práticas dos Cuidados em Enfermagem e Saúde, e a segunda das Políticas e Gestão Para a Prática Clínica em Enfermagem, desenvolvidas a partir dos resultados de dissertações de mestrado defendidas no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), ao longo de seus dez anos de existência.

Esta obra congrega o esforço e os desafios enfrentados pela equipe docente da instituição na proposição de um conceito de cuidado clínico de enfermagem, que sustenta e dá identidade ao Programa de Pós-Graduação que elas integram.

No primeiro capítulo da Unidade, identifica-se esse projeto em busca de um conceito para o Cuidado Clínico, marcando a diferença entre o cuidado leigo e o cuidado profissional, e a estreita relação entre o cuidado e a clínica, pois a clínica, afirmam as autoras, evidencia o caráter de proximidade e individualização do cuidado. Com esse entendimento, a arte de cuidar se reveste de uma característica singular, ao considerar o indivíduo na relação interpessoal, exigindo dialogicidade e construção de relação horizontal entre os partícipes do cuidado. A natureza ética do cuidado se objetiva na relação interpessoal que se constrói na clínica, fazendo com que o ato de cuidar seja responsável e traduza com clareza o compromisso social da enfermagem.

Como expressão do fazer profissional, o cuidado expressa o conhecimento técnico, científico e o olhar clínico do enfermeiro, e todos os outros sentidos que se somam no atendimento das necessidades e dos desejos do usuário de



seus serviços. Portanto, afirmam as autoras “*o cuidado clínico é a essência da enfermagem, devendo ser sua maior prioridade, pois nele a enfermagem se identifica e a partir dele fundamenta seu conhecimento*”.

Nos outros 12 capítulos que formam esta primeira unidade, o empreendimento continua, mas com a intenção de mostrar a aplicabilidade do conceito na prática de cuidar do enfermeiro, na diversidade da clínica: no cuidado à pessoa diabética com complicações nos membros inferiores; no diálogo com o conceito de qualidade de vida; no cuidado ao binômio mãe-bebê; no cuidado à mulher com problemas clínicos cardiológicos, tendo em vista a prevenção de complicações, promoção de conforto e bem-estar; no cuidado à família e aos trabalhadores no campo da saúde mental; no cuidado ao adolescente, aos idosos, à mulher no climatério e na especificidade da clínica do sujeito no enfrentamento da tuberculose.

Em todos esses capítulos, o cuidado emerge como objeto de conhecimento e de prática da enfermagem, dele derivando a prática profissional, articulando educação em saúde, atitude de zelo, desvelo, pre-ocupação com o outro em um encontro autêntico de cuidar, com o propósito de promover a saúde e a vida das pessoas.

Na segunda unidade, os autores constroem os nove capítulos centrados nas políticas e na gestão voltadas para a prática clínica em Enfermagem. Conceitos atuais como os de educação em saúde, (inter)disciplinaridade, complexidade e integralidade podem ser debatidos com os autores, seja por meio da discussão apresentada em revisão integrativa ou pela aplicação em pesquisa no campo da Estratégia de Saúde da Família.

A segurança do paciente, objeto de políticas e de diálogos internacionais atuais no campo da saúde e da enfermagem, é objeto de atenção em três capítulos, sendo um voltado para a produção do cuidado na estratégia de Saúde da Família; outro envolvendo cultura de paz com as juventudes nas escolas, afinando-se com a atual política de inserção dos Programas de Pós-Graduação nos cenários do ensino fundamental e médio; e o terceiro tratando de tecnologias de educação, educandos em enfermagem e juventudes no controle da hanseníase.

Três capítulos se dedicam a debater o cuidado clínico à gestante adolescente, ao jovem escolar, à mulher com doenças crônicas não transmissíveis e outro traz conteúdos sobre a experiência de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família e as dificuldades que os impedem de articular as atividades de cuidado direto e indireto, e executar plenamente o gerenciamento do cuidado.

Com a leitura deste livro, constata-se que os objetivos do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, no que pese a formação de Mestres, atende àquilo que se propõe que é o de capacitar o enfermeiro para a análise crítica do cuidado clínico na pesquisa, no ensino, na assistência e na gestão em saúde e enfermagem, considerando fundamentos éticos, políticos e sociais, contribuindo para a formação profissional e crescimento da Enfermagem como ciência, arte e tecnologia, nas dimensões individual, coletiva e interdisciplinar no campo clínico da saúde⁽²⁾.

O estímulo à produção de saberes em saúde e em enfermagem, por meio das dissertações que se apresentam



neste livro, evidenciam a responsabilidade social do Programa em contribuir para implementação de tecnologias inovadoras no cuidado clínico em enfermagem e saúde.

Portanto, desejamos uma boa leitura a todos e que a aplicação dos saberes compartilhados nesta obra sirvam para qualificar ainda mais a ciência e a arte do cuidado da enfermagem.

Dra Márcia de Assunção Ferreira
Professora Titular de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ

REFERÊNCIAS:

1. Carvalho V. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 406-14.
2. <http://www.uece.br/cmacclis/index.php/coneca-o-programa>



UNIDADE 1

Fundamentos e Práticas do Cuidado em
Enfermagem e Saúde

EM BUSCA DO CUIDADO CLÍNICO EM ENFERMAGEM

Priscila de Vasconcelos Monteiro
Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa
Jéssica de Menezes Nogueira
Maria Lúcia Duarte Pereira
Maria Célia de Freitas
Dafne Paiva Rodrigues

A reflexão sobre o cuidado clínico de enfermagem surgiu no berço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, em um momento em que se observou uma lacuna no entendimento dos discentes sobre o que realmente significava e no que consistia o cuidado clínico em enfermagem.

Para cada construção, foi preciso desconstruir os paradigmas já existentes em nossa forma de conceber a enfermagem e a sua relação com o cuidado. O apoio da literatura e, principalmente, as discussões entre discentes e docentes serviram como base para a construção desse texto, que teve a pretensão de encontrar o cerne do cuidado clínico em enfermagem.

Há muito se fala em cuidado e cuidado de enfermagem, porém, o cuidado clínico em enfermagem tem seus limites pouco delimitados. Longe de querer recair sobre uma falsa ilusão de transparência do termo ou de fazer uso de seu significado parcial, intenciona-se aprofundar o conceito de cuidado e adiante desvendar a clínica sob esse aspecto.

Muitos estudiosos criticam a forma mais comum de se estudar o cuidado, afirmam ser apenas um rol de coisas ditas, sem resultados palpáveis, conclusivos ou passíveis de serem testados e generalizados. Entretanto, ao iniciar o estudo do cuidado, deve-se considerar seu caráter subjetivo, que se modifica com o tempo e é definido de diferentes maneiras de acordo com o sujeito que o define.

Watson (2005) o referiu como fenomenal, difícil de descrever e incompreensível. Mesmo diante de um conceito inconcluso, o estudo do cuidado não perde seu valor, pois proporciona conhecimento novo, oportuniza a reflexão sobre as ações cotidianas e modifica atitudes e conceitos.

A ORIGEM DO CUIDADO EM TERMO E EMATO

Do latim ‘cura’, é definido por Heidegger (2005) como a manifestação fundamental da existência do homem no mundo, consistindo em preocupar-se com as coisas e cuidar dos outros. O cuidado sustenta as relações entre os homens. Se não houvesse cuidado o ser humano estaria isolado. Por precisarem uns dos outros, os homens se organizaram em grupos para que suas necessidades fossem satisfeitas.

O homem é essencialmente vulnerável, conforme afirma Roselló (2009), é frágil, exposto a perigos constantes: de adoecer, de fracassar, de morrer. Ontologicamente, é um ser dependente e limitado, determinado por sua finitude. A própria existência humana significa viver na vulnerabilidade.

Na era primitiva, as fragilidades humanas individuais e a incapacidade de defender-se no ambiente hostil em que viviam, proporcionaram a transformação de suas necessi-



dades individuais em coletivas e a formação das sociedades (MORRIS, 1977).

Dentre as necessidades humanas, uma das mais fundamentais é o relacionar-se. Mounier (1968) afirmou que o homem só existe à medida que existe para os outros. De fato, quando se convive em comunidade, as potencialidades humanas se somam e formam um elo mais forte entre os sujeitos.

Na visão de Kim e Kollak (2006), cuidado é considerado o fenômeno mais antigo da humanidade e desde então existe nas famílias e nos grupos. Com isso, entende-se que a história da humanidade e a história do cuidado estão interligadas, e foi essa relação que proporcionou ao homem a sobrevivência e a evolução através da história.

Vagheti *et al* (2007) afirmam que o cuidado surgiu nos grupos humanos de maneira instintiva, como resposta à necessidade de preservação, e aos poucos foi sendo transformado em cuidado institucionalizado.

Ainda nas sociedades primitivas, o cuidado foi sendo centralizado em figuras sacerdotais que desempenhavam suas práticas místicas dentro do grupo social. Nas civilizações, durante a Idade Média, o cuidado passou a ser praticado, principalmente, por religiosos e leigos como um ato de caridade.

Com o passar dos séculos e as mudanças sociais, científicas e econômicas, o cuidado também sofreu transformações. Apesar da evolução das sociedades, cuidar e ser cuidado permanece como necessidades humanas fundamentais.

O homem é lábil, tem a possibilidade de cair, fracassar, é um ser instável, muda constantemente. É vulnerável física, psicológica, social e espiritualmente. Por isso, é neces-

sário ‘encarregar-se do outro’ e esse encarregar-se se expressa no sofrer pelo outro, garantindo-lhe cuidado e atenção (ROSELLÓ, 2009).

A enfermagem provém dessa necessidade de encarregar-se, de cuidar do outro, da carência e limitação humana. O homem não é autossuficiente, não pode bastar-se, por isso cria estratégias para atender às suas demandas.

Waldow (2004) defende que para se tornar um cuidador a pessoa precisa primeiro ter vivido o cuidado, ter sido cuidado. Ao considerar essa proposição, conclui-se que qualquer ser humano tem em si a capacidade para o cuidado, pois um dia, em maior ou menor grau, precisou dele e o recebeu até se tornar adulto.

As habilidades técnicas e éticas envolvidas no processo de doar-se ao cuidado são, portanto, desenvolvidas ao longo da vida e podem ser aperfeiçoadas à medida que há interesse e ferramentas para tal.

Boff (1999) refere-se ao cuidar como uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Já Noddings (2003) o enxerga sob o aspecto negativo da apreensão. Para a autora, cuidado é um estado de sofrimento mental ou absorção, é estar mentalmente sobrecarregado, é um estado de ansiedade, medo ou preocupação em relação a alguma coisa ou a alguém.

A afirmação é complementada pelo sentido de ‘afeto’ descrita por Abbagnano (2007), que é a situação em que uma pessoa “preocupa-se com” ou “cuida de” outra. Portanto, o cuidado se dá por afeição, relação, necessidade de preservação, responsabilização e preocupação pelo objeto do cuidado.



Na enfermagem, o cuidado pode ser movido por diversos fatores e motivações além daqueles que são naturais ao profissional em sua humanidade. A identificação de necessidades do cliente, a responsabilidade técnica, o compromisso institucional e a ética são fatores motivadores do cuidado profissional.

Cada movimento para o cuidado leva ao atendimento das necessidades do cliente, à educação em saúde e ao controle das condições ambientais. Em alguns casos, o que impulsiona os movimentos para o cuidado são ruídos que se instalam como barreira à verdadeira assistência. Sempre que o foco do cuidado deixa de ser o cliente, os resultados passam a trazer respostas de saúde aquém do esperado.

O cuidado, para ser completo, deve ter como foco o cliente e suas necessidades, pois não consiste em atos irrefletidos. É, sobretudo, um estado de consciência no qual se tem o cliente como o centro do processo de saúde, e ferramentas como relações, conhecimentos científicos e técnicas, são adicionados à medida que o atendimento exija.

Embora a enfermagem tenha desenvolvido teorias e modelos de cuidado, ele não é exclusivo de nenhuma profissão, mas na enfermagem adquire características únicas. É uma arte, um dom, uma devoção. O que realmente importa não é apenas o que se faz, mas como se faz e porque se faz. Por isso, interagem arte e conhecimento nas ações de enfermagem (WALDOW, 2008).

A CLÍNICA DO CUIDADO E O CUIDADO DA CLÍNICA

Após explorar o cuidado sob diversos enfoques, se faz iminente a necessidade de compreender a relação da clínica com o cuidado de enfermagem.

Na língua portuguesa, o termo ‘clínico’ pode significar a medicina que se faz junto ao leito do doente ou a medicina que se ocupa do tratamento das doenças dos indivíduos, ou ainda o médico que estuda as doenças por meio da observação direta dos doentes.

Vemos nessa definição a ligação constante do significado do termo com a categoria médica, entretanto, o fato tem uma explicação. Durling (1993) resgatou a primeira aparição do termo grego *klinikos* nos escritos de Galeno (séc. II d.C.), referindo-se aos médicos que visitavam os doentes em seus leitos.

Nos tempos passados, o médico algumas vezes, tratava dos doentes em sua própria casa e passava por seus leitos para observar seus estados de saúde. Os jovens aprendizes acompanhavam os médicos leito a leito, dessa forma lhes eram ensinados os caminhos da medicina. Com isso, percebemos a justificativa do emprego do termo clínico atribuído inicialmente a esses profissionais.

A clínica, de acordo com Foucault (1977), é o constante olhar sobre o doente, junto ao leito. Para o autor, a pureza do olhar está ligada a certo silêncio que permite escutar o outro, fazendo-o falar o que é inacessível para os sentidos, acessar além do que é visível. Não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente.



A origem grega do termo *kliné*, que significa cama, deu origem à palavra *klinicos*, significando aquele que guarda a cama. Já a palavra *klinika*, indica a arte e a técnica de curar, enquanto *klinikos* significa o que se inclina sobre o leito para tratar do doente.

Do grego, a palavra *klinikos* passou para o latim na forma *clinicus*, e do latim para as línguas modernas como o português, o espanhol, italiano, francês etc. Apesar da semelhança na escrita do termo, seu significado sofreu algumas modificações com o passar do tempo. O que servia inicialmente para identificar aquele que cuida ao leito, hoje tem outras designações.

Foucault (1977) afirma que a clínica no século XVIII não desempenhou papel específico no desenvolvimento do conhecimento científico, pois visava à aprendizagem de uma prática que mais resumia do que analisava os casos. No século XIX, a clínica sofreu uma reestruturação brusca, contemplando a totalidade da experiência médica, com coerência científica através de uma nova organização, embasada nos sintomas e nos signos, mas também na observação e na experiência.

Stedman (2003) define como clínico todo profissional de saúde empenhado nos cuidados dos pacientes. O enfermeiro, por sua vez, devido ao cuidado que lhe é peculiar, também é considerado clínico pela função que exerce à beira do leito e junto ao paciente. Foi justamente nesse cuidado à beira do leito que a enfermagem teve sua origem.

As primeiras instituições coletivas para o tratamento de doentes tinham propósitos puramente curativos ou serviam para acolher os pobres moribundos que não tinham

para onde ir. Mas Florence Nightingale trouxe uma nova roupagem a esse velho cuidado, introduzindo novos conceitos sobre o tratamento de doentes, a adaptação do ambiente para recuperação dos enfermos, higiene, prevenção e recuperação da saúde (CARRARO, 2001).

A partir dela, o cuidado tornou-se atividade organizada, com elementos como a sistematização e divisão do cuidado entre categorias de enfermeiras. A organização e a qualificação das profissionais só somaram nesse sentido. Seu símbolo, uma lâmpada, remete à atividade realizada entre os leitos nas vigílias da noite. Até então, a atividade manteve seu caráter clínico.

O capitalismo veio somar outro aspecto ao cuidado profissionalizado instituído por Florence, os custos. Waldow (2008) lembra que após a enfermagem passar a ser uma atividade remunerada, embora imprescindível, tornou-se uma mão de obra cara, visto o número de pessoas necessárias para exercer a função.

Com o advento da industrialização e dos ideais de divisão do trabalho, as ações de enfermagem passaram a ser executadas de maneira fracionada, rápida e mecanizada. Além disso, realizadas pelo mínimo de profissionais quanto possível com o fim de reduzir os custos. Assim, a enfermagem perdeu seu caráter humano e voluntário e passou a ter características industriais.

A partir de então não houve mais tempo para a individualização e para a escuta receptiva em busca de compreender o cliente. O cuidado, antes atencioso e preocupado, tornou-se apressado e impaciente.



A pressa é vista como carreadora de descuidos e desatenções insuportáveis. Nessa circunstância, o cuidado pressupõe perda de tempo, pois a pressa torna as pessoas menos receptivas. Não há como parar e sentir o outro, ouvir e colocar-se em seu lugar ao estar apressado.

O acúmulo de atividades do profissional enfermeiro exige objetividade excessiva, o que pode favorecer um cuidado em saúde fragmentado e dissociado do contexto social, político e cultural do cliente. A pressa também desfavorece a criação do vínculo entre profissional e cliente, pois para que essa relação se estabeleça requer tempo, escuta ativa, paciência e verdadeiro interesse em conhecer as necessidades do outro.

Segundo Waldow (2008), em lugares onde a cobrança sobre os profissionais é excessiva, torna-se mais difícil sensibilizar para o cuidado, pois as pessoas acabam adotando atitudes impessoais para se adaptarem às pressões administrativas que priorizam produtividade e desempenho.

Diante disso, entende-se a necessidade de formar profissionais sensíveis e de trabalhar junto à enfermagem questões como o redimensionamento do número de profissionais e da priorização do cliente para que suas atividades sejam refletidas e sensíveis ao objeto do cuidado.

Apesar da objetividade necessária em suas ações, o cuidador nunca deve perder de vista que o cuidado nasceu na subjetividade, no impulso emocional, no importar-se e preocupar-se (NODDINGS, 2003).

É peculiar ao cuidado seu caráter subjetivo e relacional, porém quando apressado, torna-se fazer técnico,

seco, automático, massificado e impaciente. Com isso, a enfermagem distanciou-se da clínica, de seu fazer primordial e de sua origem. Para retornar ao velho cuidado clínico e aos fundamentos da enfermagem, o enfermeiro precisa resgatar sua função principal: cuidar.

A clínica se apresenta como atitude, como ética de intervenção, como uma experiência de libertação da realidade existente. Efetiva-se em um movimento de transformação tanto de quem lhe demanda intervenção quanto da própria instituição clínica (PASSOS; BARROS, 2004).

Portanto, ampliar a clínica nada tem a ver com atender a um maior número de pessoas, ou com o espaço-tempo ocupado para as práticas. Deve-se ampliá-la em todos os âmbitos, individual ou grupal, permitindo uma mudança em seus modos de ver o mundo e suas formas de agir (COSTA; MOEHLECKE; FONSECA, 2004).

O CUIDADO DE VOLTA ÀS ORIGENS

A enfermagem clínica, a qual se entende por origem etimológica ser aquela realizada à beira do leito, comumente é associada a conceitos biomédicos, voltados para o estado da doença, para a sintomatologia e para os resultados de exames. Contudo, não traduz a complexidade da clínica que se desvela ante os olhos do enfermeiro.

Paulon (2004) define a clínica como uma tecnologia da subjetividade inventando sempre novas formas de reordenar a existência, comprometida em inovar as formas de estar-no-mundo, fazendo-as sempre potencializadoras de vida, produtoras de uma nova saúde.



Essa transpassa o conhecimento das doenças, vai além do que está instituído em livros, supera as habilidades técnicas e o conhecimento científico, estabelece-se de forma autônoma e no plano das subjetividades dos indivíduos.

Em suma, a clínica seria então definida como aquilo que o sujeito mostra através de suas ações e sintomas. É o conjunto de suas manifestações, suas singularidades, objetivações e subjetivações. Ao afirmar que um paciente apresenta determinada clínica, é feita referência às suas necessidades e respostas, que devem ser observadas de forma ampla e profunda.

A essa observação cuidadosa denomina-se olhar clínico, significa olho percuciente, profundo, penetrante, capaz de enxergar as entrelinhas. É justamente o olhar individualizado do profissional, à beira do leito, indivíduo a indivíduo, que é capaz de captar e compreender a singularidade dos sujeitos.

Para tanto, se faz necessário distanciar-se do *self*, da própria perspectiva e entrar na esfera do outro para compreender seu universo. Noddings (2003) argumenta que esta captação da realidade do outro é o que permite ao profissional sentir como o sujeito sente. Esta empatia, portanto, é uma ferramenta essencial no cuidado.

Portanto, é a partir da clínica dos sujeitos e com vistas a atender suas necessidades que se planeja e efetua o cuidado de enfermagem. Ao atendimento dessas manifestações e necessidades chamamos cuidado clínico. Clínico, por basear-se na clínica apresentadas pelos sujeitos.

A compreensão desse tipo de cuidado fundamenta-se na origem do termo 'clínica', que diz respeito às ações dos profissionais, à maneira de cuidar e de posicionar-se peran-

te o cliente. Diante de tais premissas questiona-se se não é redundante usar a expressão cuidado clínico, pois o que caracteriza o cuidado e o diferencia de meros procedimentos técnicos é justamente seu caráter subjetivo.

Porém, a necessidade do uso do termo clínico atrelado ao cuidado permite diferir o cuidado profissional, pautado na cientificidade, do cuidado natural e afetivo. Na enfermagem, a clínica e o cuidado estão bem interligados, pois não há de haver clínica sem cuidado e vice-versa. Se o cuidado não está implicado com o indivíduo é mero procedimento. Então, para efetuar cuidado, este deve ser clínico, próximo, pessoal e individualizado.

O cuidado clínico é o ato de cuidar com responsabilidade, ética e compromisso social, prestado pelo profissional de enfermagem habilitado, através de conhecimento técnico-científico e olhar clínico, utilizando a escuta atenta, o toque, a fala, de forma a atender às reais necessidades do ser cuidado, com respeito à sua singularidade, história de vida e individualidade.

ELEMENTOS NECESSÁRIOS AO CUIDADO CLÍNICO EM ENFERMAGEM

Para a realização desse cuidado individualizado, o profissional precisará de competência clínica, que diz respeito à habilidade profissional, à capacidade de realizar aceitavelmente aqueles deveres diretamente relacionados ao cuidado de paciente. Kurcgant (2005) propõe três competências básicas para o cuidar: saber-saber, saber-fazer e saber-ser.



A primeira diz respeito à aquisição de base teórica que fundamente e qualifique as práticas de enfermagem. A segunda, saber-fazer, se resume na competência para cuidar com eficiência, ter habilidade psicomotora e utilizar a técnica correta para prevenir imperícias e danos ao cliente e resulta ainda na humanização do cuidado à medida que o procedimento é realizado de forma rápida e eficiente, trazendo o mínimo de desconforto para o cliente.

O saber-ser lança mão de ferramentas como a comunicação, a inteligência e as relações interpessoais para efetuar o cuidado de forma excelente e inicia-se quando o profissional percebe que o outro à sua frente é um ser humano provido de crenças, identidade, opinião e autonomia.

Além dessas competências, o caráter ético se faz fundamental ao exercer o cuidado. A bioética, que é a ética aplicada à vida, impõe princípios como autonomia, justiça, beneficência e liberdade que devem ser preservados a qualquer custo no atendimento ao ser humano (SPIRI; BERTI; PEREIRA, 2006). Nesse contexto, a enfermagem tem o papel de assegurar que esses direitos sejam garantidos a todos os usuários das unidades onde atuam.

Freitas, Oguisso e Fernandes (2010) afirmam que os fundamentos do agir em enfermagem perpassam o diálogo aberto, crítico, reflexivo e consensual. Ao agir de modo ético, o enfermeiro repensa a responsabilidade individual e institucional, englobando as relações do mundo do trabalho (os recursos humanos e materiais de que dispõe), avaliando e transformando as condições de trabalho e modificando as relações, a fim de garantir uma assistência de enfermagem segura à clientela por ele assistida, com isenção de riscos e propiciando maiores benefícios possíveis.

Pinheiro *et al.* (2005) afirmam que o cuidar do outro requer respeito e preservação de sua individualidade e que é indispensável para este ato, o uso da ética e da moral. Para os autores, a ética existe como referência para que os seres humanos sejam cada vez mais capazes de enxergar as necessidades do outro e viver em sociedade.

Outra faceta do cuidado de enfermagem é a utilização do conhecimento científico e habilidade técnica para capacitar o ser humano na atividade do autocuidado, e para este papel a educação em saúde se faz primordial.

Para Orem (1980), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Quando este indivíduo torna-se incapaz de satisfazer suas próprias necessidades, a enfermagem atua junto ao cliente na tentativa de capacitá-lo para efetuar o autocuidado.

Olhar o indivíduo em sua totalidade é um prerequisite ao cuidado clínico. Ao invés de se debruçar sobre o objeto do cuidado e impor as próprias concepções do que é melhor para ele, a enfermagem deve criar junto ao cliente as saídas para a manutenção de sua saúde ou recuperação.

Com o fim de tornar melhor o atendimento de forma a garantir a preservação dos seus elementos essenciais, criaram-se instrumentos para viabilizar o cuidado de forma sistematizada e organizada. O processo de enfermagem se constitui no principal instrumento para o cuidado da enfermagem, pois sugere caminhos que visam tornar a assistência mais eficiente. Nessa metodologia, as ações devem ser avaliadas periodicamente para garantir a eficácia do atendimento.



Para muitos autores, o uso do processo de enfermagem rouba o caráter humanístico da profissão por ter um cronograma de ações que poderiam causar o engessamento do profissional. Waldow (2008) defende que adaptar o processo de enfermagem às teorias humanísticas desrespeita as autoras de tais teorias, pois é uma contradição querer enquadrar o processo dentro de uma teoria que se opõe a esse método.

Porém, esses instrumentos devem ser considerados como uma sugestão, sujeitos a alterações conforme as necessidades dos clientes. Dessa forma, é possível sua utilização de forma equilibrada e sensível, pois o cuidado deve ir além da norma estabelecida, deve considerar o paciente superior à prescrição. Precisa permitir que regras rígidas sejam repensadas em prol de atender à necessidade do objeto do cuidado.

Em certo ponto, o cuidado clínico aproxima-se bastante do cuidado sistematizado de enfermagem, mas apenas quando este se dá de forma personalizada e sensível às necessidades dos clientes.

Hoje, se vê o bombardeio da subjetividade da clínica por tecnologias duras, como exames e equipamentos que nem de longe substituem o trabalho humano e pessoal. O que ocorre algumas vezes é o desprezo do cuidado direto ao cliente por parte do enfermeiro, com a priorização de atividades que privilegiam tecnologias que supostamente garantem ao profissional maior *status* (WALDOW, 2008).

Não se deseja, com isso, menosprezar a importância da inovação tecnológica para o cuidado clínico, pois se constitui em ferramenta valiosa no momento em que extrapola os limites e capacidades humanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do cuidado clínico em enfermagem se constitui na valiosa oportunidade para refletir sobre o surgimento da profissão e o papel do enfermeiro para com a sociedade. Nesse percurso, as bases etimológicas, filosóficas e históricas forneceram subsídios para o entendimento do conceito.

Ao longo da história, o cuidado sofreu transformações que refletiam o modelo social vigente. Entretanto, foi e continua sendo uma necessidade humana fundamental das mais diversas épocas e sociedades. Sem o cuidado, a vida como conhecemos hoje seria inconcebível, pois essa mesma vida que teve origem no relacionar-se, isolada é incapaz de subsistir.

Para aprimorar-se, a enfermagem precisa retornar de forma sistemática e curricular aos conceitos de sua gênese, buscar sua essência e a motivação de sua existência como profissão. Pois, ao absorver a influência tecnicista e mercadológica, se arrisca a pôr em segundo plano o princípio norteador da profissão, que é o cuidado comprometido e verdadeiro.

O uso do termo clínico caracteriza o cuidado profissional humano, sensível às necessidades apresentadas pelo sujeito. Para isso, a enfermagem precisou fazer seu principal instrumento retornar às origens e adicionar-lhe elementos subjetivos ora esquecidos durante o desenvolvimento científico.

O cuidado clínico em enfermagem, por mais técnico e científico que possa ser, não existe sem que esteja conectado com o objeto do cuidado numa relação dialógica



na qual o processo de manutenção e restabelecimento da saúde é planejado em conjunto por uma troca de saberes.

Desse modo, entende-se que o cuidado clínico é a essência da enfermagem, devendo ser sua maior prioridade, pois nele a enfermagem se identifica e a partir dele fundamenta seu conhecimento.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (org). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 137-146.

COSTA, F. T. da.; MOEHLECKE, V.; FONSECA, T. M. G. Abrir o corpo da clínica. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 299-304.

DURLING, R. J. **A dictionary of medical terms in Galen**. Leiden: E. J. Brill, 1993.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; FERNANDES, M. F. P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 1, n. 3, p. 104-108, nov. 2010.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Parte I. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

KIM, H. S.; KOLLAK, I. **Nursing theories: conceptual and philosophical foundations**. 2. ed. New York: Springer Publishing, 2006.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MORRIS, D. **Você: um estudo objetivo do comportamento humano**. São Paulo: Círculo do Livro, 1977.

MOUNIER, E. **L'engagement de la foi: textes choisis**. Paris: Éditions duseuil, 1968.

NODDINGS, N. **O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral**. Tradução: Magda Lopes. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 275-286.

PAULON, S. M. Clínica ampliada: que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 259-273.

PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; PEREIRA, M. L. D.; BARROSO, M. G. T. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enferm., Ribeirão Preto, v. 13, n. 4**, p. 569-575, ago. 2005.

ROSELLÓ, F. T. i. A radical vulnerabilidade do ser humano. In: ROSELLÓ, F. T. i. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 57-68.

SPIRI, W. C.; BERTI, H. W.; PEREIRA, M. L. D. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 30, v. 30, n. 3, p. 448-454, jul.-set. 2006.

STEDMAN, T. L. **Dicionário Médico**. 27. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 2017p.



VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. S.; CARRARO, T. E.; PIRES, D. E. P.; SANTOS, V. E. P. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 267-275, abr.-jun. 2007.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008. 86p.

_____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WATSON, J. **Caring Science as Sacred Science**. Philadelphia: F.A. Davis, 2005.



FUNDAMENTOS DA TEORIA DE ALCANCE DE METAS NO CUIDADO CLÍNICO A PESSOAS COM DIABETES

Eline Saraiva Silveira Araújo
Maria Vilani Cavalcante Guedes

O diabetes *mellitus* (DM) é um grupo de doenças metabólicas, caracterizado por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. A abordagem do tratamento, além dos hipoglicemiantes, deve incluir as formas não medicamentosas, o que muitas vezes requer a mudança em hábitos e estilos de vida. Dessa forma, a não adoção dessas mudanças contribui para um fraco controle da doença e caracteriza-se como um desafio para os profissionais de saúde que atuam na assistência às pessoas diabéticas.

Conforme estudo internacional, o diabetes encontra-se presente em 382 milhões de pessoas no mundo, com projeção de ampliar este número para 592 milhões em 2035. Em todos os países, o diabetes *mellitus* tipo 2 está aumentando (IDF, 2013). No Brasil, a grande magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) corresponde a 72% das causas de mortes, sendo crescente o número de óbitos por diabetes. A prevalência de diabetes *mellitus*, o qual atinge 5,6% da população das capitais brasileiras (BRASIL, 2011).

Segundo se percebe, o paciente diabético requer cuidado clínico e educação em diabetes continuada para melhor qualidade de vida e prevenção das complicações agudas



e crônicas. Requer dos profissionais uma melhor interação na busca de estratégias de melhor adesão às condutas terapêuticas.

As complicações decorrentes do DM comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, acarretando altos custos para seu controle metabólico e tratamento das suas complicações. Em consequência do não tratamento ou do tratamento irregular da doença, há aumento de consultas, de dispensação de medicação, exames, internações, cirurgias e procedimentos especializados. Somando a isso, a incapacidade laborativa provisória, ou permanente, da pessoa com diabetes desencadeia enorme impacto econômico e social em nosso meio.

Neste contexto, os profissionais objetivam o controle da doença, mediante adesão dos pacientes com diabetes aos cuidados de promoção e manutenção da saúde. Desse modo, propiciam às pessoas assumirem comportamentos saudáveis, modificarem o estilo de vida e seguirem o tratamento.

O enfermeiro, em especial, tem o desafio de dispensar assistência aos indivíduos, família e comunidade, via cuidado direto ou indireto, buscando desenvolver o cuidado em interação com estes pacientes. Ela ajuda na compreensão da necessidade de assumir modificações no estilo de vida, e contribui para sua adesão ao controle glicêmico.

A enfermagem utiliza-se de teorias para fundamentar o cuidado, com conhecimentos próprios, com vistas a melhorar a qualidade da assistência prestada a pessoas, em diferentes campos de conhecimento.

Uma destas teorias, a de Alcance de Metas de Imogene King (1981), descreve a natureza da relação enfermeiro-

paciente para o alcance de metas, as quais são desenvolvidas num processo de interação, por meio da comunicação. Neste caso, utiliza-se a avaliação do enfermeiro com este paciente, ao identificar problemas, distúrbios na saúde e compartilhar informações para planejar estratégias no intuito de atingir as metas propostas em comum acordo (KING, 1981; LEOPARDI, 2006).

Para King (1981), o indivíduo está inserido em três sistemas interativos: pessoal, interpessoal e social. A partir desses sistemas, se houver interação enfermeiro-paciente estabelecem juntos objetivos reais e alcançáveis pelo paciente. Trata-se de um método participativo, em que o enfermeiro emprega esses elementos preconizados para a obtenção de metas definidas pelo paciente e por ela, por meio dos seus principais elementos, isto é: percepção, comunicação e transação.

Na valorização do indivíduo no seu contexto social e familiar, buscando suas potencialidades no empoderamento e autonomia do sujeito, a Teoria de King (1981) torna-se um instrumento relevante no desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem.

Para o enfermeiro inserido na Estratégia Saúde da Família, no desenvolvimento de atividades educativas e assistenciais, a aplicação da teoria de Alcance de Metas coloca o paciente como protagonista a adequar seu estilo de vida.

Nas últimas décadas, a prevalência do DM tem crescido significativamente. Esse crescimento decorre, sobretudo, do envelhecimento populacional, da maior urbanização e do aumento de obesos e sedentários. Com as inovações tecnológicas e científicas, desenvolveram possibilidades das



pessoas trabalharem e se divertirem sem sair dos seus domicílios, colaborando para o sedentarismo.

E pela complexidade do tratamento, percebem-se as barreiras encontradas pelos pacientes com diabetes na adesão e na manutenção dos níveis normoglicêmicos. A relevância do controle glicêmico fundamenta-se no fato de que muitos pacientes com diabetes enfrentam obstáculos por diversos fatores, como: dificuldade de acesso ao serviço de saúde, distância entre o local de moradia e os serviços que prestam atendimento, custos financeiros, irregularidade na dispensação de medicações e insumos. Conforme se sabe, o descontrole leva a consequências. Entre estas, amputações, cegueira, nefropatia, neuropatias, doenças cardiocerebrovasculares, além de outras sequelas.

Com o conhecimento produzido, o fortalecimento das consultas de enfermagem, nas quais o profissional tem a oportunidade de utilizar o mencionado conhecimento, transformar-se num ser crítico, questionar suas próprias atitudes e participar de forma mais ativa nos cuidados prestados, promovendo estratégias na adesão do tratamento.

Objetivou-se utilizar a teoria de alcance de metas com pacientes diabéticos com vistas a contribuir nas mudanças da qualidade de vida.

O estudo teve caráter interventivo para pacientes com diabetes *mellitus*. Para tanto, formaram-se dois grupos de igual tamanho, denominados de grupo comparativo e grupo de intervenção. Do tipo longitudinal, em que se analisaram mudanças ao longo do tempo, determinando a sequência temporal dos fenômenos.

Foi adotado como campo de estudo uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza-Ceará, da rede governamental, que funciona com equipes da Estratégia Saúde da Família.

Da amostra fizeram parte sessenta pacientes selecionados aleatoriamente, à medida que chegaram para a consulta de enfermagem de rotina, nos meses de fevereiro e março de 2013. Neste capítulo discutem-se os dados coletados no primeiro encontro da pesquisadora com os pesquisados, ou seja, são os dados da linha de base. A investigação continuou por seis meses, ou seja, de fevereiro a agosto de 2013, com encontros mensais para definição conjunta de metas e avaliação das metas alcançadas pelos pacientes. Aquelas cujo resultado não foi o esperado foram discutidas e dimensionadas.

TEORIA DE ALCANCE DE METAS E DIABETES

Consoante estabelece a Teoria de Alcance de Metas, que em sua estrutura a enfermagem é um processo de interação, reação e transação, e tem como foco central da estrutura de King (1981) o ser humano dinâmico, cujas percepções dos objetos, das pessoas e dos eventos influenciam seus comportamentos, sua interação social e sua saúde. Como mencionado, a estrutura conceitual inclui três sistemas: pessoal, interpessoal e social (LEOPARDI, 2006).

King (1981) utiliza os conceitos dos três sistemas dinâmicos interacionais para formular uma Teoria de Enfermagem que preconiza a obtenção de metas definidas pelo paciente e pelo enfermeiro por meio da transação na situa-



ção de enfermagem. É um método participativo, dinâmico, que torna o paciente um ser atuante no seu processo de saúde-doença-saúde.

Sendo diabetes uma doença que requer adoção de estilos de vida diferenciados, pois muitos pacientes combinam alimentação desequilibrada, sedentarismo e vários outros fatores de risco, daí a proposta de intervir a consulta de enfermagem com uma teoria na qual o paciente participa ativamente do seu plano terapêutico.

Ainda conforme King (1981), a Teoria de Alcance de Metas descreve a natureza das interações enfermeiro-paciente, propositais, para mutuamente estabelecer metas, explorar e acordar meios que conduzem ao alcance das metas. Sua estrutura conceitual e teorias são baseadas no princípio segundo o qual seres humanos interagem com o meio ambiente com a finalidade de atingir o estado de saúde que lhes permita desenvolver seus papéis sociais.

Como pressupostos específicos, a teorista ressalta: 1) As percepções, metas, necessidades e valores do enfermeiro e do paciente influenciam o processo de interação; 2) As pessoas têm o direito de conhecer sobre si mesmas e de participar das decisões que influenciam suas vidas, saúde e os serviços da comunidade, podendo aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde; 3) Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de obter informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões sobre seu cuidado de saúde; e 4) As metas dos profissionais de saúde e as dos receptores do cuidado podem ser incongruentes, logo, podem ocorrer conflitos.

Cabe enfatizar: a teoria deriva da estrutura conceitual dos sistemas pessoal e interpessoal, mediante os conceitos de

interação, percepção, comunicação verbal e não verbal, transação, papel, estresse, crescimento e desenvolvimento.

As interações são permeadas pela comunicação verbal e não verbal, havendo troca e interpretação de informações, pelo compartilhamento de valores, necessidades e desejos de cada membro, levando a transações, pelas percepções de cada participante e pelos estressores que influenciam cada pessoa na situação (KING, 1981).

A partir de observações clínicas, epidemiológicas e bioquímicas dos pacientes diabéticos, no uso da teoria de alcance de metas, o paciente participará ativamente do seu plano de cuidados, adequando ao seu cotidiano diário a melhor forma para atingir o alcance das metas estabelecidas em comum acordo.

Por ser a enfermagem um processo de interação, mediante a comunicação, o enfermeiro explora meios e acordos para obtenção de metas estabelecidas. E junto aos pacientes.

Nessa interação, os comportamentos observáveis são esses: 1) Reconhecimento das condições apresentadas, como um problema de saúde, social ou relacionado ao homem; 2) Operações ou atividades relacionadas à situação ou às condições, como decisões sobre metas; e 3) Motivação para exercer algum controle sobre os eventos na situação para atingir objetivos, como acordos quanto aos meios para alcançá-los.

Nas interações enfermeiro-paciente, há coleta de informações, observação e medição de parâmetros do paciente, interpretação e nova troca de informações, na qual o enfermeiro agora partilha informações pertinentes com o paciente; este observa o enfermeiro, questiona, participa do estabelecimento de metas. Desse modo, a interação é percebida



como eventos que alguém valoriza, quer ou deseja, levando o atendimento a trazer resultados mensuráveis das situações de enfermagem. Como enfatiza King (1981, p.144), “esta teoria deveria servir como um modelo de prática relacionado às interações enfermeiro-paciente e, neste sentido, uma teoria normativa”.

As atividades da enfermagem são um processo de interação entre enfermeiro e paciente em que cada um percebe o outro e a situação, e por meio da comunicação, estabelecem-se metas, exploram-se meios e acordam-se para atingir metas. Nelas os comportamentos observáveis no enfermeiro e paciente são: reconhecimento das condições apresentadas, como problema de saúde; decisões sobre metas; motivação e meios para alcance das metas.

Neste âmbito, as proposições da Teoria de Alcançe das Metas são as seguintes: 1) Se a acurácia perceptual está presente nas interações enfermeiro-paciente, ocorrerão transações; 2) Se enfermeiro e paciente fazem transações, metas serão alcançadas; 3) Se metas são alcançadas, haverá satisfação; 4) Se metas são alcançadas, ocorrerá cuidado efetivo de enfermagem; 5) Se as transações são feitas nas interações enfermeiro-paciente, aumentarão o crescimento e desenvolvimento; 6) Se as expectativas e as performances de papel são percebidas pelo enfermeiro e paciente como congruentes, ocorrerão transações; 7) Se conflito de papel é experimentado pelo enfermeiro, paciente ou ambos, se dará estresse nas interações enfermeiro-paciente; e 8) Se enfermeiros com conhecimentos e habilidades especiais transmitem informações apropriadas aos pacientes, acontecerá estabelecimento e alcance de metas mútuas.

Quanto aos limites internos da teoria, mencionam-se: o fato de o enfermeiro e o paciente não se conhecerem; a habilitação para o exercício da profissão pelo enfermeiro; as necessidades de cuidado por parte do paciente; então, ao se encontrarem, este colabora para o estabelecimento mútuo de metas; e ambos interagem para o alcance dessas metas. Já os limites externos são: a interação entre duas pessoas; a habilitação do profissional de enfermagem e pacientes com necessidades de cuidados de enfermagem; essas interações devem acontecer em ambientes naturais (KING, 1981).

Para a teórica, tais limites não restringem a teoria a tempo e espaço, porquanto as interações enfermeiro-paciente podem acontecer em qualquer situação de enfermagem.

A teórica desenvolveu proposições previsivas: ambos devem ter exatidão perceptiva, saberem os seus papéis na interação e comunicação que levem à transação; esta leva à obtenção de metas, implementando o crescimento e desenvolvimento mútuo, efetivando a assistência de enfermagem.

Por essas razões, o maior desafio para os profissionais de enfermagem frente às pessoas com diabetes consiste em ensiná-las a como viver e manejar a doença diante das situações que se apresentam no dia a dia. É o processo de educar que deve ocorrer para que as mudanças comportamentais aconteçam e se mantenham ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida. Na utilização da teoria, os pacientes são levados a atingir metas e objetivos na realização do seu tratamento.

Como se percebe, a Teoria de King (1981) torna-se de relevante utilidade para os enfermeiros, pois é um instrumento de investigação, orientação e educação. Logo, auxilia



na visão dos fatores que influenciam o ambiente e qualidade de vida das pessoas, e pode facilitar uma avaliação da própria assistência.

FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

Em estudo realizado com pacientes diabéticos atendidos na atenção primária, no qual foi utilizada a teoria de alcance de metas, há aspectos positivos do estilo de vida dos diabéticos, mas algumas intervenções de enfermagem foram necessárias para melhor adesão ao tratamento proposto.

Em relação ao tabagismo, 11,7% dos pacientes declararam-se fumantes. Conforme o estudo de Boas et al. (2012), o tabagismo foi encontrado em 6,2% dos pacientes atendidos no serviço de ambulatório da atenção terciária. Urge, pois, a cessação do fumo, tanto na prevenção primária como na secundária. Ainda como afirmam, o fumo é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento e a progressão da doença arterial obstrutiva periférica no paciente diabético (DIRETRIZES, 2013). Percebe-se que o número de pacientes fumantes é maior que estudos já realizados, sendo necessárias mudanças no estilo de vida destes pacientes. Para King (1981), a utilização da teoria requer um sistema de ideias, atitudes, valores e compromissos para que se atinja melhoria na saúde dos pacientes.

No presente estudo identificaram-se 13,3% dos pacientes que haviam parado de fumar. Já no estudo de Otero, Zanetti e Teixeira (2007), 35,2% dos pacientes eram ex-fumantes.

Ademais, a prática de etilismo esteve presente em 10,0%. No estudo de Boas et al. (2012), realizado em um ambulatório de nível terciário, o consumo de bebida alcoólica foi mencionado por 19,8% dos participantes. Na pesquisa de Otero, Zanetti e Teixeira (2007), desenvolvida no interior de São Paulo, no tocante ao álcool, 50% dos pacientes ingeriam bebidas alcoólicas, e a maioria 88,8% referiu fazer uso socialmente.

De acordo com as Diretrizes (2013), a ingestão excessiva de etanol (>30g/dia) é associada com alteração da homeostase glicêmica, elevação da resistência insulínica e pressão arterial, podendo também ser fator de risco para acidente vascular cerebral. Ainda como refere, deve ser feita restrição total de bebidas alcoólicas a diabéticos adolescentes, gestantes, lactantes, entre outros. Mas para que isso aconteça, como refere a teoria, as percepções enfermeiro-paciente são influenciadas pelos interesses atuais, necessidades e metas futuras.

Quanto à atividade física, no início da pesquisa, 30,0% dos participantes já a praticavam. Com a utilização da teoria, foram traçadas metas com os pacientes e utilizadas parcerias com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família ao longo dos seis meses e ao final 66,6% estavam desenvolvendo esta prática. Ao tratar de hábitos de vida, como afirmam Otero, Zanetti e Teixeira (2007), 57,4% dos pacientes diabéticos usuários da atenção primária à saúde executavam algum tipo de atividade física. No estudo de Boas et al. (2012), 55,5% dos participantes mencionaram a prática de atividade física (regular ou esporadicamente). Percebe-se no grupo em estudo que é baixo o número de pacientes que desenvolvem esta prática.



Para Faria et al. (2013), é inquestionável o papel do exercício físico regular e do seguimento do plano alimentar no controle do diabetes, bem como na prevenção de complicações micro e macrovasculares. Como as Diretrizes (2013) reafirmam, existem evidências consistentes dos efeitos benéficos da prática de atividade física na prevenção e no tratamento do diabetes *mellitus*, principalmente nos grupos de maiores riscos, como os obesos e os familiares de diabéticos. Também segundo a mesma fonte, a prática de atividade física atua sobre o controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidades, como a hipertensão e a dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular.

Ressalta-se, ainda: a prevenção da doença cardiovascular no diabetes está associada ao tratamento de fatores de risco como: hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo (DIRETRIZES, 2013)

DOENÇAS E/OU COMPLICAÇÕES REFERIDAS

Um dado negativo levantado na clientela estudada é que 76,7% são hipertensos e o tempo de diagnóstico variou de um a mais de dezesseis anos. Hipertensão arterial e diabetes *mellitus* são condições clínicas frequentemente associadas. Cerca de 40,0% já se encontram hipertensos por ocasião do diagnóstico de diabetes. Ressalta-se, pois, a importância do rastreamento e tratamento da hipertensão arterial em diabéticos, para prevenção da doença cardiovascular e para minimizar a progressão da doença renal e da retinopatia diabética (DIRETRIZES, 2013).

Na investigação de Sampaio et al. (2008), a hipertensão arterial foi a comorbidade mais presente entre os indiví-

duos com diabetes 70,9% em comparação com outras doenças associadas. Na de Otero, Zanetti e Teixeira (2007), 61,1% dos pacientes apresentavam hipertensão arterial associada.

Em Faria et al. (2009), a hipertensão arterial aparece como a principal comorbidade em 56,5% dos pacientes diabéticos, seguida pela dislipidemia, 43,5%, e a obesidade 41,3% dos pacientes. Para King (1981), enfermeiro-paciente são participantes ativos e sua existência na interação afetará o controle das patologias associadas.

Quanto às dislipidemias, foi relatada no presente estudo por 43,3% dos pacientes. Nas Diretrizes (2013), a dislipidemia é um preditor expressivo de doença cardiovascular e deve ser rigorosamente tratada. Ainda como expõe, o tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia reduz substancialmente o risco de complicações do diabetes *mellitus*.

De acordo com a pesquisa de Boas et al. (2012), entre as comorbidades de maior frequência constaram as dislipidemias e a hipertensão arterial sistêmica. Consoante Faria et al. (2013), as principais comorbidades identificadas foram a hipertensão arterial em 81,3% dos pacientes usuários da atenção primária e dislipidemia em 32,4% destes pacientes.

Conforme divulgado, é evidente o impacto social e financeiro do diabetes *mellitus* e se relaciona essencialmente com suas complicações, sobretudo aquelas que acometem os membros inferiores. Nessa perspectiva, a pessoa com diabetes requer um cuidado especial com os pés.

Segundo identificado no presente estudo, 11,7% dos pacientes referiram ter ou já ter tido pé diabético. No Consenso Internacional de Pé Diabético, este é conceituado como infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles



associados a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica nos membros inferiores. Como consta em Audi et al. (2011), na avaliação dos membros inferiores, 16% dos pacientes apresentavam úlceras ou amputações. Mesmo sendo pacientes acompanhados na atenção primária, em nível ambulatorial, mas já se referem à presença de pé diabético.

Apesar de cada ser humano ser único, os indivíduos têm equipamentos similares, com os sentidos, com os quais percebem o ambiente. Um grupo de pessoas pode observar o mesmo evento, mas cada pessoa pode percebê-lo diferentemente (KING, 1981). Assim, as orientações feitas aos pacientes diabéticos são percebidas de diferentes maneiras e dessa maneira alguns as assimilam e outros não e isso acontece em relação aos cuidados com os pés.

Nos países em desenvolvimento, a infecção é, ainda, a complicação mais comum das úlceras, e grande parte destas pode ser tratada ambulatorialmente. As pesquisas recentes expressam uma incidência entre 1,0% e 4,1%, e a incidência de ulceração ao longo da vida nas pessoas com diabetes tem sido estimada em 25%, e 85% das úlceras precedem as amputações (AUDI *et al.*, 2011). Este binômio úlcera e infecção constitui a causa mais comum de internações prolongadas, e concorre para 25% das admissões hospitalares nos Estados Unidos (DIRETRIZES, 2013).

Nos pacientes em estudo, 1,7% havia sofrido amputação, há três anos. Quando se trata de diabetes, um problema de grande relevância é o aspecto mutilador da amputação, pelo impacto socioeconômico global. A cada minuto, ocorrem duas amputações em todo o mundo decorrentes do diabetes (DIRETRIZES, 2013).

Ressalta-se também a retinopatia diabética como uma das mais graves complicações relacionadas ao diabetes *mellitus*. Como constatado, estava presente em 35,0% dos sessenta participantes do estudo. Esta complicação constitui a principal causa de cegueira em pessoas com idade entre 20 e 74 anos. No Brasil, ainda não se tem com exatidão a prevalência de retinopatia, mas sabe-se que, após vinte anos de doença, mais de 90,0% dos diabéticos tipo 1 e 60% daqueles com tipo 2 apresentarão algum grau de retinopatia. De acordo com estudos realizados em diferentes regiões do país, a prevalência é de 24,0% a 39,0% (DIRETRIZES, 2013).

No estudo de Faria et al. (2013), quanto às complicações crônicas, a retinopatia esteve presente em 37,8% e a cardiopatia em 20,3% dos diabéticos.

Já a nefropatia diabética foi identificada em 1,7% dos pacientes, que há três anos realizava hemodiálise, três vezes por semana. Esta complicação crônica do diabetes está associada ao importante aumento de mortalidade, em especial relacionado com a doença cardiovascular (DIRETRIZES, 2013).

Para Fráguas, Soares e Silva (2008), a doença renal crônica e o início do tratamento de diálise englobam situações que comprometem os aspectos físicos e psicológicos, com repercussões pessoais, familiares e sociais. Assim, é necessário reaprender a viver num mundo permeado por procedimentos técnicos, consultas e exames.

Para Zagury e Zagury (2009), quando o diabetes ocorre de forma isolada predispõe o paciente a um alto risco para eventos cardiovasculares, entretanto, quando esta comorbidade coexiste com a hipertensão, o risco de acidente



vascular cerebral e doença coronariana duplica e a ocorrência de estágios avançados da doença renal aumenta 5 a 6 vezes.

No presente estudo, acidente vascular cerebral já acometeu 3,3% dos pacientes. Segundo Zagury e Zagury (2009), a hipertensão, quando está associada a diabetes, aumenta substancialmente o risco de acidente vascular cerebral, retinopatia, nefropatia e doença coronariana.

Nos Estados Unidos, a doença arterial coronariana é uma causa importante de óbitos, e sua primeira manifestação é o infarto do miocárdio ou a morte súbita, em cerca de 25,0% dos pacientes diabéticos (DIRETRIZES, 2013). Na pesquisa ora exposta, nenhum paciente tinha sofrido infarto agudo do miocárdio.

Ademais, 48,0% dos pacientes referiram enfrentar fatores estressantes, seja no cotidiano familiar, seja nas situações de trabalho, seja no enfrentamento da doença.

As complicações crônicas do DM estão cada vez mais frequentes. Entre estas, aumento do risco de doenças cardiovasculares, distúrbios neurológicos, úlceras, amputações, retinopatia e nefropatia, em virtude de alterações nos níveis de glicose. No entanto, o diagnóstico precoce e um plano de prevenção rigoroso podem ser eficazes para reduzir a quantidade de complicações nesta população.

HÁBITOS ALIMENTARES DOS PESQUISADOS

Inegavelmente, pacientes com diabetes sentem dificuldades de seguir as orientações alimentares. Por questões de acessibilidade, por desconhecimento das alimentações recomendadas, por dificuldades financeiras, por não dar im-

portância necessária à doença. Diante dessas situações, deve-se considerar a percepção da pessoa acerca da doença e como esta pode influenciar na melhoria do seu estado de saúde e na adesão ao tratamento. Conforme mencionado, o papel pode ser definido como uma série de comportamentos esperados das pessoas. Como profissional, o papel do enfermeiro é baseado em seus conhecimentos, habilidades e valores da profissão (KING, 1981) busca-se, pois, incentivar a melhora dos comportamentos alimentares dos pacientes em estudo.

Destes pacientes, 78,3% afirmaram seguir uma dieta equilibrada. No estudo de Otero, Zanetti e Teixeira (2007), 61,1% dos pacientes avaliados na atenção básica disseram seguir o plano alimentar.

Quanto ao consumo maior que as necessidades, foi referido por 20,0% dos participantes. O consumo frequente e excessivo de gorduras, açúcar e sal aumenta o risco de doenças como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração (BRASIL, 2008).

Para King (1981), *self* é tudo que eu sou, o que eu penso de mim e o que eu sou capaz de ser e fazer. Constituem a consciência da pessoa de sua existência individual, sua concepção de quem e o que ela é. De pensamentos e sentimentos acerca da sua doença.

No quesito referente ao consumo de açúcar, 36,7% consumiam normalmente o produto, 46,7% faziam pouco uso e 16,6% não usavam. Em relação ao uso de adoçante, 90,0% dos pacientes afirmaram usá-lo em todos os alimentos que necessitavam ser adoçados e ainda, 70,0% disseram controlar a ingestão de doces.



No tangente ao uso de sal, 28,3% o referiram como normal, 68,4% usam em quantidade reduzida e 3,3% esporadicamente. Um ponto positivo encontrado foi que 76,7% não têm a prática de colocar o saleiro à mesa, pois isto induz ainda mais ao uso excessivo de sal. Como divulgado, “o povo brasileiro consome mais de duas vezes o recomendado” (DIRETRIZES, 2013).

Sobre o consumo de gorduras, 90,0% disseram não fazê-lo excessivamente, pois os níveis elevados de colesterol e triglicérides aumentam o risco de complicações aos pacientes diabéticos.

Neste âmbito, a terapia nutricional tem sua importância reconhecida por entidades científicas como um componente essencial para a adesão de estilo de vida saudável. Nas estratégias nutricionais incluem-se a redução energética e de gorduras e o limite da ingestão de bebidas alcoólicas. Ademais, a ingestão de gordura saturada e trans está positivamente associada a marcadores inflamatórios e inversamente à sensibilidade à insulina (DIRETRIZES, 2013).

Sabe-se dos malefícios advindos dos refrigerantes, principalmente nos valores de açúcar e sódio presentes. Quanto ao consumo de refrigerante, apenas 33,3% responderam negativamente, 31,7% faziam uso uma vez por semana. Dos que consomem tal bebida, 80,0% preferem o tipo *diet/light*. Contudo, produtos *diet* ou *light* também podem conter teores elevados de sódio. Assim, é essencial consultar as informações nutricionais nos rótulos (DIRETRIZES, 2013).

Esta prática deve ser sempre adotada, e somada à educação alimentar gera efeitos positivos. Segundo Torres, Roque e Nunes (2011), o processo educativo é fundamental

para o autogerenciamento dos cuidados da doença, e auxilia na redução de complicações crônicas do diabetes. Ainda como identificaram, a educação voltada para a prevenção e o controle do diabetes é um desafio para os pacientes e para os profissionais de saúde.

Para discussão dos problemas detectados na consulta *baseline* do presente estudo, pode-se inferir que os pacientes diabéticos têm desafios quanto à adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso. Isto envolve a necessidade de modificações positivas no estilo de vida adotado, ou seja, é preciso ocorrer transações no processo interativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo contato maior do enfermeiro com os pacientes, este profissional precisa estar apto a reconhecer os diversos sinais e sintomas manifestados pelos diabéticos. A partir dos dados encontrados percebe-se que muitas mudanças comportamentais precisam ser readequadas na vida diária dos pacientes.

Como parte das suas atividades, a enfermeira exerce papel essencial no cuidado às pessoas, principalmente no estímulo ao autocuidado à saúde, no enfrentamento às mudanças ocorridas no decorrer da doença. Cabe-lhe incentivar a melhoria do bem-estar dos pacientes e aumentar a adesão ao processo terapêutico.

Ao refletir sobre o fato de que uma relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e paciente, as metas propostas em comum acordo baseada na teoria, torna-se



uma ferramenta importante na melhor adesão terapêutica do paciente. E quando este paciente sente-se corresponsável por seu tratamento, atua ativamente com poder decisivo nas possíveis mudanças para melhor adesão ao cuidado proposto.

REFERÊNCIAS

AUDI, E. G. et al. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 240-6, 2011.

BOAS, L. C. G. V. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 20, n.1, 08 telas, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. 385p.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes *mellitus*. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.3, p. 231-37, 2013.

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

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. 5 ed., 2012. www.idf.org/diabetesatlas.

KING, J. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process.** Tampa, Florida: Delmar Publishers, 1981, 181p.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396p.

OTERO L. M.; ZANETTI M. L.; TEIXEIRA C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.15, n.especial, 2007.

SAMPAIO F. A. A. et al. Avaliação do comportamento de promoção da saúde em pacientes com diabetes *mellitus*. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.1, p. 84-8, 2008.

ZAGURY L.; ZAGURY R. L. **Tratamento atual do diabetes mellitus.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.



CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Luciana Catunda Gomes de Menezes
Maria Vilani Cavalcante Guedes

Nos últimos anos, o Diabetes *mellitus* (DM) tem sido considerado doença grave e frequente na população adulta, configurando-se em sério problema de saúde pública e desafio para profissionais de saúde.

São marcantes as consequências dessa doença, incluindo as complicações microvasculares, como a neuropatia diabética (ND), que causa perda da sensibilidade, deformidades e traumas superficiais repetitivos, rachaduras na pele ou danos nos pés, muitas vezes não percebidos pelo paciente. Assim, a ND apresenta caráter crônico, ocorre em média dez anos após o surgimento da doença, e, quando associada à isquemia e infecção, pode agravá-la com rapidez imprevisível, ocasionando a amputação dos membros inferiores (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011).

Estudiosos apontam que 75% da população diabética vai apresentar ND em algum momento da sua vida, chegando até 100% no diabético mal controlado, e quando esta não é diagnosticada precocemente e nem controlada, traz em consequência o pé diabético, que é uma temível complicação crônica, mutilante, recorrente, onerosa para o indivíduo e para o sistema de saúde (PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

Diante dessa prevalência, estima-se incidência de 25% das úlceras no pé diabético, ao longo da vida, e 85% dessas lesões são associadas a amputações. A cada minuto, ocorrem duas amputações em todo o mundo decorrentes do DM (TESFAYE; SELVARAJAH, 2012). No Brasil, estima-se haver 40 mil amputações por ano (AUDI et al., 2011).

O tratamento das úlceras diabéticas depende do grau de comprometimento do membro, conforme a presença de isquemia e/ou infecção. Nesse contexto, medidas de prevenção poderiam evitar de 44% a 85% das amputações, somadas ao estímulo ao autocuidado, ao atendimento interdisciplinar e à educação em saúde (TAVARES et al., 2009).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem (CE) tem sido um encontro face a face com o paciente diabético na atenção primária à saúde e constitui importante estratégia para a promoção do autocuidado e para a prevenção dessas complicações. No entanto, verifica-se que, em CE, a prevenção e o manejo dessas lesões são realizados de modo incipiente em decorrência da falta de equipamentos e insumos, assim, o enfermeiro não tem como fazer uma avaliação clínica do pé de forma acurada, direcionando a assistência para a troca de curativos ou simplesmente para orientações básicas sobre a doença, como: cuidados com a alimentação, prática de exercícios físicos, uso correto de insulinas, dentre outras.

Assim, esta reflexão teórica se apresenta como subsídio para o cuidado clínico de Enfermagem, considerando a importância em se abordar a dinâmica da avaliação clínica de risco do pé diabético, além de possibilitar ao enfermeiro informações para melhor cuidar desses pacientes.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO

Com o crescente aumento de pacientes diabéticos no Brasil e no mundo, diferentes estratégias têm sido elaboradas para a prevenção e tratamento do pé diabético. Fica, assim, evidente a necessidade de formulação de uma única diretriz para a abordagem e adoção de medidas preventivas, utilizando princípios da medicina baseada em evidência.

Diante dessa realidade, para o International Working Group on the Diabetic Foot (2011), o cuidado com o pé torna-se um desafio para os profissionais de saúde, e suas diretrizes abordam, principalmente, a prevenção e o tratamento. O Quadro 1 mostra o sistema de classificação proposto pelo consenso, que além de identificar o grau de risco, considera a frequência de avaliação a ser executada pelos profissionais.

Quadro 1 – Sistema de classificação de risco:

| Categoria | Risco | Frequência de Avaliação |
|-----------|--|-------------------------------|
| 1 | Neuropatia ausente | Uma vez por ano |
| 2 | Neuropatia presente | Uma vez a cada seis meses |
| 3 | Neuropatia presente, sinais de DVP e/ou deformidades nos pés | Uma vez a cada três meses |
| 4 | Úlcera prévia | Uma vez entre um e três meses |

Fonte: International Working Group on the Diabetic Foot (2011).

Contudo, de acordo com essa classificação, a ND, a doença vascular periférica, as deformidades no pé, úlcera prévia, segue uma graduação que varia de 1 a 4, conforme ausência, presença e combinação entre estes fatores.

Nestas diretrizes, se estabelece a necessidade de equipes multidisciplinares para o tratamento do pé nos diversos níveis de atenção. Contudo, orienta esses cuidados em cinco estratégias: inspeção e exame regular dos pés; identificação

do pé em risco; educação dos familiares, pacientes e profissionais; uso de calçado adequado; e tratamento da doença não ulcerativa. O consenso orienta a implantação gradual de condutas, inicialmente sem o uso de técnicas sofisticadas, no intuito de identificar quem pode desenvolver úlceras e prevenir a recorrência naqueles que já tiveram lesões.

CUIDADO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DO RISCO NEUROPÁTICO PARA ULCERAÇÃO

Define-se a ND como a presença de sintomas e/ou sinais de disfunção do nervo periférico em diabéticos após exclusão de outras causas (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011). Dentre essas causas, destacam-se: hipotireoidismo, alcoolismo, deficiência de vitamina B, infecções por vírus da imunodeficiência adquirida, hanseníase, síndrome paraneoplásica, amiloidose familiar, e outras (PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014).

Embora considerada a complicação crônica mais frequente no diabético, e apesar de tão comum, a ND ainda é subdiagnosticada e/ou abordada de maneira inadequada, desse modo, favorece o aumento do risco de amputação e mortalidade. Tal fato ocorre devido à dificuldade em excluir as outras causas e também ausência de sintomas no momento do diagnóstico, pois como afirmam Pedrosa, Vilar e Boulton (2014) somente 13% dos indivíduos com ND apresentam intolerância à glicose diminuída.

A ND por ser considerada uma polineuropatia e se apresenta de diferentes maneiras, pela diminuição da sensibilidade que ocasiona perda do mecanismo de proteção contra



lesões traumáticas. Embora os MMIII sejam mais afetados do que os membros superiores, esses últimos são atingidos em fases mais avançadas da doença pelo fato das fibras nervosas dos membros inferiores serem mais longas e, portanto, mais suscetíveis ao dano (SBD, 2012-2013). Independente do tipo, a ND se manifesta em ambos os membros inferiores e predominantes nos pés (DUARTE; GONÇALVES, 2011).

Resultante do espessamento das paredes dos capilares endoneurais, a ND ocasiona a degenerescência dos axônios e isquemia (DUARTE; GONÇALVES, 2011). De maneira geral, acomete 10% dos pacientes no momento do diagnóstico e cerca de 50% ao longo da evolução da doença. Com o tempo de DM, a prevalência aumenta, podendo chegar a 100%, diante, de controle metabólico inadequado (SBD, 2012-2013; PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

A literatura aponta que o acometimento do sistema nervoso pode ser tanto periférico quanto central e, consequentemente, se apresenta de diversas formas clínicas (SBD, 2012-2013). Pode ser considerada clínica quando estão presentes sinais e sintomas, ou subclínica, quando apenas os testes diagnósticos estão alterados. Independentemente do tipo de acometimento nervoso, autonômico ou periférico, a exposição crônica ao estado hiperglicêmico constitui o fator etiológico mais comum (CAIAFA, 2011).

Na verdade, a ND é um conjunto de síndromes diferentes cujas manifestações clínicas dependem do tipo de fibra envolvida e do tipo de alteração que se apresenta. De acordo com seus mecanismos fisiopatológicos, há dois grupos principais: neuropatia sensitivo-motora e neuropatia autonômica (PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

Das duas formas, a mais prevalente é neuropatia sensitivo-motora, e compreende 90% dos casos (BOWFER; PFEIFER, 2002). Sua evolução é lenta e progressiva ao longo dos meses e anos, mas acarreta perda gradual na sensibilidade à dor, na percepção da pressão plantar, na temperatura e propriocepção, e quando associada ao comprometimento motor, tem efeito cumulativo, ocasionando atrofia e fraqueza dos músculos, com conseqüente desequilíbrio nos tendões flexores e extensores, deformidades e alterações no modo de caminhar (OCHOA-VIGO; PACE, 2005; INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011). No início os sintomas são quase exclusivamente sensitivos se mantendo ao longo dos anos. O envolvimento motor acontece nos casos mais avançados da doença. Entre os sintomas neuropáticos sensitivos incluem-se: dormências, dor em queimação, sensação de agulhadas, além de outras, todas comumente exacerbadas à noite, progredindo por anos e envolvendo o pé inteiro até os tornozelos (PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

Diante disso, manifesta-se na sensação de não mais sentir o incômodo da pressão repetitiva de um sapato apertado, a dor de um objeto pontiagudo ou cortante no chão ou da ponta da tesoura durante o ato de cortar unhas. Às vezes esses sintomas podem não se mostrar de maneira clara, pois em alguns pacientes manifestam-se diretamente com a perda total da sensibilidade (SBD, 2012-2013).

Nos sintomas motores, observam-se deformidades como: dedos em garra, dedos em martelo, proeminências de metatarsos e acentuação do arco (CAIAFA et al., 2011).



A neuropatia autonômica constitui a segunda forma mais comum e geralmente ocorre após longo tempo de evolução da doença, porém disfunções subclínicas podem ser detectadas precocemente. Decorrente da lesão dos nervos simpáticos ocasiona perda do tônus muscular, promovendo vasodilatação com aumento da abertura de comunicações arteriovenosas e, conseqüentemente, passagem direta do fluxo sanguíneo da rede arterial para a venosa, causando redução na nutrição dos tecidos (DUARTE; GONÇALVES, 2011).

Dessa maneira, manifesta-se mediante redução do suprimento do suor nos pés, deixando-os secos e predispondo-os a rachaduras e fissuras. Ademais, desencadeia alterações arteriovenosas e pode ser responsável por outros sinais e sintomas do sistema cardiovascular (hipotensão postural, tonteiras, síncope e morte súbita), no sistema gastrointestinal (diarreias de difícil controle, vômitos, constipação, perda do controle esfinteriano, plenitude gástrica e outros) e sistema urogenital (impotência sexual, bexiga neurogênica e outros) (CAIAFA et al., 2011; PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

Contudo, o exame clínico nesses indivíduos visa avaliar a integridade de fibras sensitivomotoras grossas (longas) e finas (curtas), conforme expostos no Quadro 2. Vale ressaltar que as queixas feitas pelos indivíduos têm importância fundamental para a conclusão do diagnóstico.

Quadro 2 – Testes neurológicos e correspondentes tipos de fibras nervosas:

| Sensibilidade | Instrumentos | Tipo de fibra |
|-----------------|--|----------------------------------|
| Dolorosa | Pino, palito | Fibra fina amielínica |
| Frio | Cabo do Diapasão 128 Hz ou tubo de ensaio | Fibra fina levemente mielinizada |
| Quente | Cabo do Diapasão 128 Hz ou tubo de ensaio | Fibra fina amielínica |
| Vibração | Diapasão 128 Hz, Biostesiômetro, Neuroestesiômetro | Fibra grossa mielínica |
| Pressão plantar | Monofilamento 10 g | Fibra grossa mielínica |
| Motora | Martelo | Fibra grossa mielínica |

Fonte: Pedrosa; Vilar; Boulton (2014).

Para avaliar o risco neuropático de ulceração, o International Working Group on the Diabetic Foot (2011) recomenda o uso do monofilamento de 10g, teste semiquantitativo, que pesquisa a sensibilidade protetora plantar. Possui como características fácil aplicabilidade, alta sensibilidade e baixo custo. É um instrumento constituído de fibras de náilon apoiadas em uma haste. Representa o logaritmo (5,07) de 10 vezes a força (em miligramas) necessária para curvá-lo.

Não há consenso na literatura quanto ao número de sítios testados. Contudo, como a ocorrência de úlceras é maior no antepé, o teste é realizado na superfície plantar do hálux, primeira e quinta cabeças de metatarsos bilateralmente (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011), e a ADA (2012) e SBD (2012-2013) incluem a terceira cabeça metatársica. Uma resposta negativa indica SPP ausente. A ausência de SPP traduz um risco 58 vezes maior de ulceração (CAIAFA et al., 2011; PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

Na aplicação do teste de diapasão segue-se o padrão do teste do monofilamento. O paciente é orientado a res-



ponder se sente, dizendo sim ou não, e o local onde sente. Continua deitado e de olhos fechados durante o teste. Para verificar se compreendeu as orientações, faz-se simulação em algum local com extremidade óssea. Uma resposta incorreta para duas perguntas significa ausência de sensibilidade vibratória. Portanto, esse instrumento fornece eficácia semelhante ao monofilamento de 10 g na avaliação da sensibilidade periférica.

Outro método para avaliação da neuropatia, por meio do teste de sensibilidade vibratória, é executado com o aparelho bioestesiômetro ou neuroestesiômetro, o qual quantifica o limiar da sensibilidade vibratória pela amplitude, em volts, do estímulo aplicado. Um limiar > 25 volts aumenta em sete vezes o risco de aparecimento de úlceras. A desvantagem desse instrumento é o alto custo quando comparado ao monofilamento, além de requerer uso de fonte elétrica e manutenção periódica (PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014).

Para o teste de sensibilidade dolorosa procede-se à aplicação de um palito ou pino na unha do hálux, bilateralmente, utilizando força suficiente para deformar a pele. Qualquer insensibilidade observada indica perda da sensibilidade protetora (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011).

O teste de sensibilidade térmica ao frio pode ser feito com o cabo do diapasão ou tubo de ensaio com água fria, e ao calor com água morna. Aplica-se no dorso do pé, observando a sensação relatada pelo paciente (BORGES, 2011).

O teste que investiga a presença do reflexo patelar e aquileu é realizado com uso de um martelo neurológico

básico, e o resultado pode ser presente ou ausente, fornecendo dados mais precisos sobre o pé com sinais de neuropatia (PEDROSA; VILAR; BOUTON, 2014). Ainda existem vários outros testes para determinar o risco de ulceração. Contudo, por sua simplicidade e baixo custo, o teste do monofilamento, é considerado o de escolha e padrão ouro para detecção do pé diabético (DUARTE; GONÇALVES, 2011; PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014).

ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DO DIABÉTICO COM PÉ EM RISCO

A abordagem do paciente diabético com o pé em risco constitui obstáculo para o enfermeiro, principalmente da atenção primária à saúde, visto que muitas vezes não está sendo realizada de maneira adequada, por falta de exame físico minucioso, educação permanente sobre diabetes para profissionais, pacientes e familiares e falta de recursos materiais. Quando executada de maneira adequada, contribui para amenizar o sofrimento e as complicações decorrentes da doença, diminuindo os gastos com assistência especializada.

Muitas vezes essa assistência segue modelo fragmentado, superficial e muitos pacientes procuram, principalmente, as ações médicas, por atribuírem mais credibilidade ao uso de medicamentos, contribuindo para a baixa valorização da prevenção. Como se trata de doença que frequentemente não provoca desconforto imediato, alguns indivíduos não aderem adequadamente à terapia proposta, porque muitas delas incluem mudanças bruscas nos hábitos de vida.



O enfermeiro na atenção primária à saúde desenvolve a consulta de enfermagem (CE) que de acordo com a Resolução n° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, deve ser executada durante a assistência do enfermeiro, como atividade privativa que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar cuidados de enfermagem favoráveis à promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e comunidade.

É sabido que o paciente diabético deve receber acompanhamento da equipe multiprofissional da qual o enfermeiro faz parte e em conjunto todos contribuem com orientações e ensinamentos quanto ao estilo de vida, controle clínico, cuidados diários com os pés e a prevenção de complicações. Destaca-se o enfermeiro como o profissional mais próximo desta clientela, pois se encontra em constante contato com o paciente, prestando-lhe cuidados que envolvem o exame das condições das feridas, além da troca de coberturas, registro sobre evolução de feridas e apoio emocional.

Diante disso, é indispensável promoção de estratégias de educação para o autocuidado desses pacientes. Logo, a educação para o autocuidado no contexto do cuidado clínico é imprescindível ao considerar que 99% dos cuidados diários para tratamento da pessoa com DM são executados pelos pacientes e familiares (SBD, 2012-2013).

Para o International Working Group on the Diabetic Foot (2011), as recomendações esperadas para prevenir o pé diabético baseiam-se nas seguintes instruções: lavar os pés diariamente com água e sabão neutro, secá-los bem com uma toalha macia, prioritariamente entre os dedos, e hidra-

tar com creme à base de lanolina ou óleos vegetais, na região plantar, dorsal e calcanhar, com exceção entre os espaços interdigitais, de preferência, três vezes ao dia.

Quanto aos cuidados dispensados às unhas, recomenda cortar no formato quadrado, reto e horizontal, lixar as pontas, não deixando rente à pele, evitar cortar os cantos e não remover as unhas encravadas. Em caso de unhas encravadas, propõe buscar um tratamento especializado para desencravá-las corretamente.

Tal como a pele, a unha da pessoa com DM mostra-se grossa e deformada, muitas vezes levando ao diagnóstico de onicogribose. Os cuidados com as unhas e leito ungueal podem também ser executados com uso de escovas de cerdas macias (PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014).

Quanto ao uso de pedra pomes ou lixa de papel para remoção de calos, reforça-se a importância do uso de maneira superficial e suave, e que seja feito após o banho com os pés ainda úmidos ou após colocá-los em água morna. É contraindicado o uso de produtos químicos, objetos perfuro cortantes e lixas de metal para remoção de calosidades, em virtude do grande perigo que uma inflamação local representa (CARVALHO et al., 2011).

Em relação ao uso do calçado terapêutico, é importante salientar: em caso de neuropatia, mesmo em ausência de deformidades visíveis, o calçado deve incluir palmilhas feitas sob medida com o objetivo de reduzir e amortizar o efeito da tensão repetitiva e acomodar as deformidades. As características dos calçados terapêuticos incluem: profundidade extra que permita a adaptação de palmilhas removíveis, acolchoados internamente, ausência de costuras interiores e



sistema de fechamento ajustável (velcro ou cadarço), ponta quadrada e saltos de até 3 centímetros, cobrindo totalmente os dedos e o calcanhar e confeccionados com couro macio ou lona (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011). Neste prisma, a SBD (2012-2013) elaborou um Selo de Calçado Adequado, que consiste num conjunto de normas técnicas baseadas em conceitos globais, para que os profissionais de saúde indiquem calçados terapêuticos adequados com base na atividade motora e risco de ulceração.

No tocante ao horário ideal para a compra dos calçados, recomenda-se o período vespertino, em decorrência de maior probabilidade dos pés estarem edemaciados neste horário (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011; PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014).

Quanto ao uso das meias, as recomendações são: limpas, de algodão, sem elástico e sem costura. As meias auxiliam a reduzir a pressão, evitando a fricção e cisalhamento do pé diretamente no calçado, além de absorver o suor dos pés (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011).

Afora todos os cuidados citados com os pés, os pacientes que não aderirem ao tratamento têm probabilidade 50 vezes maior de ulcerar o pé e 20 vezes maior de tê-lo amputado do que aqueles que seguem corretamente as orientações (CAIAFA et al., 2011).

Inegavelmente, essas ações de autocuidado são indispensáveis para a prevenção do pé diabético, pois contribuem para a redução de complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que ainda existem lacunas diante da assistência de enfermagem na avaliação clínica do paciente diabético com pé em risco, na qual a atenção está mais voltada para os cuidados gerais com a doença. Entretanto, é preciso ir, além disso, para prevenir o pé diabético, sobretudo mediante incorporação na consulta de enfermagem da avaliação de risco do pé por meio do exame físico.

Os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde são os profissionais que estão na porta de entrada no sistema de saúde do país. Contudo, isso não deve inviabilizar o propósito dos enfermeiros em desempenhar com competência as atividades no cotidiano e manter como meta a qualidade da assistência de enfermagem. Para o cuidado ao paciente diabético com pé em risco o enfermeiro deve fazer sempre o possível para evitar uma amputação, mesmo na ausência de equipamentos, materiais e medicamentos, estrutura física, organização do serviço e educação permanente.

São imprescindíveis à prática do enfermeiro interesse, compromisso e ética, e a falta de condições deve ser discutida com a gestão do serviço posto que estas se configuram como um conjunto de problemas de ordem objetiva e subjetiva para o desempenho de uma assistência com qualidade. Desse modo, os enfermeiros envolvidos no atendimento do cuidado às pessoas com DM em vigência do pé em risco devem estar implicados na qualidade do cuidado. Assim, sua articulação pode promover mudanças significativas para a qualidade de vida dessas pessoas.

Finalmente, propõe-se gerar subsídios para a avaliação clínica do pé em risco, com utilização de instrumentos



testados e proposta de cuidados clínicos de enfermagem. Será um meio de contribuir para a melhoria da qualidade da consulta ao paciente diabético, além de proporcionar contribuições importantes na prevenção de lesões nos pés das pessoas com DM, atentando, principalmente, para a detecção precoce das complicações, por meio de orientações promovidas adequadamente e cuidados mais específicos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Medical management of type 1 diabetes**. Alexandria, VA, 2012.

AUDI, E. G.; MOREIRA, R. C.; MOREIRA, A. C. M. G.; PINHEIRO, E. de F. C.; MANTOVANI, M. de F.; ARAÚJO, A. G. de. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 240-246, abr./jun.2011.

BOWKER, J. H.; PFEIFER, J. H. **O pé diabético**. 6. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2002.

BORGES, E. L. **Úlceras dos membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária à saúde nos Estados**. Brasília, 2012. 304 p. (CONASS Documenta, 24).

CAIAFA, J. S.; CASTRO, A. A.; DIDELIS, C.; SANTOS, V. P.; SILVA, E. S. da; SITRÂNGULO JR., C. J. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. Vasc. Bras.**, v. 10, n. 4, p. 1-32, 2011. Suplemento 1.

CARVALHO, G.; BARRETO, A.F.; CARLOS, D. Pé diabético e assistência de profissionais de saúde: revisão. **Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v.15, n.3, p.197-208, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 out. 2010.

DUARTE, N.; GONÇALVES, A. **Pé diabético**. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, v. 7, n. 2, p. 67-79, 2011.

INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT. [S.l.], 2011. 1 DVD.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 100-109, 2005.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 100-109, 2005.

PEDROSA, H. C.; VILAR, L.; BOULTON, A. J. M. **Neuropatias e pé diabético**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 302 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 4. ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2012-2013.

TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida de idosos diabéticos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2010.

TESFAYE S.; SELVARAJAH, D. Advances in the epidemiology, pathogenesis and management of diabetic peripheral neuropathy. **Diabetes Metab. Res. Rev.**, v. 28, p. 8-14, 2012. Supplement 1.



QUALIDADE DE VIDA E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Ana Virgínia de Melo Fialho
Dafne Paiva Rodrigues
Maria Vilani Cavalcante Guedes
Francisca Diana Mácia de Oliveira
Natália Gondim de Almeida
Paulo César de Almeida

Na atual conjuntura da sociedade capitalista e globalizada existe a exigência de uma mão de obra qualificada e produtiva. Os profissionais buscam, não só satisfação pessoal e profissional, mas também *status*; de modo que quem não se enquadra nessas funções (qualificado e/ou produtivo) perde espaço e visibilidade. O trabalho passa assim a relacionar-se diretamente à Qualidade de Vida (QV).

Elias e Navarro (2006); Schmidt e Dantas (2006); e Farias e Zeitoune (2004) abordam a Qualidade de Vida especificamente no Trabalho (QVT), destacando-o como um indicador importante de QV, em virtude do peso que a atividade laboral exerce na sociedade, submetendo os trabalhadores, muitas vezes, a condições precárias como: baixos salários, carga horária excessiva, desvalorização profissional por medo de não se enquadrarem nas exigências sociais.

Outro determinante relevante em relação à QV é a saúde, tendo em vista toda a subjetividade que permeia o

conceito, já que esta não é apenas o completo bem-estar físico, mental e social. Corroborando com a inferência, Souza et al. (2010, p. 195) expressa que “saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, como podemos reconhecer em nosso cotidiano e com o qual pesquisadores e cientistas concordam inteiramente”.

Embora tenha sua singularidade, saúde é sem dúvida um ponto deveras importante quando se quer avaliar QV. Como se pode ter QV se não se tem “saúde”? E o que é ter “saúde”? O estado de saúde, individualmente interpretado, reflete no trabalho, nas relações familiares e sociais, nas aspirações pessoais e na satisfação das necessidades individuais. Com base no que cada um considera “saúde”, esta influenciará em maior ou menor intensidade no conceito de QV.

Tão evidente é o valor de saúde na avaliação da QV que grande parte dos estudos de avaliação de QV o fazem em situações que envolvam algum problema de saúde, como mostram os estudos de Dantas, Sawada e Malerbo (2003) e Oliveira et al. (2007) em revisões integrativas realizadas sobre a produção brasileira acerca do tema. Para Souza et al. (2010), a saúde é uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida, pois é reconhecidamente o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal.

Posta entre esses dois determinantes de relevância da QV (saúde e trabalho) encontra-se a Enfermagem, uma profissão das Ciências da Saúde com intenso cunho humanista, que tem como essência o cuidado humano, o qual se preocupa com o outro, demandando promover a saúde e prevenir doenças, fomentar conforto e segurança, satisfazer as necessidades individuais.



Será, no entanto, que as necessidades do profissional enfermeiro estão sendo satisfeitas? O quanto a QV depende da satisfação dessas necessidades?

Sabe-se que estes profissionais passam por diversas tensões e ansiedades em seus ambientes de trabalho, em decorrência de fatores, como longas jornadas de trabalho, carência de recursos materiais e humanos, riscos ocupacionais, falta de reconhecimento, desvalorização do seu trabalho e baixa remuneração, dentre outros (NEVES et al., 2010).

Com as condições de trabalho precárias, os enfermeiros desdobram-se para cuidar de seus clientes, procurando satisfazer as necessidades e proporcionar uma melhor QV, enquanto suas necessidades pessoais de descanso, lazer, aperfeiçoamento, dentre outras, se tornam secundárias, influenciando na sua própria QV.

Considerando essas reflexões, o objeto deste estudo foi a qualidade de vida de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem, na tentativa de responder à questão-problema: A qualidade de vida das enfermeiras tem relação com o desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem?

Ressalta-se que Cuidado Clínico de Enfermagem, é um constructo em discussão nas disciplinas teórico-filosóficas do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, na tentativa de definir seus atributos; e considerando que uma definição deve ser clara, positiva e breve; e que não deve se referir a características superficiais, mas, à essência (PASCAL, 2000); a pesquisadora propõe uma definição para cuidado clínico de enfermagem.

Cuidados clínicos de enfermagem são ações respaldadas no conhecimento científico, com bases éticas e filosóficas, desenvolvidas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, almejando o crescimento e a realização pessoal de cada ser humano.

O estudo se justifica por permitir às enfermeiras identificar que as condições de trabalho a qual estão submetidas interferem em suas QV e no desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem.

A relevância do estudo se dá por favorecer a busca individual do profissional por melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e qualitativa prestação do cuidado clínico de enfermagem, pois profissionais satisfeitos em suas necessidades individuais trabalham mais e com qualidade.

Destarte, o estudo objetivou averiguar a relação da qualidade de vida com o cuidado clínico de enfermagem prestado.

A pesquisa é de cunho descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição pública de referência em atenção terciária na cidade de Fortaleza – CE, nas unidades de emergência, centro cirúrgico (CC), clínica médica e unidade de terapia intensiva (UTI).

A escolha das referidas unidades (UTI e centro cirúrgico) dá-se pelo fato de serem unidades de cuidado de maior complexidade e, por conseqüência, geradoras de estresse, bem como pelo fato de demandarem esforço físico, pois envolvem movimentação e transferência de pacientes sedados e anestesiados, conforme citam Paschoa; Zanei; Whitaker, (2007) e Schmidt; Dantas, (2006). Essas unidades envolvem também desgaste psicológico por possuir uma rotina de in-



certezas, instabilidade e imediatismo (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007). A unidade de emergência tem como principais estressores o número reduzido de profissionais de enfermagem, a necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido e até mesmo falta de experiência dos supervisores, dentre outros citados por Batista e Bianchi (2006).

Optou-se por uma população exclusivamente feminina, não somente por ser a Enfermagem composta em sua maioria por mulheres, mas também porque “grande parte do contingente dessas trabalhadoras está sujeito a vivenciar conflitos em razão das exigências profissionais e de sua vida pessoal, em razão da dupla ou tripla jornada de trabalho” (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007, p. 306).

A população foi composta por 167 enfermeiras. Para tanto, utilizou-se como critério de inclusão o trabalho na unidade há no mínimo um ano, de forma que as relações sociais pudessem ficar mais consolidadas. Como critérios de exclusão: enfermeiras que estavam de férias ou de licença no período da coleta e aquelas que exerciam somente funções gerenciais. Para a entrevista, foram escolhidas 35 enfermeiras pelo critério de acessibilidade e pela disponibilidade em participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2012 e as enfermeiras responderam à questão: Como você relaciona sua QV com o cuidado clínico prestado por você?

As entrevistas foram estudadas de acordo com a Análise de Conteúdo, de Bardin, utilizando a técnica de análise categorial “que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamen-

tos analógicos” (BARDIN 2010, p. 199). A categorização - classificação dos elementos constitutivos de um conjunto primeiro por diferenciação e depois o reagrupamento por analogia - se deu por categorias temáticas (BARDIN, 2010).

Identificaram-se os núcleos de sentido que mais apareceram nas entrevistas e mostravam relação entre a QV e o cuidado clínico; agruparam-se em subcategorias menores que deram origem a duas categorias: a QV influencia o cuidado clínico de enfermagem; e o cuidado clínico de enfermagem influencia a QV.

Considerando as determinações emanadas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, respeitando os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, recebeu parecer favorável com o n.º. 11584461-9.

As enfermeiras do estudo foram questionadas sobre qual a relação entre a QV e o cuidado clínico desenvolvido por elas. Os achados mostram que essa relação sucede de duas maneiras: a QV influenciando o cuidado clínico; e a relação inversa, o cuidado clínico é que influencia a QV das enfermeiras, essa influência pode ser de forma positiva ou negativa, enfatizando a subjetividade presente nessa relação.

Em razão da dificuldade em se conceituar cuidado clínico de enfermagem, já explanada, na maioria das vezes, o cuidado clínico de enfermagem foi utilizado como sinônimo de: assistência de enfermagem, ações de enfermagem e cuidado de enfermagem; e também por se entender que estão todos intrinsecamente relacionados, não tendo como desvinculá-los *a priori*.



A partir das falas das enfermeiras, originaram-se duas categorias.

A QV INFLUENCIA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Nesta categoria, a partir dos seguintes núcleos de sentido “acaba influenciando um pouco no cuidado clínico com o paciente”; “eu tenho que estar bem para eu cuidar do meu paciente”; surgiu a subcategoria Se não estou bem, não cuido bem, revelando que a QV influencia o desenvolvimento do cuidado clínico:

- [...] quando você está muito atarefado, muito sobrecarregado, seja de tarefas em casa ou de trabalho, seja o que for, (...) eu acho que acaba influenciando um pouco no cuidado clínico com o paciente; (...) quando eu estou mais descansada, mais tranquila, tudo flui melhor, então assim, a questão realmente do cansaço, da sobrecarga de trabalho e das outras atividades eu acho que acaba influenciando muito no cuidado dispensado ao paciente. *E08UTI*

- [...] mas assim, acho que quando a gente está bem consigo mesma a gente pode proporcionar um cuidado melhor. É a qualidade também do cuidado. Então se eu estou bem, se eu não estou cansada, porque é diferente você dormir em casa e vir para o plantão cuidar de seu paciente (...) Então eu acho que influencia demais. Eu tenho que estar bem para eu cuidar do meu paciente... *E24CC*

Percebe-se pelos depoimentos que, quando a QV está baixa, interfere de forma negativa no cuidado clínico, a sensibilidade humana fala mais alto e, quando não se está bem, passa-se isso para o paciente ou não se presta o cuidado clínico como deveria ser feito.

Isso acontece porque, pela condição de humanos, as pessoas são seres providos de razão e emoção, e estas se intensificam nas relações com os outros. De acordo com Baggio (2007), o ser humano é relacionável, depende das relações sociais e da interação com a família, os amigos, os colegas, e até com quem não se conhece. O tipo de relação com estas pessoas dependerá de como cuidamos de nós, pois se precisa estar bem consigo para se estar bem com o próximo.

Algumas destas enfermeiras também concordaram com a noção de que, quando a QV está afetada negativamente, o ser humano deixa transparecer, porém elas expressaram a ideia de que se esforçam para não passar isso ao paciente e assim não interferir no cuidado clínico de enfermagem, por meio dos núcleos de sentido “passar o melhor de mim para os meus pacientes”, “dar o máximo de mim para o meu paciente”, originou-se a subcategoria Tenta não passar para o paciente.

- Não assim eu tento passar o melhor de mim para os meus pacientes, então mesmo assim eu estando, por exemplo, no momento eu estou doente, (...) Mesmo assim eu estou tratando meus pacientes como se eu estivesse cem por cento, então eu tento passar para eles sempre que eu estou bem, é isso. *E15CM*



- Assim, eu tento não misturar muito, não é; assim tento quando chegar aqui tentar dar o máximo de mim para o meu paciente e tudo; mas claro que quando você está muito cansado reflete muito, você não consegue dar cem por cento entendeu? Você não consegue fazer o melhor no cuidado, não consegue. Quando você está muito cansada, quando você está chateada com alguma coisa do trabalho ou em casa, isso reflete; eu tento não refletir, mas de vez em quando acontece. *EO4UTI*

Considerando que as enfermeiras disseram que tentam não transparecer que sua QV afetada interfira no cuidado, os depoimentos reforçam o pensamento de Noddings (2003), quando exprime que, quando se cuida considera-se o ponto de vista do outro, suas necessidades objetivas e o que ele espera de nós. Nossa absorção mental deve estar no objeto de cuidado e não em nós mesmos.

A enfermeira 04 afirmou que, mesmo tentando não deixar que seus problemas influenciem no desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem, isso acontece. É outra vez a sensibilidade humana falando mais alto, porque, por mais que se tente separar o lado emocional do racional, no cuidado muitas vezes a emoção se revela e a razão não responde.

Os depoimentos chamam a atenção, não para o fato de o cansaço físico estar desmotivando as enfermeiras, mas para refletir como o cuidado clínico de enfermagem é desenvolvido. Que cuidado é esse que não proporciona prazer, que não envolve dedicação, feito por obrigação, automático?

Em que condições as enfermeiras estão trabalhando, a que situações estão se submetendo para o cuidado deixar de ser cuidado e se tornar uma obrigação? Onde está a essência da enfermagem?

O verdadeiro cuidado proporciona prazer, alegria, satisfação de dever moral (sem obrigação) cumprido. Essa realidade na qual o cuidado está sendo feito por obrigação precisa ser mudada, mas só depende do próprio enfermeiro envolver-se com o cuidado e fazer-se reconhecer.

O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM INFLUENCIA A QV

Algumas enfermeiras relataram que a relação QV e cuidado clínico ocorria no sentido inverso - é o cuidado clínico de enfermagem que influencia a QV delas. Dentro desta categoria, os núcleos de sentido, “eu saio daqui cansada” e “tem dias que é muito estressante” expressaram que o cuidado clínico de enfermagem influencia suas QV de forma negativa, originando a subcategoria Cuidado clínico influencia negativamente a QV.

- [...] eu vejo assim bem forte, não só, porque quando eu saio daqui pronto, você vai procurar ter sua vida, a minha vida, mas que diretamente está ligada porque eu saio daqui cansada, tem todo um contexto de descansar, como a questão de passear, de assistir um filme, de ter condições de usufruir de coisas externas que me proporcionem prazer para poder eu transmitir mais para as pessoas. E28EM



- Bom, assim, eu acho que devido a esse setor ser assim a emergência, bem estressante, tem dias que realmente assim influencia na QV, eu não vou mentir não. Assim como eu estou te dizendo, é a emergência, é o setor mais estressante do hospital (...) É como eu estou dizendo, têm dias que é muito estressante isso influencia muito. (...) Eu desenvolvi fibromialgia, e foi justamente por conta só do estresse daqui, é muito estressante... E29EM

Por serem as unidades estudadas geradoras de estresse físico e psicológico, conforme já comentado, o depoimento E29EM enfatiza o cuidado clínico como desgastante e propício ao desenvolvimento de problemas de saúde. Dessa forma o cuidado clínico é visto como ameaçador à QV das enfermeiras pesquisadas.

A enfermeira E28EM expressa a ideia de que o cuidado clínico influencia de forma negativa sua QV, porque afeta sua vida social, pois os momentos de lazer são prejudicados pelo cansaço decorrente da jornada de trabalho.

Percebe-se pelos depoimentos que o cuidado está sendo substituído pelo trabalho. Não é o desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem que influencia negativamente a QV das enfermeiras, mas o excesso de trabalho em si. O trabalho está ganhando mais importância e tirando a verdadeira essência do cuidado. Nesse sentido, Medeiros *et al.* (2006) dizem que a ênfase exagerada na vida profissional traz consequências sérias para a própria sociedade, na medida em que esta perde muito da afetividade do convívio familiar e social.

Originou-se também a subcategoria Cuidado clínico influencia positivamente a QV, expressada pelos núcleos de sentido “isso melhora sim a QV”, “isso me faz bem”, em que as enfermeiras assinalaram que o cuidado clínico de enfermagem influencia de forma positiva suas QV.

- Não eu vejo assim que, quando a pessoa trabalha com amor, dedicação, e se satisfaz no trabalho, (...) eu tenho prazer e gosto de prestar assistência ao paciente, e quanto melhor você servir o paciente, você vai ter um retorno melhor, uma gratificação melhor no teu trabalho, você é reconhecida, o paciente te reconhece como um bom profissional, te respeita, isso melhora sim a QV, é o retorno, acredito que sim, você se satisfaz no teu ambiente de trabalho. E17CM

- Eu acho que atende o conceito que eu tenho de QV (...) no momento que eu vejo que o cuidado que eu estou prestando tem sucesso, que eu vejo um paciente saindo bem, que eu vejo que eu estou contribuindo para recuperação, então isso me faz bem, porque realmente eu exerço a profissão que eu escolhi, eu sou muito feliz, gostaria que ela fosse melhor reconhecida, mas contribui nesse sentido, de isso me tornar feliz como profissional. E13UTI

A assistência de Enfermagem expressa pela palavra “isso” nos depoimentos, e interpretada aqui como o “isso” sendo o cuidado clínico de enfermagem é fonte de prazer e satisfação, influenciando positivamente e melhorando a QV



das enfermeiras. Nota-se aqui mais um ponto marcante da subjetividade humana, em que as situações assumem valores e importâncias diferentes, dependendo da percepção e das experiências de vida de cada um. Enquanto para algumas enfermeiras o cuidado clínico prejudica suas QV, para outras, ele é visto como fator promotor, como aliado a melhorar sua QV.

O cuidado clínico de enfermagem influenciando positivamente a QV das enfermeiras pode ser interpretado também como a valoração moral do trabalho. De acordo com Dal Pai e Lautert (2008) a satisfação de estar trabalhando, o prazer de sentir-se útil confere relevância ao desempenho profissional.

Estudo desenvolvido com enfermeiras do serviço de emergência, de Dal Pai e Lautert (2008), expressa que a capacidade de “salvar vidas” das enfermeiras de emergência traz recompensas sociais de gratidão e admiração a essas profissionais, atribuindo-lhes “poder” diante do desafio de salvar. Nessa mesma linha de raciocínio, os depoimentos E17CM e E13UTI deixam transparecer essa satisfação e o orgulho pelo trabalho que realizam.

As condições de trabalho afetam a vida das enfermeiras consideravelmente, evidenciando-se como fragilidades na QV. Isso mostra que, mesmo que existam instrumentos próprios para avaliar QV geral e QV no trabalho, não há como separar a vida profissional da vida particular, pois uma influencia a outra.

A QV está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem. O cuidado é expresso de maneira relacional, numa atitude de preocupação e

de se importar com o outro. Nesse sentido, a enfermeira precisa estar bem consigo mesma para que haja a efetivação do cuidado. Conforme elas mesmas expressaram, quando não se está bem, ou seja, quando a QV está afetada, o cuidado clínico de enfermagem fica prejudicado, porque, por mais que se tente não deixar influenciar, a sensibilidade humana se desvela.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 409-415, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, jul./ago. 2006.

BRASIL - MS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das Profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 16, n. 13, p. 1-7, mai./jun. 2008.

DANTAS, R. A. S; SAWADA, N. O; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

ELIAS, M. A; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p.517-525, jul./ago. 2006.



FARIAS, S. N. P; ZEITOUNE, R. C. G. A interferência da globalização na qualidade de vida no trabalho: a percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 386-392, dez. 2004.

MEDEIROS, S. M.; RIBIERO, L. M.; FERNANDES, S. M. B. A.; VERAS, V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 08, n. 02, p. 233 - 240, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm Acesso em 15/11/2012.

NEVES, M. J. A. O; BRANQUINHO, N. C. S. S; PARANGUÁ, T. T. B; BARBOSA, M. A; SIQUEIRA, K. M. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 42-47, jan./mar. 2010.

NODDINGS, N. **O Cuidado uma abordagem feminina à ética e à educação moral**. Tradução Magda Lopes. São Leopoldo, RS. Editora Unisinos, 2003.

OLIVEIRA, C. J.; PEREIRA, C. A. R.; PONTES, J. N. C.; FILHO, A. V. M.; MOREIRA, T. M. M. Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 2, p. 496-505, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a16.htm>. Acesso em 21/06/2011.

PASCAL, I. **A arte de pensar**. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PASCHOA, S; ZANEI, S. S. V; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, jul./set. 2007.

SCHMIDT, D. R. C; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan./fev. 2006.

SOUZA, S. S. et al. Viver com doença crônica em uma comunidade pesqueira. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 194-199, mar./abr. 2010.

CUIDADO DO BEBÊ COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO DE SI: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS

Dafne Paiva Rodrigues
Lidiane Colares Monteiro
Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa
Albertina Antonielli Sydney de Sousa
Anna Laurita Pequeno Landim
Alana Santos Monte

O puerpério configura-se como um período marcado por mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, suscitando, assim, novas adaptações e reajustes interpessoais (SILVA et al., 2009a). Esse período demanda cuidados específicos de saúde, realizados, em grande parte, pela equipe de enfermagem (SOARES; ZEITUNE, 2012); esta, por sua vez, participa dessa etapa proporcionando atenção, conforto e orientação à mulher sobre as alterações ocorridas.

Orientações com relação aos cuidados com o próprio corpo são essenciais para que a mulher compreenda a importância de cuidar de si mesma, para ter condições de cuidar do filho. Nesse momento, é importante que o enfermeiro esclareça dúvidas e oriente a mulher nas ações de cuidado de si que podem e devem ser exercidas durante o puerpério.

O cuidado de si é entendido como a arte da existência, ou seja, princípio segundo o qual convém ocupar-se de si mesmo derivando em imperativos sociais e elaborando saberes coletivos (KAHLMAYER-MERTENS, 2006).



Para os gregos da Antiguidade, o cuidado de si significava a busca no comportamento da vida social e pessoal e direcionava o viver de cada pessoa, sua conduta, sua moral. Com o advento do Cristianismo, seu comportamento passou a ser conduzido por normas, buscando a estética da existência (FOUCAULT, 2007).

São as técnicas de si que permitem aos indivíduos efetuarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser; de transformarem-se a fim de atender certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade (FOUCAULT, 2007).

O cuidado de si só é questionado ou valorizado e percebido como essencial para o ser humano a partir do momento que as pessoas tomam consciência do seu direito de viver e do estilo de vida que têm, visto que, no dia a dia, quando se encontram aparentemente bem e saudáveis, não dão a devida importância ao constante exercício do cuidar de si (SILVA et al., 2009b).

Quando o cuidado de si é relacionado com o cuidado do outro, a relação do cuidado assume a perspectiva de cuidar de si ao cuidar do outro, no qual o indivíduo se desenvolve e, portanto, colabora para que o outro também se desenvolva (SILVA et al., 2009b). Dessa forma, quem cuida de si adequadamente tem possibilidade de conduzir um cuidado ao outro. O cuidado de si permite conhecer-se e conhecer também quais são suas limitações e obrigações nas diferentes relações que desenvolve (SOARES; ZEITUNE, 2010).

O pensar das puérperas sobre sua saúde, preocupação com o corpo e com a alimentação, relaciona-se mais ao fato de que a saúde do bebê é influenciada diretamente pela própria saúde, devido à dependência que a criança tem com a mãe, por conta do aleitamento materno. No puerpério, a mulher passa a priorizar tudo o que se relaciona ao bebê, em detrimento dos cuidados consigo (SILVA et al., 2009a) e o interesse no cuidado de si está diretamente relacionado com o bem-estar do filho, ficando em segundo plano o cuidado ao ser-mulher.

Diante disso, a partir do cuidado de si para mulheres que vivenciam o período puerperal, foram abordadas, neste estudo, as mulheres em puerpério imediato e identificadas quais as ações desenvolvidas com relação ao cuidado de si. Nesse contexto, surgiu o seguinte questionamento: o que as puérperas entendem pelo cuidado de si no puerpério?

Para auxiliar na busca de respostas à supracitada questão de pesquisa, adotou-se a Teoria das Representações Sociais (TRS), uma vez que esta traz à luz o conhecimento produzido no cotidiano dos sujeitos sociais, permitindo adentrar nos seus universos imaginários e simbólicos (MOSCOVICI, 2012). A TRS consiste em uma maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento social, que ocorre através do contexto concreto em que se situam os indivíduos e os grupos, sobretudo, da comunicação que se estabelece entre eles, pela bagagem cultural de cada um, pelos valores e ideologias (JODELET, 2001).

Posto que o período puerperal se constitua em uma fase arraigada de modificações tanto no contexto biológico como de relações da mulher, ressaltando-se sua relação consigo mesma, com o bebê e com as pessoas que a cercam, é de



suma relevância que a ela seja orientada quanto ao cuidado de si para vivenciar este período de forma mais harmônica.

Logo, o estudo dessa temática se revela importante tanto para a sociedade quanto para os profissionais de saúde, que deverão compreender a puérpera e auxiliá-la no cuidado de si, por meio da implementação de ações inovadoras e eficazes de promoção deste cuidado, compreendendo o seu contexto de vida e relações. Isto posto, o presente estudo tem como objetivo apreender as representações sociais de mulheres em puerpério imediato sobre o cuidado de si.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa norteada pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012; JODELET, 2001), realizada com puérperas internadas na unidade de alojamento conjunto de uma maternidade pública de atenção secundária, localizada no município de Fortaleza, Ceará, inserida na Secretaria Executiva Regional (SER) VI.

As participantes da pesquisa foram selecionadas conforme os seguintes critérios de inclusão: puérperas com idade acima de dezoito anos e internadas em alojamento conjunto no período da coleta dos dados. Foram excluídas puérperas soropositivas e mulheres que tiveram complicações no parto, resultando em natimorto.

Após a aplicação dos critérios, 23 puérperas foram escolhidas aleatoriamente para aplicação de entrevista semiestruturada, registrada com auxílio de um gravador, que foi determinada segundo o processo de saturação teórica, o qual representa o momento em que o aparecimento de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado, permitindo validar um conjunto de informações (THIRY-CHERQUES, 2009).

Os dados foram coletados em horário mais adequado às puérperas, quando estavam disponíveis, e que não estivessem realizando atividade de cuidados ao recém-nascido ou a ela própria. A anuência de participação da pesquisa foi obtida mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes e elas foram identificadas com números, obedecendo à ordem em que foram entrevistadas, precedida pela letra E, a fim de manter o anonimato.

Para a entrevista, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: o que é para você cuidar de si? Que ações relacionadas ao cuidado de si você realiza?

Os conteúdos emergidos das entrevistas foram submetidos à técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, após a leitura das gravações, garantindo o máximo de fidedignidade às verbalizações coletadas. A análise foi iniciada com a reunião de todas as entrevistas para a constituição do *corpus* e realizadas leituras livres. Em seguida, foram realizadas leituras detalhadas e orientadas pelo objetivo para compreensão mais detalhada e aprofundamento dos significados dos conteúdos.

Depois de identificados os fragmentos das descrições que expressavam o fenômeno, o material foi agrupado em categorias, as quais foram descritas e interpretadas por inferências com a literatura pesquisada, embasada na TRS.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o parecer de número 10725976-1. Foram respeitados os preceitos éticos preconizados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se analisar os sentimentos e significados expressos nos discursos das entrevistadas sobre as representações sociais do cuidado de si, emergiram duas categorias: *Cuidando de si como mulher: a importância de cuidar primeiro do filho*, e *Cuidando de si no pós-parto: “cuidar de mim para poder cuidar do meu filho”*.

Algumas mulheres separavam o cuidado que tinham consigo, no cotidiano, com o cuidado que deveriam ter a partir desse momento, enquanto puérperas. Já outras não souberam fazer essa distinção, relacionando os cuidados consigo como sendo os cuidados que deveriam ter com o filho.

Cuidando de si como mulher: a importância de cuidar primeiro do filho.

Durante o puerpério é comum que a mulher direcione a maior parte de sua atenção para os cuidados com o filho recém-chegado. A atenção sobre si fica em segundo plano, importando apenas os cuidados que estão diretamente relacionados ao bem-estar da criança. Por esse motivo, muitas vezes quando foram questionadas sobre os cuidados que realizavam consigo, as mulheres se voltavam para o momento presente do puerpério.

Mesmo esclarecendo que uma das questões da pesquisa referia-se a ela enquanto ser-mulher, e não necessariamente ao ser-mãe, ainda assim se referiram aos cuidados que devem ser realizados no período pós-parto: “[...] eu tenho que tomar bastante banho, prestar atenção onde se senta, onde anda [...] me cuido tendo repouso” (E-2). “Cuidar de

mim é ter um bom resguardo, é vir pras consultas, ir pra revisão de parto, que é importante” (E-6). “[...] é mais minha parte da higiene, que eu gosto muito de tomar banho, de me cuidar bastante” (E-11). “Nesse momento preciso manter a higiene melhor possível, eu faço três asseios por dia, ou mais, com asseptol, pra ficar bem, porque foi ponteadado, pra sarar mais rápido. Além da higiene, tem a alimentação, tenho que me alimentar bem na hora certa” (E-20). “Em termos de higiene, eu gosto de cuidar, de ir ao ginecologista, perguntar, me informar, porque já tive um problema com RVDL [VRDL], então já passei por isso com meu outro filho” (E-23).

Nas falas, identifica-se a presença de termos técnico-científicos para definir os cuidados consigo, onde referem a higiene e o acompanhamento médico como sendo os cuidados necessários no período puerperal. Pode-se inferir que a presença de termos científicos nos discursos foi construída de acordo com as vivências de cada puérpera, relacionado com a prevenção de infecções e de doenças, tais como a sífilis, esta última evidenciada pela menção ao exame de VDRL.

A utilização dos conceitos científicos passa a fazer parte da linguagem comum, quando os indivíduos buscam sentido para os referidos termos no mundo consensual e os ajustam ao seu contexto social. Não há dúvida de que as informações sobre saúde circulam através de várias fontes e espaços, seja pelos profissionais, pela mídia ou pelos próprios usuários do sistema de saúde, membros da sociedade, contribuindo para a formação de saberes e representações (MOSCOVICI, 2012; JODELET, 2001).



Quando indagadas com relação aos cuidados que realizavam com o próprio corpo, em sua vida cotidiana, independente do período puerperal, algumas mulheres relataram que se preocupar com beleza e aparência física nesse momento não era importante: “Cuidar de mim não tá sendo muito importante, porque pra mim, cuidar dela está sendo o mais importante” (E-5). “Os meus cuidados comigo é esse, mais com relação à saúde, eu não ligo pra esse negócio de maquiagem, essas coisas de beleza não, eu não ligo muito pra isso não” (E-11). “Me cuido muito pouco porque eu trabalho o dia inteiro, então o máximo que eu podia fazer é ir no salão rapidinho pra fazer o básico, pra arrumar o cabelo [...]” (E-14).

No período puerperal, a mulher passa a priorizar tudo que se relaciona ao bebê, em detrimento dos cuidados consigo mesma. Esse fato evidencia-se na visão dicotomizada da puérpera com relação à ideia de cuidar do bebê como prioridade em relação ao cuidado de si. A ideia do cuidado do bebê como prioridade também traz o caráter cultural da fragilidade e dependência do pequeno ser, e a mãe que tem como função garantir sua saúde (SILVA et al., 2009a).

Dentre a maioria das puérperas, que consideravam que o cuidado de si estava refletido como o cuidado ao bebê, somente duas delas achavam importante a preocupação com o próprio corpo, relatando desejo de continuar se cuidando mesmo após a maternidade: “[...] é importante me arrumar, porque depois que a gente tem filho, não pode se desleixar [...]” (E-7). “Nesse momento, queria me cuidar mais, como fazer unhas, essas coisas, beleza, eu gostaria realmente de me cuidar, ir no salão, ajeitar o cabelo, porque depois que

eu engravidei não usei nada de química, mas agora eu tenho que me cuidar também, um pouco mais, olhar pra mim, ir a academia por que a barriga fica inchada” (E-19).

Ao analisar as entrevistas das puérperas com relação ao cuidado no período pós-parto, para grande parte das entrevistadas, o cuidar do corpo está associado ao desejo de que ele volte às condições pré-gravídicas, uma preocupação com a beleza e a vaidade feminina se fazem presentes (SILVA et al, 2009a).

Segundo Secchi, Camargo e Bertoldo (2009), o corpo feminino é representado como algo que deve ser dotado de beleza, magreza, poder e *status*, exercer atração e, além disso, ser saudável. Essas representações determinam dentro do grupo atitudes e comportamentos de busca por essa perfeição, o que pode gerar insatisfação com a autoimagem e autoconceito.

Cuidando de si no pós-parto: “cuidar de mim para poder cuidar do meu filho”.

Essa categoria concentrou os relatos das puérperas sobre os cuidados que deveriam ter com o próprio corpo durante o período pós-parto, revelando a importância de cuidarem de sua saúde como pressuposto fundamental para realizarem o cuidado com o filho.

O período puerperal é marcado por grandes mudanças físicas e psicológicas. Alguns cuidados devem ser realizados de modo a ajudar na recuperação da puérpera, no retorno ao seu estado pré-gravídico e na adaptação à maternidade. Cuidar da saúde materna, para as puérperas, significa principalmente estar bem para cuidar do filho.



Nesse contexto, o cuidado de enfermagem surge com base nas necessidades e demandas da mulher, para auxiliá-la na adaptação ao novo papel e na prevenção de complicações, por meio de apoio social, físico, emocional e informacional, este último através de ações educativas e orientações que proporcionem à mulher condições para cuidar de si e do seu filho.

Apesar de terem sido questionadas sobre os cuidados que realizavam consigo enquanto mulher, independente dos cuidados gerais que devem realizar no pós-parto, ainda assim, direcionavam-se para o cuidado com o filho: “Cuidar de mim mesma, é acompanhar a vida dos meus filhos, me proteger de qualquer doença, bactéria, pra que eu possa acompanhar a vida do meu filho” (E-1). “[...] eu tenho que cuidar da minha saúde, me alimentar bem, ter cuidado com a minha higiene, eu tenho que me cuidar de forma em geral, pra poder cuidar da minha filha” (E-3). “[...] eu tento me alimentar bem, ficar bem, porque ele precisa mais de mim [...] eu me cuido, de mim mesma, do meu corpo, é tendo higiene, com cuidado pra não pegar nada, me asseio bem pra não ficar assim, com mau cheiro, com mal-estar, pra ficar bem, pra me sentir bem, pra poder cuidar do meu filho” (E-8).

Fica evidente, com esses relatos, que a preocupação da mulher com sua saúde está na sua condição de bem-estar físico, estando apta a prestar os cuidados necessários ao filho recém-nascido. A necessidade de cuidar da higiene, da alimentação e das mamas também tem relação com o bem estar físico, e retorna ao diálogo quando questionada sobre cuidar de si no puerpério: “[...] é o asseio, né, que é muito importante, estar sempre limpa, estimular meu seio pra mim amamentar ela” (E-1). “[...] fazer o asseio regularmente, pra cicatrizar bem os pontos, ter cuidado pra não infeccio-

nar” (E-8). “Tem que ter alguns cuidados pra não estourar os pontos, e ter que voltar pro hospital. Me cuido normal, repousando. Cuidados normais, o básico. A higiene normal das mulheres” (E-17). “[...] o seio que incha, e a criança não consegue mamar, tem que tá avisando elas direto [...] é prestar atenção [...] se o parto tiver sido normal, se a mulher tá se sentindo bem, se foi cesáreo, se ela não tá sentindo tontura [...] se num sentiu febre, se num sentiu dor de cabeça, que é pra avisar a eles” (E-22).

A amamentação também foi ressaltada pelas puérperas como um cuidado de si no pós-parto. Talvez pelas informações que receberam durante o pré-natal ou mesmo pela experiência de gestações anteriores, a mesma amamentação foi enfatizada mais como um ato de cuidado com o filho do que a própria puérpera: “[...] o que eu faço só mesmo é cuidar dele, principalmente na hora da amamentação” (E-6). “[...] amamentar ele bem, se não prejudica, se eu comer alguma coisa que vai me fazer mal, vai fazer mal a ele também, porque o que me alimento passa pro leite, então tem que ser alimentos saudáveis, frutas, sucos, verduras, vitamina” (E-8). “[...] o principal que eu tenho que cuidar agora no resguardo é da amamentação, que é a parte principal que eu tenho que cuidar, porque é onde a criança vai precisar mais da gente (E-18). Me cuido mais na hora da amamentação que é o principal mesmo [...] pro meu filho ficar bem” (E-21).

Outras ações de cuidado de si no puerpério foram relacionadas ao repouso necessário para esse momento. Algumas expressões tais como não fazer esforço, não se estressar, repousar, não ter preocupação com afazeres domésticos, e não pegar peso foram consideradas como fundamentais para o restabelecimento da saúde do próprio corpo: “Nesse mo-



mento, eu não posso pegar peso, não posso ter raiva, tem que ter muito repouso, pra se recuperar bem, sem ter nenhum problema”(E-7). “Não ter estresse também, não faz bem” (E-5). “Eu procuro não fazer esforço, dar muita atenção a ele, estar sempre ali por perto, não se preocupar por exemplo com casa, essas coisas, eu faço só mesmo cuidar dele” (E-10) “[...] pra cicatrizar bem, foi elas que me orientaram, se alimentar bem, não fazer extravagância” (E-16). “Tem que ficar de bastante repouso, e caminhar só às vezes, andar, porque isso é bom pra me recuperar” (E-4). “Não pode ficar levantando assim rápido, não pode pegar peso. Quando eu for pra casa, não levantar peso, não abaixar muito, ficar deitada, fazer um pouquinho de caminhada” (E-12).

O apoio da família se revela essencial nesse período de adaptação da mulher às mudanças que ocorrem com seu corpo e a responsabilidade do novo papel social que desempenha, como referiram duas das puérperas. Sentir-se bem e segura faz com que a mulher tenha um pós-parto mais saudável, e essa atenção é dispensada principalmente pela mãe dessa mulher: “[...] por mim eu preferia levar ele pra casa, eu ia tomar conta dele melhor em casa. Porque aqui a gente fica meio depressiva, a gente sente falta das coisas da gente, das pessoas [choro], e em casa tem mais apoio, porque tem a família, tem a minha mãe que me ajuda” (E-13). “Eu acho que a ajuda da família influi muito. Como eu tenho ajuda da minha mãe, vou dar mais atenção a ele, porque eu sei que ela vai me ajudar” (E-15).

A família como coparticipante durante o ciclo gravídico-puerperal, sobretudo no puerpério, favorece a autonomia da mulher e direciona o cuidado a ser prestado, centrado nas necessidades das mulheres (MOREIRA *et al.*, 2009).

A concepção de que o sujeito é ativo e criativo na produção do conhecimento, inerente à TRS, pode ser evidenciada nos conteúdos que mostram que as puérperas não restringiram as orientações sobre o cuidado de si ao campo formal do atendimento profissional, pois na produção dos sentidos sobre o objeto reconheceram a família como espaço legítimo de aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, foi possível perceber a pouca importância que a puérpera dá ao cuidado com o seu corpo. Alguns relatos explicitados anteriormente demonstram o direcionamento do seu cuidado e sua atenção não para si, mas para os filhos.

Independente do puerpério, tentou-se trazer à memória dessas mulheres o que seria o cuidado de si, como elas o realizam em seu cotidiano e percebeu-se a dificuldade que tinham em conversar sobre isso, o que pode ser fruto de sua realidade social, em que a mulher é criada para cuidar sempre do outro, e os cuidados consigo ficam em segundo plano.

Durante a coleta dos dados, muitas mulheres relataram nunca ter pensado sobre isso antes. Muitas despertaram para o tema em questão após a participação nessa pesquisa. Inclusive sugeriram que fossem feitas orientações sobre como a mulher deve cuidar do seu corpo, sendo beneficiadas todas as mulheres internadas em alojamento conjunto naquele hospital.

É assim que a teoria da representação social funciona, como um sistema que ajuda os indivíduos a reconstruírem a sua realidade. Assim, pode-se compreender que as



representações sociais das puérperas sobre o cuidado de si consiste numa interpretação coletiva da realidade vivida e falada por esse grupo social, direcionando seus comportamentos e percepções.

As puérperas representaram o cuidado de si como o cuidado do bebê. Dessa forma, a enfermagem precisa reforçar desde o pré-natal os cuidados que a mulher deve ter consigo e não apenas os cuidados com o bebê. Inclusive enfatizar os benefícios da amamentação para a própria mãe, como uma prática vantajosa para o binômio mãe-filho, pois muitas vezes esses se atentam apenas para a criança, esquecendo-se que a mulher também é beneficiada.

Portanto, apreender as representações sociais dessas mulheres sobre o cuidado de si é um caminho em busca de uma assistência de qualidade, durante todo o ciclo gravídico-puerperal, em que se faz necessário despertar as mulheres para valorização de seu papel na sociedade. Nessa busca, a enfermagem se configura como peça fundamental, cuidando e orientando essas mulheres.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Persona, 2011.

BRASIL. **Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial (República Federativa do Brasil), Brasília (DF); 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. 9 ed. São Paulo: Graal, 2007.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

KAHLMAYER-MERTENS, R. Heidegger e o cuidado. **Revista discutindo filosofia**, v.4, n.1, p.21-23, 2006.

MOREIRA, K. A. P.; ARAÚJO, M. A. M.; FERNANDES, A. F. C.; BRAGA, V. A. B.; MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare enferm.**, v.14, n.4, p.720-728, 2009.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, p.29-109, 2012.

SECCHI, K.; CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.25, n.2, p.229-236, abr.-jun. 2009.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D.; POLARO, S. H. I.; RANDÜNZ, V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidados de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.3, n.43, p.697-703, 2009b.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.18, n.1. 2009a.

SOARES, R. J. O.; ZEITUNE, R. C. G. Fatores facilitadores e impeditivos para o cuidar de si de docentes de graduação em enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.2 (Ed. Supl.), p.83-87, out.-dez. 2010.

SOARES, R. J. O.; ZEITUNE, R. C. G. O cuidado e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, (Ed. Supl.), p.41-44, jan.-mar. 2012.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, p.20-27, 2009.



O VIVIDO DA ÚLCERA POR PRESSÃO PARA MULHERES CARDIOPATAS: HERMENÊUTICA HEIDEGGERIANA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Aurilene Lima da Silva
Lúcia de Fátima da Silva
Ivis Emília de Oliveira Souza

A clínica da enfermagem se processa no seio do cuidado à saúde do ser humano, considerando-o como existente no mundo em sua temporalidade e historicidade. No contexto da vida destes existentes, a enfermeira investiga sobre o ser cuidado, identificando modos de cuidar que permitam o alcance de melhores condições para o seu bem viver. Por vezes, estes seres são indivíduos, por outras são famílias ou mesmo grupos sociais. Em todas as situações, a profissional precisa manter-se atenta às singularidades manifestadas pelas pessoas com as quais se (pre)ocupa.

Dentre os cenários e contextos de cuidar, merece destacar neste estudo, a prática clínica de enfermagem dirigida a mulheres que, internadas para tratamento do coração, desenvolvem no curso de sua estada na instituição hospitalar, uma úlcera por pressão. Nestas ocasiões, elas precisam ser compreendidas em suas manifestações singulares que ultrapassam o domínio do cuidado fundamentado pelo saber técnico-científico, notadamente comprovado, voltado para o alcance do processo pleno de cicatrização da ferida (SILVA, 2012).

Via de regra, essas mulheres encontram-se ansiosas pela expectativa de restabelecimento de sua saúde, preocupadas com suas famílias, em especial com seus filhos, além de viverem questões sociais diversas. Elas se encontram em uma dupla facticidade: adoecidas do coração e precisando conviver com a necessidade de sarar um ferimento no corpo. No processo de cuidar dessas mulheres, a enfermeira escuta relatos marcantes de suas vivências que suscitam um olhar compreensivo, em especial porque, via de regra, a profissional também é uma mulher.

Tudo isto faz reputar a importância de a enfermeira procurar compreender estes seres cuidados, buscando apreender significados e sentidos que as mulheres atribuem aos fenômenos vivenciados, para que, mediante a qualificação deste saber, seja favorecida a singularização do processo de cuidar para elas e com elas desenvolvido. A intenção deve ser de favorecer uma prática clínica de enfermagem que se distancie do saber hegemônico geralmente generalizado, que caracteriza o fazer de enfermagem ancorado na rotina técnico-científica própria das instituições hospitalares.

Assim, foi desenvolvida uma investigação com o objetivo de compreender os significados e sentidos que mulheres com cardiopatia, e que desenvolvem uma úlcera por pressão na internação hospitalar, atribuem ao seu vivido. Desse modo, com vistas a contemplar tais revelações, escolheu-se desenvolver um estudo fenomenológico, com fundamento em Heidegger (2008), por sua descrição dos sentidos do homem como ser de possibilidades, revelando seus modos de ser mais próprios, dentre eles o cuidado, como uma (pre) ocupação própria e cotidiana, vivida no tempo e na história do humano no mundo.



A investigação foi desenvolvida em um hospital público, pertencente à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA). Participaram do estudo oito mulheres, com idade compreendida entre 46 e 91 anos, hospitalizadas em decorrência de diagnóstico de cardiopatia, acomodadas nas unidades de internação tipo enfermaria, que desenvolveram úlcera por pressão no período de internação, que estavam em condições físicas e emocionais de conversar com a entrevistadora.

Para desvelar o fenômeno pesquisado, utilizou-se a entrevista fenomenológica (GRAY, 2012), no período entre maio e setembro de 2012, tomando por base a questão norteadora: como tem sido para a senhora vivenciar a ocorrência de uma ferida (úlcera por pressão) durante sua hospitalização. Após cada entrevista procedeu-se à transcrição da sua íntegra, no menor espaço de tempo possível, a fim de manter registros não só das palavras, mas também de outras formas de comunicação e linguagem manifestadas, tais como gestos, silêncios, expressões faciais, sorrisos e outros passíveis de propiciar significados a serem levados em conta (POLIT e BECK, 2011; POUPART, 2008).

Foram recolhidos também, no momento da entrevista, dados pessoais, sociodemográficos e de diagnóstico clínico das participantes do estudo, como meio de obter informações sobre as pessoas pesquisadas.

Utilizou-se, para a organização das informações, a hermenêutica fundamentada na fenomenologia heideggeriana. Desse modo, após transcrição das falas das depoentes procedeu-se às leituras dos discursos para a familiarização

com o texto da experiência vivida das mulheres, buscando a emergência, mediante interpretação hermenêutica dos significados atribuídos ao vivido.

Assim, procurou-se primeiramente apreender o que se mostrava diretamente (significâncias ônticas) para depois descrever o que se desvelava, o que se apresentava encoberto por trás das aparências (revelações ontológicas ou sentido). Usou-se, portanto, os momentos interpretativos hermenêuticos sugeridos por Martin Heidegger para a realização dos estudos fenomenológicos, quais sejam: primeiro momento metódico (apreensão de significados) e segundo momento metódico (desvelamento do sentido).

A pesquisa amparou-se nas normas da Portaria 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital onde se desenvolveu a investigação, cujo protocolo recebeu nº 858/11. O aceite para participar foi firmado mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em acordo com os preceitos éticos inerentes a pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). A entrevista foi gravada em voz, tendo sido assegurado o sigilo da identidade das participantes na apresentação das informações colhidas. As depoentes concordaram em ser-lhes atribuídos nomes de flores, considerando a subjetividade que, em geral, representam para mulheres.

REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O fundamento do pensamento heideggeriano é a filosofia do Ser, por ele denominada de ontologia existencial (HEIDEGGER, 2011). Para o filósofo, existir é estar em



relação consigo, com os outros e com as coisas no mundo. Como Silva (2002) enfatiza, no movimento existencialista, existir é estar em relação com os outros no mundo, sendo o homem responsável pelo que ele é, e por sua própria existência.

Para Heidegger (2011), a fenomenologia possibilita um caminhar para o Ser, pois o Ser é aquilo que está oculto no que se manifesta, constituindo-se o fundamento de tudo que nele se revela.

Heidegger (2011) propõe-se a analisar as diversas manifestações do sentido do Ser, em todas suas dimensões. Ele desenvolve um exame reflexivo para mostrar os modos de ser do humano, que ele chama Dasein.

Ao tentar analisar o Dasein, Heidegger (2011) ensina que o homem de-cai existencialmente como pre-sença no mundo circundante vivendo a temporalidade determinada entre seu nascimento e morte. No mundo, ele vive a contínua antecipação de suas possibilidades de vir-a-ser, como um existente projetado para fora de si. Assim, transcende continuamente de si, sendo capaz de ser livre e superar os próprios limites.

Existindo, a pre-sença é própria e imprópria, autêntica e inautêntica. Estes são os modos nos quais a pre-sença existe. O modo próprio indica que a pre-sença apropriou-se de seu Ser, singularizando-se. Impróprio, indica que ela apropriou-se de sua possibilidade de Ser na impessoalidade.

Ao vivenciar suas possibilidades de existir, ela assume modos de ser que caracterizam a autenticidade e a inautenticidade. A primeira é compreendida pela posição de, originalmente, buscar viver suas possibilidades de ser lançado

como Ser que se angustia ontologicamente para compreender-se em suas possibilidades. Por sua vez, o modo de ser da inautenticidade caracteriza o viver cotidiano na impessoalidade, onde todos são e ninguém essencialmente é.

É preciso lembrar que predomina, no cotidiano do Dasein, o modo de ser inautêntico, porquanto ser como todos, e ao mesmo tempo como ninguém, tornam a existência mais cômoda, na medida em que nada lhe pode ser cobrado. Contudo, o viver autêntico não se apresenta como um modo melhor de existir; apenas a inautenticidade é cômoda aos existentes no mundo. Assim, o comum é a oscilação contínua entre os modos de ser da pre-sença.

Para Heidegger (2011), o tempo da existência do Dasein não corresponde ao espaço cronológico da sua vida, pois sua existência se dá como projeção para fora de si, mediante o que ele experiencia a preocupação com o vigor de ter sido (seu passado), o instante (momento presente) e o porvir (futuro). Tudo isto lhe confere características de existência histórica e temporal no mundo cotidiano e circundante, devendo ser lembrada a possibilidade existencial do Dasein como o único capaz de compreender e discursar. Isso porque somente a ele é dada a condição de compreender a si, aos outros e às outras coisas, vivendo sempre na direção do poder-ser.

Ao vivenciar sua existência, o Dasein se ocupa, cotidianamente, com as coisas do mundo existencial, demonstrando seu caráter mais próprio, que é o cuidado. Assim, para Heidegger (2011), o cuidado se acha antes de toda atitude e/ou situação vivida, significando que o Ser cuida em toda atitude e situação da sua existência, de maneira tal que o



cuidado não se objetiva fora do homem; ele é o próprio viver experiencial do homem (SILVA, 2002).

O estudo do referencial teórico-filosófico heideggeriano possibilita ao enfermeiro trilhar caminhos para compreensão das manifestações singulares dos seres cuidados, neste caso especial, das mulheres que vivenciam a ocorrência de uma úlcera por pressão quando internadas para tratamento do adoecimento do coração.

REVELAÇÕES

As participantes desta investigação foram Rosa, Margarida, Angélica, Acácia, Açucena, Gardênia, Amariles e Jasmim, cujas revelações apreendidas por meio de entrevistas permitiram a apreensão, inicialmente da compreensão vaga e mediana, que para Heidegger (2008) é possibilitada pela apresentação de unidades de significação relacionadas à dimensão ôntica, na qual se mostram os significados apreendidos imediatamente à consciência. Dessa compreensão emerge o sentido ou a revelação ontológica, velada nos significados; neste caso, do ser mulher cardiopata que adquiriu úlcera por pressão durante a internação hospitalar devido à cardiopatia.

A fenomenologia Heideggeriana ensina que a analítica de uma investigação se inicia com a compreensão vaga e mediana. Nestas, a emergência de unidades de significação viabilizam a interpretação compreensiva mediante identificação dos significados apreendidos, pelos quais se distingue o que é ocasional do que é essencial. Tomando como base o relato de cada depoente que, em seu movimento existencial, enfrentava o internamento para tratamento da doença cardíaca e, em decorrência do qual, adquire uma ferida.

Assim, consoante se apreendeu, elas demonstraram que estar vivenciando a ocorrência de uma úlcera por pressão durante a hospitalização para tratamento de uma cardiopatia significou desconforto, seja pela dor, pela presença, realização e/ou manutenção do curativo, seja pela imobilidade parcial no leito; medo de complicação na ferida; desamparo diante da permanência no hospital e desejo de retornar ao lar; (des)conhecimento sobre a situação vivenciada; e agradecimento pelo cuidado recebido, manifestando conformação, fé e esperança.

Nas significações reveladas quanto ao desconforto, seja pela dor, pela realização e/ou manutenção do curativo, seja pela imobilidade parcial no leito, as participantes do estudo demonstraram-se incomodadas com a sensação física de dor decorrente da úlcera por pressão, pelo próprio curativo e pela impossibilidade de se moverem ativamente. Submeter-se à realização do curativo, assim como permanecer com a cobertura, são situações igualmente relatadas como desagradáveis.

Acerca das significações deste desconforto, elas designaram a situação como uma dor que arde como fogo, como queimadura com fogo (Amarilis); como a impossibilidade de sentar-se, como incômodo pela presença da bandagem do curativo e pela necessidade de trocas frequentes (Margarida).

Já com respeito ao medo de complicações na ferida, as depoentes expressaram certa inconformação por terem conseguido enfrentar e ultrapassar procedimentos cirúrgicos, e mesmo situações clínicas como o coma, de estarem se sentindo clinicamente bem e, no entanto, precisarem per-



manecer internadas devido à ocorrência de uma ferida que perdura. Assim, expressam o sentimento que se manifestava em seu vivido na hospitalização, revelando medo de receber alta sem a efetiva cicatrização da ferida, ou ainda que esta se transformasse em algo pior, como por exemplo, um câncer (Rosa e Acácia).

As mulheres também demonstram desamparo diante da permanência no hospital e desejo de retornar ao lar, considerando sua condição existencial, a cotidianidade hospitalar e a distância dos seus familiares. Diante da percepção de pouco vigor físico, Rosa queixava-se de estar sozinha, de saudade dos familiares, ao mesmo tempo, temia, tal como Acácia, não mais ser capaz de exercer suas atividades laborais cotidianas.

Elas se sentiam até inconformadas pela não previsão sequer do tempo necessário para o processo de cicatrização. Tudo isso parecia lhes causar apreensão, e até mesmo revolta, pela demora do retorno ao lar, em face da não cicatrização da ferida.

As participantes da investigação revelaram momentos de fragilidade emocional em seus discursos, dizendo que se não fosse a ocorrência da ferida, já estariam em seus lares (Angélica e Jasmim). Já Açucena mostrou-se revoltada por não ter recebido alta hospitalar devido à ferida infeccionada.

Por outra via, as depoentes se apresentaram demonstrando (des)conhecimento acerca da situação vivenciada, ora conhecendo a causa da formação da própria ferida ora não, questionando a origem do seu surgimento e método de tratamento, revelando ambiguidade em seus sentimentos.

Nessa direção, disseram que a causa da ferida foi o uso de fralda, do que ela é alérgica, assim como diziam não saber que tratamento estavam lhe aplicando (Gardênia). Acácia dizia não saber a origem, enquanto Rosa assegurava que tudo decorreu do longo tempo de sua permanência presa ao leito.

As mulheres revelaram ainda agradecimento pelo cuidado recebido, manifestando conformação, fé e esperança. Em suas falas, a fé em Deus é exaltada. A força na fé faz elevar a credibilidade na cura para as depoentes. Acácia confia na grandeza de Deus e diz a Ele rogar por sua cura; Açucena também assim espera para logo ir para casa. As mulheres se mostravam agradecidas ao corpo de profissionais que cuidam, incluindo a equipe de enfermagem.

Portanto, as revelações imediatamente apreendidas conduziram à emergência dos sentidos do ser-mulher-cardiopata-que-vivencia-a-úlceraporpressão.

Ao ser lançada no mundo, vivenciando um adoecimento no coração e, na facticidade deste existir, experienciar a ocorrência de uma ferida, caracterizada como uma úlcera por pressão, que sequer pode ter previsão de tempo cronológico para sua cicatrização e cura, evidentemente protelando a alta hospitalar. Por certo, esta situação lhe provoca ansiedade capaz de interferir no seu modo de existir e de interpretar suas possibilidades de Ser no mundo, favorecendo sua decadência na impessoalidade cotidiana.

Compreende-se, então, que elas se mostraram, na mundaneidade do cotidiano hospitalar, temerosas diante das manifestações clínicas às quais estão submetidas, bem como se sentiram ansiosas com o que possa vir a lhes acontecer. Ao estarem-no-mundo, as mulheres se revelam desconfortáveis no



cotidiano hospitalar, em especial, em face da percepção de dor, e mesmo do medo da sua ocorrência. Circunstâncias que, em princípio, poderiam parecer coloquiais, como submeter-se à realização do curativo da ferida, passam a ser amedrontadoras.

Assim, a dor torna-se incapacitante no enfrentamento do cotidiano. Para Heidegger (2011), o temor varia em momentos constitutivos entre pavor, caracterizado por uma ameaça que lhe é conhecida e, que a qualquer momento pode ressurgir; horror, algo que ainda não é conhecido; e terror, como algo conhecido, muito embora possa se apresentar em aspecto novo. Logo, essas mulheres cardiopatas, por conhecerem a sensação de dor, em particular decorrente da realização de curativo, ou mesmo da necessidade de execução de debridamento cirúrgico, demonstram pavor de novas ameaças e terror de sentirem dores ainda mais intensas, ao serem submetidas a novos procedimentos.

As mulheres cardiopatas hospitalizadas que adquirem uma ferida demonstraram ressentimento diante da imobilidade física, embora a refiram como parcial, que ferida e curativo lhes impõem. Assim, se revelam em solicitude inautêntica, mantendo-se presas à ocupação cotidiana da ocorrência, tagarelando acerca do desconhecimento, medo de sentir dor e do seu retorno ao lar, a despeito do desejo de fazê-lo. Prendem-se ao vivido antes da hospitalização, considerando seus fazeres específicos, em regra, de mulheres do lar e/ou da agricultura, afastando-se da angústia própria por buscar novos modos de existir.

A tagarelice ou falatório é um constitutivo existencial que, para Heidegger (2011), é um modo de ser cotidiano e impessoal de falar e repetir sem fundamento, que descansa

na perda da relação autêntica como que se fala. O filósofo também ensina sobre o modo de ser da curiosidade, mediante o qual a pre-sença, arrastada pelo falatório, busca novas informações, passando-as adiante.

Nesta investigação, as mulheres repetem, quase automaticamente, riscos de complicações impróprios para a situação como, por exemplo, transformação da ferida em neoplasia. Igualmente, tagarelam ao repetir que, apesar de desejarem a alta hospitalar, temem não ter mais capacidade de assumirem sua vida cotidiana nos seus lares.

Assim, também, se apresentam as mulheres investigadas, porquanto suas vidas foram tomadas por um novo modo de ser, no qual elas passaram a conviver com o inesperado, a ocorrência de uma ferida, vivendo agora diante de alterações físicas e emocionais permeadoras do seu existir, ou seja, modos de ser co-determinados na sua vida.

As depoentes, como ser-aí-com-no-mundo, se colocam sendo-com-suas-famílias, demonstrando-se ansiosas para voltar ao lar e ao convívio dos entes queridos. Estar-com-a-família, no seio das suas relações afetivas, se revela como essencial para o relacionamento humano, parecendo fundamental à sua recuperação.

Existindo-no-mundo como família, as mulheres manifestam seu desejo de retornar ao lar, embora sempre receosas de não serem capazes de assumir suas responsabilidades rotineiras. Elas discursaram acerca da provável incapacidade de reassumirem sua vida cotidiana, afirmando temer não conseguirem, sequer, cuidarem dos seus lares.

A pre-sença das mulheres acometidas por cardiopatia, que vivenciam uma ferida na hospitalização, demonstrou-as



presas ao passado, a vigor de ter sido, quando desprezam a atualidade, não aventando a possibilidade de cicatrização da ferida, a alta hospitalar e a probabilidade de retorno à “normalidade” da vida, por meio, principalmente, da busca por possibilidades de existir. Dessa maneira, deixam de se projetar para o futuro, vivendo agora só a de não mais vir a ser, afastando-se da angústia existencial autêntica de buscar novas possibilidades de existir.

Ao demonstrar conformação com a situação, fortalecida pela manifestação de fé e esperança, apreende-se, de certo modo, um movimento consciente, embora subsidiado por crenças e valores religiosos, para transcender a condição e procurar novas possibilidades de existir.

Diante da compreensão acerca deste vivido, cabe ressaltar que o caminho trilhado nesta investigação representou uma tentativa de desvelar os modos de ser de mulheres com cardiopatia acometida por úlcera por pressão durante internação hospitalar e, assim, procurar compreender seu existir. No entanto, há de se convir que a compreensão última e finita destas pre-senças, a despeito de qualquer esforço, jamais será abarcada. Como ensina o próprio Heidegger, a análise da pre-sença será sempre incompleta e provisória, posto Ser ela possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na investigação, a presença das mulheres se desvelou como existente inautêntica, ao se demonstrarem aprisionadas ao temor e ao horror de sentir dor, de advirem complicações na ferida, bem como de não voltarem às suas atividades cotidianas, assumindo a inautenticidade do modo de ser do

fatalatório. Presas à dimensão ôntica, ancoram sua vida ao vigor de ter sido antes do acontecido, desvencilhando-se de buscar novas possibilidades de existir.

A despeito disso, reconhecem solicitude autêntica de profissionais de enfermagem, mostrando conformação e esperança, numa direção ao poder-*vir*, ou seja, de uma busca por novas possibilidades de existir, embora, para tanto, se amparem na decadência da fé em Deus.

No desvelar do fenômeno investigado ensejaram a emergência de reflexão acerca da necessidade de os profissionais de saúde, e enfermeiros de maneira especial, imprimirem importância à dimensão existencial de quem eles cuidam, neste caso, as mulheres com cardiopatia.

A despeito da impossibilidade de universalização dos resultados de um trabalho qualitativo-fenomenológico, pode-se considerar a possibilidade de generalização do saber apreendido mediante a utilização desta compreensão para direcionar o ser-com profissional da equipe de enfermagem no cuidado a mulheres em condições de saúde similares às ora estudadas.

A pesquisa levou a refletir o modo como o Ser-mulher vivencia a ocorrência de úlcera por pressão, permitindo desvelar esse sentido, com a finalidade de subsidiar o cuidado clínico de enfermagem. Os depoimentos das mulheres levaram a apreender os significados atribuídos por elas acerca da ocorrência da úlcera por pressão, em uma abordagem de cuidado que valorize o humano, seus sentimentos e a própria mulher.

Assim, a busca da aplicação da intersubjetividade e da humanização nas ações de enfermagem leva a refletir a



possibilidade de olhar para essas mulheres de outro modo. Desvelar o significado e a manifestação do fenômeno (úlcera por pressão), na visão da mulher que a vivencia, favorece a excelência do cuidado prestado, em consonância com quem o recebe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 fev. 17]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

CANTUS, D.S.; RUIZ, M.C.S. A cardiopatia isquêmica na mulher. **Rev. Lat-am.Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1462-1469, 2011.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HEIDEGGER, M. **O meu caminho na fenomenologia**: coleção textos clássicos de filosofia. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009. Disponível em: <<http://www.lusosofia.net>>. acesso em: 10 ago. 2011.

_____. **Ser e Tempo**. 5 ed. Petrópolis, RJ, Editora Universitária São Francisco, 2011.

POLIT, D. E.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa- enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. 464 p.

SILVA, A. L. **Significados e sentidos da úlcera por pressão adquirida na internação hospitalar**: estudo de enfermagem com mulheres portadoras de cardiopatia. 64 f. Dissertação (Mestrado

Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, 2012. CD-ROM. 64 f.

SILVA, L. F. **Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica:** hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002.



ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO EDUCATIVO EM SAÚDE COM VISTAS AO CONFORTO DE UMA PESSOA CARDIOPATA

Fabíola Vlória Freire da Silva
Lúcia de Fátima da Silva

A utilização, por enfermeiros, de instrumentos educativos de saúde já tem se tornado prática frequente devido à sua importância como proposta ao estímulo à autonomia e à apropriação do cuidado. O compartilhamento de informações por via escrita ou por mídia, além de mostrar-se mais chamativo, também possibilita releituras e retornos, favorecendo a apreensão, interpretação e discussão entre os sujeitos envolvidos no processo educativo.

Além disso, a proposta de utilização de instrumentos vem possibilitar a participação mais atuante do sujeito receptor, que, por assim compactuar, passa de uma posição de submissão para um lugar de igualdade discursiva. Vale salientar que a visão do profissional de saúde, enquanto detentor e impositor da totalidade do saber, além de ser empecilho a uma relação horizontal, também não responde às necessidades do indivíduo, já que estas devem ser apreendidas de sua própria individualidade.

O engessamento e adequação do sujeito aos saberes e práticas, pré-moldadas e preestabelecidas universalmente, podem gerar conflitos e choques culturais, sociais, psicoló-

gicos e espirituais que prejudicam o processo educativo, o processo cuidativo e a responsabilização do indivíduo por si mesmo.

Diante do exposto, propõe-se, neste capítulo, a descrição da elaboração de um instrumento educativo de saúde com vistas ao conforto da pessoa cardiopata. Este instrumento, como enfatiza a contextualização inicial, foi proposto como meio de possibilitar uma construção conjunta, moldada à luz das necessidades de conforto expressas pelo sujeito participante do estudo e percebidas pelo enfermeiro-pesquisador, enquanto profissional de saúde sensível às manifestações de (des)conforto.

Cabe salientar, que essas necessidades foram identificadas e trabalhadas conjuntamente com igual importância dada à percepção do pesquisador e ao discurso e manifestação verbal e não verbal do pesquisado. Além disso, esse instrumento de educação em saúde, composto por necessidades de conforto, expressas por diagnósticos de enfermagem, e de sugestões de implementações de atividades focadas em resultados de conforto, também mediou um cuidado efetivo de enfermagem e um incentivo à autonomia e apropriação do cuidado pelo participante do estudo.

A interação enfermeiro-paciente é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre por meio do diálogo, da conversa, da escuta sensível. Enfermeiro e cliente comunicam-se primeiro em interação (KING; TALENTO, 2000). O enfermeiro deve então considerar que o cuidado clínico por ele dispensado ao paciente não é uma imposição de conhecimentos, mas sim uma troca de saberes e de confiança, com vistas ao bem-estar.



Com relação ao tratamento das doenças cardiovasculares, muitas delas crônicas, os objetivos do enfermeiro e do paciente envolvem a redução da morbimortalidade e manutenção do conforto. Para isso, torna-se imprescindível que o paciente esteja ativamente envolvido neste processo, tanto em relação ao conhecimento de seu estado de saúde, de suas limitações e de quais capacidades devem ser trabalhadas e desenvolvidas, como é essencial que este paciente seja compreendido em seus contextos de vida, os quais repercutem e interferem em suas respostas humanas.

Cabe ressaltar que o enfermeiro deve estar ciente de que o paciente é um ser individual, com características próprias, que podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas (POTTER; PERRY, 2004; SMELTZER; BARE, 2005).

Assim, esse tipo de cuidado envolve além do paciente, a família e a própria comunidade na qual ele se insere, incluindo ações que ultrapassam o tratamento de doenças, como a prevenção de adoecimentos, promoção e reabilitação em saúde.

Diante disso, a elaboração do instrumento educativo fundamentou-se no objetivo de que as sugestões de atividades em resposta às necessidades detectadas fossem promotoras de conforto, permitindo ao pesquisado, como cardiopata, desvencilhar-se de alguns desconfortos mediante alterações de hábitos e atitudes frente à doença e seu tratamento.

Tendo em vista o conforto, utilizou-se a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003), que trabalha este conforto em quatro contextos – físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual – nos quais o indivíduo pode perceber necessidades de conforto ou manifestar desconfortos; e em

três tipos – alívio, tranquilidade e transcendência – como níveis de conforto que podem ser alcançados quando trabalhadas tais necessidades. Para a teórica, conforto é compreendido como a satisfação das necessidades humanas básicas e resultado do cuidado de enfermagem.

O conforto é um objetivo e um resultado holístico desejável e pertinente a partir dos cuidados de enfermagem. Os seres humanos se esforçam para satisfazer suas necessidades básicas de conforto; os resultados das medidas de conforto são percebidos pelos sentidos do tato, olfato, paladar, audição, visão e “proprioception”; e o conforto é individual, representando mais que ausência de dor (KOLCABA, 2003).

A prática de promover medidas de conforto é imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao paciente, no entanto muitas vezes é minimizada frente às tecnologias presentes em ambientes complexos. Ressalta-se, de acordo com Pott et al., 2013, sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade. Ainda, proporciona melhor interação enfermeiro-paciente, bem como, possibilita o estabelecimento de vínculo afetivo, traduzido em confiança por parte do indivíduo cuidado.

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

Para elaboração do instrumento, precedeu-lhe a coleta de informações que possibilitassem a apreensão das necessidades de conforto que seriam trabalhadas educativamente. As fases de coleta de informações, reconhecimento



de necessidades, proposição de resultados de conforto a serem alcançados, e sugestão de atividades para esse alcance, seguiram as fases do Processo de Enfermagem (PE).

O PE descreve como os enfermeiros organizam o atendimento de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Esse processo vem sendo amplamente aceito pelos enfermeiros desde 1967 (YURA; WALSH, 1967). No começo, o PE foi descrito como tendo quatro componentes: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Logo após, porém, lideranças de enfermagem reconheceram que o sentido dos dados coletados na investigação deveria ser identificado antes de os enfermeiros poderem planejar, e as intervenções poderem ocorrer. Hoje, o PE é descrito como um processo dinâmico e com cinco partes (DOENGES; MOORHOUSE, 2008; ANA, 2010; WILKINSON, 2012).

As fases do PE são: levantamento de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

A resolução nº 358 do COFEN (2009) preconiza que o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Na elaboração deste instrumento educativo de saúde, como dito, utilizou-se a Teoria do Conforto como suporte.

Assim, deu-se início à coleta de informações, correspondendo à primeira fase do PE-Levantamento de dados, em que é feita a avaliação inicial do paciente. Dados sobre necessidades de conforto foram coletados por entrevista se-

miestruturada e preenchimento de uma escala adaptada da construída por Gameiro e Apóstolo em 2004, segundo o modelo operacional do conforto de Kolcaba (2003). Também, foram realizados anamnese e exame físico, direcionados ao contexto cardiovascular, além de observação assistemática.

De posse de dados que apontavam necessidades de conforto, em cada contexto teorizado por Kolcaba (2003), procedeu-se a primeira etapa na elaboração do instrumento. As necessidades foram traduzidas em diagnósticos de enfermagem, os quais compuseram o instrumento com uma linguagem acessível, e com justificativas e explicações sobre o motivo destas necessidades terem sido escolhidas para intervenções. A identificação dos DE correspondeu à segunda fase do PE, e utilizou-se dos DE presentes na taxonomia II da NANDA-I, no domínio 12 - Conforto (NANDA-I, 2013), por proximidade com o referencial teórico de Katharine Kolcaba.

Os enfermeiros identificam o sentido dos dados coletados por meio de julgamento clínico. Este julgamento é definido como “uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, as preocupações ou os problemas de saúde do paciente, e/ou a decisão de agir (ou não), usar ou modificar abordagens padronizadas, ou improvisar novas abordagens entendidas como apropriadas, por meio da resposta do paciente” (TANNER, 2006, p. 204). Continuamente, os enfermeiros usam o julgamento clínico para dar sentido aos dados coletados como a base ao oferecimento de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados positivos de saúde (NANDA-I, 2013).



Na sequência, a Figura 1 ilustra a descrição de um destes diagnósticos/problemas:

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

INCHAÇO, DESIDRATAÇÃO E LESÕES NA PELE

Entenda porquê eu considere isto um “problema”...

Na Insuficiência Cardíaca, com o coração trabalhando com menos força, o sangue permanece mais tempo dentro dos vasos e isto facilita a saída de água destes vasos. Quando esta saída de líquidos acontece nas pernas, ocorre o inchaço. Esse inchaço tende a aumentar quando se estar de pé, caminhando ou sentado. Isso porquê, nestas posições, o sangue tem maior dificuldade de retornar para o coração, permanecendo mais tempo ainda nos vasos e favorecendo maior extravasamento de líquido. Com o inchaço e o ressecamento (desidratação), a pele das pernas tende a ficar mais frágil, podendo sofrer arranhões e lesões mais facilmente. A diabete dificulta a cicatrização, o que requer que cuidemos da pele com mais cuidado. Também vale lembrar que uma dieta bem equilibrada (sem alimentos de difícil digestão), fracionada em pequenas porções e em intervalos de 3 em 3 horas, ajuda a não sobrecarregar o coração. Pois durante a digestão, principalmente de alimentos “pesados” ou gordurosos, o coração precisa enviar muito sangue para o processo de digestão.

Figura 1. Descrição de necessidades de conforto.

Fonte: SILVA, F. V. F. **Processo de enfermagem com vistas ao cuidado clínico de conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio.** 2013. 167f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Mestrado Acadêmico). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

Após identificação, justificação e explicação dos diagnósticos, deu-se início a próxima etapa na elaboração do instrumento. Esta fez correspondência nas fases do PE de planejamento (3ª fase) e implementação das intervenções (4ª fase), baseadas nos resultados esperados conforme a Classificação de Resultados de Enfermagem - NOC (MOORHEAD *et al.*, 2010) e guiadas pela Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Para cada DE listado, elencou-se Resultados de Enfermagem esperados (RE). Estes foram eleitos segundo as necessidades de conforto do paciente e classificados segundo o grau de conforto que poderiam proporcionar, quais sejam, os tipos de conforto descritos por Kolcaba (2003): alívio, tranquilidade e transcendência.

Dando continuidade à etapa de planejamento (do PE), selecionou-se Intervenções de Enfermagem (IE) que dessem subsídio ao alcance dos RE. A operacionalização das IE se deu mediante sugestões de atividades como recomendações ao paciente e às suas famílias sobre medidas de conforto e participação no cuidado do familiar. Algumas atividades foram propostas para serem realizadas pelo paciente de forma autônoma, outras pela família de forma auxiliar e ainda outras, que contariam com a participação do paciente e família de forma conjunta.



Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

INCHAÇO, DESIDRATAÇÃO E LESÕES NA PELE

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

Segue-se a Figura 2, demonstrativo destas recomendações:

▪ Se posicionar de forma a facilitar o conforto.

*Elevar membros para diminuir o inchaço.

*Evitar longos períodos na mesma posição, principalmente em pé.

▪ Comer refeições pequenas e fracionadas.

*A cada 3 horas e diminuir consumo de sal.

Comendo fracionado, seu coração não precisa concentrar toda sua força para digerir o alimento, assim, você não o sobrecarrega. Além disso, comer menos sal vai diminuir o desconforto do inchaço.

▪ **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Uma massagem suave, utilizando um óleo para facilitar e com movimentos contínuos (de baixo para cima), podem diminuir o inchaço e melhorar o conforto.

▪ **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Observar a pele na busca de sinais de pressão ou irritação (vermelhidão).

▪ **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Observar a pele quanto a cor, temperatura, hidratação, crescimento dos pêlos, textura e lesões (ferimentos). Notando alguma alteração, avise ao médico ou enfermeira.

▪ Procurar posições que evitem pressionar as lesões (tanto a região da úlcera por pressão, como qualquer outra região com ferimentos).

▪ Evitar o uso de lençóis com materiais de textura mais grossa, pois eles podem ferir a pele.

▪ Passar hidratantes ou óleos (pode ser óleo mineral, ou para corpo ou mesmo o de cozinha), pois eles previnem que o ressecamento da pele gere rachaduras ou ferimentos.

Figura 2. Sugestões de atividades/ações para o alcance de conforto.

Fonte: SILVA, F. V. F. **Processo de enfermagem com vistas ao cuidado clínico de conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio**. 2013. 167f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Mestrado Acadêmico). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

As sugestões de atividades foram retiradas da NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Contudo, sentiu-se a necessidade de adequar a linguagem científica, presente nesta Classificação, a uma de melhor compreensão e acessibilidade. Esta adequação da linguagem pretendeu que o participante pudesse ter em mãos um instrumento de fácil compreensão, minimizando empecilhos à execução das atividades por dificuldade na interpretação das informações.

Dando prosseguimento, foi realizada a apresentação e discussão do instrumento educativo de saúde ao sujeito pesquisado. Na ocasião, a pesquisadora explicou ao paciente que o instrumento trazia em seu cerne os DE, traduzidos em necessidades de conforto, IE, apresentadas como atividades propostas (para cada contexto de conforto - físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual), além de explicação sobre os motivos que levaram a pesquisadora a considerar, aqueles tópicos em particular, como necessidades de conforto. Além destes esclarecimentos, também compôs o instrumento, informações sobre as doenças cardiovasculares (definição, principais sintomas e tratamento) e sobre a função das medicações tomadas pelo participante do estudo. Tais informações objetivaram dar maior clareza ao paciente sobre seu estado de saúde e plano terapêutico.

Também foi enfatizado que o instrumento era composto de sugestões de atividades, e estas não representavam obrigatoriedade em serem seguidas. O seu objetivo era a melhora do conforto do paciente e ele só deveria realizá-las se assim concordasse e desejasse. Também, enfatizou que, como aquelas sugestões foram feitas após um único encontro, poderiam não ser reflexo das suas reais necessidades de



conforto, portanto, tornava-se imprescindível uma discussão e troca de ideias. E assim, adveio o estabelecimento conjunto das estratégias de conforto mais adequadas e que poderiam trazer-lhe bem-estar.

Concluindo-se a elaboração do instrumento com contribuições do participante e discutindo-se seu conteúdo, seguiu-se um período de familiarização do sujeito com o instrumento para tentativa de pôr em prática as atividades sugeridas. Após este período, procedeu-se a avaliação dos resultados, correspondendo à última fase do PE. Identificou-se resultados alcançados por meio das intervenções planejadas e propostas no instrumento. Seguiu-se a comparação destes com os propostos quando do estabelecimento dos RE conforme NOC (MOORHEAD et al., 2010), e de acordo com o nível de conforto por eles alcançados – alívio, tranquilidade ou transcendência.

O PROBLEMA DA COMUNICAÇÃO

A elaboração do instrumento de forma conjunta objetivou apreender os problemas e necessidades reais do indivíduo. Já a adequação da linguagem formal advinda das Classificações de diagnósticos, resultados e intervenções, foi pensada como meio de minimizar os problemas de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente.

Além disso, o conteúdo informativo do instrumento, com questões que abordavam a gênese do adoecimento cardiovascular, seus principais sintomas e tratamentos, foi importante para que o participante pudesse dizimar algumas dúvidas, ou mesmo, conhecer a doença de forma teórica e não apenas como sintomas e desconfortos sentidos.

É importante que o profissional de saúde não julgue que o paciente já sabe de informações consideradas básicas no meio profissional. Alguns pacientes são menosprezados quanto à compreensão da fisiopatologia da doença e recebem informações e explicações muito superficiais sobre seu estado de saúde.

Além da ética da disponibilização de informações completas, como forma de respeito ao direito do paciente de ser informado sobre seu estado de saúde, cabe ao profissional buscar assegurar-se de que essas informações estão sendo interpretadas de forma correta. Daí a importância de se trabalhar o diálogo e a realimentação como meio de percepção da compreensão do sujeito.

A inadequação da linguagem, seja por inclusão de termos técnicos, por utilização formal da língua, por inclusão de regionalismos e expressões, dificultam o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, e, muitas vezes, a adesão a um tratamento. Algumas informações são prestadas de forma clara para o profissional que as informa, mas totalmente abstratas ao receptor.

A utilização de uma linguagem científica talvez se deva ao fato de haver uma supervalorização do aprimoramento da tecnologia de ponta e da cultura de que, quanto mais complicado, melhor para evidenciar o grau de conhecimento. Isso também é válido para a comunicação verbal, na qual quanto mais palavras e expressões difíceis forem usadas, mais se aponta o quanto o outro não sabe aquilo que sabemos, havendo perda na oportunidade de um diálogo e compartilhamento de saberes (FERREIRA, 2006).



Salienta-se a necessidade da utilização da linguagem de forma a facilitar a comunicação, mas também, compreende-se que a apreensão de informações apenas por via auditiva, pode ser vaga, pois muito do que foi escutado acaba sendo esquecido. Daí enfatiza-se a validade de se fixar as atividades educativas ou mesmo as informações propostas com material impresso. Esse possibilita consultas, retomadas, transmissão das informações sem interpretações, acréscimos ou decréscimos que causem confusão à compreensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da elaboração do instrumento educativo em saúde aqui descrito, para fixação da atividade educativa, partiu da preocupação de que o participante de tal atividade pudesse obter subsídios de absorver, ao máximo, o que foi compactuado após construção conjunta, visando torná-lo protagonista de seu cuidado, distanciando-o do papel de passividade diante da detenção do conhecimento como sendo particular ao profissional de saúde.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem pertinentes às necessidades de conforto nas dimensões física, ambiental, sociocultural e psicoespiritual; o estabelecimento dos resultados esperados para os diagnósticos de enfermagem, enquanto promotores de alívio, tranquilidade ou transcendência; o estabelecimento de intervenções/atividades de conforto de acordo com os resultados esperados para os diagnósticos identificados; e a avaliação das respostas de conforto resultantes das intervenções propostas, resultaram em um cuidado clínico de enfermagem voltado para as ne-

cessidades individuais, promovendo conforto e incentivando o empoderamento do sujeito enquanto ativo no seu processo saúde-doença.

Os resultados alcançados, advindos de intervenções/recomendações propostas, as quais foram estabelecidas conjuntamente com os participantes, visando o alcance de conforto relacionado às necessidades por eles apresentadas, foram fundamentadas no proposto por Kolcaba em sua teoria, a qual prima por instigar o enfermeiro à prática de cuidados individualizados e voltados para o conforto do sujeito cuidado.

Assim, a proposta de utilização de instrumento educativo descrita, além de beneficiar o sujeito, proporcionando-lhe individualização e participação ativa, favorece um cuidado clínico de enfermagem efetivo, promotor de conforto e qualificador do papel do enfermeiro como cuidador profissional.

REFERÊNCIAS

ANA (American Nurses Association). **Nursing: Scope and standards of practice**. 2. ed. Washington: NursesBooks.com, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 11 mar. 2014



DOCHTERMA, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Application of nursing process and nursing diagnosis: an interactive text for diagnostic reasoning**. 6. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2008.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-330, 2006.

KING, I.; TALENTO, B. J. W. In: GEORGE, J. B.; et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer publishing company, Inc., 2003. 264p.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. São Paulo: Elsevier, 2010. 906 p.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606p.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, Abr. 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem clínica e prática hospitalar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TANNER, C. A. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. **J. Nurs. Educ.**, v. 45, n. 6, p. 204-211, Jun. 2006.

WILKINSON, J. M. **Nursing process and critical thinking**. 5. ed.
Upper Sanddle River: Pearson Education, Inc., 2012.

YURA, H. P.; WALSH, M. B. **The nursing process**. Norwalk:
Appleton-Century-Croft, 1967.



MOTIVAÇÃO DA FAMÍLIA AO ATENDIMENTO NO CAPSi: UMA ABORDAGEM EM ALFRED SCHUTZ

Suzane de Fátima do Vale Tavares
Ana Ruth Macêdo Monteiro
Ângela Maria Alves e Souza
Maria Veraci Oliveira Queiroz

É crescente a demanda por cuidado a crianças e adolescentes em saúde mental, estimando-se que aproximadamente de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem psiquicamente. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (BRASIL, 2005). Entretanto, o enfoque a saúde mental infanto-juvenil no Brasil, enquanto área de intervenção e cuidado é recente.

A construção de um serviço de saúde mental especializado ao atendimento infanto-juvenil, dentro das propostas da reforma psiquiátrica, se concretiza com os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), no qual busca o compartilhamento da assistência junto às famílias de crianças e adolescentes atendidos e acompanhadas neste serviço (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2008).

O cuidado em saúde mental infanto-juvenil requer a compreensão de como as famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico vivenciam o mundo e as relações que se tecem nesse âmbito assistencial.

Isso porque o novo direcionamento da atenção em saúde mental trouxe para a família a responsabilidade conjunta do cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico que recebe atendimento em serviço substitutivo. E, neste cenário, há o encontro de profissionais e família na promoção da reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico (MORENO, 2009).

Desse modo, entende-se, que aproximar-se da família que partilha o cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico e penetrar no seu mundo-vida, compreendendo as motivações, bem como o contexto de significados das experiências de famílias que cotidianamente vivenciam, poderá contribuir para reflexões acerca da atenção infanto-juvenil, tanto da equipe multiprofissional quanto da enfermagem. Para tanto, acredita-se que a fenomenologia social, como referencial teórico-filosófico, permite alcançar a essência do fenômeno vivenciado pelos sujeitos, que nesse estudo se buscou por meio do objetivo de identificar as motivações ao atendimento na perspectiva das famílias em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil.

Trata-se de um estudo de natureza descritiva que consiste em pesquisa baseada na premissa de que a compreensão da experiência humana, como é vivida pelos indivíduos, só é possível por intermédio das vozes e interpretações daqueles que a vivenciam, acessadas por meio de interações subjetivas (FLICK, 2009).

Nesta pesquisa, foi utilizada uma abordagem qualitativa, em busca de identificar as motivações da família ao atendimento no CAPSi. A metodologia qualitativa não busca compreender fenômenos em si, mas entender o significado individual ou coletivo que este representa para a vida das pessoas.



Esta investigação teve como lócus um Centro de Atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) na Secretaria Executiva da Regional IV (SER-IV), situado na cidade de Fortaleza.

Neste ensejo, os sujeitos dessa pesquisa foram nove famílias que atenderam aos seguintes critérios: possuir um ou mais usuários do serviço que realizam no mínimo duas atividades semanais, ser participante no grupo de famílias. Sendo retiradas de estudo aquelas famílias de usuários que estavam a quatro semanas, de forma ininterrupta, sem comparecer ao serviço.

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará – UECE, com o número de protocolo 07157886-2, e desenvolveu-se conforme preconiza a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde em respeito à ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

A coleta de dados, ação intersubjetiva, aconteceu por intermédio de uma entrevista semi-estruturada aplicada às famílias norteada por uma pergunta: o que fez você buscar o atendimento no CAPSi?

A entrevista permite que o sujeito penetre na sua verdade. Na intersubjetividade do diálogo, o entrevistado expressa o mundo. Pelo seu comportamento, ele explicita tudo o que seria dito ou realizado, deixado de dizer e/ou de realizar, revelando o que pode ou não ser realizado (GASKELL, 2002).

A análise de dados foi de acordo com o referencial teórico-metodológico da fenomenologia social, a qual começou desde a coleta de dados, de forma simultânea, sendo o exercício metodológico caracterizado em: 1) Realizou-se a *epoché* da atitude natural, a qual suspendeu a dúvida sobre o mundo da vida cotidiana e qualquer pressuposto a ele, em um

esforço para alcançar a essência do fenômeno vivido; 2) Utilizou-se a intuição, permanecendo-se aberta aos significados atribuídos ao fenômeno por aqueles que o vivenciaram; 3) Transcreveu-se e realizou-se leitura minuciosa sobre as entrevistas e relatos expressos; 4) Exercitou-se a análise, na qual se apreendeu os significados essenciais do fenômeno, a partir da situação biográfica e conhecimento à mão do entrevistado (MACHINESKI, 2005; CAMTTA; SCHNEIDER, 2009).

Utilizou-se a compreensão sociológica de Alfred Schutz para compreender os dados colhidos, considerando que a partir desta teoria seria possível entender as experiências e todos os atos que se fundam nas estruturas de significatividade, ao serem exploradas as vivências dos sujeitos no mundo da vida.

CATEGORIAS CONCRETAS

Partindo da análise dos trechos de conversas, norteadas pela questão, “O que fez você procurar o atendimento no CAPSi?”, abordada ao familiar da criança ou adolescente em sofrimento psíquico, foi agrupado repertórios interpretativos, que convergiram em categorias temáticas, a saber: 1) Motivo da busca da família ao atendimento no CAPSi; 2) Percepção de resultados com a terapêutica do CAPSi; 3) vivência da família na atividade de grupo.

Cabe salientar que os participantes foram identificados por números de um a nove.

Para a análise das unidades temáticas, utilizou-se o referencial teórico de Alfred Schutz, que propiciou o aprofundamento do conhecimento de algumas dimensões da



realidade social a familiares de usuários do CAPSi acerca da busca por esse atendimento.

Nesse referencial, enquanto grupo social, os familiares são compreendidos pelos pesquisadores a partir das suas experiências singulares vividas e dos significados atribuídos a elas (SCHUTZ, 2012).

Neste artigo, para compreensão do fenômeno vivenciado pelas famílias, utilizaram-se os conceitos da Fenomenologia Social, como: interesse à mão, estoque de conhecimento à mão, situação biográfica determinada, estoque de conhecimento, mundo da vida, relação e a face, relação intersubjetiva.

Assim, faz-se entender que o projetar e o agir social são possíveis às famílias no mundo social, a partir do interesse à mão, o qual representa um interesse prioritário dentro de um sistema maior que levará a uma ação.

Nesse referencial, o interesse à mão é moldado pelo sistema de relevâncias e o estoque de conhecimento à mão, o que motivará a família a desempenhar um determinado comportamento social (SCHUTZ, 2008).

Por sua vez, o estoque de conhecimento à mão refere-se a uma bagagem de conhecimento da família adquirido ao longo de sua vida, por meio das suas experiências vividas no mundo social, ou seja, vincula-se à situação biográfica determinada das famílias, à história pessoal de cada uma, sedimentada por experiências acumuladas.⁽⁹⁾

O ser humano, então, inerente a experiências em seu *mundo da vida*, age em suas atitudes naturais de acordo com os seus *motivos para* e *motivos por que* em relação a algum escopo traçado (SCHUTZ, 2008).

Destarte, à luz dos preceitos estabelecidos por Alfred Schutz, de acordo com os depoimentos obtidos, foram desveladas as motivações por que dos familiares ao atendimento no CAPSi, expostos em categorias concretas, se constituindo uma classe da motivação que se vincula a vivências passadas, que acabam por determinar o agir daquela maneira.

Motivo da busca pelo atendimento no CAPSi

Como intento da busca a um serviço de saúde, os depoentes atentos a ações infanto-juvenis que julgam não serem habituais, ressaltam a agressividade, a agitação, choro fácil, bem como as dificuldades escolares e a desobediência.

“Quando ele era pequenino eu notei que ele chorava por tudo, era uma criança muito agitada, aí eu percebi e disse esse menino não é normal (...)” (2)

“(...) e na gravidez a mãe deles usou muito *crack* também então eles nasceram muito agitados, com falta de atenção, não são agressivos, mas são muito agitados (...)” (5)

“Dificuldade dos nossos filhos na escola e, às vezes, dificuldade de comportamentos dentro de casa, não consegue aprender, é atrasado, tentava ensinar a eles e eles não aprendia (...)” (6)

“Ele era um menino muito...que dá muito trabalho, ele era muito nervoso, ele não obedece nem eu, nem o pai dele (...) ele não faz as atividade do colégio, ele não obedece na escola, ele quer passar o tempo todo no meio da rua, ele é muito desobediente, ele é muito agressivo (...)” (8)

Nesse processo de motivação, na procura pelo atendimento no CAPSi, percebe-se que para além de manifesta-



ções diferenciadas de comportamento houve a operacionalização da rede de saúde mental com encaminhamentos de setores da saúde e da educação.

“(...) então foi encaminhado pro Albert Sabin, aí Dra X, (...)disse que os exames dele tinha dado normal, mas que precisava fazer um tratamento aqui no Caps, ai foi quando eu vim com o papel encaminhado pro Caps para fazer o tratamento (...)” (3)

“(...) o médico do posto encaminhou porque ele era muito violento, quando ele quer uma coisa que a gente não dá ele quer quebrar as coisas, ele não obedece ninguém, ele não dorme, só dorme a custa de remédio (...)” (9)

“Na verdade ela foi indicada pelo pediatra para a neurologista e psicologia, ai fui para o neurologista que atende aqui, depois ela saiu e mudou, mudou para o atendimento com a psicologia e psiquiatria.” (7)

Visualiza-se que a identificação das manifestações do sofrimento psíquico não foi exclusiva do sistema família ou dos serviços adjacentes de saúde, havendo a participação da instituição escolar, tanto na percepção de alterações, bem como na realização de encaminhamentos para terapêutica.

“(...) foi o colégio que identificou, ai depois me procuraram (...), aí trouxeram pra cá, pro Caps daqui pra mim ficar acompanhando(...)” (1)

(...) ele já era meio tenso, nervoso, isolado das outras pessoas, ai que ele ficou muito tenso, ai foi indicado pela escola pra fazer o tratamento (...) (4)

A escola, deste modo, se mostra cumprindo sua partilha na construção e percepção do biopsicossocial da criança e do adolescente, e age se vinculada à rede de saúde, ao CAPSi.

Percepção das famílias quanto aos resultados com a terapêutica do CAPSi.

Nessa inserção ao atendimento à saúde mental infanto-juvenil é expresso por depoentes, através de parâmetros comparativos, o que mudou nos comportamentos anteriormente apresentados, como evolução da terapêutica.

Desse modo, a maioria dos entrevistados avaliaram de forma positiva o tratamento que o CAPSi oferece à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, relatando ter notado progressos, com modificações importantes no comportamento presente no âmbito familiar e escolar, comparando o seu quadro antes e após o início do acompanhamento regular no serviço. “(...) melhorou muito, por que ele não queria ir pra aula, a diretora ia lá em casa pra ver, agora ele se levanta bem cedo, às seis horas, toma o banho dele, veste a fardinha e vai pro colégio, melhorou 100%, ele tá outra pessoa, não é mais aquele filho desobediente, não é mais violento dentro de casa (...)” (3)

“(...) e ela mudou muito, está mais calma, mais tranquila (...)” (6)

Nesse ensejo, a apresentação de comportamentos desejados pelas famílias, como melhora da agitação psicomotora, reinserção escolar, agressividade, é algo esperado e que está sendo experienciado, o que os impulsionam a acreditar e a almejar continuar no seguimento do tratamento.

“(...) aí depois de 7 anos ele tá mais calmo, melhorou muito, por isso toda segunda-feira eu não deixo de vim pro grupo, eu achei aqui muito bom, meu filho melhorou muito na escola e dentro de casa também, ele tá tirando nota dez e em casa ele muito, não tá mais como antigamente, ele se



desenvolveu, se a gente não tivesse... talvez ele tava, porque era muito agitado, por tudo chorava, hoje toma o remédio direitinho, não dá mais trabalho na escola, nem em casa, graças a Deus(...)" (2)

"(...) e depois que eles passaram a se tratar no CAPS com a terapia, com a medicação eles tão mais calmos, mais tranquilos (...)" (5)

Nas consequências do tratamento, depoentes citaram a transformação da atuação da criança e do adolescente em sofrimento psíquico na melhora da vida cotidiana, referindo percebê-las no aprendizado na escola, no controle emocional e na atividade motora.

Em contrapartida, a não adesão ao plano sistematizado de atividades multiprofissional acrescida ao uso incorreto da medicação após melhora, apresentou a possibilidade de um retrocesso das manifestações do sofrimento psíquico, o que sensibilizou a família a um retorno do tratamento adequado, como observado na fala seguinte:

"(...) e daí pra cá ele melhorou muito, mas aí voltou agora, porque não tá tomando mais o medicamento na hora certa, fazendo o acompanhamento (...)" (1)

A minimização do sofrimento psíquico pode gerar percepção indistinta como cura, acontecendo a infundada crença de ser prescindível a continuação da terapia. Há, também, a não responsabilização da família na monitorização do uso da medicação, não entende ao certo o processo terapêutico, as potencialidades e restrições.

Vivência da família na atividade de grupo.

Há a revelação, por familiar, da situação intervencionista que a participação no grupo de família desencadeou, referindo sua mudança de conduta na lida cotidiana com seu filho em sofrimento psíquico, identificando suas ações anteriores como inadequadas ao enxergar-se em outras participantes.

“(...) eu me descontrolava e batia nele, mas graças a Deus melhorou bastante, eu acompanho o grupo da Dra. também e tem me dado um pouco de paciência com ele (...) eu acho que o grupo das mães é uma coisa muito boa, porque às vezes tem mães que fazem os filhos ficarem perturbados, por que tem mãe que grita, que bate, como era meu relacionamento com ele e eu graças a Deus não faço mais esse tipo de coisa e eu creio que tem muitas mães que seja como eu (...)” (3)

Em método comparativo, depoentes, também, expressam as dificuldades, por vezes, embotadas em sentimento de angústia, que num contínuo processo grupal são trabalhados, sendo, em avaliação, denotado como suporte de apoio emocional.

“Eu tô bem graças a Deus, eu encontrei muito apoio aqui, a Dra. conversa muito com a gente sobre a vida da gente, isso ajuda demais, era muito difícil antes, agora mudou (...)” (3)

“O grupo é legal, a Dra. é uma pessoa legal, a gente sai bem aliviada, é muito importante, eu me sinto agoniada, muito atormentada de lidar com pessoas assim, né?!” (9)

Comumente, foi notória nas falas dos entrevistados, a expressão do retorno positivo que a participação do grupo de família possui para eles, evidenciado na menção de depoente o envolvimento desse atendimento coletivo na superação do sentimento de culpa, projetado pela ideia de causador do sofrimento psíquico do filho.



“(...) eu venho sempre, eu gosto de vir, porque é muito bom pra mim, porque me ajuda bastante e porque eu me sentia culpado de tudo, da história, me sentia um nada, aí com conversa com a Dra. eu fui me sentindo melhor, aí recebi as informações corretas de como devo proceder, porque não é fácil (...)”(4)

A crise na autoestima do familiar, subscrita no sentimento de culpa pelo sofrimento psíquico do ente, pode configurar indícios e denúncia de possíveis desorganizações no sistema familiar.

ANÁLISE COMPREENSIVA

Em utilização da fenomenologia social de Alfred Schutz, foi possível compreender o indivíduo em seu contexto, captando o presente vivido que aduziu ao pesquisador não somente impressões do presente, mas no discurso do tempo pretérito, a identificação dos *motivos por que*, que revelam-se apenas em olhar retrospectivo, na reconstrução a partir da ação já realizada.

Durante toda a sua existência, a família adquiriu experiências, vivenciou conflitos, manteve relacionamento do Tu, relacionamento do Nós e permanece nesse ciclo contínuo de vida, ampliando, com essas experiências, o seu acervo de conhecimento de que lança mão à medida que interage socialmente.

Seu acervo de conhecimento é revelado nos depoimentos, com significados implícitos, que precisam ser desvelados, buscado o sentido. Identificar as motivações ao atendimento na perspectiva das famílias em um cen-

tro de atenção psicossocial infanto-juvenil, não é somente descrever o que por ela foi relatado, mas sim ir às próprias coisas numa redução fenomenológica em busca do sentido da ação subjetiva.

A redução fenomenológica, *epoché* da atitude natural, caracteriza-se pela suspensão da dúvida a respeito da existência do mundo e seus objetos, pois eles podem ser diferentes do que lhe aparecem (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Só se conhece o sentido subjetivo pela significação da ação, e sua interpretação se dá pelos motivos que abarcam duas categorias diferentes, o motivo para e o motivo por que. As múltiplas experiências que o indivíduo tem de suas atitudes básicas do passado, que compõem os princípios, hábitos, gestos, constroem um sistema que personifica (SCHUTZ, 1972).

Foram encontradas nas categorias concretas das motivações por que, as atitudes que remeteram a acontecimentos do passado, determinadas pelas experiências de vida dessas famílias, comportando a forma que esses eventos se sedimentaram em suas circunstâncias pessoais e constituíram sua situação biográfica, na convergência de experiências de todos os momentos de vida.

Assim, na categoria, motivo da busca pelo atendimento no CAPSi, as entrevistadas realizaram uma recapitulação do início da busca pelo cuidado em saúde mental.

As razões apontaram para manifestações do sofrimento psíquico das crianças e dos adolescentes acompanhados no CAPSi, havendo a menção da agressividade, a agitação, choro fácil, bem como as dificuldades escolares e a desobediência.



A vivência de experiência singular de atitudes comportamentais e cognitivas pouco conhecidas e invulgares, interferiram nas relações do contexto familiar e social. Estas se acoplam ao estoque de conhecimento dos familiares, motivando-os a um comportamento social de busca ao atendimento no CAPSi, a partir de experiências sedimentares e relevância dada ao cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico.

Nessa realidade atípica de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, atores sociais, familiares e profissionais, que se encontram no mundo da vida, por meio de redes de educação e saúde, articulam encaminhamentos para serviço substitutivo de saúde mental, trazendo em seu interesse à mão a intervenção que acolha as demandas dessa clientela, havendo um intento prioritário dentro de um sistema maior que as levaram a uma ação.

Nesse contexto, depoentes viveram em sua situação biográfica determinada de ter uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico, a inserção ao serviço substitutivo de saúde mental infanto-juvenil, construindo, no mundo da vida, o encontro de atores sociais.

Desse modo, na categoria que se segue a percepção das famílias com os resultados com da terapêutica do CAPSi, há em movimento de olhar comparativo ao passado a compreensão dos familiares de mudanças nos comportamentos que os fizeram buscar o serviço de saúde mental, com evidência de evolução da terapêutica.

Nesse sentido, o motivo por que de uma ação é acessível somente quando ela se torna ato, quando ela já foi realizada. Pois é nesse momento que o ator volta-se para a ação

retrocessa, como um observador e investiga em que circunstância foi impulsionada a fazer o que fez (SCHUTZ, 2008).

Assim, familiares resgataram o que moveram para a busca do atendimento no CAPSi e fizeram o emparelhamento com o que mudou com a terapêutica que foi implementada à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico.

Estes visualizam com a melhora da agitação psicomotora, da reinserção escolar e da minimização da agressividade, as motivações para continuar em seguimento do tratamento.

No entanto, em fluxo contrário a seguimento do tratamento, a sensibilização da melhora do sofrimento psíquico da criança e do adolescente, depositou a percepção indistinta de cura, acontecendo a infundada crença de ser prescindível a continuação da terapia.

O mundo-vida, entendido como mundo natural e social, é o cenário que põe limites à ação do homem e a ação do homem em interação com outros. Para tanto, o mundo cotidiano não é um mundo privado, mas um mundo intersubjetivo, sendo a realidade fundamental e iminente do homem, no qual ele pode intervir e modificar de acordo com os seus interesses particulares (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Em suma, as considerações de Schutz nos expõem que há aspectos da vida cotidiana, mostrando-nos que a experiência individual, de orientações, de conduta, de ação, no *mundo da vida*, é influenciada por um sistema sociocultural preexistente em uma relação com os outros semelhantes.

Dessa maneira, pode-se entender que a concepção da família de reorganização da saúde mental infanto-juvenil na perspectiva do tratamento, melhora, cura, fim da terapêutica,



vem possivelmente da sua bagagem de conhecimento, culturalmente preenchida pela visão biomédica.

Emerge-se, assim, o intuito das famílias de ver seu ente em sofrimento psíquico no convívio social com outras pessoas, na busca pela socialização no *mundo da vida* em que ele está inserido, depositando projetos na ação no CAPSi.

A terapêutica relevante para o progresso de comportamento na escola e na família não se encontrou centralizada na medicalização, havendo a associação com as atividades grupais, bem como atendimentos individuais.

O CAPSi em seu trabalho não restringiu a conduta da terapia ao fator biológico, resgatando a subjetividade do sofrimento psíquico, com a construção de ações de um plano terapêutico multiprofissional, que atinge a peculiaridade individual e que abrange a complexidade da existência das manifestações comportamentais do sofrimento, em seus variados âmbitos, social, econômico, familiar, que fazem parte da formação do eu, no mundo da vida.

No leque de atitudes terapêuticas, o CAPSi abriu espaço para a troca de conhecimentos, experiências e orientações, relatados por depoentes, permitindo a construção da categoria vivência da família na atividade grupo.

O grupo de família composto por integrantes heterogêneos em sua situação bibliograficamente determinada, mas que compartilham a condição de ter uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico, percebe-se numa relação face a face, como espelhos, identificando semelhanças, potencialidades, erros da lida cotidiana que fortalecem e modificam o uno no múltiplo.

Dessa feita, o *mundo da vida cotidiana* é envolver-se interativamente com pessoas, ultrapassando a subjetividade de cada qual, ao encontro da *intersubjetividade*, numa simultânea troca de conhecimento e experiências, em conspícua compreensão mútua (SILVA; SADIGURSKY, 2008).

As dificuldades no lidar cotidiano com o sofrimento psíquico revelam-se para famílias associadas ao intenso sofrimento emocional dos indivíduos que a constituem (SILVA; SADIGURSKY, 2008).

Assim, os depoentes avaliam o processo de participar do grupo como transformador e acolher, à medida que citam alteração de comportamentos para o enfrentamento e sentimentos de apoio e de conforto frente às fragilidades situacionais.

Assim, nos traz a perspectiva de ser social, que se constrói e modifica-se, a partir do encontro com outros, em tempo e espaço compartilhado, no mundo intersubjetivo, comum a todos nós.

Considerando que o mundo cotidiano não pode ser vivenciado de forma isolada pelos indivíduos, o relacionar-se com outras pessoas torna-se fundamental para vivenciar um mundo comum a todos nós (MONTEIRO, 2001).

Dessa forma, os centros de atenção psicossociais são significados por as famílias de usuário como espaços de acolhida, que as proporcionam uma nova maneira de conviver e entender o sofrimento psíquico, permitindo trocas afetivas e possibilitadas de experienciar, de forma compartilhada e apoiada, o cuidado (MORENO, 2009).

O grupo de família permite compartilhar, em uma relação intersubjetiva, várias experiências de vida que irão



implicar em cada um dos participantes, modificando, a cada encontro, sua situação biográfica e sua forma de ver e agir no mundo e sobre o mundo.

Esse espaço terapêuticamente instalado pode ser utilizado pela enfermagem para promover ações de cuidado que possam potencializar o que a família já encontra nesses grupos, fortalecendo laços e favorecendo o encontro desses familiares com suas histórias e com as histórias de seus contemporâneos em uma relação do Nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por intermédio desta pesquisa, buscou-se identificar a motivação das famílias na busca ao atendimento no CAPSi, considerando que essa contextualização, perante o significativo valor da família na vida da criança e do adolescente, pode contribuir para o direcionamento da construção de projetos terapêuticos efetivos, por sua compreensão de ações.

Assim, considera-se que a percepção pelas famílias de comportamentos não convencionais apresentados pela criança e pelo adolescente e encaminhamentos institucionais, saúde e educação, se constitui o impulso para a procura e ingresso na assistência no CAPSi.

Sendo evidenciado que, na ação pelo cuidado à saúde mental não aleatória ou desmotivada, mas nutrida por vivências e por expectativas projetadas e alcançadas, a família buscou por apoio para que a criança ou o adolescente em sofrimento psíquico pudesse compartilhar do *mundo da vida* ao seu redor e experienciar do mesmo *presente vivido* sem entraves.

E em comparativo ao tempo retroativo ao ingresso no CAPSi, foi encontrado resultados positivos esperados pelas famílias ao comportamento da criança e do adolescente em sofrimento psíquico, bem como a percepção da modificação de atitudes e a aquisição de apoio, nas ações terapêuticas para as famílias.

Admitindo o mensurável valor da família no tratamento de seu ente em sofrimento psíquico, esta precisa de intervenções que amplie suas potencialidades em formular mecanismo de adaptação e enfrentamento de situações adversas.

Desse modo, acredita-se que a pesquisa permitiu a visualização da reconstrução de experiências passadas vividas pelas famílias, que detém importância no seu arsenal de conhecimento, levando a consequências no projetar e agir no mundo da vida, tendo contribuição em subsídio teórico para o desenvolvimento de intervenções no CAPSi.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto – juvenil**. Brasília, DF, 2005.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.477-84, jul.-set.2009.

FLICK, U. Análise dos dados qualitativos. In: FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e



- som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, cap.3, p. 64-89, 2002.
- MACHINESKI, G.G. **O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil.** 2005. 140f. tese (doutorado em enfermagem)-Universidade Federal do Rio grande do sul, Porto alegre, 2005.
- MONTEIRO, A.R.M. **A família da criança-problema na escola:** estudo da fenomenologia sociológica aplicada à enfermagem. Tese (doutorado em enfermagem)- Universidade federal do ceará - UFC, Fortaleza, 2001.
- MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n.3,p.566-72,2009.
- RANDEMARK, N.F.R.; JORGE, M.S.B.; QUEIROZ, M.V. Reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis: 2008 out.-dez.; 13(4):543-50.
- SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social.** Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- SCHUTZ, A. **Fenomenologia del mundo social** : introducción a la sociologia comprensiva. Buenos Aires: Paidós, 1972
- SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
- SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida.** Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
- SILVA, M.B.C.; SADIGURSKY, D. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 428-434, 2008.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OS DITOS E NÃO DITOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho
Karla Corrêa Lima Miranda

Pensar em educação e nos motivos pelos quais se educa, remete a reflexões complexas e por vezes filosóficas. Educar pode ser ato vivo, de crescimento e compreensão do mundo, significado por uma busca contínua, ou meramente um caminho didático, com aplicações técnicas, que conduzem à criação de saberes massificados, destituídos de criticidade.

Brandão (1995) resgata o envolvimento humano em processos educativos nos diversos espaços, em que constantemente somos ensinados, em espaços onde ensinamos e aprendemos-e-ensinamos. O autor discorre sobre a existência de múltiplos modelos educativos e seus cenários, negando a escola e o professor profissional como únicos praticantes.

Pensamos cada vez mais na saúde associada à educação. As posturas dos trabalhadores de saúde encontram-se repletas de ações educativas, mesmo que de forma inconsciente, esse profissional cuida educando.

Ao admitir a educação como uma das estratégias do cuidado clínico de enfermagem, compreende-se, então, que esta se apresenta como um signo complexo e multifacetado. Refletir sobre sua fundamentação é não conceber o aprisio-



namento dessa ação quando a compreende como uma prática social, arraigada em diversas atividades humanas, vivendo em diversos cenários: ambientes de trabalho, organizações políticas, igrejas, unidades de saúde (LIBÂNEO, 2008).

O início de mudança na postura da Enfermagem, ao agregar a sua prática clínica ao papel educativo, pode propiciar o resgate da cidadania dos sujeitos ao implicar novas propostas, uma clínica ampliada, com ênfase no diálogo e nos saberes populares, promovendo um encontro de conhecimentos, práticas e vivências dos grupos humanos (ALVIM; FERREIRA, 2007). Pretende-se, assim, um cuidado clínico de enfermagem pautado numa clínica que potencializa encontros, respeita sujeitos e propõe ressignificação de vidas (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Apesar de reconhecer a educação em saúde como tecnologia de cuidado que deve promover autonomia, ainda são observadas práticas com abordagens verticalizadas, nas quais a participação do sujeito é simplificada ao expectador/receptor de informações.

Como estímulo às ações educativas, políticas vêm sendo instituídas pelo Ministério da Saúde, agregando educação em saúde à clínica, ampliando assim o escopo de trabalho direcionado ao sujeito. O Programa Saúde nas Escolas (PSE) é exemplo vivo. O programa objetiva reduzir as iniquidades sociais que afetam a saúde de crianças e adolescentes, dificultando, assim, o aprendizado (BRASIL, 2009). Essa estratégia propõe a integração dos setores saúde e educação, fortalecendo e sustentando a articulação entre as escolas e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) no cuidado aos adolescentes.

Em face do exposto, destacamos experiências profissionais em que as ações clínicas voltadas ao adoecimento sempre obtiveram melhor aceitação pelas equipes de saúde. As proposições educativas obtêm resistência por parte de alguns profissionais, que, ao alegar sobrecarga de trabalho, demonstraram de forma velada o descrédito nessas atividades como ferramenta de trabalho em saúde.

Essa realidade remete às lacunas na produção do cuidado clínico de enfermagem ao atuar junto à população tão específica. Diante dessa realidade, sentimo-nos instigadas a estreitar laços com as práticas educativas da enfermagem, buscando por entender as seguintes questões: como os enfermeiros concebem a educação em saúde? Quais as constituições históricas, sociais e culturais que mantêm as ações de educação em saúde realizadas pela enfermagem direcionadas aos adolescentes?

Conhecer como esses momentos são vivenciados desvela as lacunas encobertas e possíveis fragilidades das práticas educativas como instrumento do cuidado clínico de enfermagem enquanto ferramenta de promoção da saúde. Tomando por base essas questões e considerando-as essenciais no fortalecimento de uma prática consciente e crítica da enfermagem, o objetivo desse estudo é compreender a ideologia mantenedora das ações educativas da enfermagem junto aos adolescentes.

CONSTRUINDO O CAMINHO: OLHARES E FERRAMENTAS DE INVESTIGAÇÃO

Quanto ao desenho da pesquisa, a abordagem qualitativa direcionou a produção e análise de dados. Entre os



possíveis métodos, optamos pelo Criativo e Sensível (MCS) (CABRAL, 1998). Tal método é composto pela tríade: discussão de grupo, observação participante e dinâmicas de criatividade.

Os dados foram produzidos através da realização de três dinâmicas de criatividade, totalizando 15 enfermeiros das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Maracanaú, vinculadas às escolas municipais cadastradas no Programa Saúde nas Escolas (PSE).

Na realização da dinâmica do Almanaque, os enfermeiros produziram individualmente um almanaque que retratasse sua compreensão sobre educação em saúde e como essa prática é realizada com os adolescentes. As dinâmicas aconteceram em espaços cedidos pela Secretária de Saúde do Município. Apesar de apresentarem suas singularidades, cada encontro teve como eixo central quatro momentos (GOMES; CABRAL, 2010):

Momento 1 - Acolhimento e apresentação do ambiente da pesquisa: recepção aos enfermeiros e apresentação do ambiente;

Momento 2 - Apresentação dos participantes e explicação sobre os encontros: breve apresentação seguida pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim com explicações sobre o objetivo da pesquisa e funcionamento das dinâmicas.

Momento 3 - A enunciação e discussão das questões geradoras: postamos em uma cartolina questões geradoras como disparadores para a produção do almanaque: a) Como você concebe educação em saúde? b) Como você realiza sua prática educativa com adolescentes?

Momento 4- Análise individual: depois de concluída as produções, os profissionais apresentaram seus almanaques, dimensionando assim seus conhecimentos e atuação na educação em saúde com adolescentes.

As dinâmicas foram gravadas e transcritas materializando assim o *corpus* do estudo, na qual conferimos a materialidade linguística ao texto para dessuperficialização do *corpus* discursivo. Após a transcrição torna-se vital a reconstrução da materialidade linguística através da inserção de símbolos no *corpus* do estudo com a finalidade de compreender as falas em envolvimento (GOMES, 2007).

Posteriormente, aplicamos os dispositivos analíticos propostos pela Análise de Discurso objetivando extrair da produção o direcionamento para a construção das condições de produção de discurso. Os dispositivos utilizados foram: polissemia, paráfrase, metáfora, interdiscurso e silenciamento.

A paráfrase é o que se mantém, o dizível, a memória sempre presente. A polissemia representa a ruptura, o deslocamento no movimento contínuo de construção do simbólico e da história. O interdiscurso apresenta a possibilidade da interpretação do dizer que se constitui dentro da história, tendo em vista que este dizer encontra-se apagado no sujeito, e este o enunciará como propriedade sua, com sua interpretação. A metáfora se faz presente onde uma palavra não é colocada enquanto figura de linguagem, mas se acomoda num processo transferencial e ressignificando o signo. O silenciamento é o que se faz presente através do que não foi dito. Tais dispositivos são essenciais na compreensão constitutiva das condições de produção do discurso anteriormente relatadas: relações de sentido, relações de força e antecipação (ORLANDI, 2001).



Compreender as implicações dos movimentos relacionais propostos pela educação inspira a transpor a superficialidade da concepção de homem. O pensamento crítico-reflexivo de Freire que introduz o diálogo como princípio primeiro do educar, educar esse envolto em homens, apresenta a conscientização de si, de sua incompletude e de sua opressão como produto gerador da liberdade (FREIRE, 2005). Esse constructo ideológico apoiou as reflexões de nosso trabalho.

Em conjunto com os participantes foram escolhidos pseudônimos que seriam representados durante a apresentação dos dados, conferindo-lhes a garantia do anonimato sob as informações para resguardar sua identidade. Os imperativos éticos foram considerados conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob parecer nº 11584251-9.

DISCURSO PEDAGÓGICO: CIRCULARIDADES DISCURSIVAS DE UMA EDUCAÇÃO OPRESSORA.

Ao buscarmos entender o que fundamenta as práticas de educação em saúde com adolescentes numa perspectiva que transcende “o que se faz” para a leitura e “de como se constitui esse fazer”, fomos desafiadas na releitura de cenários e saberes que nos constituíram enquanto profissionais.

Reconhecemos a Educação Opressora entranhada nas práticas educativas do enfermeiro. Tal educação assenta-se no discurso pedagógico que direciona as constituições

sociais, culturais e educacionais que convergem à formação imaginária do processo de educação em saúde com adolescentes, agregando estruturas e as remodelando.

Permitimo-nos fazer um paralelo da formação imaginária da prática de educação em saúde de enfermeiros junto a adolescentes com a formação de um ciclone. O ciclone forma-se a partir de um ponto comum (ar quente), atrai partículas do ambiente para sua constituição, onde será preenchido até a formação do centro (ar frio). Percebe-se que o constituinte inicial é o mesmo do final (ar), modificando apenas em sua temperatura e pressão.

Apresentamos, dessa maneira, a prática de educação em saúde realizada pelos enfermeiros, nascida em uma linhagem tradicional que optamos nominá-la por opressora. Gostaríamos de esclarecer que, ao citar a ideologia de base que constituiu o discurso desses enfermeiros, optamos por nominá-la de educação opressora, nomenclatura que julgamos aproximar-se aos referenciais freirianos que irrigam este estudo, mantendo a amplitude dos achados que o constituem e denominam raízes políticas e sociais que versam na formação opressora, indo além do constituinte educativo.

O movimento mantém-se na circularidade oprimida e conflui para práticas de educação em saúde também opressoras. Apresentamos graficamente o modelo de formação do ciclone para melhor compreensão dos acordes de nossas considerações.



Figura 01. Modelo ciclone representando a constituição da prática de educação em saúde dos enfermeiros com adolescentes.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na compreensão da ideologia que rege as práticas educativas dos enfermeiros junto aos adolescentes, refletiremos sobre a formação ciclone das práticas de educação em saúde a partir das condições de produção do discurso e das formações discursivas que constituíram este estudo, como produtores desse movimento contínuo e circular.

Aqui, as condições de produção do discurso são os componentes externos que se agregam e versam uma prática que aprisiona, modela, reproduz. Essas condições balizam o processo educativo dos profissionais e constituem-se como componentes primários da formação ideológica. Tal ideologia transparece por meio das formações discursivas presentes nos enunciados do grupo pesquisado.

Neste estudo propomos repensar tais proposições (condições de produção do discurso e formações discursivas) a partir de três constituintes que consideramos no modelo acima apresentado e que delineiam a formação imaginária abs-

traída da prática de educação em saúde dos enfermeiros junto aos adolescentes: “o outro” (interlocutor/educando), o “eu” (locutor/educador), e a “episteme” (objeto/educação em saúde).

O “eu” é representado pelo enfermeiro. A formação do enfermeiro apresenta uma construção tradicional e impositiva. Os conteúdos biológicos atravessam toda a sua trajetória acadêmica, condicionando as ações de educação em saúde como isenta de fundamentação teórica e constituinte basal para prática. Essa realidade acompanha o enfermeiro e o faz acreditar que ser educador é um *a priori* da profissão.

PALOMA: - Eu botei aqui que é essencial né (*referindo-se a educação em saúde*), não tá dando pra enxergar direito (*apresentando o almanaque*), que eu acho que é essencial na nossa profissão, é essencial... a gente, nós somos educadores, verdadeiros educadores né, aí como educadores né, a importância, que é muito importante essa prática [...]

MISTERIOSA: - Educar está no sangue da gente né!

Baseados nessa crença, os profissionais participantes desta pesquisa desconhecem os diversos referenciais teóricos que podem amparar uma prática educativa consubstanciada, repetindo padrões ora aprendidos (ou apenas reforçados) no universo acadêmico.

Nesse instante, esse “eu” é uma mescla. Uma parte de si é oprimida por esse constituinte formador tradicional, que lhe nega a possibilidade de novos olhares e diversas tonalidades que poderiam tingir sua face profissional, acinzentando um perfil educativo numa perspectiva prescrita: eu educo.



Assim, enquanto oprimido também se constitui opressor, que higieniza, que sabe, que conduz. É o enfermeiro que educa e que traz para o ser adolescente a possibilidade de uma vida saudável constituída a partir de seus ensinamentos. O enfermeiro sabe. Há constante tensão entre os papéis de opressor e oprimido na discursividade dos enfermeiros.

FLOR: [...] - eu acho que os frutos são bem melhores do que quando você simplesmente joga... e acontece de vai e faz porque tem que fazer, então vai e joga ali e pronto, e eu acho que quando é assim não rende, não tem ...

VIOLETA: - Não tem força né!

FLOR: - Exatamente!

PALOMA: [...] - tem que ter mudança, porque todo mundo já pensa mesmo que é aquela questão só de ir, de falar e dar palestra, então a gente tem que mudar, tem que inovar, e pronto.

Retratada aqui pelas polissemias e metáforas que por vezes rompem o que está instituído (paráfrase) e (re) significam em si, apresentam lacunas de onde saltam novos sentidos e possibilidades de reinvenção de sua prática. Ao reconhecer ações prontas e verticalizadas como práticas impotentes, vislumbramos a possibilidade de um novo profissional, um novo eu.

Ao ascender apresenta-se mais um constituinte na formação desse ciclone: “o outro”. Esse “outro” figurado pelo adolescente é em sua grande maioria projetado através da lente a qual o “eu” foi construído.

Daí esse “outro” deve ser vazio, destituído, para que o “eu” educador possa existir, se materializar e depositar sua pretensão opressora e autodenominar-se educador. Esse adolescente deve estar apto para receber a educação. Deve estar preparado para constituir-se do lugar de onde o educador lhe impõe, deve distorcer sua realidade para que esta caiba nas regras corretas do bom viver.

JASMIM: [...] - Então se eu não planto aqui nessa cabecinha né as ideias, aqui as cabeça tudo aberta pra entrar e vazia né, que a gente pode colocar o que quiser (*risos*), então botar as práticas corretas, e aí eles vão formando seu próprio conhecimento e a sua própria ideologia de vida, né, que a ideia é que eles formem a ideologia e sigam, então, aí vai, vai criando a cabecinha formada e vai formar né qual é o valor [...]

LÍRIO: - É bem mais complicado, mas é uma necessidade (*referindo-se à educação em saúde*), porque eles acham que sabem tudo (*os adolescentes*), que eles são experientes, que eles podem que não vai acontecer com eles principalmente a...

O adolescente continua a ser sujeito sem voz, sem espaço e sem cor. Seu retrato é pintado de um lugar social submisso, que não considera seus valores, suas vivências, suas “tribos”. O adolescente “deve” aprender, e com esse aprender deve responsabilizar-se totalmente por sua saúde independente da possibilidade de outros fatores afetarem sua existência.



Essa relação educador/educando retalha a “episteme” constituinte dos primórdios da Enfermagem: saber pautado no modelo biomédico, com exercício de um cuidado prescritivo e asséptico.

GIRASSOL: [...] - Mas é da infância passando como se fosse na adolescência né, aqui o namoro o amor começa surgir, a paquera começa a surgir, e daí vem a questão também da prevenção, que tem a camisinha masculina e a feminina, e se não usar a prevenção ela pode engravidar, ou então pegar uma doença sexualmente transmissível.

JASMIM: [...] - Quanto ela tem três gestantes adolescentes eu tenho milhões (*risos*), inclusive pra elas engravidar na adolescência é genético, então, veio da mãe, veio da avó, _então porque que eu não vou engravidar também? Então a minha realidade é bem diferente, a adolescência lá é bem, digamos assim, pra frente (*risos*), as meninas engravidam com 12 anos né, aquela parte indígena, então ali não tem*..., mas a questão familiar é realmente uma necessidade porque não é o professor nem é o enfermeiro que vai dizer o que ele tem que fazer, é a prática dentro de casa, _então se a minha mãe engravidou com 12 anos qual o problema de eu engravidar também? A minha mãe é feliz hoje ela não tá reclamando, então eu vou, vou seguir isso também e não é você que vai mudar minha cabeça! Então a gente até, e do ano passado pra cá decidiu fazer um trabalho agora com

os pais. Então, na reunião de pais e mestres da escola, que é uma vez por mês, a gente é chamado pra dar palestra pra eles, pra ver se eles em casa conseguem atingir os filhos né, pra quem sabe a longo prazo ter uma mudança de atitude.

As ações de educação em saúde com os adolescentes apresentam-se nas discursividades dos enfermeiros em sua grande maioria direcionadas para a prevenção de doenças (com ênfase para as sexualmente transmissíveis) e da gravidez na adolescência. O que se pode ou não fazer é o fio condutor do diálogo entre enfermeiros e adolescentes.

Essa educação castra, paralisa um corpo que se modifica, enrijece desejos transformando-os em culpa. Ao invés de conhecer para decidir qual caminho deseja experienciar, o que prevalece é um caminho científico pronto, que destitui esse adolescente da possibilidade de descobrir e viver seus desejos, calam e oprimem suas escolhas.

Nessa jornada, o enfermeiro certo do esvaziamento dos adolescentes produzem discursos que reconhecem a família e a escola como instituições educadoras que se figuram enquanto parceiras nessa obrigação de educar.

POCAHONTAS: - Assim / como eu realizo né as práticas educativas. No posto de saúde, eu sempre tenho apoio da escola, quando eu quero fazer uma atividade na unidade, porque eu tenho dificuldade de formar aquele grupo de adolescentes, eu nunca consegui manter o grupo,/ porque eles faltavam (*porque eles faltavam?*) muito, então quando eu quero fazer uma atividade



educativa assim na unidade, então ligo e agendo com a professora, ela manda uma turma ou duas e a gente faz uma roda de conversa. Isso aqui, eu né, falando blá blá blá, e aqui são os, são os adolescentes.

Tal parceria é reconhecida como facilitadora na ação de educar em saúde, pois a escola “manda” os adolescentes ao posto de saúde para atividades educativas, a família “ensina” as regras da pacificação, assentando assim os comportamentos dos sujeitos que serão trabalhados pelo enfermeiro.

Na realidade estudada, essa prática ainda apresenta uma diretriz condutora maior, uma orientação ministerial, o PSE, onde se preconiza o olhar clínico ao corpo adolescente.

PLANTA: - Então, é dessa forma o circuito que eu vejo no PSE, o circuito ele tira um pouco da propriedade da gente abordar certas temáticas, porque você fica preso somente àquele questionário, nada mais do que o questionário.

MARA: - Circuito é mais atendimento, uma visão física e clínica ao mesmo tempo, porque você tanto olha pressão, olha altura, olha o peso, como você pergunta se ele tá sofrendo *bullying*, se ele tem algum tipo de... já sofreu, se alguém tem algum preconceito, você pergunta se ele tem o registro, se ele passa por algum problema, você pergunta se ele tem tosse, se ele tá...

ROSA: se é sintomático, sintomático respiratório, dermatológico.

A opção pelo modelo circuito de saúde com predomínio da clínica biologicista reforça a prática de vigilância aos corpos, apresentando-se para alguns profissionais como escudo defensor para a possibilidade de reinvenção de seu cuidado educativo. O enfermeiro destitui-se da possibilidade da gestão micropolítica de seu trabalho e aconchega-se no caminho protegido por normatizações. Nega-se então um importante constituinte do trabalho educativo: a dimensão política. A assunção dessa dimensão possibilita o diálogo, institui a ética nas relações, propõe esperança e alegria.

A relação educativa com os adolescentes é apontada pelos enfermeiros como fundamental para a prática. No entanto, o que se lê na discursividade desses profissionais é a distorção das vivências relacionais, fundamentando uma prática que teima em manobrar os sujeitos, que vincula e escuta para moldar, que propõe uma autonomia que na verdade deve depender do saber de outro. Castra-se a curiosidade, nega-se a possibilidade da pergunta, pois esta pode não casar com minhas respostas prontas. Perde-se o constituinte estético de educar.

Os componentes apresentados na discursividade dos enfermeiros como diretrizes das práticas de educação em saúde não necessitam ser desconsideradas. Se nós assim fizéssemos, ao eliminar seus constituintes eliminaríamos também os sujeitos, e não é o que desejamos. Tentamos com essa discussão instigar encontros, ligações, aproximações. Consideramos no “eu”, no “outro” e na “episteme” possibilidades das dimensões que cremos compor uma educação que liberta, que conscientiza como proposto por Freitas (2004): a dimensão política, que gesta autonomia, que respeita a



curiosidade; a dimensão estética, que traz beleza por meio do encontro, da escuta e do vínculo que abrilhanta relações; e a dimensão epistemológica, que antes de tudo é condensada no respeito e produtora de esperança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a construção ideológica opressora que atravessa o enfermeiro em sua prática educativa pode inicialmente parecer desanimador. Como reconstruir tantos fundamentos opressivos em busca de uma educação em saúde dialógica, que proponha ao adolescente ou qualquer outro interlocutor a possibilidade de transformação participativa e real? Paulo Freire traz em toda sua obra a proposição de inédito viável, apresentando o sonho possível, a predição da Educação Utópica. Utópica não no sentido de impossível, mas sim no sentido de que virá, de que se há de construir.

Acreditamos que conhecer os constituintes ideológicos pode nos conduzir a possibilidades de recriação. Saber a ideologia opressora que nos mantém nos permite refletir e pensar possibilidades de enfrentar as situações limites que se impõem. Mediante o encontro com a discursividade desse grupo de enfermeiros, permitimo-nos pensar em uma transformação e reinventar possibilidades já vivenciadas.

Repensar as possibilidades de uma prática educativa nessa perspectiva multidimensional conduz o enfermeiro a pensar em si, em sua palavra, no que se é e o que se pretende: promover educação em saúde viva e real, ou continuar como meros reprodutores de signos vazios de sentido.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e enfermagem. **Texto & contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 315-309, 2007.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 33. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 96 p. Cadernos de Atenção Básica; n. 24.

CABRAL, I. E. O Método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M. (Org). **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1998. p. 177-203.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, A. L. S. F. **Pedagogia da Conscientização: um legado de Paulo Freire à formação de professores**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GOMES, A. M.T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 4, p.555-562, 2007.

GOMES, A. M. T.; CABRAL, I. E. Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antiretroviral. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 5, p. 719-726, 2010.

LIBÂNEO, J C. **Didática**. 28. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e fundamentos**. Campinas: Pontes, 2001.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab Educ Saúde.**, v.9, n.1, p. 9-24, 2011.



REDES DE APOIO AO CUIDADO DE SI NO CLIMATÉRIO

Ana Virgínia de Melo Fialho
Dafne Paiva Rodrigues
Juliana Sampaio dos Santos
Natália Gondim de Almeida
Raimunda Magalhães da Silva

O perfil da faixa etária veio mudando com o tempo e hoje a configuração que podemos encontrar é um número de idosos maior quando comparamos as faixas etárias. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que a esperança de vida ao nascer está sendo estimada, para a população brasileira em 2010, em 73,4 anos, sendo a esperança de vida masculina em 69,7 anos e a feminina em 77,3 anos (IBGE, 2010).

Cenário este que consolida o aumento crescente da população de idosos, considerando a realidade do Brasil, observamos que ele já não é mais um país de jovens como fora há algumas décadas.

A mulher vive de cinco a oito anos a mais do que o homem e, com isso, infere-se que a maioria delas chegue à fase da menopausa (LORENZI et al., 2010). No Brasil, dos 190.732.694 habitantes, 97.342.162 são de mulheres, e 14,3% destas têm 45 anos ou mais. Portanto, uma parcela significativa das mulheres brasileiras está vivenciando ou prestes a vivenciar a fase do climatério (IBGE, 2010).

O climatério é denominado o período de transição entre a fase reprodutiva e de não fertilidade, neste, diversas mudanças físicas e emocionais podem ocorrer. Não é designado como patologia, mas sim como alterações hormonais que ocasionam manifestações clínicas que podem alterar o cotidiano das mulheres. Dentre as alterações, pode-se citar: ciclo menstrual desregulado, ondas de calor, ressecamento vaginal, insônia, irritabilidade etc. (SILVA et al., 2009).

É um período de transição entre a fase reprodutiva e aquela que a reprodução natural não é mais possível, ocorrendo transformações físicas e emocionais. Essa fase, para muitas mulheres, tem uma conotação negativa e requer cuidado, sendo este um tema bastante discutido na área da ciência da enfermagem.

Cuidado de si e autocuidado são termos parecidos no sentido, porém de significados diferentes. Autocuidado foi mencionado pela primeira vez, na enfermagem, em 1958, por Dorothea Orem, a qual passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados por ela (SILVA et al., 2009). Já o cuidado de si é uma expressão usada por Foucault, como a arte da existência e assume um caráter de prática social, proporcionando trocas, relações, comunicações e a elaboração de um saber pelo indivíduo (FOUCAULT, 2007).

A visão de Foucault é um semblante do cuidado que merece ser explorada pela ciência da enfermagem, uma nova forma de analisar o cuidado e colocar-nos diante de novas possibilidades de observar os fenômenos.

Em virtude ao aumento da expectativa de vida, as mulheres passaram a viver por mais tempo, intensificando as



questões referentes ao climatério. A enfermagem precisa utilizar-se da sua relação íntima com o cuidado para investigar e envolver-se mais com as questões climatéricas a fim de ter mais subsídios para o cuidado clínico desta mulher.

Cuidado clínico é um novo conceito para abordar a clínica em saúde e seu marco conceitual encontra-se em construção, mas até o momento entendemos como uma ação humana organizada com conhecimento científico e arte, focada em necessidades humanas individuais e coletivas. É um fenômeno singular, que envolve sujeitos dinâmicos e um processo de trabalho. Para alcançar esse cuidado e assistir adequadamente à mulher no climatério, precisamos agregar ao cuidado clínico a busca pela integralidade na saúde da mulher.

Na atuação prática, percebeu-se que as queixas trazidas pelas mulheres climatéricas, às vezes não eram levadas em consideração pelos profissionais de saúde. Surgiu-nos o seguinte questionamento: como essas mulheres consideram as contribuições das redes sociais de apoio que lhe dão suporte durante o climatério? Com isso objetivou-se identificar a influência das redes de apoio social, acessadas pelas mulheres no período do climatério.

As descrições que se seguem são parte de um recorte da dissertação “O cuidado de si da mulher climatérica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem”. A pesquisa foi de cunho qualitativo e descritivo, utilizou os pressupostos do cuidado de si de Foucault e o método de Bardin para análise dos dados. Realizada no ambulatório da Universidade Estadual do Ceará, em Fortaleza-Ceará, com nove mulheres climatéricas, por meio de grupo focal, no mês de setembro de 2011.

As falas foram gravadas, transcritas e categorizadas. As observações foram registradas em diário de campo e utilizadas na íntegra nos resultados. Os aspectos éticos foram respeitados, com número de protocolo 11042007-1. A partir dos dados coletados emergiram-se três categorias temáticas, iremos dar ênfase à categoria número três: *Rede de apoio ao cuidado de si no Climatério*.

Durante os debates sobre o cuidado de si no climatério, percebemos que algumas redes sociais eram consideradas elementos ao cuidado de si no climatério. Para Gutierrez e Minayo (2010) cuidados de saúde são produzidos em pelo menos dois contextos distintos: a rede oficial de serviços que incorpora o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas; e a rede informal de cuidados que não conta com muito prestígio e tem na família o personagem de maior destaque. As redes sociais são consideradas valiosos recursos de ajuda nas quais se alternam favores.

Reunimos unidades de análise que se propunham responder ao questionamento feito. A categoria redes de apoio ao cuidado de si no climatério ficou dividida em duas subcategorias: Apoio da Rede Social de Serviços ao Cuidado de Si no Climatério e Apoio da Rede Informal de Serviços ao Cuidado de Si no Climatério.

Nossos achados são corroborados por Gutierrez e Minayo (2010), pois a família foi o grande destaque da subcategoria Apoio da Rede Informal de Serviços ao Cuidado de Si no Climatério e esta subcategoria ficou dividida em outras subcategorias: Influências Positivas da Rede Social Informal Família e Influências Negativas da Rede Social Informal Família.



Representação gráfica da categoria redes de apoio ao cuidado de si no climatério. Fortaleza-CE, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa.

Apoio da rede social formal de serviços ao cuidado de si no climatério.

As redes formais possuem prestígio e credibilidade na sociedade, as mulheres entrevistadas também as consideram como importantes aliadas no cuidado de si no climatério:

E vou ao ambulatoriozinho aqui da UECE quase toda semana eu passo por lá pra tirar a pressão, pra ver como é que tá o peso, essas coisas. (Ágata).

Eu também venho no ambulatório. Às vezes, eu me assusto e me admiro é com a minha glicemia, né. (...) eu vou é todo tempo, aqui eu venho sempre, da última vez que eu fiz o exame de glicemia deu 119. (Topázio).

O ambulatório de práticas de saúde coletiva configurou-se como uma opção de fácil acesso para essas mulheres, já que está localizado nas dependências da Universidade, ou seja, em seu local de trabalho. Elas buscam o ambulatório, principalmente, para verificar seus sinais de controle como peso, pressão arterial e glicemia. A verificação desses sinais é um dos pontos para monitorização e prevenção de agravos de doenças crônicas.

Quando a questão é procura por profissional de saúde, o médico foi o único profissional citado:

Quando eu tiver um ano que eu não menstruar, aí eu tenho certeza que não vai mais vir mais. Eu entendo né... porque também eu conversei muito com a minha clínica geral! (Água Marinha).

quando fui lá na clínico geral que me acompanha eu falei pra ela que tava com medo porque já tava com oito meses que a menstruação não vinha, né. Aí ela disse: -Não, não se preocupe não. (Água Marinha).

Eu fui pro médico (...), Dr. César, que é nosso clínico daqui, né. Começou a me alertar, né, me deu até um DVD, explicando lá alguma coisa assim. (Ágata).

O acompanhamento médico é realmente muito importante. É durante as consultas que as dúvidas são esclarecidas. Água Marinha está com medo de, na próxima vez que a menstruação vier, que o fluxo seja muito intenso, pois não menstrua há bastante tempo. Ela imaginava que se o sangue não descia, ficava preso dentro do útero e os meses sem menstruar eram meses de retenção de sangue.



O enfermeiro também é um profissional capacitado para esclarecer dúvidas e lidar com as questões da saúde no climatério. Nas Unidades Básicas o enfermeiro realiza consultas de enfermagem e deve utilizar-se dessas para fazer educação em saúde. Se existe a implementação da educação em saúde, pode estar havendo uma não identificação do profissional, pois as mulheres não citaram o enfermeiro como apoio.

Rubi faz um discurso de superação e acaba revelando uma das razões que impedem as mulheres de procurar atendimento médico, a vergonha:

A gente não pode se esconder da realidade da vida porque em primeiro lugar nós temos o nosso médico que é Deus, mas se não precisasse de Deus aqui na terra, a gente não tinha os homens aqui na terra formados médicos, que é o segundo médico. Então, assim, a gente tem mesmo que procurar. Esse negócio de ter vergonha, não tem que ter vergonha não. (Rubi).

A rede de atenção básica também foi citada:

Eu também vou no posto, é muito bom lá, no posto da Borges de Melo. Faço a diabetes lá, também vejo pressão, fiz uns exames, ela disse que com 2 meses eu voltasse lá pra fazer os exames tudo de novo. (Topázio).

Manter a mulher fidelizada a um serviço de saúde é muito importante para seu acompanhamento, caso tenha o costume de ir sempre ao serviço médico é mais fácil estar com os exames de rotina em dia, permitindo o diagnóstico

precoce de possíveis agravos. As mulheres que estão em contato com o serviço também são mais facilmente sensibilizadas pelas ações educativas.

Portanto, as redes formais são importantes no cuidado da saúde da climatérica e contam com a credibilidade dessas mulheres. Porém, essas redes devem ampliar as visões sobre a mulher e não tomar o climatério como um evento puramente fisiológico. As instituições de saúde precisam promover atividades que estimulem as mulheres a terem um encontro consigo e, assim, descobrirem um sentido para viver após a meia-idade.

Foucault (2007) nos fala sobre as técnicas de si que são atividades arcaicas utilizadas pelos povos antigos para o conhecimento de si. Ele cita como técnicas de si: purificação, concentração da alma, retiro, rigidez e resistência. Adaptando as sugestões de Foucault à realidade local, as Unidades Básicas poderiam oferecer às mulheres aulas de yoga, meditação, sessões de grupos terapêuticos etc.

Apoio da rede informal de serviços ao cuidado de si no climatério.

Em virtude de o climatério caracterizar-se como uma fase de transformações, constitui-se em um momento de vulnerabilidade para a mulher. A família exerce uma influência muito importante durante essa trajetória, a forma como os membros relacionam-se pode influenciar a maneira como a mulher vivencia o climatério.

As pesquisadas destacaram a família como interferir em seu estado emocional e fisiológico. Em suas falas, citaram



os membros da família que mais tinham impacto no cuidado de si: maridos, filhos, filhas, irmãs, netos, cada um influenciando de forma positiva ou negativa.

A família é a primeira instância de cuidados, é no seio familiar que o ser humano recebe os primeiros cuidados de higiene, alimentação e interação afetiva necessária à saúde mental para a constituição da personalidade (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

A mulher no seu processo sócio-histórico, em diversas sociedades, é vista como cuidadora. No âmbito da família ela costuma assumir o papel de responsável pelo cuidado de seus membros, porém essa responsabilidade precisa ser compartilhada para não haver sobrecarga e também para que haja um envolvimento de todo o grupo, buscando soluções nas questões de saúde. No entanto, ser cuidadora não significa que a mulher cuida de si. Diversos fatores podem contribuir para que esse cuidado possa ser potencializado ou não.

O apoio e o cuidado da família são bastante importantes para a mulher, nesta fase ela necessita de compreensão para passar pelas transformações inerentes a esse período. A subcategoria Apoio da Rede Informal de Serviços ao Cuidado de Si no Climatério ficou dividida em Influências Positivas da Rede Social Informal Família e Influências Negativas da Rede Social Informal Família.

Influências positivas da rede social informal família.

Observamos que o incentivo da família é importante para manutenção da saúde. Na fala de Rubi fica claro a consideração da filha como aliada na manutenção da alimentação:

... também tem a minha filha que é minha vigia, ela diz: mãe a senhora sabe que só a senhora jantar a tendência é a senhora aumentar de peso ainda mais. (Rubi).

A mulher climatérica precisa de uma alimentação equilibrada, pois o hipoestrogenismo a deixa vulnerável ao aumento do colesterol e perda de cálcio. O aumento de peso coloca as articulações dessas mulheres em uma situação de sobrecarga e desgaste (BRASIL, 2008).

Sobre a influência positiva da família, também podemos destacar o relato de Água Marinha que contou com a ajuda da irmã mais velha, que já havia passado pelo climatério.

...quando eu comecei, assim, a dizer que a minha menstruação tá falhando três, quatro meses, ela disse: “mulher tu tá entrando no climatério”. Aí eu disse, mas o que é climatério? Aí ela foi me explicar. Só que a minha irmã sentiu só tudo: taquicardia, chorando direto, estressada, dor de cabeça, dor começando no fio de cabelo até no dedão do pé. (...) aí ela me explicou mais ainda o que eu queria saber. Aí quando eu tava entrando, eu num tava com medo, aí eu já sabia”(Água Marinha).

A experiência da irmã, mesmo com conotação negativa, foi válida para diminuir a ansiedade e o medo. É importante estar em contato com outras mulheres que vivenciam ou já vivenciaram essa fase. Esta convivência possibilita uma troca de experiências. Destacamos, com isso, a importância de grupos terapêuticos, uma vez que o mesmo é um espaço de discussão e diálogo coletivo, promovendo a autoestima e autovalorização da mulher no climatério (FREITAS et al., 2004).



O aconchego da família foi apontado como forma de cuidado. O relato de Rubi deixa claro que a companhia e o carinho da neta a livram do estresse.

E a Maria Clara também é meu anjinho!
Toda sexta-feira ela vai me visitar! Também é meu lazer brincar com ela. (Rubi).

O marido foi citado como uma pessoa que, em algumas situações, mantém uma atitude pacifista e ajuda nos afazeres domésticos de:

Meu marido também é uma jade pessoa muito pacata. (...) eu tenho que trabalhar com o meu marido, de vez em quando rola uns estresse, mas quando a gente chega um vai fazer uma coisa e o outro vai fazer a outra! (Jade).

Um companheiro com personalidade mais passiva pode conferir tranquilidade à relação. Poder contar com a paciência e a compreensão do cônjuge é um fator que diminui a carga de estresse. A ajuda nos afazeres domésticos também representa uma atitude de cooperação e uma postura de que o homem entende que o trabalho de casa não é tarefa exclusiva feminina, esta ajuda colabora para que a mulher tenha mais tempo para cuidar de si.

Em uma pesquisa realizada por Mansfield, Koch e Gierach (2003) em que foram ouvidos 96 maridos de mulheres na perimenopausa, um terço dos cônjuges considerava-se elemento não favorável ao bem-estar da esposa nessa fase da vida, a maioria dos homens considerou que proporcionavam, principalmente, suporte emocional.

Influências negativas da rede social informal família.

Ter filho do sexo masculino exige uma postura mais firme para impor respeito.

É difícil porque eu também tenho dois filhos homens, né, dentro de casa. (Esmeralda).

Aí tem que ficar mais, com a rédea mais curta. (Ametista).

Marido homem, filho homem, dá trabalho pra gente enfrentar mesmo. Tem filho homem, tem rapaz adolescente, tem que ter, dar uma de uma onça para respeitar. (Ametista).

Deprendemos desses relatos certa dificuldade de obter compreensão quando lida com os indivíduos da família que são do sexo oposto. Isto fica bem evidente quando falam dos cônjuges:

A gente fica falando, mas aí o meu marido diz: ai essa mulher fala demais! (Jade).

Porque eles não entendem a parte da saúde da mulher, os problemas de saúde da mulher, né (Água Marinha).

Tem hora que a gente não pode falar. O marido mesmo que seja bom ele não entende, né. (Topázio).

As falas convergem para “eu falo, mas não sou ouvida”. A mulher no climatério, devido aos sintomas característicos dessa fase, é vista como poliqueixosa. As pessoas que convivem com essa mulher, principalmente os cônjuges, tendem a negligenciar suas queixas, fazendo com que essas se sintam incompreendidas.



Acho que deveria ter de fato uma reunião com um grupo de maridos, com os homens, porque, pra poder, eles entenderem. Por que eles só acham que está apenas estressada e de fato não é isso. Com eles só se for realmente um, acho que um profissional, né. Que aí vai entender, né. (Ágata).

Muitos homens não entendem as mudanças fisiológicas e comportamentais sofridas, alguns quando se deparam com questões como envelhecimento e diminuição do apetite sexual, costumam hostilizar a companheira levando sofrimento para o casal.

A sugestão de Ágata de os profissionais de saúde conversarem com os maridos é relevante. Assim como foi apontado por Pereira e Siqueira (2009) e Freitas et.al. (2004), é importante incluir os esposos nesses grupos em uma tentativa de fazer com que eles compreendam melhor as transformações ocorridas.

Outro achado foi a falta de cooperação dos familiares nos afazeres domésticos. Como descrito anteriormente, as entrevistadas são trabalhadoras, portanto conciliam o trabalho com as atividades do lar, e isso às vezes torna-se difícil. Quando a família não coopera ficam estressadas como podemos ver nos relatos:

Às vezes, eu me aborreço porque a minha filha tá de folga, tá em casa. Aí eles almoçam, faz tudo, deixa tudo, eu saio de casa e deixo tudo lavado. Quando eu chego tá tudo sujo pra mim lavar, pode um negócio desse! Ela não tem pena de mim, minha filha! (Topázio).

Eu também tô estressada, é a minha neta que mora vizinho a minha casa. Já me interneiei do coração, sobe a pressão. Eu me estresso tá e tem dia que eu chego em casa e tá tudo revirado. Trabalho aqui, ainda cuidava das meninas, porque eu chego cedo. Aí, depois, 11 horas da noite é que eu ia fazer minhas coisa, quando ela chegava. (Topázio).

Vemos nesse desabafo que essa mulher encontra-se sobrecarregada com seu trabalho, cuidado com a neta e mais o serviço da casa. Nessa fase de sua vida os filhos já se encontram criados e ela deveria ter mais tempo, fazendo atividade física e de lazer, porém a realidade de muitas climatéricas, que são avós, é a de dispender boa parte de seu tempo cuidando dos netos para as filhas trabalharem.

É interessante ver neste caso como a falta de políticas públicas voltadas para a infância impactam na saúde da mulher. Se as netas de Topázio fossem atendidas por uma creche ela não precisaria cuidar delas, sendo uma atividade a menos no seu dia a dia.

Em algumas famílias, as mulheres assumem para si o papel de chefe. Esse excesso de responsabilidades, juntamente com os preconceitos culturais relacionados ao envelhecimento e perda da beleza, intensifica o sofrimento psíquico das mulheres (Brasil, 2008).

Desse modo, a família tem grande influência na forma como a mulher cuida de si no climatério. Políticas públicas que trabalhem o fortalecimento do vínculo e a afetividade da família são necessárias para aperfeiçoar os efeitos das



influências positivas e minimizar os efeitos das influências negativas na vida dessas mulheres. O Programa de Saúde da Família, PSF, é o início do olhar da saúde pública para as famílias, porém trabalha os programas de maneira fragmentada e, por enquanto, ainda não conseguem tratar a família como um todo (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de si da climatérica é algo que perpassa o alívio dos sintomas climatéricos. É uma experiência que congrega mudanças físicas, psíquicas e sociais. As redes de apoio formais e informais influenciam de formas variadas o cuidado de si da mulher no climatério. Salientamos a falta de reconhecimento do enfermeiro como apoio ao cuidado no processo do climatério. Sugerimos estudos que investiguem a falta de expressividade do profissional enfermeiro no processo do climatério. Percebe-se que a incompreensão dos familiares do sexo masculino, a falta de cooperação nos afazeres domésticos, dificulta a passagem harmônica pelo climatério.

Os órgãos de saúde precisam trabalhar no sentido de minimizar os fatores negativos do cuidado e potencializar os fatores que favorecem o cuidado de si no climatério. Temos como considerações desta pesquisa a importância de ambientes de saúde presentes no cotidiano das mulheres. As ações de saúde precisam fazer sentido para cada mulher em particular. Os grupos terapêuticos, as práticas alternativas de saúde como terapias orientais e um trabalho da equipe de saúde que inclua a família são as sugestões que esta pesquisa tem para melhorar o cuidado de si das climatéricas e implementar o cuidado clínico de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FREITAS, K.M.; SILVA, A.R.V.; SILVA, R.M. **Mulheres vivenciando o climatério**.

Acta sci., Health sci; 26(1): 121-128, jan.-jun. 2004.

FOUCAULT M. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. 9 ed. São Paulo: Graal, 2007.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e Saúde Coletiva** 2010; 15(Supl.1): 1497-1508.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980–2050**. Série Estudos e pesquisas, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf> Acesso em abril/2011.

LORENZI DRS, DANELON C, SACIOTO B, PADILHA JR. I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 27 (1): 7-11, 2005.

MANSFIELD, P.K.; KOCH, P.B.; GIERACH, G. **Husband's support of their perimenopausal wives**. New York: Women Health, v. 38, n. 3, p. 97-112, 2003.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. Grupo terapêutico de auto ajuda à mulher climatérica: uma possibilidade de educação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.14, n. 4, p. 593-598, 2009.

SILVA IJ, OLIVEIRA MFV, SILVA SED, POLARO SHI, RANDÜNZ V, SANTOS EKA, SANTANA ME. Cuidado, au-



tocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc .Enferm USP**. 43: 697-703, 2009.



RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO PARA A NECESSIDADE RESPIRAR DE IDOSOS EM TERAPIA INTENSIVA

Francisca Tereza de Galiza
Maria Célia de Freitas
Lúcia de Fátima Silva
Maria Vilani Cavalcante Guedes
Márcia Tereza Luz Lisboa

Pela complexidade do processo saúde/doença e cuidado e pela dinâmica da sociedade, várias teorias de enfermagem foram sendo elaboradas e refinadas, com base nos achados de pesquisas que as expandiram. Contribuindo, ainda, para a valorização da enfermagem como área científica e autônoma, que age com base em princípios próprios e validados, capaz de orientar o cuidado prestado.

Virginia Henderson (1966) propôs a teoria das necessidades humanas fundamentais que incentiva atividades essenciais para a manutenção da saúde, para a recuperação ou para chegar à morte pacífica, por meio de 14 necessidades fundamentais comuns a qualquer ser humano em situação de bem-estar, peculiares de pessoa a pessoa. Considera-se a complexidade de cada situação, e a satisfação do paciente é alcançada a partir de uma visão integral do ser humano, considerando-se não apenas os aspectos biofisiológicos, mas sociais, culturais e espirituais por parte da equipe multidisciplinar realizadora do cuidado.



Uma estratégia eficaz que possibilita a implementação da teoria na prática profissional é o processo de enfermagem, forma dinâmica de prestar cuidados de enfermagem com base científica, instigando os enfermeiros a avaliarem seu desempenho profissional e a buscarem melhorias para o serviço. É constituído por cinco etapas interligadas e dinâmicas, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de ações, intervenção de enfermagem e avaliação dos resultados (COFEN, 2009). Assim, o processo de enfermagem contribui para melhor qualidade dos cuidados prestados, de acordo com as condições particulares de cada indivíduo, e permite a produção de conhecimento da ciência da enfermagem, com o uso de uma linguagem própria.

No tocante ao idoso, esse cuidado exige conhecimento das alterações peculiares do processo de envelhecimento, para atender com competência as exigências da complexidade dessa fase da vida. Apesar da crescente demanda da população idosa, ainda nos dias atuais, observa-se carência dos conhecimentos e habilidades para lidar com essa parcela populacional, principalmente, nos ambientes hospitalares, que reproduzem o modelo biomédico de agir, não se atendo às especificidades da velhice.

A expectativa de vida no período de 1950-1955 era de 46,6 anos, já no período de 2005-2010, esse valor é de 67,6 anos. Em 2007, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) revelou a existência, no Brasil, de quase 20 milhões de idosos, correspondendo a 10,5% do total da população, e estimou-se que, em 2025, a população idosa poderá alcançar 34 milhões de pessoas, o que representará, aproximadamente, 13% da população. A população brasilei-

ra, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo da ordem de 21,6% (UN, 2009; BRASIL, 2008).

Com esse crescimento da população idosa, e consequente aumento da expectativa de vida, surgem alterações fisiológicas e acometimentos patológicos comuns a essa faixa etária, como os desgastes naturais dos sistemas que compõem o organismo e alterações dos órgãos. Frente a essa situação, a utilização de serviços hospitalares por parte desta população se dá, principalmente, em decorrência da maior cronicidade das patologias que acometem os idosos, o que prolonga o período de internação, a recuperação é tardia e lenta e o custo maior que os parâmetros normais (MARCOS; MORAES; SILVA; XIMENES, 2008; HEKMAN, 2006; CHAIMOWICZ, 2006).

Ganha destaque as internações de idosos por doenças respiratórias que representaram, em 2004, um total de 433.702 casos, ficando abaixo apenas das doenças do aparelho circulatório, segundo dados do DATASUS. A pneumonia representou 46,20% dos casos, seguida por asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Observa-se, ainda, uma concentração na faixa etária maior de 80 anos, 32% do total.

Portanto, a avaliação do idoso hospitalizado, com déficit na necessidade de respirar normalmente, referenciado por uma teoria de enfermagem que tem como sustentação epistemológica a atenção das demandas de necessidades dos seres cuidados, possibilita exercitar o raciocínio diagnóstico esperado do enfermeiro; ou seja, o pensar-fazer, utilizando saberes técnicos e científicos para unir o julgamento clínico e a abordagem integralista do idoso nas ações de cuidado cotidiano.



O estudo objetivou analisar o raciocínio diagnóstico na determinação dos diagnósticos de enfermagem, baseado na taxonomia II da NANDA-Internacional, para a necessidade respirar normalmente em idosos hospitalizados.

Como regência metodológica foi utilizada a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), por propor ações planejadas que guiaram o pesquisador, permitindo que ele se insira no campo da prática assistencial e reinvente as possibilidades para mudar e inovar a realidade na qual se insere (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Fortaleza-Ceará, com capacidade para internar 32 pacientes adultos.

Participaram do estudo 10 enfermeiras responsáveis pela coleta de informações junto aos 18 idosos que se encontravam internados no período da coleta de dados.

Para seleção dos sujeitos participantes da pesquisa foram utilizados como critérios de inclusão: enfermeiros da UTI que estavam presentes no período da coleta; cuidavam de idosos internados; e participassem do grupo de intervenção e discussão com frequência mínima de 80%.

A coleta de dados deu-se por meio de formulário para caracterizar os enfermeiros participantes quanto aos dados sociodemográficos e formação profissional, instrumento para coleta de dados junto aos idosos envolvendo aspectos clínicos relacionados à necessidade respirar. A aquisição dos dados junto aos idosos e sua interpretação para raciocínio diagnóstico foi realizada a partir de uma dinâmica planejada, encontros de discussão, que tiveram início com a preparação da

equipe para o uso adequado do processo de enfermagem e da base teórica de Henderson (1966), sensibilizando para mudanças de comportamentos e atitudes na prática assistencial.

Assim, foram realizados 47 encontros, com duração que variava de 30 a 60 minutos, dependendo da disponibilidade de tempo das enfermeiras para execução das atividades. Tendo a participação de no máximo quatro enfermeiras por encontro, o que favorecia focar nas dúvidas e saberes do grupo, atendendo seus anseios e demandando a repetição de uma mesma temática de encontro em outros horários.

A observação participante, outra estratégia utilizada durante todo o período de coleta de dados, contribuiu para retratar os momentos de encontros e as discussões que emergiam.

Os dados foram analisados e categorizados à luz do referencial teórico-metodológico adotado, utilizando o modelo de julgamento clínico de Risner (1986). Esse modelo permite que sejam encontradas lacunas e incongruências de informações, o que pode ocasionar na necessidade de revisão da coleta. Para Risner (1986), o processo de elucidação diagnóstica é uma complexa forma de tomada de decisão, incluindo o desenvolvimento de habilidades cognitivas como o pensamento crítico e a objetividade.

O processo de diagnosticar, segundo Risner (1986), é dividido em duas fases: análise e síntese dos dados e estabelecimento dos diagnósticos propriamente ditos. A análise envolve a separação do material em partes e seu exame crítico, definindo os componentes essenciais e suas relações, e isso é possível com a categorização de dados e identificação dos achados divergentes ou lacunas, ou seja, organizar



e apresentar de forma lógica os dados encontrados, encontrando dados incompletos ou incongruentes, o que evidencia a necessidade de revisão da coleta. Por sua vez, a síntese dos dados se desenvolve nas seguintes fases: agrupamentos das evidências em padrões; comparação dos padrões com teorias, modelos, normas e conceitos; identificação de possibilidades (inferências) e proposição das causas etiológicas (relação).

Quanto ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem este precisa ser claro, preciso e definido a partir das necessidades de um indivíduo ou da comunidade, resultado das conclusões elaboradas a partir dos dados alcançados. Portanto, a identificação diagnóstica, através de um modelo sistemático, favorece a padronização de uma linguagem e de informações, congruência de manifestações semelhantes, continuidade do cuidado prestado e construção de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem (RISNER, 1986).

Assim, os dados foram discutidos e analisados nos momentos de encontro com a equipe de enfermagem participante da pesquisa, o que possibilitou a integração dos profissionais, a identificação de lacunas nas informações coletadas, visibilizando as fragilidades presentes na assistência que se presta, e pontuando inferências e relações causais para determinação diagnóstica.

Essa dinâmica proposta pela PCA favoreceu para que, no final do estudo, os diagnósticos de enfermagem fossem determinados, segundo a taxonomia II da NANDA-I, pelas enfermeiras que participaram do estudo, através da utilização de um referencial teórico que fundamenta o pensar e o agir do profissional, proporcionando a participação ativa de todos no que tange o gerenciar do cuidado de enfermagem.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital onde realizou-se o estudo, sob o número de protocolo 030310/11 de 24/02/2011 para, posteriormente, ser iniciada a coleta de dados. O trabalho segue as normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Portanto, participaram da pesquisa dez enfermeiras com faixa etária entre 23-36 anos, graduação concluída entre cinco meses a quatro anos; tempo de serviço na UTI variou de três meses e três anos. Assim, para o estudo participaram uma enfermeira do plantão noturno e nove do diurno. Seis das participantes possuem pós-graduação *lato sensu*, porém apenas uma é especialista em cuidado clínico de enfermagem em terapia intensiva.

Durante o período de investigação, foram avaliados 18 idosos, com faixa etária variando entre 60 a 87 anos, predomínio de pacientes do sexo masculino, 10 idosos. Apesar do baixo número de idosos fumantes, três casos, sabe-se que é estimada a existência de um milhão a um milhão e meio de idosos fumadores no Brasil. Em estudo epidemiológico focando o tabagismo na região Sul do país foi revelado que a prevalência de fumadores nos indivíduos com idade ≥ 60 anos foi de 10,6%, diminuindo com o aumento da faixa etária (ARAÚJO et al, 2004; CARVALHO; GOMES, TAVARES, 2010).



Quanto às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) foram identificadas 19 casos dentre os idosos internados na UTI, sendo as mais frequentes Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Em estudo realizado por Ramos (2003, p. 795), “a população de idosos apresentou uma alta prevalência de doenças crônicas – quase 90% referiram pelo menos uma DCNT”. As doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças músculo-esqueléticas, entre outras respondem pela maior parcela dos óbitos no país e de despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde, totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (MS, 2011).

Neste estudo encontrou-se a presença de HAS em 61% dos idosos avaliados, associados ou não com outras DCNTs. Houve maior frequência de casos de hipertensão entre as idosas internadas, seis casos; corroborando estudos anteriores que identificaram maior prevalência de hipertensão arterial entre mulheres em relação aos homens (WOLZ, 2000; BASSET JÚNIOR, et al, 2002).

Quanto à DM, apresentou-se em seis idosos avaliados, sendo 67% no sexo masculino. A DM afeta 20% dessa população, sendo a sétima causa de morte nessa faixa etária (ELIOPOULOS, 2011).

Com isso, os dados logo que coletados eram organizados e discutidos, como sugere a PCA, para conceituação diagnóstica. A partir de um processo de tomada de decisão, que é desencadeado através da observação, interação e mensuração no ato da coleta dos dados, bem como sua interpretação, fundamentada nos saberes científicos, resultando na

determinação dos diagnósticos de enfermagem (RISNER, 1986).

A análise dos dados aconteceu com a organização das informações e suas relações através da categorização, apresentação lógica e identificação de elementos divergentes ou lacunas, ou seja, dados incompletos ou inadequados; permitindo, portanto, a revisão da coleta e, conseqüentemente, mudança na prática exercida por parte dos enfermeiros envolvidos, sendo, portanto, a meta da PCA, contribuir para uma transformação da prática a partir da identificação de problema(s).

O agrupamento de dados acerca da necessidade respirar, possibilitou às enfermeiras não apenas identificar respostas humanas que demandassem cuidado para esse sistema, mas visualizar a frequência que ocorrem determinados achados naquela população investigada, possibilitando uma comparação com a condição normal junto as alterações do envelhecimento. Emergindo, portanto, as inferências precisas para, junto as causas relacionadas, estabelecer o diagnóstico de enfermagem presente.

Como se observa no quadro 1, essa forma de organizar os dados, favorece a análise das reais necessidades dos pacientes idosos estudados, possibilitando a articulação com a literatura da enfermagem e suas evidências com a prática assistencial, o que favorece a determinação do diagnóstico de enfermagem e, sequencialmente, do processo de enfermagem.



| CATEGORIA | AGRUPAMENTO | COMPARAÇÃO | INFERÊNCIA | RELAÇÃO CAUSAL |
|-----------|--|---|--|--|
| RESPIRAR | 9% apresentaram dor no tórax em decorrência do ato de tossir, processo patológico, presença de via aérea artificial invasiva e em resposta a reflexo sensorio. | A dor torácica está relacionada às patologias pulmonares e tem o envolvimento da parede torácica ou da pleura parietal. Sua ausência é o esperado. | Dor. | - Fadiga da musculatura acessória. - Presença de vias aéreas artificiais. |
| | 36% apresentaram tosse em decorrência de secreção na via aérea superior, reflexo a estímulos como aspiração orotraqueal e presença de vias aéreas artificiais. | Resposta a estímulos irritantes na laringe, traqueia ou brônquios, para manter vias aéreas permeáveis. A secreção é produzida na árvore brônquica e transportada por meio de movimento ciliar do epitélio. | Possibilidade de aspiração. | - Muco excessivo - Secreções retidas - Presença de via aérea artificial - Tabagismo - Imobilidade Fatores de risco - Presença de sonda endotraqueal - Presença de traqueostomia |
| | 84% presença de escarro, sendo: purulento, sanguinolento ou mucoso, dentre os achados. | | | |
| | - 56% PaO ₂ menor que 60 mmHg - 4% PaCO ₂ menor que 35 mmHg - 22% SatO ₂ < 95%. Sinais de padrão respiratório irregular como: dispnéia, bradipnéia e respiração superficial caracterizam os pacientes avaliados com os sinais. | Através da mensuração das tensões gasosas arteriais é possível identificar a pressão parcial dos gases. A saturação parcial do oxigênio identifica alterações nos gases sanguíneos por meio da oximetria de pulso. | Troca gasosa inadequada e consequente padrão respiratório ineficaz, incapacitando a manutenção ventilatória espontânea | - Ansiedade - Dano de percepção - Fadiga da musculatura respiratória - Hipoventilação e Hiperventilação - Desequilíbrio na ventilação/perfusão |
| | - 75% ruídos adventícios identificados por sibilo; ronco e atrito. - 7% apresentaram cianose, por baixo fluxo de O ₂ ou aporte de FiO ₂ abaixo do necessário. - 84% presença de secreção, sendo: purulento, sanguinolento ou mucoso, dentre os achados. - 80% suporte ventilatório invasivo. - 7% suporte ventilatório não invasivo. | Na ausculta pulmonar os murmúrios vesiculares dão indícios de normalidade, ao contrário dos ruídos adventícios. A cianose é a coloração azulada da pele e das mucosas causada pelo aumento da hemoglobina reduzida no sangue capilar. O suporte ventilatório bombeia ar aos pulmões e possibilita sua saída, atendendo às necessidades do paciente. | Vias aéreas obstruídas. | - Espasmo na via aérea - Muco excessivo - Presença de via aérea artificial - Secreções retidas - Tabagismo |

Quadro 1 - Processo de raciocínio fundamentado em Risner (1986) para a determinação de diagnóstico de enfermagem, segundo a necessidade respirar normalmente, da teórica Henderson (1966), de idosos internados em UTI. Fortaleza-CE, 2011.

A presença de tosse nos idosos da UTI pode estar diretamente relacionada com o acúmulo de secreção em vias aéreas superiores, histórico de tabagismo de alguns pacientes, pelos processos infecciosos diagnosticados no trato respiratório ou devido aos estímulos como na aspiração orotraqueal, além de alguns medicamentos e refluxo de líquidos do estômago para o esôfago. Com o envelhecimento, a resposta de tosse é menos eficiente no idoso, em decorrência da perda da força da musculatura esquelética no tórax e no diafragma (ELIOPOULOS, 2011).

Quanto à presença de secreção apresentou-se em 84% das avaliações realizadas, um dado relevante para traçar estratégias que visem a eliminação desse agente e sua associação com processos patológicos. Dentre as alterações ocasionadas pelo envelhecimento, há uma redução nos líquidos corporais, havendo o ressecamento das mucosas, devido à menor ingestão de líquidos, impedindo a retirada de muco e levando ao surgimento de tampões de muco e infecção. Outra observação diz respeito à redução da atividade ciliar, responsável pela locomoção de agentes nas vias aéreas (ELIOPOULOS, 2011).

Neste estudo, 87% dos idosos utilizavam suporte ventilatório, sendo 80% invasivos e 7% não invasivos. Quanto aos resultados dos gases sanguíneos, 56% apresentaram PaO_2 menor que 60 mmHg e 4% com PaCO_2 menor que 35 mmHg, indicativo que as intervenções precisam ser reavaliadas, para atender essa demanda de necessidade, impossibilitando o idoso de manter sua respiração espontânea.

Dentre os idosos avaliados, 22% dos internados na UTI apresentavam SaO_2 menor que 95%. Um indicativo que



a quantidade de oxigênio distribuída pelo sangue não estava de acordo às suas necessidades. Esse parâmetro instigava as participantes compararem os valores atuais com registros anteriores, avaliarem o posicionamento do sensor do oxímetro que captam os níveis de saturação de oxigênio e observarem a presença de outros sinais que indicassem obstrução de vias aéreas, como: dispneia, cianose e respiração superficial.

No que tange a ausculta torácica, foram identificados ruídos adventícios em 75% das avaliações, tendo como destaque o sibilo, o ronco e o atrito. Essa prática é importante para avaliação do fluxo de ar através da árvore brônquica e na avaliação da presença de líquido ou obstrução sólida nas estruturas pulmonares, mas ignorada, em alguns momentos, pela enfermagem, que vem depositando esses cuidados, referentes ao sistema respiratório, ao fisioterapeuta e ao médico.

No início das avaliações percebia-se certo constrangimento das enfermeiras em realizarem o exame de ausculta pulmonar na presença da pesquisadora, pois demonstravam insegurança em realizarem tal prática, bem como na interpretação dos achados. Porém, a forma grupal de coleta dos dados favorecia para uma construção coletiva, pois não apenas a pesquisadora auxiliava na identificação de sinais e sintomas e de possíveis lacunas do exame realizado, mas, também, as outras enfermeiras compartilhavam seus saberes e dúvidas, possibilitando um crescimento conjunto e apropriação metodológica almejada.

Esses resultados permitiam, a cada encontro realizado, comparar os achados e entendê-los enquanto demanda de necessidade de cada idoso investigado, inferindo para uma possível causa diagnóstica, como as pontuadas para a

necessidade respirar: dor, possibilidade de aspiração, troca gasosa inadequada e conseqüente padrão respiratório ineficaz, incapacitando a manutenção ventilatória espontânea e vias aéreas obstruídas. Mostrando às enfermeiras participantes que é possível implementar o processo de enfermagem como preconiza a literatura científica, bem como sua aplicabilidade na assistência.

Unindo as possibilidades de causas, pontuadas no quadro 1, eram gerados diagnósticos de enfermagem para aquela população estudada, potencializando, portanto, a capacidade das enfermeiras realizarem esse julgamento clínico e crítico com base nas demandas de necessidades de seus pacientes, como se observa no quadro 2.

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem com base na demanda de necessidade respirar, segundo Henderson (1966), a partir de inferências e fatores relacionados, resultando das respostas dos idosos internados em UTI. Fortaleza-CE, 2011.

| INFERÊNCIA | FATORES RELACIONADOS | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM |
|---|---|--|
| -Dor | - Fadiga da musculatura acessória. - Presença de vias aéreas artificiais. | - Dor aguda relacionada a fadiga da musculatura acessória e presença de vias aéreas artificiais caracterizado por comportamento expressivo. |
| -Troca gasosa ineficiente; | - Ansiedade; - Dano de percepção; - Fadiga da musculatura respiratória; | - Padrão respiratório ineficaz relacionado à ansiedade, dano de percepção e síndrome da hipoventilação e hiperventilação caracterizado por alterações na profundidade respiratória, dispnéia e bradipnéia. |
| -Padrão respiratório fora da normalidade; | - Gases sanguíneos arteriais anormais; - Hipoventilação e Hiperventilação; | - Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio na ventilação/perfusão caracterizada por gases sanguíneos arteriais anormais e respiração anormal. |
| -Incapacidade em manter a respiração ventilatória espontânea. | - Desequilíbrio na ventilação/perfusão. | - Ventilação espontânea prejudicada relacionada à fadiga da musculatura respiratória caracterizada por PO_2 diminuída e SaO_2 diminuída. |



| INFERÊNCIA | FATORES RELACIONADOS | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM |
|-------------------------------|---|--|
| - Possibilidade de aspiração. | - Nível de consciência reduzido. - Secreções retidas. - Presença de sonda endotraqueal. - Presença de traqueostomia. | - Risco de aspiração relacionada com nível de consciência reduzido, secreções retidas, presença de sonda endotraqueal e de traqueostomia. |
| - Vias aéreas obstruídas | - Espasmo na via aérea - Muco excessivo. - Presença de via aérea artificial. - Secreções retidas. - Tabagismo. | - Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada com espasmo na via aérea, muco excessivo, presença de via aérea artificial e secreções retidas caracterizada por cianose, dispnéia, mudanças na frequência respiratória e ruídos adventícios respiratórios. |

Os diagnósticos de enfermagem resultantes, em sua maioria, não eram achados novos para aquelas enfermeiras, mas a forma como se gerou e como particularizou cada idoso, favoreceu para que essas profissionais visualizassem a importância desses resultados alcançados e considerassem o raciocínio com base nas evidências das manifestações mais frequentes.

Porém, o diagnóstico dor aguda, não era relacionado com a necessidade respirar, sendo um fator novo na rotina da equipe. Apesar de ter sido manifestado em apenas 9% das avaliações, despertou traçar estratégias que visem minimizar esse desconforto.

Padrão respiratório ineficaz, definido como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada, esteve presente em idosos que, através da inspeção e da ausculta pulmonar, manifestaram: em 11% das avaliações que foi manifestada bradipneia, 36% taquipneia, 25% ritmo respiratório irregular e 45% com ritmo respiratório superficial. Totalizando 51% de casos que apresentaram esse diagnóstico de enfermagem.

Tratando-se de troca de gases prejudicada, excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar, foi um diagnóstico identificado em 62% das avaliações realizadas. Esse dado quando comparado com os 87% de casos identificados em uso de suporte ventilatório, instigou as enfermeiras às seguintes considerações: apesar de 80% de idosos em uso de suporte ventilatório, isso não era garantia de gases sanguíneos com padrões normais, instigando a contínua avaliação desses achados na busca de outras respostas, como presença de secreção em vias aéreas impedindo a plena realização das trocas gasosas; bem como as mudanças de intervenção de enfermagem que possam reduzir essa demanda, interligando a outros parâmetros.

A ventilação espontânea prejudicada, que segundo a NANDA-I (2009, p. 172) pode ser definida como “reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida”; está vinculada com o diagnóstico anterior e é determinante para intervir com uso de aparelhos de suporte ventilatório, dentre outras intervenções próprias da enfermagem.

Quanto ao risco de aspiração, observou-se dentre os achados que 84% das avaliações identificaram presença de secreção, caracterizadas por: purulentas, sanguinolentas ou mucosas. Acrescido a esse dado, os idosos internados utilizavam outros dispositivos que caracterizavam a presença desse diagnóstico, como: traqueostomia e presença de tubo endotraqueal em 58% e 22% das avaliações, respectivamente.



Por fim, o diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas, como sendo a incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída. Além dos dados descritos anteriormente que contribuem para identificação desse diagnóstico, juntam-se a presença de ruídos adventícios em 75% das avaliações e a cianose em 7% dos casos.

A ineficácia da tosse e conseqüente acúmulo de secreção, são fatores comumente encontrados na população idosa, causando muitas das patologias relacionadas à necessidade de respirar normalmente. O sistema respiratório pode sofrer alterações, tanto anatômicas como funcionais, inerentes aos idosos, o que descarta uma avaliação isolada desses aspectos. Atrelado a isso, fatores como tabagismo, antes destacado e identificado, outros ambientais e doenças prévias são considerados como agravantes nessa condição de saúde (GORZONI; RUSSO, 2006).

Essas inferências foram discutidas nos grupos, ressaltando a importância de pontuar os diagnósticos e relevar os mais emergentes, frente às demandas dos idosos investigados. Isso favorece um planejamento focado e baseado em possíveis resultados a serem alcançados. Etapas já identificadas pelas enfermeiras que destacaram a possibilidade de multiplicar essas investigações para toda a equipe de enfermagem, haja visto o quão favorável é o método para se alcançar os diagnósticos de modo mais rápido e de forma “segura”, científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A determinação dos diagnósticos de enfermagem de idosos hospitalizados, com base no referencial teórico de Henderson (1966), ressaltou-se pelo uso de um método próprio da enfermagem, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que permitiu aos atores/sujeitos, refletir, em conjunto, suas práticas clínicas. As reflexões oriundas dos encontros de discussões possibilitaram o aprofundamento de conteúdos como também o repensar os modos de cuidado a partir daquele momento.

A utilização de uma teoria de enfermagem, neste estudo, não apenas subsidiou a coleta de dados e fundamentou a discussão, mas possibilitou uma proximidade das enfermeiras com seu uso prático na rotina do serviço, desmistificando a concepção que o uso de um referencial teórico fosse impossível de ser aplicado na assistência. Permitiu, ainda, distinguir o cuidado da enfermagem das ações dos outros profissionais de saúde, pois se volta para atender às respostas humanas manifestadas pelos idosos internados.

Dentre os achados para a necessidade respirar normalmente, observou-se que o tratamento dado ao paciente adulto é o mesmo para o idoso, não havendo uma atenção quanto às especificidades apresentadas por essa faixa etária em decorrência do envelhecimento. Dando assim relevância ao estudo, pois não apenas identificou o problema, mas buscou intervir para que as alterações próprias da velhice fossem identificadas, favorecendo o pensar-fazer terapêutico e com isso despertar o interesse pela prática gerontológica.

Evidenciou-se a importância que deve ser destinada à anamnese e ao exame físico, etapa da coleta de dados, a primeira do processo de enfermagem, que busca identificar as demandas de necessidades dos idosos frente aos seus



problemas de saúde. É necessário que as informações sejam consistentes para o enfermeiro identificar as características definidoras que o levarão ao diagnóstico de enfermagem.

O domínio das enfermeiras, ao final da coleta de dados, em determinar os diagnósticos de enfermagem relacionando-os com suas causas e possíveis fatores de risco, foi um ponto positivo da pesquisa, pois o que antes era enfadonho, difícil e, muitas vezes, empírico, tornou-se dinâmico, participativo e com respaldo científico, melhorando a acessibilidade às tecnologias de enfermagem e incentivando essa mudança de atitude frente ao uso do processo de enfermagem.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem identificados, as enfermeiras sentiram-se desafiadas em realizar o levantamento de dados se atentando para as especificidades do idoso e categorizando seus achados, o que possibilitou na identificação de lacunas e exigiu conhecimento científico e vivência da assistência de UTI para fundamentar as discussões e alcançar os resultados esperados.

Romper o paradigma do tecnicismo que predomina no ambiente hospitalar, e mais especificamente na UTI, é possibilitar que o idoso seja visto de forma singular e não como objeto, receptáculo de cuidados técnicos e intensivos. É superar o isolamento, o ambiente estático ou previsível, a fragmentação e a imparcialidade.

Nesse sentido, compete à equipe de enfermagem, em especial, compreender o processo de envelhecimento na perspectiva gerontológica, buscando efetivar esforços de cuidados individuais, centralizados nas necessidades essenciais de cada idoso, a se iniciar na admissão, independentemente da origem de cada idoso.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. J.; MENEZES, A. M. B.; DÓREA, A. J. P. S., et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 30, supl 2, 2004.

BASSETT JÚNIOR, D.R.; FITZHUGH, E.C.; CRESPO, C.J.; KING, G.A.; MCLAUGHLIN, J.E. Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States. **Prev Med**, v. 34; p.179-86, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética em pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. n. 23, Brasília, 2008, p. 1-380. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; TAVARES, A. B. Tabagismo em idosos em instituições brasileiras de longa permanência. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 23, n. 2: p. 167-172. 2010.

CHAIMOWICZ, F. **Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil**. In: Freitas, E. V. et AL. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 11, p. 106-128, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução n. 358**, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Brasília, 2009.

DATASUS [Internet]. Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 nov 14]. **Indicadores demográficos segundo o IBGE e sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.



GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1124-30, 2006.

HEKMAN, P. R. W. **O Idoso Frágil**. In: Freitas, E. V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006 p. 926-9

HENDERSON, V. **The nature of nursing**. New York: Macmillan; 1966. p.15.

MARQUES, M. B.; MORAES, G. L. A.; SILVA, M. J.; et al. Estatuto do Idoso e sua interface com a promoção da saúde: uma reflexão. **Rev. Avaliação de políticas públicas**. Fortaleza, v.2, p. 81-89, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2009. 456p.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.793-798, mai-jun, 2003.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTENSES, P.J.;KENNY, J.W. **Nursing Process**: application of conceptual model. 3. ed. St. Louis: Mosby; 1986. p. 124-67.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

UN – United Nations. **World Population Ageing 2009**. Department of Economic and Social Affairs Population Division. New York, 2009.

WOLZ, M, et al. Statement from the National High Blood Pressure Education Program: prevalence of hypertension. **Am Heart J**, Durham, v. 13; p. 103-4. 2000.

A CLÍNICA DO SUJEITO NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Alcivan Nunes Vieira
Lia Carneiro Silveira

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2007), a tuberculose (TB) é uma doença milenar cujos indicadores de incidência e prevalência chamam a atenção das autoridades sanitárias de todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre os 22 países responsáveis por 80% dos casos mundiais de TB, o Brasil se encontra na 15ª posição (OMS, 2008).

Apesar de existir um eficiente esquema terapêutico medicamentoso, a poliquimioterapia (PQT) e a possibilidade de se ter um diagnóstico considerado fácil (MUNIZ et al., 2005), desde meados do século XX, a tuberculose em suas várias formas (pulmonar, óssea e renal entre outras) continua presente em todos os países da América (OMS, 2008), tornando-se uma questão de grande interesse para o campo da saúde coletiva.

A PQT desde o esquema I até os casos de maior gravidade possui efeitos indesejados que muitas vezes contribuem para o abandono do tratamento; esta situação é inconveniente pela possibilidade da geração de cepas multirresistentes do Bacilo de Koch, dificultando ainda mais o seu controle.



O Ministério da Saúde (MS) do Brasil implantou desde o ano de 1999 o Directly Observed Therapy Short Course (DOTS), tratamento diretamente observado de curta duração. Trata-se de uma modalidade assistencial em que a pessoa com diagnóstico de tuberculose é vinculada a uma equipe de profissionais da atenção básica à saúde, que se responsabiliza pelo seu acompanhamento ao nível ambulatorial e domiciliar. O êxito do tratamento medicamentoso possui uma interdependência da aceitação do diagnóstico e da adesão ao esquema de drogas a serem usadas por no mínimo seis meses.

O vínculo assistencial e a supervisão da autoadministração da PQT são enfatizados pelas diretrizes do MS para as ações de prevenção e controle da TB, pelo seu potencial de assegurar a adesão ao tratamento. Apesar desta abordagem mais próxima das pessoas com diagnóstico de tuberculose, os indicadores das ações de controle apontam falhas na continuidade do tratamento determinadas por questões diversas.

O estudo de Paixão e Gontijo (2007) sobre o perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono do tratamento, na cidade de Belo Horizonte-MG, evidenciou que dentre os motivos relacionados ao abandono do tratamento, prevaleceram entre outros: uso de drogas ou bebida alcoólica (30%); 25% dos entrevistados acreditavam já estarem curados e consideraram desnecessário continuar o uso da medicação; por causa da violência, do desemprego e pelo medo de perder o emprego (15%).

Importante salientar o preconceito que gera estigmas de várias ordens por parte da sociedade em geral para com as pessoas com diagnóstico de tuberculose. Associado a eles,

os problemas da sociedade contemporânea também dificultam o êxito das ações de prevenção e controle da doença ao nível da atenção básica, implicando em interrupção do tratamento, gerando agravamento dos casos inclusive com internações e, em consequência, maiores custos no tratamento (ARCÊNCIO; OLIVEIRA e VILLA, 2007).

As interfaces com todas as dimensões da vida de uma pessoa com diagnóstico positivo de tuberculose fazem dessa doença uma condição exigente de abordagens clínicas, em uma perspectiva de produção de um cuidado emancipatório (PIRES, 2005), menos medicalizador, construído nas relações intersubjetivas que apreendam muito mais que uma baciloscopia positiva.

Nesse contexto, destaca-se que o enfrentamento da TB carece de uma produção do cuidado a partir de abordagens clínicas que superem os reducionismos anátomo-fisiológicos da doença, e ampliem os enfoques tradicionalmente engendrados sobre os corpos doentes e a questão socioeconômica que a permeia. Apesar das estratégias assistenciais constituídas pelo MS, fazem-se necessárias reflexões sobre em que perspectiva clínica o produzido no encontro entre o profissional da saúde e os sujeitos com diagnóstico de tuberculose são adotados na prática.

Considerando o profissional enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde, em particular na atenção básica, seus processos de trabalho são momentos de produção do cuidado inseridos das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT); entretanto, é necessário repensar a prática clínica tradicionalmente engendrada nos cenários das práticas de saúde no âmbito do SUS.



Considerando que historicamente as intervenções elaboradas pelos profissionais da saúde são mediadas pelo biopoder e pela biopolítica (MARTINS, 2004), precisamos nos questionar se as ações de prevenção e controle da tuberculose fogem à risca de uma intervenção arbitrária e incapaz de produzir o cuidado em uma perspectiva de clínica orientada pelo fortalecimento da capacidade dos sujeitos em assumir a sua condição de copartícipes das ações de cuidado.

A situação de dependência de um tratamento medicamentoso, os contextos socioeconômicos de exclusão e os preconceitos inerentes à tuberculose podem fragilizar a capacidade dessas pessoas em assumir-se enquanto sujeitos, expondo-as à manipulação intervencionista e medicalizadora dos seus problemas de saúde.

As práticas de cuidado ao longo da história da humanidade e a transversalidade da clínica.

O adoecer humano é um fenômeno complexo, ultrapassa o corpo de quem adoece estando implicado e implicando em todas as dimensões da sua vida: socioeconômica, cultural, profissional, subjetiva, assim como nas relações da pessoa com a família, com a sociedade e consigo mesmo (GEOVANINI et al., 2005).

Na Antiguidade, o cuidado com as pessoas doentes tinha como propósitos essenciais a sobrevivência do homem e o alívio do seu sofrimento (GEOVANINI et al., 2005); subsidiado pelo saber empírico e construído nas relações entre os sujeitos imersos em suas diversas culturas, esta forma de cuidar era uma prática empírica e não se constituía em um ofício restrito apenas a algumas pessoas.

Com o advento da sociedade capitalista, um novo referencial teórico passou a subsidiar a compreensão acerca da saúde e da doença, fundamentado “em disciplinas no campo da biologia” (CAMARGO JR., 1997), na condição de doente significava estar à margem do processo produtivo onde sujeitos foram metamorfoseados em engrenagens das máquinas, personagens centrais do novo modo de produção em sociedade; restando à medicina instituída o dever de curar e restabelecer a capacidade produtiva dessas pessoas (GEOVANINI et al., 2005).

Nascia naquele instante a clínica, enquanto construído de saberes e práticas norteadoras da formação e da prática médica, caracterizada pelos movimentos em torno da doença, desvinculada dos sujeitos doentes (FOUCAULT, 1980). “Certa clínica organizada por saberes e práticas que tomam o corpo anatomopatológico como objeto e o esquadrinha em órgãos, separa-o em físico e psíquico, físico e emocional, intervindo sobre suas partes por meio de técnicas de diagnósticos e procedimentos terapêuticos específicos, a partir de uma classificação nosológica. Nessa clínica, a doença é ontologizada e toma o lugar do doente” (SOUZA, 2006).

Dicotomicamente em oposição à saúde, a doença estava sediada no corpo, manifesta por meio de sinais e sintomas objetivados pela medicina que elaborava suas intervenções a partir de um olhar externo ao ser doente.

Com bases tecnológicas próprias, construídas a partir do pensamento científico moderno (CAMARGO JR., 1997), a medicina abordava a doença deixando entre parênteses o ser doente; arbitrariamente invadia corpos, vidas e famílias impondo terapêuticas e modos de viver, desconsi-



derando o viés da subjetividade que faz parte da essência do ser humano. “No modelo tradicional, a unidade de uma ação clínica é fundada numa perspectiva instrumental, isto é, num conjunto de conhecimentos, meios de comunicação, artefatos e invenções voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cujos resultados esperados são a reversão ou controle das lesões existentes ou passíveis de prevenção” (SOUZA, 2006).

Consolidou-se uma forma de cuidar da doença com o único propósito da cura, mediada pela prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico, destituído de voz, dos seus direitos e de si mesmo; resignar-se às intervenções da medicina era condição para a cura. “Se for tomada essa ação instrumental como unidade/modelo de ação na clínica, abstrai-se o sujeito que sofre e se trabalha com modelos hipotéticos e fechados, nos quais problema, ação e produto possam ser teoricamente previsíveis e quantificáveis” (SOUZA, 2006).

Essa forma de entender e intervir sobre o processo saúde-doença entrelaçou-se intimamente com a forma de produzir e ser/ter da sociedade capitalista. A quem não interessava sujeitos pensantes e capazes de optar por formas de cuidar de sua saúde e doença que não sejam a medicina científica e institucionalizada.

Essa medicina caracteriza-se por seu *locus* preferencial, o espaço hospitalar, e pelo consumo crescente de tecnologias assistenciais, processo esse que agrega exponencialmente custos aos processos de cuidar sistematizados nesse paradigma (CAMARGO JR., 1997).

Por uma clínica diferente

Uma abordagem clínica do portador de tuberculose, reconstruída a partir de outros referenciais teóricos pressupõe uma desconstrução dos processos de trabalho do enfermeiro, orientada pelo acolhimento e escuta destes sujeitos; passa por uma quebra dos protocolos e sistematizações previamente elaborados com propósitos de racionalidade assistencial. “No sentido de redirecionar o papel da clínica, torna-se central a valorização e instrumentalização da narrativa, como ferramenta que possibilita a exposição do sujeito, de modo mais claro e concreto, em suas necessidades, além de suas demandas” (FAVORETO, 2004).

Criando, assim, momentos no qual a pessoa doente se faça conhecer enquanto sujeito que tem uma história de vida, antes de apresentar o resultado de um exame laboratorial. Nesse processo de encontro e conhecimento mútuo, a tuberculose aparece não mais enquanto motivo único de procura por atendimento em uma unidade de saúde.

Fazendo uma analogia nesta perspectiva, os serviços de saúde precisam produzir mais filmes sobre as vidas das pessoas; em alguns momentos, produzir fotografias desde que suscitados a partir de necessidade de se produzir ações a serviços orientados pelo cuidado, superando as ações centradas na doença. A partir de um encontro entre sujeitos cujo propósito seja “o de acompanhar os movimentos *afectivos* da existência construindo cartas de intensidade, ou cartografias existenciais que registram menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si” (PASSOS; BENEVIDES, 2006).



Retomando a tuberculose e suas manifestações nas vidas dos sujeitos (prejuízos em sua sociabilidade, o medo do preconceito, as limitações laborais ainda que temporárias, a invasão domiciliar por parte de um grupo de pessoas estranhas à dinâmica familiar), a exigência de uma adesão incondicional a uma terapêutica medicamentosa e aos seus efeitos indesejados, bem como o monitoramento mensal por meio da baciloscopia de controle, precisam ser negociados e acrescentados ao processo maior de promover o cuidado que esteja no nível de compreensão e aceitação desses mesmos sujeitos. “No trabalho em saúde, não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas quais razões instrumentais os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades” (MERHY, 2005).

Pensando em uma rede assistencial “usuário centrada” (MERHY, 2005), as necessidades e os problemas de saúde detectados no processo de acolhimento estariam amparados por um complexo de processos de trabalho e estruturas assistenciais interdisciplinares.

Os mesmos sujeitos uma vez doentes, também estão expostos aos determinantes socioeconômicos que extrapolam a capacidade de intervenção do trabalho do enfermeiro e inclusive a abordagem apreendida em seu processo de formação (CARBONETTI, 2008), bem como das unidades assistenciais. Mas que fazem parte das suas vidas e, por isso também, demandam respostas por meio de projetos terapêuticos construídos sem os reductionismos próprios da clínica biologicista e medicalizadora (CAMARGO JR., 1997).

O diagnóstico da tuberculose não é a única doença que os vitima; talvez nem seja das suas maiores preocupações

considerando sua necessidade de enfrentamento de problemáticas, como as que foram apresentadas na pesquisa de Paixão e Gontijo (2007), tais como desemprego, violência e a própria negação da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Repensar a prática clínica do enfermeiro junto à pessoa com diagnóstico de tuberculose exige necessariamente uma atitude de desconstrução de modelos e arranjos assistenciais previamente formatados na perspectiva de uma prática centrada nos sujeitos envolvidos no processo de cuidar; e, conseqüentemente, em possibilitar uma prática ressignificada ao nível dos seus processos de trabalho e da organização do serviço que atende a esta clientela. Ampliando as ações assistenciais conforme o momento de encontro possa delinear, trazendo os sujeitos para a condição de protagonista do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARCÊNCIO, RA, OLIVEIRA, MF de, VILLA, TCS. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Rev C S Col**; 2007, 12(2):409-417.

CAMARGO JR, KR. A biomedicina. In: **PHISYS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 7 (1) 45-68, 1997.

CARBONETTI, A. Instituciones y conflictos en el ámbito de la enseñanza de la fisiología en Córdoba 1920-1955. **Rev C S Col**, 13(3):917-927, 2008.



FAVORETO, CAO. A Velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: SENA, RP; MATOS, RA de. **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.

GEOVANINI, T, MOREIRA, A, SCHOELLER, SD, MACHADO, WCA. **História da Enfermagem** - versões e interpretações. Rio de Janeiro: REVINTER; 2005.

MARTINS, A. Biopolítica: O Poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev. 2004.

MERHY, EE. **Saúde** – a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2005.

MUNIZ, JN, PALHA, PF, MONROE, AA, GONZALES , RC, RUFFINO NETTO, A, VILLA, TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Rev C S Col**, 2005; 10(2): 315-321.

OMS. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing: WHO report**. Geneva: WHO, 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde nas Américas**: 2007. OPAS, Publicação Científica e Técnica N°. 622. Washington, D.C.: OPAS©, 2007.

PAIXÃO, LMM; GONTIJO, ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono. Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**; 2007, v.41 n.2 São Paulo abr.

PASSOS, E, BENEVIDES, B. Passagens da clínica. In: Maciel, A, Kupermann, D, Tedesco, S (Org). **Polifonias: Clínica, Política e Criação**. Rio de Janeiro: Conreacapa, 2006, p. 89-100.

PIRES, MRGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. In: **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2005, setembro-outubro; 13(5); 729-36.

SOUZA, ECF de. Ampliação da clínica: para buscar a integralidade do cuidado em saúde. In: **Política e Gestão em Saúde** – Reflexões e estudos. CASTRO, JL, FORMIGA, JMM, VILAR, RLA. Natal: Ed. Observatório RH NESC/UFRN; 2006.



CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AOS TRABALHADORES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: INTERFACES COM A PSICANÁLISE

Rúbia Mara Maia Feitosa
Lia Carneiro Silveira

No Brasil, conforme o último Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AE), divulgado pela Previdência Social em 2011, os Transtornos Mentais e Comportamentais Relacionados ao Trabalho ocupam o terceiro lugar em quantidade de concessões de auxílio-doença acidentário. Apresentando um aumento de 2% em relação ao ano de 2010, atingindo a marca de 12.337 casos (AEAT, 2011).

Um ponto bastante discutido acerca da elaboração das políticas de saúde do trabalhador refere-se à complexidade para se estabelecer onexo causal das doenças relacionadas com o trabalho, principalmente quando se envolvem doenças que não apresentam base orgânica, como é o caso dos chamados “transtornos mentais”. Grande parte dos referenciais teóricos e metodológicos sobre a saúde mental e trabalho são pautados no modelo biomédico, que busca situar seu objeto (a doença mental) dentro de uma lógica explicativa pautada no organicismo.

Observamos que, ao procurar os serviços de saúde, a demanda trazida pelo trabalhador, quase sempre, é agenciada por conflitos emergentes ora no ambiente de trabalho (se

a análise da queixa for apreendida pelo discurso médico), ora na organização do trabalho (se a análise da queixa decorrer da engenharia de produção, da ergonomia e mais recentemente, da psicopatologia do trabalho). Raramente, a queixa do trabalhador dirige-se para a escuta singular do sofrimento psíquico (GATTO, 1998).

É por acreditarmos que o trabalho ocupa mais que um espaço concreto, físico ou técnico na vida dos sujeitos, sendo também um ambiente simbólico que marca as relações estabelecidas pelo sujeito com seu trabalho – que nos interessamos em debruçar novos olhares sobre uma temática ainda pouco explorada: o trabalho e a dimensão psíquica em suas relações singulares de prazer x sofrimento/ adoecimento.

Ao utilizar os referenciais teórico-metodológicos da psicanálise, não se busca encontrar, certamente, aportes para a cura do sofrimento psíquico e nem a tentativa de atribuir ao trabalho o papel de único determinante do sofrimento. A nossa pergunta com embasamento psicanalítico foi feita a partir de outra formulação: como se configura a queixa de sofrimento psíquico relacionada ao trabalho na perspectiva da singularidade do sujeito?

Portanto, este estudo objetivou compreender como se configura o sofrimento psíquico na singularidade de cada trabalhador, permitindo que pudessem falar sobre aquilo que os afligem. Com a escuta desses sujeitos buscamos considerar que, para além da classificação diagnóstica relacionada ao trabalho, há outra questão aí implicada que escapa à lógica organicista, apontando para aquilo que Freud chamou “a outra cena”: a dimensão do inconsciente.



Através de dois estudos de caso buscamos identificar o que levou cada trabalhador com queixas sem base orgânica a procurar o atendimento em saúde do trabalhador, articulando essa queixa ao modo singular com que cada um vai elaborando seu discurso acerca daquilo que o aflige, identificando aí alguns elementos que apontem para a emergência do sujeito do inconsciente: os lapsos, a insistência dos significantes que se repetem; os chistes etc. Em seguida, realizamos a escrita do ensaio metapsicológico, convocando os conceitos psicanalíticos para dialogar com o que foi extraído das narrativas dos entrevistados. Por fim, destacamos algumas contribuições do referencial da psicanálise para o cuidado clínico de enfermagem aos trabalhadores em sofrimento psíquico.

Entendemos que um estudo que se pretenda psicanaliticamente embasado encontra seu limite dentro de uma estrutura acadêmica que, certamente não permite o estabelecimento e a condução de um processo de análise (já que, para a psicanálise, teoria e clínica são indissociáveis). No entanto, acreditamos que o fato de abrir um espaço de escuta para que esses sujeitos possam se dizer, partindo da premissa da associação livre proposta por Freud, permitiu a instauração de um campo em que a transferência fez surgir seus efeitos. Acreditamos que a leitura do nosso estudo pode colaborar para que o enfermeiro possa repensar suas atitudes e práticas de cuidado.

A clínica e o sofrimento psíquico do trabalhador.

Percebemos que, historicamente, o campo da saúde tem sido perpassado por uma dicotomia que coloca sujei-

to e corpo em planos distintos. Esse dilema se mantém e a dicotomia se faz presente, quando se trata de discutir o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. O que há é um trabalhador dissociado da sua condição de sujeito.

Talvez encontremos, nesse campo, uma contradição até mais explícita que aquela que marca as práticas de saúde em geral. Ocorre que existe uma ligação íntima entre o campo da saúde do trabalhador e aquele dos direitos oriundos de danos causados pelo trabalho. Uma vez diagnosticada uma doença ou transtorno relacionado ao trabalho, tem-se aberta a possibilidade de onerar o empregador, que passa a se responsabilizar pelos benefícios garantidos por lei ao trabalhador.

Daí a estratégia de tentar pôr entre parênteses a história de vida que os indivíduos constroem antes (ou, melhor dizendo, fora) do trabalho, na tentativa de isolar o exato lugar do trabalho na constituição de seu sofrimento (BORSOI, 2011).

Assim, o nexos causal com o trabalho é buscado apenas se houver a exclusão de elementos que envolvam a vida pessoal pregressa do paciente. Como afirma um dos médicos de um dos CERESTS que se configuraram como local para a realização da nossa pesquisa: “as queixas com o trabalho são até comuns, mas quando começamos a investigar a situação, as questões pessoais são mais fortes. É um trabalhador que perdeu o pai, a mãe está depressiva, irmão usa drogas. Aí descartamos”.

No entanto, no que diz respeito aos chamados “transtornos mentais relacionados ao trabalho”, geralmente não é possível identificar, de forma objetiva, os determinantes que



envolvem o sofrimento psíquico. É por, justamente, atuar na esfera psíquica que predomina um dos maiores impasses para estabelecer o reconhecimento técnico do nexos causal entre a saúde mental e o trabalho.

Nessa perspectiva, a clínica desenvolvida no âmbito da saúde do trabalhador se desenvolve num espaço onde, por um lado, pauta-se numa escuta que, amparada no discurso biomédico, atribui significados à fala daquele que veio se queixar, imputando a doença ao corpo (LIMA, 2012); e, por outro, quando não consegue identificar esses determinantes, resume-se a desqualificar a queixa do trabalhador, afastando sua suposta relação com o trabalho.

Entendemos ser importante pensar, então, a realização de uma prática de cuidado institucional que, sem desprezar o coletivo, considere o espaço da clínica: uma clínica comprometida com a criação de espaços no qual a subjetividade, a fala do trabalhador e a sua história de vida possam ser também tratadas como elementos importantes para a formulação dos planos de cuidado em enfermagem.

A clínica psicanalítica e o sofrimento psíquico do trabalhador.

Compreendemos que a psicanálise não tem a dizer sobre a doença do trabalhador, mas sobre o trabalhador, ou seja, sobre o sujeito e suas relações simbólicas com aquilo de que vem se queixar. Furtado (2005, p. 12) corrobora com nossa percepção ao afirmar que “a psicanálise é uma clínica do sujeito, e não uma clínica do trabalho, da religião, da escola, do hospital, etc.”. Desse modo, o trabalho, por mais

que tentemos salientar sua importância para a subjetividade, apresenta-se como mais um elemento integrante da vida do sujeito e que só faz sentido se articulada a outros elementos de sua história. Um sujeito em relação com seu desejo e com o que isso implica no desejo do Outro.

No entanto, podemos nos perguntar: a que sujeito estamos nos referindo? Será que se trata do indivíduo cartesiano, tomado em sua extensão de corpo? Ou ainda em sua racionalidade? Na verdade, para a psicanálise o sujeito é aquele que surge a partir de um dizer. Ou seja, conforme Furtado (2005) é quando os trabalhadores com sofrimento psíquico são convocados a falar sobre os acontecimentos causadores de seu sofrimento, que percebemos que aquilo que antes fazia parte de uma atividade objetiva, pertencente à realidade material, passa a ser considerado em sua vertente psíquica e suas relações com o desejo e com a história desses sujeitos. O trabalho, antes visualizado e entendido como aspecto material e objetivo, agora passa à realidade do inconsciente, de seus mecanismos e de suas produções.

Freud (1980) diz que o inconsciente é constituído não pelo que a consciência em si evoca, fala, entende e discerne, mas, exatamente por aquilo que ela essencialmente recusa. O pensamento consciente não define o ser, pois não há representação própria para expressar o desejo em palavras: aspiração, falta, o desejo é sempre desejo de outra coisa.

Lacan (1969 – 1970/1992) ao falar de sujeito, não se refere ao indivíduo, mas de um efeito de linguagem que surge a partir de um dizer. Um sujeito que é “outra coisa” e “para quem sabe ouvi-lo, a sua conduta toda fala a partir de um outro lugar, de uma falta-a-ser”.



É nos sonhos, nos lapsos do discurso, nas distorções, nas lacunas e nas repetições do sujeito, assim como em seus sintomas, que podemos “ler” o traço apagado do significante recalcado, que emerge na linguagem singular, na fala de cada sujeito, por onde corre o desejo inconsciente. Este desejo abriga inadvertidamente um sentido na cadeia de significantes, determinando a maneira pela qual o discurso do sujeito se organiza. Como afirma Quinet (2008), o significado dessas cadeias se constitui no desejo, tão fugaz, quanto o próprio sujeito que aí se manifesta.

É na demanda endereçada ao Outro que circula o desejo, mas não um desejo que se revela nitidamente. É antes um desejo escamoteado, escondido, disfarçado, que circula sob os bastidores da enunciação e nos intervalos do enunciado, nas pausas, nas exclamações e reticências. Em suma, é no ato da fala do sujeito que cabe avaliar a presença do desejo e a verdade que ele oculta. É na fala que deixa escapar, para além do vazio de seu dizer, o apelo do sujeito à verdade, que já está inscrita em alguma parte no inconsciente (QUINET, 2012).

Mesmo que a linguagem seja a ferramenta de acesso ao mundo, é impossível para o sujeito representar tudo. Algo sempre escapa à possibilidade de representação, de nomear a experiência. Quando isso acontece, diz-se que o sujeito se encontra no plano do traumático, da angústia. O sintoma surge como tentativa de reparar essa fenda que se abre (DOR, 2003).

Na clínica psicanalítica, a queixa inicial trazida pelo sujeito não é a questão central a ser analisada. O sintoma, como o próprio nome diz, é sintoma de algo; está no lugar

de algo. Ele representa uma formação do inconsciente que traduz o conflito entre o recalcado e as defesas. O sintoma está no lugar de algo que não pôde ser dito, não encontrou possibilidade de ser representado em palavras e, por isso, busca outras possibilidades de representação (ALBERTI, 2006). Além disso, esse “algo” impossível de ser dito, não diz respeito apenas a um acontecimento atual (uma situação de estresse no trabalho, por exemplo). Ele remete a um real traumático que está na base da própria constituição do sujeito.

É por isso que o sintoma não deve ser visto como algo a ser “eliminado”. Ele deve, antes, ser “interrogado” na perspectiva de que se possa decifrar algo dessa resposta constituída pelo sujeito. Isso não significa que o sujeito também não sofra com este seu sintoma. Mas é por meio da fala, da articulação dos significantes que se pode desfazer o sintoma, pois o sujeito poderá simbolizar estas coisas inomináveis e buscar uma saída possível para elaborar seu conflito interno (FURTADO, 2005).

No entanto, ao situarmos o sujeito em termos de discurso inconsciente, isso não implica desconsiderar o corpo, pois, de acordo com o conceito de pulsão, trata-se de algo que se situa entre o psíquico e o somático. Sendo assim, o sofrimento também tem uma inscrição no corpo, compondo uma geografia marcada por relevos atravessados por prazer, desprazer e dor, nem sempre passível de ser expressa em palavras. O corpo do ser falante diferencia-se das demais formas de vida por ser afetado pela linguagem. (DOR, 2003). É em decorrência dessa exigência da linguagem que entra em jogo “algo mais”, que não se submete e se manifesta na lógica cartesiana. No campo da saúde do trabalhador, esse “algo



mais” que insiste em se manifestar, que traz algo do sujeito inconsciente, é relegado, muitas vezes, passando apenas a ser apreendido como doença mental e, portanto, passível de intervenção médica.

Mais Valia e o Sintoma do Trabalhador.

Marx (1989) já apontava em seu livro “*O capital*” que o trabalhador esta submetido ao processo de alienação no ato da produção. O estranhamento de si mesmo é marca fundante do modo de produção capitalista. No lugar do que se espera atingir como sendo a identidade do sujeito, o que “eu sou”, há um abismo.

O que faz ponte sobre o abismo é o sintoma e, conforme Oliveira (2010), não o sintoma signo de qualquer patologia, o sintoma médico, mas o sintoma como laço, como modo de enlaçar o trabalhador no mundo. Lacan (1968-1969/2008) retoma o conceito marxista de mais-valia, segundo o qual, quando o trabalho é comprado pelo capitalista pelo preço de mercado, produz-se um resto, uma parte suplementar que não é paga ao trabalhador. Ao vender sua força de trabalho para o mercado, o trabalhador vende algo que será pago, mas também algo que não será jamais pago. Pois, sempre nessa transformação, algo falha, algo não é pago, algo não recebe um preço: falha do saber, de onde cai a mais-valia.

Lacan (1968-1969/2008) aproxima essa lógica social da economia psíquica que funda o sujeito. Um significante é aquilo que representa um sujeito para outro significante. Nos termos do discurso capitalista tem-se, então, que um valor de uso (a força de trabalho) representa um trabalhador

junto ao seu valor de troca. Dessa operação, irá sempre resultar uma perda, marcada pela produção de um resto, um algo que retorna sob a forma de um “a mais” que Lacan (1968-1969/2008) vai nomear de “Objeto A”. Assim como a mais-valia fura a forma do valor ao final do processo produtivo, o objeto a “mais-de-gozar” fixa uma economia de gozo. O gozo é um excesso para além do princípio do prazer, enquanto a mais-valia é um excesso para além do valor.

Desse modo, o trabalhador já se mostra dividido pela operação de troca. Algo dele, incomensurável, “algo” que não pode ser pago agora pertence ao mercado. Ele não goza mais disso. A rigor, ele nunca gozou. Mas ao perdê-lo, ele pode agora partir em busca da sua reconquista: gozo perdido a ser recuperado como mais-gozar. É esse não pago que retorna como sintoma, isso mesmo que o próprio sujeito é incapaz de nomear, até que Marx tenha inventado a mais-valia (OLIVEIRA, 2008).

No seminário intitulado “O Averso da Psicanálise”, Jacques Lacan (1969-1970/1992) pontua quatro discursos que aparelhariam o laço social entre o sujeito e o outro. Ele cria o quinto discurso, o capitalista, mas este, diferente dos outros, não produz laço social, não há relação entre Sujeito e Outro, mas uma relação que vai se dar entre sujeito e objeto. Isso implica a afirmação, segundo Quinet (2002, p.39), que o discurso capitalista empobrece, enfraquece os laços, pois “o sujeito só se relaciona com os objetos-mercadoria”.

Dessa forma, o que ele articula são sujeitos a *gadgets*, que a sociedade oferece como objetos de desejo. Criam-se, portanto, inúmeros objetos de consumo rápido que supostamente seriam capazes de eliminar o mal-estar do sujeito. En-



tretanto, ao nutrir a fabricação da falta de gozo, isso produz sujeitos insaciáveis em sua demanda de consumo. É necessário sempre obter o celular de última geração, computador mais caro, roupas de marca, traduzindo-se no único discurso onde o objeto se torna acessível, ou seja, pode ser comprado (QUINET, 2002). Essas imitações de objeto são para Lacan (1992) exatamente aquilo que permite a ele definir o objeto *a* como causa do desejo e não como sua meta. Com consequência diante das imitações de objetos oferecidos para o consumo, cada vez que o sujeito chega a possuí-los termina com um: “não é isso!”. Assim, lance-o novamente na busca de outro objeto.

Nesse discurso haverá uma espécie de rejeição da castração, um movimento de suspensão da sua divisão subjetiva, um apagamento de sua subjetividade com consequente enfraquecimento dos laços sociais. O capitalismo não tem como preencher esse vazio que é constitutivo do sujeito, desejo que não se satisfaz com objetos materiais, pois o que está em jogo são os traços mnêmicos do objeto. Essa busca infundável para preencher o vazio pode gerar o sofrimento, pois o desejo não se encontra acessíveis em mercadorias, reconhecimento profissional, excesso de trabalho, antes é desejo do Outro.

Mediante as particularidades do nosso objeto de estudo, optamos por um referencial teórico-metodológico que possibilitasse uma abordagem do sujeito nas suas questões singulares. Desse modo, optamos por realizar uma pesquisa que se embasa no referencial psicanalítico para delimitação conceitual e obtenção, na área da saúde, de outro olhar sobre a temática (NETO; MOREIRA, 2010).

É importante destacarmos que a pesquisa que se embasa no referencial da psicanálise marca sua diferença em relação às demais abordagens, qualitativa e quantitativa. Apesar do nosso estudo se inserir no universo das pesquisas qualitativas, ela se diferencia em dois pontos fundamentais: não inclui em seus objetivos a necessidade de obter uma inferência generalizadora da amostra ou sujeitos e, segundo, porque suas estratégias de análise de resultados não trabalham com o significado, mas sim com o significante (IRIBARRY, 2003).

Neste trabalho, a *pesquisa com psicanálise* se configura na possibilidade de o método psicanalítico ser aplicado em outras situações que não sejam a da clínica/consultório. Nessa perspectiva, caracterizou-se a especificidade do método psicanalítico a possibilidade de sua aplicação a outras situações não estritamente analíticas desde que mantidas as mesmas exigências provenientes da prática clínica, preservando as ferramentas do método psicanalítico: associação livre e a atenção flutuante. Desse modo, o pesquisador pode realizar um trabalho pautado não somente a partir de atendimentos clínicos, mas também na escuta psicanalítica de depoimentos, material biográfico, filme, entrevistas colhidas em função do que se pretende investigar (COELHO; SANTOS, 2012).

A pesquisa ocorreu no município de Mossoró/RN. Esta cidade está localizada a uma distância de 295 km da capital do estado, Natal. É o segundo município mais populoso, conforme os dados de 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que estimou 262.344 habitantes. A pesquisa foi realizada em um serviço de Atenção à



Saúde do Trabalhador e em dois serviços de Saúde Mental do referido município. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores, apontados pelos profissionais de saúde, tendo uma queixa de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Do total de seis trabalhadores previamente selecionados apenas quatro concordaram em participar das entrevistas.

Ressaltamos que por se tratar de uma pesquisa que tem por referencial a psicanálise para subsidiar a análise das informações, buscamos realizar a entrevista aberta inspirada por algumas características presentes no que se chama de “entrevistas preliminares”. Estas são compreendidas como sendo uma ferramenta clínica. Lacan (1992) cunhou o termo “entrevista preliminar” para se referir ao momento fundamental da experiência clínica que tem por objetivo fazer que a queixa se transforme numa demanda endereçada àquele que escuta, fazendo com que o sintoma passe de estatuto de resposta ao estatuto de questão. Este é um dos efeitos terapêuticos das entrevistas preliminares que consiste em transformar respostas em perguntas, já que o sintoma é uma resposta.

Portanto, tratamos de convidar o trabalhador a falar, sem censurar ou escolher o material de sua fala, de acordo com o que propõe o método da associação livre. Para captar o discurso foi preciso escutar aquilo que cada um traz, e como ele fala. Para operacionalizar essa escuta, recorremos ao pai da psicanálise, Freud (1996), utilizamos a regra fundamental de sua teoria, ou seja, a técnica da “associação livre”, na qual o trabalhador no momento dos encontros foi instigado a falar sobre tudo que lhe viesse à mente. As entrevistas foram marcadas e a frequência dessas ficou a cargo do interesse do entrevistado.

Partimos de uma pergunta geradora que foi suficientemente ampla e indefinida, em um primeiro tempo, possibilitando ao trabalhador formular sua própria questão e responder a ela de forma singular, sem prescrições prévias. Do nosso lado, profissional, a escuta foi guiada também pela técnica designada por Freud (1913/2010) como “atenção flutuante” que não centra a atenção somente em elementos que interessem ao profissional, mas a tudo que o trabalhador falasse. Não classificamos o conteúdo da fala dos trabalhadores atendidos para atribuir-lhe significados. A partir do olhar psicanalítico, nos interessou aquilo que está do lado do significante, pois esse significante é que forma a cadeia de significação no inconsciente e esse inconsciente escapa por forma de sintoma.

Utilizamos o ensaio metapsicológico como estratégia de análise do caso, conforme proposto por Caon (1994), o ensaio metapsicológico consiste em uma produção escrita, na qual emerge, durante o seu processo de construção, a experiência do pesquisador em sua investigação. Um momento singular e importante, pois a experiência se transforma em saber, qualificando a capacidade de transformação metapsicológica.

Dentre os ensaios metapsicológicos elaborados, escolhemos dois deles para apresentar neste capítulo. O primeiro desses foi intitulado “O dia em que Lisiane zerou” e o segundo “Luísa: currículo de uma dor”. Todos os nomes apresentados nos ensaios metapsicológicos são fictícios. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Potiguar, Campus Natal, e aprovada com o parecer nº 324.316.



ENSAIO METAPSICOLÓGICO

O dia em que Lisiane zerou.

Na primeira entrevista, Lisiane coloca a queixa que a levou a procurar atendimento psiquiátrico: “o trabalho estava tomando de conta da minha vida; eu não tinha mais tempo pra mim; minha vida pessoal praticamente zerou”.

Lisiane está com 36 anos e é a caçula de uma prole de cinco filhos. Apesar disso, diz que sempre foi tratada como se fosse filha única, devido à diferença de 16 anos entre sua idade e a do irmão mais próximo. A explicação que encontra para essa distância entre os nascimentos, ela afirma: “é porque eu nasci por acidente”.

Sobre sua infância nos diz que nasceu por acidente. Sua mãe ficou grávida aos 40 anos de idade. Além da idade avançada, passou por um grave problema de saúde tendo que se submeter a intenso tratamento, ficando exposta à radiografia, sem saber que já estava grávida. Após a descoberta da gestação foi aconselhada, por um dos médicos, a abortar, pois afirmava que, certamente, o filho não nasceria normal. A sua mãe entrou em depressão: tinha vários pesadelos “com a filha dela nascendo só com um olho na testa”.

Quanto ao pai, Lisiane afirma que ele é seu maior espelho: “eu sou louca por ele porque ele para mim é a referência de paciência, de trabalho e de dedicação que eu nunca vi em outra pessoa”. Aos 28 anos Lisiane se formou em uma profissão da área da saúde, conseguindo dois empregos, sendo um deles em um serviço onde sempre quis atuar. Um ano depois de iniciar o trabalho neste setor, seu pai recebe um diagnóstico de câncer e passa a precisar de seus cuidados.

Afirma que esse foi o maior problema de sua vida, mas ficou feliz de que a sua profissão permitisse ajudá-lo. Os dois empregos passam a requerer muito do tempo de Lisiane, mas apesar do acúmulo de trabalho, sempre achou muito normal.

Seu empenho maior foi no setor onde o pai fazia tratamento. Afirma que lá era uma atividade intensa, desgastante e permeada por conflitos com a equipe. Mesmo assim sentia-se realizada toda vez que conseguia resolver um problema. Tinha um sentimento de responsabilidade muito grande e sempre buscava “deixar tudo perfeito”. Em razão desses esforços, o trabalho passava a lhe cobrar cada vez mais. Afirma que essa cobrança chegou a um ponto em que cansou, pois não encontrava nos colegas nem nos chefes o reconhecimento que esperava. Andava extremamente irritada, tanto no trabalho quanto no dia a dia, não conseguia se comunicar mais, chegou a um ponto que só gaguejava. Além disso, passou a não ter mais uma vida pessoal: “o meu lado pessoal zerou, Lisiane zerou”.

Já não existiam mais os fins de semana e o trabalho passou a ser a essência de sua vida: “era somente obrigação, trabalho excessivo, trabalho excessivo de forma que eu não conseguia mais se concentrar direito, é tinha aquelas crises de tristeza, insônia, estava há quase três meses sem dormir, irritação constante que tudo passou a ser algo muito frequente”. E quando estava em casa, continuava fazendo coisas do trabalho porque sempre sobrava algo não terminado. Apesar de todo esse desgaste, Lisiane diz que a raiz do problema não era essa: “eu não estava fazendo uma coisa que eu não gostava em grande quantidade e eu adoeci, não. Era uma coisa que eu gostava, só que realmente tomou conta da minha vida de forma que não existia a minha vida, só o trabalho”.



Ao longo desse tratamento, o médico sugeriu que ela abdicasse de um dos locais de trabalho. De início ela não queria sair de nenhum deles: “eu achava que se eu saísse de um dos dois, ia ficar sem fazer nada, que eu ia ser inútil”. Sobre esse sentimento de inutilidade ela diz que trabalhar em um só lugar “era igual a zero”. Pois para ela seria atestar a sua “anulação profissional”: “chegar numa posição e de repente você ter que destruir tudo, né? Pra recomeçar do zero”. Para Lisiane o trabalho estava se tornando uma coisa que a impedia de continuar vivendo: “era tão forte que não existia mais esse lado pessoal mais, era só o profissional”. Então, se eu deixasse o trabalho eu ia deixar a vida. Hoje ela se nomeia “paciente psiquiátrica” e diz que uma vez nessa condição, não poderá mais deixá-la: “não dá pra dizer que ah, tive síndrome de *burnout* e agora estou boa, não tenho mais nada não, estou normal’. No entanto, diz que agora que se sente “mais normalzinha”.

Construção Teórica.

Emergem no discurso de Lisiane dois significantes que se destacam. O primeiro deles é “normal/anormal” que retorna em vários momentos de sua fala: não seria normal se ela não tivesse dois empregos; ela era criança anormal; após o tratamento sente-se mais normal; como paciente psiquiátrico ela não é normal, e, finalmente, quando chega o momento de ela mesma ter um filho, onde, assim como sua mãe, poderá dar à luz uma criança anormal. É a partir dessa cadeia de significantes, normal/anormal e, posteriormente, zerar, que Lisiane se faz representar. Como afirma Lacan (1968-1969/ 2008) “o significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante”.

Essa devoção ao trabalho na saúde que Lisiane sustenta não surge por acaso. Ela integra um elemento que está presente no próprio enigma de seu nascimento, já que ela é concebida “por acidente” sem chance de ser uma criança “normal”. Ela mesma vem ao mundo como um objeto do saber médico, saber esse que ela se dedica a suportar em sua profissão. Situar-se, portanto, como enfermeira, o próprio suporte desse saber, permite a Lisiane sair do lugar da “criança anormal” e ocupar uma posição fálica. A psicanálise ensina que se pode desejar ser o falo de alguém e que esta é a posição do sujeito histórico (LACAN, 1969-1970/1992, p. 32).

Como não há significante para o sexo feminino, só para o masculino, o falo, acaba por se constituir como sendo uma referência simbólica. É justamente porque ele falta que Freud o define como sendo o falo simbólico (VALAS, 2010). É tentando assumir um local de *status* no trabalho que Lisiane tenta sustentar essa posição fálica. Assim, veremos que o trabalho configura-se na busca incessante para não se deparar com a falta, de preferência dois empregos para evitar a inconsistência, para garantir que seu vazio seja preenchido e não se depre com a castração.

Já que o reconhecimento dos outros ela não obtinha, o que conseguia era mais excesso de trabalho. Nessa posição Lisiane não adoce, pois estando insatisfeita com esse trabalho de onde não vem o reconhecimento esperado, ela está muito bem identificada, já que pode se queixar de sua insatisfação. A histórica adota a postura de reivindicar algo que venha ocupar o lugar deste significante faltoso, fazendo dele um ponto de apoio que lhe seja oferecido lá onde o inconsciente a deixa abandonada. Ela busca este significante, algo que faça sentido.



As coisas caminham bem, assim, até que o pai passa a ser paciente da unidade onde ela trabalha. O *burnout* em questão remete ao seu próprio desaparecimento como sujeito. É ela quem “zera” frente a uma impossibilidade. Mas impossibilidade de que? Trata-se de uma impossibilidade que envolve o encontro com um pai, apontando ao mesmo tempo para sua impotência (ele adoece, ele pode morrer) e também para a cena em que esse pai se torna objeto de cuidado. Trata-se, portanto, de uma cena que amarra a doença e morte do pai com a sua profissão já que, como profissional de saúde, ela pode se ocupar de providenciar todos os cuidados de que ele precisa. É isso que marca “o pior problema da sua vida” o momento em que suas identificações ao trabalho são abaladas.

Soler (2005, p. 13), “um sujeito mais ou menos em equilíbrio, bem assentado, como se diz, e isso repousa sobre uma identificação”, no caso em questão, uma identificação ao trabalho de enfermeira. Poderíamos pensar que essa “devoção ao trabalho” seria um substituto da devoção ao pai? Freud (1893-1895/1996) inicialmente viu aí uma relação direta entre excesso de trabalho e uma defesa contra o desejo, pois aquele que está atribulado e intensamente preocupado com as mil tarefas exigidas pelos cuidados a um doente, cuidados que se prolongam sem interrupção, acostumam-se a abafar em si todos os indícios de emoção, já que não tem tempo nem forças para se dar conta delas.

Nesse sentido o “sintoma” trabalho, ao contrário de causar sofrimento, permite que ela se insira no laço social, onde se ocupar do desejo do outro é não querer saber do seu próprio desejo. Síndrome de *Burnout* irrompe quando o pai

passa a demandar seus cuidados, passando a frequentar seu local de trabalho. O que podemos depreender a partir disso? Expectativa de reconhecimento e apelo ao pai: é no encontro desses dois elementos que Lisiane literalmente “zera”. Percebemos então que o tipo de “consumo” do qual ela padece, envolve seu próprio ser de sujeito. Desse modo, a presença do pai como objeto de cuidado ameaça a falta constitutiva do desejo implicando uma abolição: sem a falta o sujeito fica impedido de desejar. Mas como o desejo é indestrutível, só resta uma saída para o sujeito: seu próprio desaparecimento.

“Luísa: currículo de uma dor”.

Luísa tem 66 anos e é natural de um município do interior do Rio Grande do Norte. Ela havia trabalhado como operária de fábrica de castanha, no momento estava com benefício concedido pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e sempre vinha para a consulta angustiada por ter que passar novamente pela avaliação da perícia médica. Diz que está impossibilitada de trabalhar por causa das dores que sente, principalmente, as fortes dores nos joelhos. Ultimamente, se locomove com a ajuda de muletas. Afirma ter medo de andar e cair e diz: “só não caio porque meu pai não deixa”, apontando o dedo para cima. Quando indagada acerca dessas dores, ela responde: “meu currículo é muito grande”. E completa dizendo que “para encontrar emprego tem que ter um currículo grande, né? Pois é minha filha, pergunte a qualquer profissional aqui. Minha história é longa”.

Luísa é a primogênita de uma prole de cinco filhos. Sua infância foi marcada por brigas frequentes entre os pais, sendo comum ele espancar a sua mãe. Numa dessas discus-



sões, quando contava com seis anos de idade, Luísa ouve o pai expulsar a mãe de casa com a seguinte sentença: “Oh infeliz quando eu chegar não quero você em casa, se você tiver eu toro suas pernas de foíce”. Carmen reúne os filhos e, no mesmo dia, antes do marido voltar do trabalho, foge de casa, passando a morar com seu pai, Romero, em uma fazenda, localizada em um município do Rio Grande do Norte.

Nesta época Luísa tinha entre seis e sete anos. Essa mudança de residência vai demarcar o que Luísa afirma ser o início de toda sua vida. Luísa tornou-se objeto de uma preocupação desmedida por parte de seu avô: não podia ficar na rua, brincar, conhecer rapazes etc. Luísa dizia que ele “botou os olhos” em cima dela. Finaliza a frase dizendo: “o sujo me assediou, como pôde, o pai da minha mãe”.

Depois, o assédio foi ficando mais direto e o avô passava a tocá-la: “Só sei que no mei pelo fim e tudo ele começou a me agarrar. Aí quando ele vinha me cheirar. Era diferente, ele me cheirava por aqui pelo meu pescoço, aí ele descia assim as mãos querendo pegar nos meus limãozinhos que estavam nascendo e ele incha aqui na barriga”. Luísa passa a não mais chamar o seu avô de pai Romero, mas de “velho Romero”, “o pai da minha mãe” e “o sujo”.

Luísa diz que o assédio do seu avô fez um “resbolado grande” em sua cabeça e que isso a levou a se entregar ao primeiro homem que apareceu na sua frente. Aos treze anos de idade casa-se um homem mais velho do que ela. Entretanto, a relação não era da vontade da mãe, nem do avô, devido ao fato de ele ser negro e à pouca idade de Luísa. Mas ela insistia e ameaçava fugir com o namorado. Além disso, “eu ia porque queria ser de outro homem do que ser do próprio,

do meu sangue que era o pai da minha mãe. Se ele viesse me tentar depois, nera? Aí me casei, entre namoro e entre casamento não passou um mês, eu me casei de repente”.

Ao se separar do marido Luísa deparou-se em ter que sustentar a família. Seu primeiro trabalho foi como garçone e depois, para ganhar mais dinheiro, passou a trabalhar na fábrica de castanha: “e daí pronto, daí pra cá, trabalhava de dia e de noite saía. Pronto, trabalhava dos dois jeito. Fui ser prostituta, é. Eu ganhava dinheiro, eu saí para ganhar o dinheiro”. Ao ir trabalhar na fábrica, Luísa levava em sua mochila outras roupas, pois, quando finalizava o expediente da fábrica aproveitava para se arrumar e ir fazer programa com os funcionários: “daquela carona as vez saía até um programa pra ganhar, aí a pessoa ia fazendo, pegava e ia não queria saber, não. Era tudo sem marido minha filha, não estava coisando o pé pra ninguém”

Trabalhava operando uma máquina para descascar e cortar castanha, na qual realizava movimentos repetitivos com a mão e o pé. Chega durante a entrevista a imitar os movimentos que realizava, dizendo: “aqui é mão e aqui é o pé”. Luísa se queixava das condições e da jornada de trabalho. Nesse período, passou a sentir fortes dores no joelho: “a máquina de cortar castanha com as pernas e com a mão, foi o que apresentou o meu problema no joelho”. Conforme a intensidade dos movimentos havia dias que ela não conseguia trabalhar. Teve que fazer tratamento médico. Em virtude dessas complicações organizou papéis para “conseguir de vez a aposentadoria” pelo INSS. Certo dia, foi até o INSS, “já bem pirada mesmo” e fez um escândalo. Ela não entendia porque não lhe “aposentavam logo, a minha doença é a mes-



ma, não vai mudar”. Afirmar que nunca teve oportunidade de falar da sua vida como hoje e nos últimos encontros, “só assim, você percebe como minha vida é um currículo de dor”.

Construção Teórica.

Ao escutar Luísa percebemos que ela se faz representar pelo significativo “currículo grande” e é assim que ela busca dar algum sentido à história que conta. No entanto, ao relatar as dores que sente, Luísa reporta-se apenas à dor física localizada no joelho, e identifica esse problema como sendo o motivo que a impede de trabalhar. Ao continuar falando sobre isso, diz que “só não caio porque meu pai não deixa”, portanto, deixa o plano físico e aponta o seu desejo para o campo do Outro, na qual estabelece aí há a presença de uma figura paterna, seja uma figura religiosa ou um pai de fato.

Assim, é necessário compreender que não é a presença do pai, necessariamente, que produz essa metáfora paterna, mas o seu Nome, isto é, o pai como ser de linguagem, um pai que nomeia, mas, ao mesmo tempo, um pai que é um nome. Portanto, o Nome do Pai no campo da psicanálise se configura enquanto um operador simbólico que ordena uma tarefa, a função paterna, e não remete exclusivamente a existência de um pai biológico. Na verdade, a função paterna pode ser compreendida como sendo tudo aquilo capaz de operar uma nomeação do vazio enigmático que é apresentado, para cada sujeito quando se vê confrontado com o desejo da mãe (ANDRÉ, 1998). O Nome do Pai faz obstáculo entre a mãe e o filho, impedindo o incesto.

Após seu pai biológico ter abandonado a família, Luísa passa a ver no seu avô como sendo aquele que pudesse substituir a presença do pai. No entanto, esse homem que deveria ocupar um lugar paterno, transgride a própria lei de interdição ao incesto. O interdito, o incesto e/ou o abuso sexual passam a se entrelaçar. Esse acontecimento vai demarcar o que Luísa afirma ter feito um “resbolado” grande na sua vida. Freud (1996), em seus estudos sobre a sexualidade infantil, abordava que as primeiras experiências sexuais de uma criança, principalmente quando precoce, deixa-as com marcas definitivas em sua vida.

É no discurso de Luísa que percebemos como o abuso sofrido pelo seu avô faz amarrações com o seu sofrimento. Levaremos em consideração o termo “abuso sexual”, pois já Freud (1996), em seus estudos sobre a sexualidade infantil, já estabelecia que o abuso sexual, pode se instalar uma compulsão a repetir a mesma situação com outras pessoas. Nos termos de Lacan (1964, p. 57), ocorre nesse caso um evento com aparência de acidental, mas que é, na verdade, um encontro no sentido de um real traumático ao qual se retorna de forma inconsciente e incontrolável.

A posição de Luísa em suas relações amorosas é de se colocar novamente enquanto objeto de uso para os homens. Primeiramente com seu avô, depois com seu marido e, posteriormente, com seus clientes. Além disso, conforme Fortes (2010) as mulheres podem encontrar na prostituição uma forma de subjetivar a sua falta, pois as falhas e vazios de alguma forma são preenchidos pelo olhar desejante do outro, é pela via da prostituição que Luísa marca a busca por homens detentores do falo e, ao mesmo tempo, a transformam num



falo. Tal posicionamento é característico da histeria, pois a cada relação o lugar da falta fica configurado.

A histérica ao ser privado de uma identificação feminina se vê reduzida ao estatuto de objeto de consumo entregue à perversão do homem, pois a passividade é insuportável para ela. Tais fatos podem apresentar correlação da vida de Luísa quando esta afirmou que as tentativas de ser demitida da empresa de castanha, onde atuava como operária, não eram por causa somente das dores que começavam a assolar seu corpo mas, fundamentalmente, porque não conseguia mais homens, funcionários da empresa, para fazer programa. Diante disso, ela diz que “não tinha mais a quem dar, fiquei cavando o mundo”. Assim, Luísa cava o mundo a procura da repetição desse encontro com um homem, substituto do encontro sexual traumático.

É neste mesmo ano que Luísa passa a sentir dores nas costas, passa a se consultar com os psiquiatras e deles obtém o mesmo diagnóstico da doença de sua mãe, situação que a leva a fazer tratamento. Ela alega que este é o motivo que a impede de trabalhar, pois devido à sua dificuldade de locomoção, teme cair. O pai que vai “torar as suas pernas com foice” e o pai que não a deixa cair, apontam para essa anatomia em que se inscreve o sintoma de Luísa.

Ao falarmos de corpo na psicanálise, não se trata do corpo biológico, ou seja, em linguagem popular corresponde ao “corpo de carne e osso”, porém de um corpo que é do registro do simbólico. Assim como as histéricas famosas da época de Freud, nossa hipótese é de que Luísa também fala através do corpo. Um corpo submetido a uma história de abandono e privações, mas que encontra sua satisfação

(não sabida) em repetir um encontro traumático, através de uma história que é um verdadeiro “currículo” que articula o trabalho (prostituição), o (des)encontro sexual e a da dor (POLLO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dois ensaios metapsicológicos construídos neste estudo nos permitem tecer quatro pontos importantes para a reflexão e a prática do cuidado clínico de enfermagem: o posicionamento do enfermeiro frente à queixa de sofrimento psíquico, deslocamento do lugar de saber, ressignificação da clínica e a consideração da singularidade do caso.

Ao longo da realização da pesquisa percebemos que os profissionais de saúde e, inclusive os enfermeiros, estabelecem uma nítida relação de causalidade entre a queixa e o diagnóstico, na medida em que a primeira só tem valor se amparada em um discurso biomédico, a partir de uma padronização dos sintomas. O trabalhador não é convocado a ‘elaborar’ um sentido para aquilo de que vem se queixar. Nesse sentido, seu sofrimento só é reconhecido se sua queixa relacionada ao trabalho puder ser amparada em um fundamento orgânico e/ou epidemiológico. A fala de Luísa é tomada no discurso dos profissionais de saúde como uma “queixa difusa”, repetitiva, muitas vezes sem coerência. Ao longo dos 25 sendo atendida, encontramos no seu prontuário apenas descrição dos sinais e sintomas, tratamento medicamentoso e fisioterápico.

Ao contrário do modelo biomédico, que se debruça para o olhar clínico dos sinais e sintomas, comprovando as al-



terações orgânicas por meio dos exames, a psicanálise se propõe a um deslocamento: ao invés de ver e comprovar os sinais e sintomas, é a escuta do sujeito que fundamenta a sua clínica.

Assim, quando nos propomos a escutar o sujeito e seus padecimentos na perspectiva da psicanálise, provocamos necessariamente um giro nesse discurso que não será sem consequências. A primeira delas é aquela que diz respeito ao deslocamento do lugar do saber, que sai do lado do “especialista” e passa para o lado daquele que fala (ainda que ele não saiba nada sobre isso). Isso porque a psicanálise é o único discurso que considera a existência de um saber do lado daquele que fala, o saber inconsciente. Talvez essa seja uma das maiores contribuições que o discurso psicanalítico pode trazer para o cuidado clínico de enfermagem.

A escuta pautada na hipótese do inconsciente implica o reconhecimento do outro enquanto sujeito de linguagem, que nomeia de forma singular suas vivências. Aposta-se na implicação do trabalhador sobre aquilo que provoca seu sofrimento, pois, conforme Almeida (2009), cada um traz no bojo de seu discurso as correlações entre os significantes de seu sofrimento e a sua história de vida, um saber “insabido” que pode se revelar na fala daquele que veio a se queixar.

Ao propor a escuta do sujeito inconsciente precisamos nos aproximar de fundamentos específicos, qual seja: o método psicanalítico. Pois, conforme Lima (2012) essa fala precisa necessariamente ser direcionada a outro, ou seja, é preciso sempre um outro para dizer-se. Se o outro não está ali, há uma ausência, a fala não ecoa, não retorna para aquele que se propôs a falar sobre aquilo que lhe aflige.

Desse modo, percebemos que a escuta psicanalítica extrapola os limites de uma causalidade orgânica e/ou epidemiológica e nos convoca, enquanto enfermeiro, a refletir sobre nosso posicionamento frente à queixa de sofrimento psíquico do trabalhador, trazendo novas nuances para o cuidado clínico de enfermagem, rompendo com a perspectiva de uma clínica puramente biológica e centrada do processo saúde-doença.

Aqui, podemos tecer nosso segundo eixo de contribuição da psicanálise para o cuidado clínico de enfermagem aos trabalhadores em sofrimento psíquico: uma clínica do sujeito. Na clínica do sujeito, o modo de conceber o sintoma desloca-se daquilo que deve ser eliminado, para uma mensagem a ser decifrada. Portanto, ao utilizarmos a psicanálise na condução deste objeto de estudo não objetivamos encontrar um novo saber para a enfermagem, conduzindo ao mesmo caráter de “verdade absoluta”, característico da ciência moderna. Não se trata disso, mas de buscar outros referenciais para o cuidado de enfermagem, valorizando o sujeito em sua vivência singular.

Acreditamos que a psicanálise pode contribuir para que essa vivência singular também permeie o cuidado de enfermagem nos espaços institucionalizados, desconstruindo uma queixa padronizada para escutar de outra forma o que aparentemente se mostra como transgressão na clínica biomédica: a singularidade da fala do trabalhador. Uma escuta que convoca e interroga o sujeito, e não o “estressado”, o *burnout*. A clínica, nessa perspectiva, passa a ser de cada sujeito, a clínica do caso a caso, pautada pela escuta e não pela padronização da queixa. Padronização que contribui



para construir uma demanda preestabelecida nos serviços de saúde pesquisados. Portanto, observamos que não é uma especialidade ou a atuação em um espaço institucionalizado que promove a escuta da queixa de sofrimento psíquico do trabalhador, antes, passa pela existência de uma clínica que possa nortear aqueles que se propõem a escutá-los.

Portanto, os enfermeiros e os demais profissionais podem entender que o trabalhador não procura o serviço apenas para obter um diagnóstico a fim de exclusivamente adquirir um benefício financeiro. Pensar, assim, seria um pré-julgamento. Compreendemos que receber um diagnóstico, seja para qual fim, não se configura no que de melhor se possa fazer pelo trabalhador, se este não receber um acompanhamento adequado. O que ocorre, no entanto, é que na saúde mental essa “causa” muitas vezes não se trata de uma causa material. Trata-se sim, da relação do sujeito com aquilo que o causa, que o afeta, em seu desejo e em sua relação com o outro (SILVEIRA, 2013).

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. **O sintoma entre Marx e Lacan**. Texto apresentado na plenária do XI Encontro Nacional da Escola de Psicanálise do Campo Lacaniano de Fortaleza-Ceará, 2011. Acesso em: 22.10.13 Disponível em: http://www.campolacaniano.com.br/downloads/anais_encontro_fortaleza.pdf.

ANDRÉ, S. **O Que Quer Uma Mulher?** Tradução Dulce Duque Estrada, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ALMEIDA, A.N.S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito.

(Dissertação). Fortaleza (CE):Universidade Estadual do Ceará; 2009.

Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2011. Ministério do Trabalho e Emprego [et al.]. – vol. 1. Brasília: MTE: MPS, 2011, p. 892.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia e Sociedade:** v.19, n. 1, 2007, p.103-111.

CAON, J. L. Pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica:** v. 7, n. 2, 1994.

COELHO, D.M; SANTOS, M.V. Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. **Revista Analytica:** v. 1, n. 1, 2012, p. 90-105.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan:** o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

LIMA, D.W. C. **A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sofrimento psíquico: discursos e rupturas.** (Dissertação). Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará, 2012.

FREUD, S. (1980). **Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise.** In. S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. vol. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1893-1895). **Estudos sobre a histeria** In. S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. vol. 02. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1913). **O início do tratamento.** In: S. Freud, Obras Completas. Tradução Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, volume 10, 2010.

FORTES, M.G.G.B. A prostituição: uma forma possível de subjetivação frente ao desamparo? **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade:** n.10, 2010. Disponível em: <http://www.revistacontemporanea.org.br/publicacoes/>. Acesso em 29.10.2013.

FURTADO, L. A. R. **Pela via do sintoma:** da atividade laboral ao trabalho psíquico (Dissertação). Fortaleza, 2005: Universidade Federal do Ceará, 2005.



GATTO, C.P. **A experiência psicanalítica**: algumas questões a partir do ambulatório de saúde dos trabalhadores. (Dissertação). Rio de Janeiro (RJ). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.

IRIBARRY, I.N. O que é pesquisa psicanalítica. **Ágora**, v.6, n. 1, p.115-138, 2003.

LACAN, J. (1969-1970). O Seminário, Livro 17: **O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.

_____. (1964). O Seminário, Livro 11: **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

_____. (1968-1969). O Seminário, Livro 16: **De um Outro ao outro**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2008.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. **Os Outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____. et al. Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano. In: QUINET, A. **A Ciência Psiquiátrica nos Discursos da Contemporaneidade, 2002**. Acesso em: 23.10.13. Disponível em: <http://2012.nildoviana.com/wp/wpcontent/uploads/2012/09/Psicanalise-Capitalismo-e-Cotidiano-Nildo-Viana.pdf>.

MARX, K. **O capital, crítica da economia política**: Vol. 1. Livro 1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

OLIVEIRA, C. **O chiste, a mais-valia e o mais-de-gozar ou o Capitalismo como uma piada**, 2008. Acesso em: 21.08. 13. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rel/v1n1/v1n1a05.pdf>

SILVEIRA, L.C. **Existirmos, a que será que destina? Ética e estética no contexto das práticas de saúde mental**. Texto apresentado pela autora no XIV Encontro Nacional na Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Brasil. Belo Horizonte, 2013.

SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

VALAS, P. **As dimensões do gozo**: do mito à pulsão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

VORCARO, A. Pesquisa em Psicanálise: Transmissão na Universidade. Org. FUAD NETO K.; MOREIRA, J.K.. In: **Psicanálise e o Método Científico**: o lugar do caso clínico. VORCARO A. Barbacena MG : EdUEMG, 2010.

POLLO, Vera. **Mulheres Históricas**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.





UNIDADE 2

Políticas e Gestão Para a Prática Clínica
em Enfermagem

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR PARA A SEGURANÇA E A QUALIDADE DO CUIDADO

Fabiane da Silva Severino Lima
Consuelo Helena Aires de Freitas
Maria Saete Bessa Jorge
Adriana Catarina de Souza Oliveira

A Estratégia Saúde da Família foi idealizada e vem sendo estruturada como uma forma de reorientação da atenção básica do país, fazendo parte de uma bandeira de luta pela garantia dos princípios de universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade do cuidado em saúde, garantidos pelo Sistema Único de Saúde.

Com isso, a estratégia se configura como forma de favorecer a expansão, qualificação e a consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ao ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Para a garantia da qualidade do cuidado, autores pontuam a necessidade da disponibilização de profissionais competentes, de recursos materiais, prestação de cuidados com segurança, a satisfação do usuário, e a garantia do aces-



so ao serviço de saúde e ao processo de cuidar de forma contínua e efetiva (RACOVEANU, JOHAANSES, 1995; CAMPBELL, ROLAND; BUETOW, 2000).

Adotou-se, também, a referência de Donabedian (1989), ao entender que para a qualidade do cuidado, é preciso que sejam atendidas as dimensões de estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1989; VUORI, 1991; CARVALHO et al., 2000). A adoção do termo qualidade e segurança na atenção básica é relativamente recente na literatura, sendo mais frequentes os estudos no âmbito hospitalar, com escassa produção no âmbito da atenção básica (TEJEDOR FERNÁNDEZ, 2011; RACOVEANU; JOHAANSES, 1995; CAMPBELL; ROLAND; BUETOW 2000; PAESE, 2010). Contudo, identifica-se que a busca pela reorientação das práticas da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, vem sendo pensada de forma a promover a qualidade da atenção (BRASIL, 2012a), devendo esta vir acompanhada também do incentivo na adoção de práticas seguras, com vistas a assegurar a satisfação do usuário.

Adota-se, aqui, a segurança, como um fenômeno singular, que depende da percepção, interpretação e das construções de vida de cada pessoa, ao passo que o ambiente pode parecer seguro para profissionais e, ao mesmo, apresentar-se inseguro para o usuário, principalmente, quando a comunicação, o vínculo e o diálogo não estão estabelecidos entre as partes. Por isso, o ver e o ouvir tornam-se fundamentais para a construção de uma prática segura (SMYTHE, 2010).

Entende-se a produção do cuidado, como aquele que é dependente do “trabalho vivo em ato”, no qual só é possível acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação,

no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação. Além disso, frisa-se, ainda, como aquele que se dá no imediato ato de consumir, como um processo que se realiza imediatamente com a produção, nos espaços das “interseções”, produções e consumos (MERHY, 2002; MERHY, ONOCKO, 1997).

A realidade empírica traz uma reflexão acerca da qualidade e segurança do cuidado produzido pelo enfermeiro na atenção básica, pois embora a saúde seja um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004; MORETTI-PIRES, 2012).

Nesse sentido, a presente pesquisa desenvolveu-se na busca pela compreensão da produção do cuidado do enfermeiro, a partir da concepção de um cuidado seguro e de qualidade.

Trata-se de pesquisa qualitativa que se desenvolveu sob o prisma da pesquisa social em saúde (MINAYO, 2010), na medida em que procurou estar pautada na busca pela compreensão da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, sob a vertente das concepções de segurança e qualidade.

Optou-se também pelo uso de investigação por métodos mistos, permitindo ao investigador recolher, analisar e misturar os dados, na tentativa de se aproximar de um significado da combinação e o cruzamento dos múltiplos



pontos de vista: profissionais e usuários do serviço de saúde (CRESWELL; CLARCK, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Fortaleza-Ceará, mais precisamente nas 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) com dois grupos: Grupo 1 – enfermeiros, que compõem a equipe de Saúde da Família da SER IV da cidade de Fortaleza (1ª Fase da pesquisa); Grupo 2 – usuários do serviço de produção do cuidado do enfermeiro na ESF da SER IV da cidade de Fortaleza (2ª Fase da pesquisa).

A 1ª fase da coleta de campo iniciou no mês de setembro/2013 e finalizou em meados do mês de outubro/2013, com o contato com os enfermeiros da ESF. O processo de seleção de participantes se deu por inclusão progressiva, com o tamanho final da amostra definido por saturação (MINAYO, 2012; FONTANELLA et al., 2011). Foram utilizados como instrumentos de coleta: dois formatos de formulários, sendo o primeiro para caracterização do campo empírico e o segundo para caracterização socioeconômica e laboral dos enfermeiros; além da realização de uma entrevista semiestruturada, com questões sobre a produção do cuidado do enfermeiro; compreensão de qualidade e segurança; e limitações e facilidades de produção de um cuidado seguro e de qualidade; além do uso da técnica de observação sistemática, com uso de um roteiro preestabelecido e registro de anotações em um diário de campo.

Na segunda fase, foram selecionadas seis unidades, de acordo com a aceitação pelo coordenador e enfermeiro da unidade, que participou da 1ª fase; além de disponibilidade de espaço físico para realização da coleta de campo. Foram

excluídas as unidades que se localizavam em áreas de difícil acesso para a pesquisadora, além de serem consideradas de risco de violência. Foram investigados 48 usuários das unidades de saúde, sendo escolhidos com base nos critérios de inclusão: ser adulto, homens e/ou mulheres, com faixa etária entre 19 a 59 anos (BRASIL, 2013b), além de estar presente no dia da coleta nas unidades de saúde. Utilizou-se um formulário para caracterização dos usuários, com itens relacionados à idade, naturalidade, estado civil, renda pessoal, renda familiar e atividade laboral; além da realização de grupos focais, realizados com base os pressupostos de Minayo (2010), respeitando os limites mínimo e máximo de participantes para cada grupo. Identificou-se que 90,7% dos usuários eram do sexo feminino; possuíam uma média de 45,2 anos de idade, tendo sido investigados os usuários com idade entre 22 a 59 anos; e 42% eram casados. Em relação à prática laboral, 51% não trabalhavam. Aqueles que tinham alguma renda (trabalho, pensão ou aposentadoria) possuíam uma renda pessoal em torno de 1,2 salário- mínimo; enquanto que no total de usuários investigados, foi identificado que a renda familiar possuía uma média de 02 (dois) salários- mínimos.

Desenvolveu-se a análise descritiva simples dos dados coletados com o uso formulários, sendo feita por meio do uso do programa *Excel*, versão 2010. Enquanto que os dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada com enfermeiros, grupo focal com usuários foram analisados e interpretados à luz da Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2010; 2012). Os conteúdos das observações foram complementares para a análise. Para auxiliar na classificação dos dados qualitativos obtidos, utilizou-se, ainda, a proposta



de classificação apresentada por Assis et al. (1998), utilizando-se os modelos de quadros classificatórios analíticos a partir de dois eixos temáticos, como melhor discutidos a seguir:

Produção do Cuidado do Enfermeiro da ESF: possibilidades e desafios.

As unidades investigadas, com lócus na SER IV, apresentam 39 (trinta e nove) equipes da ESF, tendo uma média de 3,4 equipes por unidade. Os relatos de enfermeiros apresentaram a identificação de uma possível lacuna na proporcionalidade entre equipes e quantitativo de pessoas cobertas, o que fazia repercutir na qualidade do cuidado prestado. Identificou-se, também, que nem todas as equipes estavam completas. Cerca de 9 (nove) unidades possuíam, pelo menos, um profissional a menos na equipe, dentre os profissionais listados como ausentes na equipe estavam: médico (n: 6 unidades), Agente Comunitário de Saúde (n: 3 unidades); aux/téc. de enfermagem (n: 2 unidades); e cirurgia-dentista (n: 1 unidade). Nesse sentido, ressalta-se que o enfermeiro estava presente em todas as equipes existentes nas unidades investigadas.

Evidenciou-se que os enfermeiros realizam uma média de 92 atendimentos/semanais, entre consultas de enfermagem, com realização de prescrição/transcrição de medicamentos; e atendimentos nos espaços de acolhimento/triagem. Além desses atendimentos individualizados dentro da própria unidade, seis enfermeiros afirmaram realizar atendimentos domiciliares e somente três referiram realizar atividades coletivas, como palestras e realização de grupos.

As ações desempenhadas na unidade são realizadas com base nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, ao realizar ações focadas na prevenção e tratamento de Hipertensão e Diabetes; prevenção e manejo da Tuberculose e Hanseníase; prevenção de HIV/AIDS e realização de teste rápido; ações de promoção à Saúde da Mulher, com realização de pré-natal, planejamento familiar, prevenção ginecológica, dentre outros: ações de saúde relacionadas ao Programa Bolsa Família; vigilância epidemiológica; atendimento às situações de urgência; e de acolhimento com classificação de risco.

Os enfermeiros entrevistados priorizavam ações de caráter individual, realização de procedimentos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos. Somente três enfermeiros afirmaram realizar atividades grupais, enquanto que, em todos os grupos focais realizados, não foi identificado nenhum usuário que tenha participado ou que tenha conhecimento sobre algum grupo realizado por enfermeiros na unidade. Alguns usuários relataram não ter tido ainda contato com o enfermeiro de sua equipe, por frequentar a unidade apenas para realização de consultas médicas.

Acredita-se que as ações programáticas, muitas vezes, fazem com que as práticas de saúde realizadas promovam recortes populacionais, com um acesso focalizado, ao restringir o atendimento a determinados serviços ou programas, transformando, portanto, a universalização das práticas em sistemas segmentados, desarticulados e excludentes. Torna-se primordial a incorporação, pelos profissionais da saúde, de estratégias de cuidado que valorizem o sujeito e suas necessidades, para a produção de ações mais efetivas, seguras e de



qualidade, entendendo a atenção em saúde de forma segura, na medida em que se busca fazer com que o usuário se sinta seguro com esse cuidado produzido.

Qualidade e segurança para a satisfação do usuário em relação à produção do cuidado do enfermeiro na ESF.

A compreensão da produção desse cuidado a partir da perspectiva de concepção de segurança e qualidade apresentadas pelos enfermeiros e usuários do serviço deu-se pela apreensão de que tanto os enfermeiros, quanto os usuários apresentaram dificuldades para definir o termo qualidade e segurança. Os depoimentos apreendidos sobre os termos, na maioria das vezes, seguiam em torno das limitações e desafios para a produção do cuidado.

Desse modo, a leitura dos relatos levou à identificação de elementos, que foram reunidos em grupos, por questões de similaridade semântica e interpretados à luz da compreensão das dimensões de estrutura e processo, conforme proposta defendida por Donabedian (1966; 1988; 1989) e que foram melhor discutidos por meio dos núcleos de sentido construídos abaixo:

- Elementos estruturais interferem na produção do cuidado do enfermeiro com Segurança e Qualidade: discussão com base nos grupos relacionados à 'infraestrutura das unidades e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos' e 'ambiente laboral insalubre, associado à falha no fornecimento de equipamentos de

proteção'; 'conhecimento e capacitação técnica dos enfermeiros'; 'experiência profissional' e 'prática baseada em protocolos';

- Processos de cuidar, de gestão e de trabalho funcionam como dispositivos para a produção de um cuidado seguro e de qualidade: discussão com base nos grupos relacionados à 'exposição a riscos de violência física'; 'gestão dos processos de cuidar e apoio e incentivo da gestão administrativa'; 'crença na supremacia do saber médico'; 'compromisso profissional'; 'relacionamento entre profissional e usuário'; e 'trabalho em equipe'.

Os *núcleos* foram organizados de forma a serem discutidos por pauta a seguir.

Núcleo 1: Elementos estruturais interferem na produção do cuidado do enfermeiro com Segurança e Qualidade

A questão da infraestrutura das unidades e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos foram as questões mais recorrentes na fala dos participantes. Entre os enfermeiros, somente um não referiu esse elemento; enquanto que em relação aos usuários, em todos os grupos, pelo menos, um usuário referiu esse elemento como interferente no processo de trabalho na unidade. Além disso, os dados de observação empírica do campo também puderam evidenciar possíveis falhas na infraestrutura e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos nas unidades investigadas.



Essa é uma realidade apontada por diversos estudiosos da área de atenção básica no Brasil, como Ribeiro et al., 2004; Facchine et al., 2006; Serapioni e Silva (2006; 2011); Oliveira, Carvalho e Silva (2008); Assis et al. (2010), Rodrigues e Anderson (2011), Rodrigues (2011) e Lima e Oliveira (2012), que elencam que nem sempre a infraestrutura das unidades básicas respeitam as exigências técnicas e éticas coerentes com suas atribuições, competências e responsabilidades.

Em seis unidades, foram identificados processo de reestruturação da infraestrutura, sendo que em quatro dessas, os profissionais tiveram que se instalar em prédios provisórios, para realização da reforma no prédio original, enquanto que nas outras duas unidades, as atividades aconteciam no mesmo espaço que está sendo reformado, fazendo com que as ações ficassem bastante restritas.

Essa evidência foi utilizada pelos enfermeiros como justificativa para a não realização das ações preconizadas na atenção básica, como as atividades grupais. Contudo, nas unidades que não estavam passando por processo de reestruturação física no período, os enfermeiros também relataram limitações na infraestrutura como dispositivos que impactam negativamente na produção do seu cuidado.

Tanto enfermeiros lotados nas unidades em reestruturação, como aqueles lotados nas demais unidades, mostraram-se insatisfeitos com o espaço disponibilizado para o desenvolvimento das atividades, afirmaram ser bastante reduzido e sem condições adequadas para o trabalho e impediam que fossem realizadas atividades mais abrangentes, como palestras educativas, por exemplo, chegando também a comprometer a privacidade do usuário no momento da consulta.

Vale reforçar a necessidade de mudanças na conjuntura das unidades básicas para que se atenda de forma plena aos preceitos recomendados para os serviços de saúde do SUS, ao passo que na atual situação, enfermeiros referem não ter espaço físico, nem condições estruturais para o trabalho.

Os gestores da atenção básica devem garantir que as unidades possuam uma infraestrutura e fornecimento de materiais, equipamentos, medicamentos e insumos de forma adequada, para atender às demandas e garantir a continuidade do cuidado (ASSIS et al. 2010). A presente pesquisa também identificou a possível falha no fornecimento de equipamentos, materiais e insumos para a produção do cuidado seguro e de qualidade, como apresentados pelos participantes.

Também foi identificada a deficiência no fornecimento de medicamentos pela farmácia da unidade. Sobre esse ponto, Bermudez, Oliveira e Luiza (2008) pontuam que a despesa com medicamentos tem um impacto significativo sobre os orçamentos das famílias, principalmente naquelas de baixa renda, revelando uma das faces das desigualdades sociais. E, como já referido inicialmente, os usuários apresentam uma renda pessoal em torno de 1,2 salário-mínimo; enquanto que a renda familiar possuía média de 02 (dois) salários-mínimos, o que pode refletir na limitação financeira para a compra de medicamentos, pagamento de consultas, exames etc., para dá continuidade ao cuidado iniciado.

Em, pelo menos quatro grupos, foram identificados usuários que relataram estar com seu tratamento de saúde comprometido pelo fato de não terem condições para a



compra de medicamentos, que não estavam sendo disponibilizados na unidade.

De fato, o Ministério da Saúde recomenda que seja necessárias à realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal, além de infraestrutura adequada, fornecimento e manutenção de equipamentos, “a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS” (BRASIL, 2012a, p.36).

Identificou-se também o déficit no fornecimento de utensílios mínimos para suprimento de necessidades humanas básicas dos usuários, como o fornecimento de água para beber ou lavagem das mãos; banheiro em condições de limpeza para realização de necessidades fisiológicas. Outras deficiências ainda foram apresentadas por seis enfermeiros entrevistados no tocante à falha no fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e/ou pela exposição diária a riscos biológicos, que são acentuados por falhas na infraestrutura dos ambientes laborais. Além disso, identificou-se também a exposição dos enfermeiros a ambientes insalubres e sem equipamentos de proteção coletiva.

Apesar da literatura pertinente ao tema estar mais focada na discussão dos riscos ocupacionais no ambiente hospitalar, Nunes et al. (2010) identifica que os profissionais da saúde, que atuam na atenção básica também se enquadram como vulneráveis à exposição a variados riscos expostos no ambiente. Nesse ambiente, Ferrer et al. (2009) reitera que os enfermeiros e os técnicos/auxiliares de enfermagem estão

dentre os profissionais mais expostos, devido à sua atuação direta junto a alguns fatores de riscos advindos de agentes biológicos, como as secreções e o sangue dos pacientes que estão sendo cuidados.

O Conselho Internacional de Enfermeiros evidencia a necessidade de criação de ambientes favoráveis à prática profissional do enfermeiro, com vistas a assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados realizado (CIE, 2007), pois para que se busque humanizar o cuidado, é preciso também que se invista nas condições de trabalho de quem cuida (LACAZ; CATO, 2006).

Um profissional satisfeito com o seu trabalho tende a fazer com que o usuário se sinta seguro com o cuidado produzido. Por isso, apoia-se na reflexão trazida por Lima (2013), de que é preciso implementar políticas preventivas adequadas, com promoção de práticas seguras, protetoras e satisfatórias à realidade de atuação dos enfermeiros atuantes da atenção básica, por meio de políticas educativas, ações de sensibilização, que possam tentar modificar as práticas e a gestão dos serviços, a fim de possibilitar ambientes e processos de trabalho mais adequados à atuação dos profissionais da saúde e mais prazerosos e seguros para os usuários.

A análise estrutural pôde ser identificada também enquanto que a experiência profissional foi apontada por enfermeiros como relacionada à compreensão de segurança do cuidado; o conhecimento e capacitação técnica dos profissionais para realização de procedimentos de enfermagem como relacionados à compreensão de segurança e qualidade da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, segundo a concepção de enfermeiros e usuários.



Enfermeiros e usuários ressaltam que, para promover um trabalho seguro e de qualidade, é preciso ainda que o profissional apresente conhecimento científico, associado à capacitação técnica para realização de ações, como prescrição/transcrição e administração de medicamentos, preparo e administração de imunobiológicos; esterilização de materiais, dentre outros procedimentos de enfermagem. E, além disso, um dos enfermeiros entrevistados ainda mencionou a importância da experiência no trabalho na atenção básica como fator positivo para a segurança do cuidado.

Núcleo 2: Processos de cuidar, de gestão e de trabalho como dispositivos para a produção de um cuidado seguro e de qualidade

Um dos elementos em destaque nesse núcleo foi a questão da exposição a riscos de ocorrência de agressões físicas e assaltos, tanto na unidade, como nas áreas circunvizinhas, apontados por, pelo menos, quatro enfermeiros e usuários participantes de dois grupos focais, como relacionados à compreensão de segurança.

No contexto do trabalho do enfermeiro, A CIE revela que a violência no local de trabalho é uma realidade para muitos profissionais, independente dos contextos do ambiente hospitalar ou de atenção básica, devendo essa questão ser abordada de forma prioritária pelas políticas de saúde (CIE, 2007).

Diante disso, estudo produzido por Batista et al. (2010) revela que a violência no contexto de trabalho da atenção básica interfere na organização do trabalho e em seus processos por causa da grande rotatividade de profis-

sionais, da dificuldade de lotação de novos funcionários e do número de transferências de trabalhadores. De fato, essa é uma realidade presente em grandes comunidades brasileiras e, associado às questões de iniquidades sociais, podem repercutir em quadros de violência e sensação de insegurança para trabalhadores e usuários do serviço, impactando na produção do cuidado na Atenção Básica. Esse fato ainda se mostra mais acentuado devido aos horários que os usuários precisam comparecer às unidades para tentar marcar consultas.

Essa evidência é algo que merece discussão aberta entre os agentes de processo de cuidar, ao passo que produzir saúde, conforme a proposta da Atenção Básica transcende a dimensão biológica do ser, avançando para discussão ampla sobre o contexto social, econômico, político e histórico onde a comunidade está inserida, a fim de produzir um cuidado realmente integral e resolutivo (ASSIS et al., 2010; MERHY; ONOCKO, 1997).

Outro grupo evidenciado foi aquele denominado de “gestão dos processos de cuidar e apoio e incentivo da gestão administrativa”, contemplando elementos relacionados ao tratamento não isonômico de gestores em relação a algumas categorias profissionais; evidência de demanda excessiva de usuários por equipe da ESF; além da insatisfação apresentada por ambos os participantes da pesquisa relacionada à limitação do acesso do usuário ao serviço; falha no sistema de referência e demora realização e entrega de resultados de exames.

A demanda excessiva por equipes de Saúde da Família, algo já pontuado no eixo temático anterior, além da evidência na falha nos serviços de referência e contra-referência identificado em todas as unidades aqui investiga-



das, também foram citados por enfermeiros e/ou usuários como relacionados à compreensão de qualidade e segurança. Identificou-se que a demanda excessiva de atendimentos foi referenciada por cinco enfermeiros, como fator relacionado ao comprometimento da produção de um trabalho seguro e de qualidade na unidade.

Um dos maiores desafios enfrentados pelo SUS é a garantia do acesso universal, integral e equitativo dos usuários ao sistema, sobretudo aos níveis secundários e terciários de atenção, além de problemas com a qualidade e a resolutividade dos serviços (LIMA; OLIVEIRA, 2012; OLINDA; MIRANDA, 2006), além da limitação da quantidade de equipes formadas, que não atendem a real cobertura necessária (ASSIS *et al.*, 2010; MORETTI-PIRES, 2012).

Apreendeu-se que os enfermeiros mostravam-se comprometidos em desenvolver um trabalho seguro e de qualidade da unidade, ao tentar promover resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários.

Destaca-se a falta de apoio da gestão associada a condições de trabalho precárias e insalubres, contribuindo para a insatisfação do trabalho pelo enfermeiro. Partindo dessa evidência, é preciso que se priorizem as condições de trabalho dos profissionais da saúde, não somente para atender às demandas dos usuários, mas também para garantir que os trabalhadores, em geral, sintam-se satisfeitos com o seu fazer. Contudo, as possíveis falhas na gestão dos processos de cuidado na atenção básica, relacionados às falhas gerenciais do sistema, como encaminhamentos para realização de exames, consultas e tratamentos especializados, associados à cobrança por produtividade pelos gestores locais e o de-

sincentivo para o trabalho, fazem com que enfermeiros se tornem desmotivados para o trabalho.

Com isso, percebeu-se, também, que enfermeiros se sentiam insatisfeitos pelo fato de não conseguirem dar continuidade ao cuidado iniciado na unidade, devido à ineficiência nos encaminhamentos para outros profissionais, procedimentos especializados e/ou realização de exames, além da demora no recebimento dos resultados de exames realizados. Ao mesmo tempo em que, não se sentiam apoiados pelos gestores para a realização do seu trabalho.

Paralelo a essas questões levantadas, soma-se ao fato da crença cultural da supremacia do saber médico em detrimento do saber das demais profissões de saúde e, mais especificamente, do enfermeiro, como elemento que interfere na concepção de segurança do cuidado.

Essa cultura da supremacia do saber médico também repercutiu na resposta de, pelo menos, um usuário participante dos três grupos focais realizados, ao esboçarem o sentimento de insegurança com o cuidado do enfermeiro, devido a questões como: crença de que o enfermeiro não tem conhecimento para realização de consultas e exames, como prevenção do colo de útero, que, culturalmente, seriam de competência do profissional médico; ou na crença na falha na capacidade para realização de prescrição/transcrição de medicamentos. Outros elementos, também mencionados por ambos os participantes, foi em relação à importância do compromisso profissional e relacionamento entre profissional e usuário, citados por enfermeiros e usuários; e o trabalho em equipe, citado por enfermeiros, para a garantia tanto da segurança, como da qualidade do cuidado.



A importância das relações interpessoais como fator relacionado à qualidade dos serviços de saúde faz-se necessário para que um serviço seja de qualidade, sendo preciso a associação entre dois fatores: um seria a tecnologia do cuidado médico, derivada da ciência, e o outro seria a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, ou, a “arte do cuidado”, influenciada sobretudo pelas relações interpessoais (DONABEDIAN, 1980).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela compreensão da produção do cuidado do enfermeiro fez evidenciar algumas limitações para a produção desse cuidado no tocante à concepção de segurança e qualidade de seus agentes envolvidos. Os resultados identificaram um déficit no quantitativo de equipes de Saúde da Família, falta de profissionais de algumas categorias e, com isso, apresentavam uma alta demanda de famílias a serem atendidas por equipe de Saúde da Família existente. Enquanto às práticas de cuidado, viu-se que o enfermeiro ainda mantém uma prática que privilegia os cuidados ambulatoriais no interior da unidade básica e baseados em determinados grupos de risco, em detrimento das práticas coletivas.

Em relação à concepção de qualidade e segurança da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, identificou-se que tanto os enfermeiros, como os usuários, não possuíam uma definição clara para ambos os conceitos, contudo, referiram em seus depoimentos, elementos que julgaram estar relacionados à concepção de segurança e qualidade e que foram aqui apresentados em dois núcleos de sentido, relacionados às dimensões estruturais e processuais propostas por Donabedian (1966).

As limitações aqui identificadas e que foram relacionadas às concepções de segurança e qualidade da produção do cuidado dos enfermeiros induzem à reflexão de que é preciso ter um olhar mais interessado para o contexto da atenção básica do país, buscando-se valorizar as opiniões e demandas apresentadas pelos dois agentes da produção do cuidado do enfermeiro: o próprio profissional e o usuário.

Ressalta-se que a busca por um cuidado seguro e de qualidade deve transcender à dimensão tecnicista dura do cuidado, pois é preciso também fazer com que outro se sinta seguro com esse cuidado. E, para isso, viu-se que é preciso tanto que as dimensões estruturais e técnicas estejam satisfeitas, como as dimensões processuais, advindas do processo de vinculação estabelecido entre profissional-profissional e profissional-usuário e da construção de relações acolhedoras, humanizadas e dialógicas, pois tanto para os usuários, quanto para os profissionais, as características das relações estabelecidas interferem na concepção de segurança e qualidade de ambos os participantes.

Ainda, a necessidade de que as práticas de saúde preconizadas nas diretrizes e políticas de saúde sejam urgentemente incorporadas às práticas cotidianas de saúde, a fim de que sejam garantidos os direitos de saúde e de vida a todos os cidadãos.



REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A. *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**. Feira de Santana.n.18, p.67-74, jan-jun, 1998.

_____. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182p.

BATISTA, C.B. *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 295-317, jul./out, 2011.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 761-793, 2008.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**. v. 41, n.1, p.150-3, 2007.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria GM n.º 598, de 07 de dezembro de 2004**. Altera a NR-10- Segurança em instalações e serviços em eletricidade. Brasília: MTE, 2004c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Instituto Nacional do Semiárido. **População total residente por faixa etária**. 2013b. Disponível em: http://www.insa.gov.br/censosab/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=100. Acesso em 12 de novembro de 2013.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc Sci Med**, v. 51, n. 11, p. 1611-25, dez, 2000.

CAMPOS, C.V. de A.;MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p.347-68, mar./abr. 2008.

CIE, Conselho Internacional de Enfermeiros. **Ambientes favoráveis à prática**: condições no trabalho= cuidados de qualidade. CIE, 2007.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. **Pesquisa de Métodos Mistos**: série métodos de pesquisa. 2 ed. São Paulo: Bookman. 2013. 288p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, 2004.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Mern. Fund Quart. v.44, p. 166-206, 1966.

_____. The Quality of Medical Care. **Science**. v. 200, n. 26, mai. 1978.

_____. The definition of quality: a conceptual exploration. In: _____. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, p. 3-31, 1980.

_____. The assessment of technology and quality. **Intl. J. of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

_____. **La qualità dell'assistenza sanitaria**. Roma: Nuova Italia Scientifica. 1989.

FACCHINI, L.A. et. al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERRER, L.M. et al. Observed Use of Standard Precautions in Chilean Community Clinics. **Public Health Nursing**. v. 26, n. 5, p. 440-448, 2009.



FITZPATRICK, R. Measurement of patient satisfaction. In: HOPKINS, A. e COSTAIN, D. (Orgs.), **Mearuring the Outcome of Medical Care**. London: Royal College of Physicians of London & King's Fund. 1990.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, fev, 2011.

GIARELLI, G. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. In: CIPOLLA, C. et al. (Orgs.). **Valutare la qualità in sanità**. Milano: Angeli, 430-437. 2002.

LACAZ, F.A.de C.; SATO, L. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. In.: DESLANDES, S.F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.185-204, p. 109-140, 2006.

LIMA, F.S.S. **Riscos ocupacionais na atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde**. Monografia (graduação) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. 2013. CD-ROM. 56p.

LIMA, D.C.M.de; OLIVEIRA, L.C. Acesso aos Serviços de Saúde: espera, sofrimento e incerteza. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção**. Fortaleza: EdUECE, p. 91-108, 2012.

MELO, G.A.; FONTANELLA, B.J.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MORETTI-PIRES, R.O. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família**. Curitiba: Appris, 2012. 172p.

OLINDA, B.M.; MIRANDA, A.S. Acesso universal à Atenção Básica em Saúde Bucal: algumas considerações. In: SILVA, M. G.C.; JORGE, M.S.B. (Org.) **Saúde pública e seus saberes e práticas**: recortes de dissertações. Fortaleza: EdUECE, p.71-77, 2006.

NUNES, M.B.G. et al. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na Atenção à Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 204-9, abr/jun, 2010.

OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P; SILVA, M.A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 3, jun., 2008.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde** – Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2010. 181 p.

RACOVEANU, N.T.; JOHAANSES, K.S. Tecnologia para El mejoramiento continuo de La calidad de La atención sanitaria. **Foro Mundial de La Salud**, v. 16, p. 158-65, 1995.

RANCI ORTIGOSA, E. La qualità nei servizi sanitari. In: _____. **La valutazione di qualità nei servizi sanitari**. Milano: Angeli. 2000.

RODRIGUES, R.D. Estratégia Saúde da Família: bode expiatório? **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v.8, n.18, p. 25-26, jan-mar, 2011.

RODRIGUES, R.D.; ANDERSON, M.I.P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, v.6, n.18, p. 21-24, jan-mar, 2011.

TRAVERSO-YEPEZ, M; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2004.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. da. **Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará**: uma avaliação multidimensional. Fortaleza: EDUECE, 2006. 98p.



_____. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4315-4326, 2011.

SANTOS, P. **Profissão médica no Brasil**. In: MACHADO, M.H. (org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

SMYTHE, E. Safety is an interpretive act: a hermeneutic analysis of care in childbirth. **Int J Nurs Stud**, v. 47, n. 12, p. 1474-82, 2010.

TEJEDOR FERNÁNDEZ, M. **Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor**. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2011. 79 p.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE, (INTER) DISCIPLINARIDADE E COMPLEXIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

José Wicto Pereira Borges
Thereza Maria Magalhães Moreira
Suzane de Fátima do Vale Tavares
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Fernando Sérgio Pereira de Sousa

O sistema de saúde brasileiro, no interregno de duas décadas, ainda vive um processo de mudança, no qual teve início com a reforma sanitária. O movimento reformista, ponto de partida de transformações, visou reconstruir uma estrutura que atendesse às demandas fidedignas da população nas questões de saúde, enquanto direito de cidadania, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, alicerçado em seus princípios norteadores, almejava alcançar políticas sociais democráticas, repensando, holisticamente, a saúde e suas relações econômicas, sociais, políticas e culturais (MACHADO et al., 2007).

A idealização e a busca de concretização dos princípios do SUS, como o escopo de superar o modelo assistencial vigente, veio com a construção do Programa Saúde da Família (PSF), que pretendia consolidar a promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. Devido sua configuração e anseios o PSF tornou-se uma estratégia para reorientação do sistema de saúde brasileiro e passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (LEITE E VELOSO, 2008).



A promoção da saúde, implicada a ESF, está intimamente vinculada à educação em saúde. Este constitui um processo atrelado a aspectos histórico, social, cultural e econômico, que, hodiernamente, almeja uma construção por intermédio de relações entre os sujeitos, na perspectiva de sua participação emancipatória. Destacam-se as ações de educação em saúde, dentro da concepção de integralidade, como estratégia vinculada com a categorização da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al., 2007).

Trabalhar na perspectiva da atenção integral à saúde, com pretensões de gerar mudanças na vida dos sujeitos, consiste em desenvolver atividades (inter)disciplinares, pois saberes justapostos ou isoladamente aplicados, por vezes não conseguem atingir resultados significativos ao indivíduo, família e comunidade.

Na teia complexa que o ser humano é constituinte e constituído, a ESF, os processos de educação em saúde e a (inter)disciplinaridade emergem como desafios a serem superados, o interrelacionamento desses postulados em uma práxis responsiva, ao vircularmos o movimento de ação-reflexão-ação, ainda se encontra pautado em uma epistemologia positivista, fundadora de um paradigma de fragmentação. Nesse cenário, buscamos na Teoria da Complexidade subsídios teóricos para rearticulação do tripé: Estratégia Saúde da Família, educação em saúde e (inter)disciplinaridade.

Desse modo, essas reflexões nos conduziram a uma busca de fundamentação teórica que problematiza os processos disciplinares e suas fragmentações, a partir de um olhar emergente, o olhar da complexidade como novo paradigma que se defende epistemologicamente, um olhar sobre os fenômenos sociais, integrado às diversas abordagens sobre as quais a saúde está envolvida e, por isso, deve ser apreendida nessas tensões discursivas das epistemologias de práticas sociais diversas.

Retoricamente neste artigo de base teórica, objetivamos realizar uma reflexão crítica integrada acerca da educação em saúde, (inter)disciplinaridade na Estratégia Saúde da Família, sob o olhar do paradigma da complexidade.

Apresentamos um breve histórico das políticas de saúde e práticas educativas em saúde no Brasil; a emergência do sujeito complexo na contemporaneidade; os desafios para a (inter)disciplinaridade na Estratégia Saúde da Família; e um tópico síntese como possibilidade da construção de uma práxis (inter)disciplinar - travessias híbridas do agir (inter)disciplinar no campo da educação em saúde.

Breve histórico das políticas e práticas educativas em saúde

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997). Esse conceito vem sofrendo lapidação ao longo da história a partir de movimentos sociais e políticos no campo da saúde que estão dialeticamente interconectados ao desenvolvimento das teorias da educação ao longo dos anos.



No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor, que serão aprofundadas a partir da década 30 (BRAVO, 2006).

Nesse contexto, nos primórdios da educação em saúde no Brasil, datado de 1925, a população deveria assimilar os preceitos necessários de higiene individual pela educação sanitária. O argumento era corporativista e imprevidente - ignorava a proposta de criação de uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada no planejamento, implementação e avaliação da prática da Saúde Pública para a realização dessa atividade em saúde (CANDEIAS, 1988).

Ao longo dos anos, novas emergências sociais foram aflorando no âmbito da assistência à saúde: a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora culminando com precárias condições de higiene, saúde e habitação da população. Essa demanda provocou a criação de políticas de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Um dos focos dessa política era educação sanitária (BRAVO, 2006).

De acordo com o Decreto 3.876, cabia à Inspeção de Educação Sanitária promover a formação da consciência sanitária da população em geral. Para Candeias (1988), a expressão consciência sanitária fora infeliz, e compreendia a disseminação de conhecimentos na área da saúde, a que se denominava, também, de educação higiênica. Tal concepção

de educação higienista advém de uma pedagogia tradicional, como uma prática educativa caracterizada pela transmissão de conhecimentos acumulados ao longo do tempo (SANTOS, 2005). A tarefa de educador sanitário era exercida por um profissional de saúde que passava por treinamentos específicos para a disseminação dos saberes higienistas, com foco essencialmente biomédico advindo de uma supervalorização do desenvolvimento da microbiologia. Tais treinamentos possuíam programas minuciosos, rígidos e coercitivos (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Com o advento do golpe militar, de 1964 a 1974, as práticas educativas passaram a ser ainda mais coercitivas, poucos eram os investimentos, as atividades de educação em saúde, sendo realizadas por órgãos ou pessoas isoladas sem maiores recursos. O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, sendo os movimentos sociais intensamente reprimidos (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Nesse cenário, se configuram na sociedade anseios por valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social, gerando reivindicações e pressões populares para o direito ao acesso aos serviços de saúde. Na década de 70, movimentos sociais começaram a se rearticular e a reivindicar melhores condições de vida. Os avanços em relação ao movimento reformista sanitário eclodem com a oitava conferência de saúde no final da década de 70, que proclamam as bases políticas de liberdade, participação social, e democracia. Coerente a



esse momento, logo após a Constituição de 1988, viria confirmar o modelo de saúde universal como paradigma filosófico, que mais tarde seria consolidado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, que preconiza acessibilidade universal e gratuita da saúde sob as tensões de um mercado aberto competitivo.

A construção de um novo modelo de saúde.

A instituição do SUS, pela Constituição Federal de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90, se traduziram em transformações de fato no sistema brasileiro de proteção social em saúde, seja ao afirmar o dever do Estado e a garantia de direitos, seja ao promover seus pressupostos de universalização, descentralização, integralidade e participação social. Na diretriz da integralidade compete a articulação de atividades preventivas, curativas e de reabilitação, sendo nesta localizada as atividades de educação em saúde (BRASIL, 2001).

O paradigma emergente na construção de um novo modelo de saúde é pautado na qualidade de vida, no qual envolve aspectos que vão além do corpo e da mente, havendo determinantes econômicos, sociais, culturais a serem considerados no âmbito das políticas de saúde. Entretanto, essas transformações não conseguiram alterar suficientemente a qualidade das ações de saúde, tornando-se necessária a busca de novos saberes e práticas voltadas a viabilizar a implementação do SUS e a contribuir para sua efetividade (CARDO-SO; NASCIMENTO, 2010).

Diante desse cenário, frente à necessidade de se efetivar a construção de um novo paradigma sanitário, surge a Estratégia Saúde da Família tendo como escopo contribuir para a reorientação do modelo assistencial, incorporando os

princípios do SUS trazendo como ações prioritárias a promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integral e contínua do indivíduo, família e comunidade, envolvendo a educação em saúde como estratégia aliada para a sua consolidação (FORTUNA et al., 2005; BRASIL, 2000).

É relevante enfatizar que educação em saúde e promoção da saúde não constituem sinônimos, são termos polissêmicos, porém convergem ao desenvolverem processos que necessitam da participação dos sujeitos em suas vidas sociais, cotidianas e não apenas de indivíduos em risco de adoecer.

Nessa perspectiva, a direção das atividades de saúde exige uma articulação entre saber popular e científico, a incorporação e valorização do acolhimento e do vínculo do usuário e suas crenças de forma que estes se sintam e se efetivem participantes das ações de saúde, do ato de cuidar com transcendência de si mesmo, ou seja, o que se busca nesta incipiente tentativa de construção de emancipação é integrar os vários sujeitos envolvidos (DAVID et al., 2012).

Desta forma, o trabalho na ESF é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A incorporação de outras categorias de profissionais da saúde (dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e outros profissionais de nível médio da odontologia) pode ocorrer a partir das necessidades pautadas e das características da organização dos serviços de saúde locais, de forma a propiciar a realização de atividades em grupo junto à comunidade (BRASIL, 1998).



A opção do Ministério da Saúde de não centralizar a ESF em um único profissional de saúde – o médico – visa enfatizar a ideia de equipe (inter)disciplinar a partir da construção da multidisciplinaridade, com a intenção de cumprir o princípio da integralidade na saúde, concebendo cada indivíduo como uma totalidade, com soma de olhares de diferentes profissionais que se integram, tecendo uma rede de saberes próprios e compartilhados (LEITE E VELOSO, 2008).

A ESF requer, então, para o seu alicerce o estabelecimento intermitente de parcerias entre setores, com (inter)disciplinaridade nas ações assistenciais de prevenção e promoção de saúde. Destarte, dentre as estratégias que visam alcançar uma perspectiva são lançadas as ações educativas como instrumento necessário para se alcançar do coletivo ao individual, a reflexão sobre saúde e sociedade, e suas responsabilidades para com esses elementos.

É nessa linha de entendimento que a saúde coletiva é introduzida no Brasil como um evento epistemológico discursivo (PAIM, 2006) que surge num tempo novo, sob as injunções políticas que rompem com modelos distintos de concepções da saúde, e seus diversos campos de constituição e de validade, de suas regras sucessivas, dos meios teóricos múltiplos que incidem em outro nível de redes de determinações.

Educação em saúde na perspectiva Freiriana.

A política de saúde como constituinte paradigmático do novo discurso que emerge na Saúde Coletiva surge no cenário brasileiro como novo desafio a ser discutido pelo movimento intelectual como uma resposta às demandas da população, tanto no âmbito das organizações, como na

legitimidade de interesses sociais a serem consolidados alcançando inclusive o posicionamento da práxis médica que passa a ser questionada na forma como ainda vem se estabelecendo historicamente no Brasil.

A educação em saúde, como se poderia denominar, consistia na transmissão de conhecimentos, de alguém que detinha este conhecimento, para alguém sem estes conhecimentos. O povo era considerado incapaz de maiores entendimentos e as poucas atividades educativas relacionadas à saúde eram sempre na forma de transmissão de informações, visando controlar as classes sociais trabalhadoras, de acordo com os interesses das classes dominantes. Muitos processos educativos aconteciam nas fábricas, em forma de folhetos escritos para uma população na maioria analfabeta (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2008).

As práticas tradicionais de educação em saúde, entretanto, tendem a apresentar um discurso biologicista, autoritário e normatizador, que reduz a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual. Ao não considerar suficientemente as condições de vida e de trabalho acaba por culpabilizar os indivíduos por seus problemas de saúde. Essas práticas tradicionais derivam-se de uma pedagogia comportamentalista, tendência que vem influenciado fortemente a formação dos profissionais de saúde.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, uma das bases norteadoras da assistência aos sujeitos adscritos é a realização e incorporação de práticas educativas como forma de atenção à saúde. No entanto, as práticas realizadas pelos profissionais desse campo estão interpeladas por uma ideologia classista advinda de antigas práticas bancárias de



educação, pautadas na realização de palestras ilustrativas sobre determinadas doenças e modos de vida saudáveis, que muitas vezes não ultrapassam o espaço intercambiável entre o público e o privado, não atingindo a subjetividade dos sujeitos que participam das seções organizadas nesse molde.

A educação bancária mencionada, denominada dessa forma por Freire (2001), é reproduzida nos vários cenários de fomento de educação e saúde, consistindo no recebimento passivo de conhecimentos, tornando os educandos depósitos de informações fornecidas, havendo um pensamento de quanto mais se transmite mais se sabe, desenvolvendo indivíduos acríticos, medíocres, submissos aos dominantes do conhecimento e do poder econômico/político/social.

Essa relação educativa construída sobre certas ordens discursivas ideologizadas enfraquece a autonomia dos sujeitos a partir de um posicionamento de valores corretos, como modelo a ser seguido pelos outros. Há, desse modo, a necessidade de superar ações educativas em saúde fragmentárias, verticalizadas, com visão de unicausalidade frente ao processo saúde-doença, com a supremacia de um saber científico sobre os demais, inerte às demandas de saúde e às condições de vida da população.

Cabe, dessa forma, a construção de uma educação em saúde que se possa perceber o cotidiano, as expectativas, as demandas e os saberes do outro. O desenvolvimento de uma relação de confiança e reconhecimento das diferenças, trazendo mudança do estado de inércia à participação qualificada e ativa no que concerne à atuação dos sujeitos na promoção de saúde e reflexão da realidade que o permeia em suas múltiplas dimensões (SILVA, 2012).

A construção do processo educativo em saúde, com vista na promoção da saúde, requer a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, das estruturas socioeconômicas como constituintes de acessos na busca por condições humanas dignas, como sujeito histórico e social, possuidor em sua dimensão holística de interfaces integradas e permeadas pelo processo autônomo das descobertas e inquietações frente ao modo de viver em sociedade exercendo sua cidadania (MACHADO *et al.*, 2007; MELO; DANTAS, 2012).

Por sua vez, a prática de educação em saúde, na perspectiva de conscientização individual ou coletiva, necessita selecionar metodologias que possam conduzir para a eclosão da reflexão de si para com outros e sua realidade, pois se configura como tecnologia importante para o campo da promoção da saúde (PEDROSA, 2004). A percepção Freireana propicia fortalecer a educação para a conscientização, libertação e transformação, por meio de uma relação lado a lado entre os sujeitos envolvidos nesse processo, onde deve haver o diálogo e a construção de uma transformação mútua, através de uma partilha de conhecimentos distintos (FREIRE, 2001).

A crítica à prática autoritária e normatizadora de educação em saúde advinda do modelo bancário vêm favorecendo o alvorecer de uma proposta de educação popular, enquanto um instrumento de reorientação das atividades educativas no setor de saúde. A Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010).



O objetivo da educação popular em saúde é estabelecer um processo pelo qual os sujeitos que foram objetificados na relação hierarquizada entre profissional e usuário possam ser transformados em sujeitos de sua história e de sua experiência. A práxis de uma educação popular em saúde conduz os profissionais a exercerem uma prática social condizente com as diretrizes do SUS e da ESF.

Como uma prática social, a educação popular em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível. Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura. Se a cultura é algo que se reproduz, sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão relacionadas e são determinadas por essas condições (ALVES; AERTS, 2011).

Essa reflexão nos conduz à visão da complexidade do ser humano, da sua historicidade, do seu inacabamento, sua subjetividade, sua capacidade de raciocínio que foram mitigados ao longo do tempo e que urge por um resgate reflexivo e pragmático no campo da saúde e especificamente no locus educação em saúde.

A emergência do sujeito complexo na contemporaneidade.

Esse contexto essencialmente crítico derivou-se da consciência de que o sujeito histórico não pode ser compreendido na disciplinarização epistemológica de uma indi-

vidualidade fragmentada. O ser simples, construído através da fragmentação de saberes, deu origem ao paradigma da simplicidade tendo como princípio a disjunção e a redução. Morin (1995) explica que a simplicidade vê, quer o Uno, quer o múltiplo, mas não pode ver que o Uno pode ser ao mesmo tempo Múltiplo. Ao incorporar o aspecto da complexidade se fortalece a ideia de que os problemas a serem considerados no campo da saúde são problemas não necessariamente estruturados e que, portanto, precisam de uma diversidade de olhares e jeitos de agir para defini-los (PE-DROSA, 2004).

Morin (1995) argumenta que o homem é um ser evidentemente biológico e que vive em um universo de linguagem, de ideias e de consciência. É preciso compreender que há algo mais do que a singularidade ou que a diferença de indivíduo para indivíduo, o fato que cada indivíduo é um sujeito, e que deve ser reconhecido pela sociedade.

No momento em que o homem moderno se sente sujeito do próprio mundo, descobre que a palavra sujeito tem também sentido submisso, prisioneiro dos paradigmas lógicos que ele próprio criou e da angústia de sua liberdade criadora. Na experiência inebriante da subjetividade moderna (tão negada no campo das ciências da saúde advindas de epistemologias empiristas, positivistas e racionais) o homem contemporâneo se depara com a vertigem do nada e com a descoberta de uma complexidade que a razão lógica e técnica não sabem mais administrar (BORGHI, 2004).

Nesse movimento do solo sob nossos pés, estão em jogo as novas plataformas e os circuitos tecnológicos e sociais que são frequentemente registrados (FISCHER, 2011).



Fazendo uma análise a partir da cultura, essas contingências são os fundamentos da necessidade histórica de elaborar estratégias legitimadoras de emancipação, de encenar outros antagonismos sociais. Isso demanda uma revisão radical da temporalidade social na qual as histórias emergentes possam ser escritas, demandando também a rearticulação do signo no qual se possam inscrever identidades culturais, emergente no interior das fronteiras reguladas do discurso social como estratégia contra hegemônica (BHABHA, 2005).

Está em questão nesses projetos a justaposição dos contextos históricos e enquadramentos culturais para fins comparativos, para exploração de sentimentos cambiantes, para o reconhecimento da larga teia social de acontecimentos que parecem ocorrer subitamente, mas que têm, na verdade, longas histórias subterrâneas e, finalmente, para a redenção das expectativas de justiça social (FISCHER, 2011). Ou seja, conceber o mundo não apenas com suas capacidades atuais, mas também de outra forma capaz de renegociar a diversidade, a complexidade e a alteridade, de fornecer oportunidades, esperança e justiça para um mundo melhor.

A emergência da complexidade surge no processo educativo em saúde como desafio de rearticular disciplinas e, mais ainda, na reestruturação de um sujeito inserido na teia social contemporânea para estruturação e transformação dos valores, racionalidades e ideologias imbricados no campo homogeneizado da saúde.

Essa rearticulação de disciplinas se configura na (inter)disciplinaridade de saberes e práticas conectados dialogicamente a partir da ação humana gerada no ir e vir da convivência como sujeitos construtores de uma historicidade, na

inscrição de um devir sujeito, aquele capaz de reinventar-se pela via do cotidiano. A (inter)disciplinaridade busca a superação da racionalidade positivista, aparece como o entendimento de uma nova forma de institucionalizar a produção do conhecimento capaz de agregar inclusive os saberes não disciplinados, nos diversos espaços sociais visualizando a articulação de novos paradigmas que possam superar as forças hegemônicas que delineiam as ações disciplinares na saúde.

Desafios para a (inter)disciplinaridade na Estratégia Saúde da Família.

A (inter)disciplinaridade é um dos conceitos nucleares para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Essa afirmação pode ser verificada nas políticas públicas que orientam ou definem o modelo de saúde em implantação, as diretrizes curriculares e o processo de educação permanente dos profissionais de saúde brasileiros (SAUPE; BUDÓ, 2006).

Dessa forma, esta surge como um paradigma questionador do modelo positivista, que fragmentou o saber e dividiu o conhecimento. Verifica-se, assim, que o termo (inter)disciplinaridade nos remete à ideia de compartilhamento entre áreas de saber, que envolve tanto as diferentes disciplinas acadêmicas quanto as práticas não-científicas, com a inserção de atores e instituições diversas. Demo *apud* Leite e Veloso (2008) refere de forma sucinta, porém bastante categórica a (inter)disciplinaridade como “um texto único escrito por várias mãos”.

Os especialistas na área da saúde consideram que o futuro da assistência passa, inevitavelmente, pela práxis do trabalho (inter)disciplinar, mas só é possível o exercício da



(inter)disciplinaridade a partir da prévia definição de cada disciplina, dos seus limites e de suas finalidades. É preciso distinguir aqui entre (inter)disciplinaridade e multidisciplinaridade. O primeiro termo indica uma relação fecunda entre disciplina distinta, um diálogo continuado e complementar, enquanto que o segundo indica justaposição formal de matérias. É necessário realizar a transição do modelo assistencial monodisciplinar para o modelo assistencial (inter)disciplinar, mas isso pressupõe a superação de velhos preconceitos e redefinição clara e categórica das finalidades e dos objetivos de cada profissão (TORRALBA, 2009).

O trabalho em equipe na área da saúde apresenta-se de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, é constituída com alicerçada concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento. Destarte, a prática (inter)disciplinar na ESF se apresenta como uma alternativa para provocar mudanças na formação dos profissionais envolvidos no programa e também para favorecer a efetivação de um espaço democrático na relação de trabalho (LEITE e VELOSO, 2008). No entanto, o que se tem notado é uma equiparação por parte da equipe de saúde ao considerarem ações entre os multiprofissionais, desenvolvidas isoladamente no mesmo espaço de construção de saúde como (inter)disciplinar.

A possibilidade de experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a (inter)disciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial. Um dos principais fatores que dificultam a prática da (inter)disciplinaridade no trabalho das equipes da ESF é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos

adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe está inserida (LOCH-NECKEL, 2009).

Leite e Veloso (2008) referem em seu estudo que há obstáculos a serem enfrentados para o alcance da (inter)disciplinaridade no campo da saúde, entre elas há a tradição positivista e biocêntrica, os espaços de poder cristalizados pela rigidez disciplinar, a falta de comunicação entre as instituições de ensino e pesquisa e as dificuldades inerentes à (inter)disciplinaridade (operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas).

Apesar de se tentar atingir, forma ideológica, a superação da atenção à saúde voltada à doença e sua cura, ainda se segue a hegemonia do poder biomédico e seu saber acima de todos os outros. Desse modo, fica a indagação: como realizar ações (inter)disciplinares, frente à supremacia da visão biomédica de desqualificação dos saberes que, estes acreditam, estejam a margem do seu conhecimento técnico-científico?

O que ocorre nos serviços de saúde, na sua maioria, são encontros multidisciplinares, em que os profissionais permanecem com suas práticas individuais, distanciando-se do trabalho (inter)disciplinar. A fragmentação das tarefas dentro da Estratégia Saúde da Família ainda é muito comum no trabalho em equipe, havendo uma divisão de responsabilidades específicas para cada profissional, sem que haja suficiente conhecimento e participação de todos os envolvidos (Loch-Neckel, 2009; Cardoso, Santos, 2010). Desta forma, os profissionais de saúde têm dificuldade em considerar o trabalho em sua totalidade, continuando a valorizar as especialidades e a hierarquia de conhecimentos.



O que ainda impera na ESF é a organização dos serviços por disciplinas independentes, pois o trabalho do médico, do enfermeiro, do dentista, do agente comunitário e de outros profissionais encontra-se articulado em uma multidisciplinaridade hierarquizada de poder valorativo desenvolvido por cada núcleo do saber, impedindo de intercambiar experiências e dialogicidades.

Os discursos que se materializam nas práticas sociais da saúde são marcados por hegemonias epistemológicas do biologismo curativista sobre os quais cada campo disciplinar elaborou a construção de suas ações teóricas e práticas, respondendo a um modelo especialista de saber. É a visão da repartição do objeto fragmentado deslocado de sua totalidade ontológica.

Mas com as novas demandas de se perceber as fragmentações como entes ontológicos em cadeia, conectados ao todo, onde se visualiza uma ordem na desordem e uma desordem na ordem como essência poética do mundo. O que antes distanciava, isolava, hoje nos interpela para a conectividade. O eterno devir, o retorno a uma essência primeira, induz novos olhares à ciência que já não alcança o objeto apenas com a lupa da neutralidade científica.

Os cenários da vida cotidiana em tempos de desconstrução pós-moderna oferecem poucos portos seguros de verdades antigas que sustentavam as disciplinaridades. Necessita-se de reflexividade crítica desses contornos e estratégias não responsivas de diferentes instituições de saberes e práticas sociais. E, por outro lado, com o modo pelo qual as esferas públicas podem ser organizadas e protegidas num mundo contemporâneo frequentemente heterogêneo.

Uma pesquisa realizada na ESF de Pau dos Ferros-Rio Grande do Norte - Brasil, ilustra bem a não articulação de saberes:

O não trabalhar em equipe gera nos enfermeiros a sensação de estarem sozinhos ao executar as ações de saúde com a população, pois estes não conseguem estabelecer ações coletivas com os médicos. Sentem-se sobrecarregados com as outras atribuições à população adscrita e com a organização dos serviços das Unidades de Saúde da Família. Colocam que têm dificuldades para dialogar com os demais membros da equipe no dia a dia da unidade de saúde.

O trabalho fragmentado e individual não favorece ao enfermeiro condições para modificar sua atuação, que se encontra focada na organização das ações individuais, repetindo um modelo que, ao invés de aproximá-lo dos princípios do trabalho em equipe, que considera os problemas e as necessidades de saúde dos usuários na coletividade, afasta-o da população e do próprio movimento de integração entre as ações que a USF é capaz de oferecer (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Nessa citação, os desafios para a (inter)disciplinaridade valorizam cada núcleo profissional em separado e o medo da perda da especificidade de cada profissão faz reproduzir saberes científicos não conectados, que limitam a uma racionalidade lógica contribuindo para uma redução da complexidade de que se trata a ESF.

A ESF em si mesmo é um ente ontológico complexo, é estratégia e com tal se oferece às necessidades, contingências, às diversas redes problemáticas carentes com garantia de resoluções, quer de curto como médio e longo prazos,



que minimamente deva garantir acessibilidade e resoluções, mesmo pontuais da demanda populacional, e não deve ser reconhecida como homogênea, e sim em sua polissemia e alteridade.

A educação em saúde é uma das proposições que se apresenta para somar e reconhece os limites de suas interfaces epistemológicas. Seu campo teórico híbrido agrega epistemologias com as quais dialoga da didática à antropologia, psicologia, teoria social crítica contemporânea, fenomenologia e filosofia. Uma atividade de colagem, de articulação autorreconhecida como *possibilidade* e não como a solução final emancipatória e salvadora. Hoje, em nosso cenário pós-moderno, as grandes metanarrativas epistemológicas que o iluminismo projetou como finalidades supremas e absolutas perderam o seu estatuto de grandeza.

É prudente nesse contexto complexo a certeza dos limites de quaisquer epistemologias que antes se instituíram acima do bem e do mal, absolutizando soluções plenas e irrefutáveis. Educar hoje é perceber que as diversas camadas da complexidade não poderão ser integralmente e alcançadas. Não há padrão ouro a oferecer em nenhum de seus métodos, apenas alcançar alguns fragmentos dessas variedades da cultura e que são modeladoras de sentidos, constituições de subjetividades, identidades e sujeitos, em solos móveis, desestabilizadores, incertos. A saúde espera da equipe o reconhecimento necessário, humildade que o isolacionismo epistemológico está fora de validade, e urge interagir práticas sociais complexas.

Como podemos ser (inter)disciplinares na prática de educação em saúde se fomos formados a partir da separação de saberes?

No SUS, iniciativas voltadas para a Educação na Saúde, que colocam na agenda dos centros de formação e das instituições acadêmicas questões como a reorientação do ensino, a reorganização curricular, a revisão de modalidades de oferta de cursos, de práticas pedagógicas e de conteúdos emergem da velha indagação: como podemos ser (inter)disciplinares na prática de educação em saúde se fomos formados a partir da separação de saberes?

Propostas à educação permanente em saúde e à reorientação do ensino em saúde pelo enfoque na integralidade e humanização em saúde vêm sendo hodiernamente discutidas (CAVALCANTE; VASCONCELOS, 2007). Para Figueiredo e Tonini (2007) precisamos de docentes e discentes para a busca de novas pedagogias, do exercício da arte, do sensível e da liberdade como modos de conhecer nossos mundos, e isso só é possível com técnicas de ensino e prática que incluam: o relacional-emocional; o político-econômico; o estético-espiritual; o humano-ambiental; o sujeito-sociedade; a comunicação-afeto; e os valores-comportamentos como jeito de ser singular.

Esse cenário desafia às instituições de ensino de saúde a: posicionar-se criticamente frente à agenda da educação na saúde conduzida por uma (inter)disciplinaridade; proceder à inovação dos processos de ensino-aprendizagem com uma educação mais crítica e problematizadora; despertar os discentes para o respeito e diálogo com as outras disciplinas, aumentando a produção de conhecimento em saúde na pesquisa, no ensino-aprendizagem e na gestão do sistema de saúde.



A partir desse cenário desafiador, o trabalho em equipe na ESF se propõe a ultrapassar o modelo técnico hierarquizado, ao buscar maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes, possibilitando autonomia e criatividade de todos os envolvidos, favorecendo assim, maior integração da equipe. No fundo, a emergência do paradigma da (inter)disciplinaridade não nasce por geração espontânea, mas sim como consequência da crise e do descrédito do antigo modelo assistencial (TORRALBA, 2009).

Permite à equipe, juntamente com a comunidade, identificar situações que coloquem em risco a saúde das famílias acompanhadas e enfrentar, de forma conjunta, os determinantes do processo saúde-doença-cuidado. Através de processos educativos, busca-se a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos envolvidos nesse processo (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

O cerne da questão formulada anteriormente reside em uma desconstrução epistemológica que impera no âmbito acadêmico de formação dos profissionais de saúde. A conjuntura da contemporaneidade suscita a superação de velhos paradigmas epistemológicos de separação, para um paradigma de inclusão do máximo de experiências de conhecimentos do mundo.

Travessias híbridas do agir (inter)disciplinar no campo da educação em saúde.

O contexto apresentado neste ensaio mostra a trama complexa estruturante da prática (inter)disciplinar de educação em saúde na ESF, em voga no mercado globalizado. Outro tipo de cosmopolitismo

emerge a partir da consciência aguda da mudança – sutil e dramática – que vem forçando o desenvolvimento de novas normas institucionais. As novas formas de sensibilidades experimentais se tornaram críticas, desde que as organizações estabelecidas e as formas convencionais de pensamento e de ação deixaram de funcionar (FISCHER, 2011).

É um cosmopolitismo que envolve um jogo de demandas morais e de experimentação institucional, nos moldes da ideia Kantiana do começo da modernidade de que a condição cosmopolita não vem a existir ou a manter em si mesma sem um enfrentamento de desafios, de que se trata de um empreendimento social e não apenas de algo que possa ser realizado na primeira pessoa filosófica ou por um ego solipsista (FISCHER, 2011).

Como cada saber só existe dentro de uma pluralidade de saberes, nenhum deles pode compreender-se a si próprio sem se referir aos outros saberes (Fischer, 2011). Os limites e as possibilidades de cada saber residem, assim, em última instância, na existência de outros saberes e, por isso, só podem ser explorados e valorizados na heterogeneidade de outros saberes. O objetivo é o de criar uma esfera pública responsiva, democrática que inspire e reatualize as respostas e perspectivas da comunidade em função de suas necessidades em um mundo complexo.

Essas conformações sociais configuram-se em um *habitus* construído culturalmente a partir do vivenciar a realidade local (Unidade Básica de Saúde da Família e Sua Adscrição) e, desse modo, corresponde aos aspectos mostrados nas relações cotidianas entre as pessoas desses ambien-



tes. Para Bourdieu (1992) o *habitus* é uma noção mediadora que ajuda a romper com a dualidade do senso comum entre indivíduos e sociedade, ao captar o modo como essa se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, ou propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que guiam as respostas a situações do seu meio social existente.

É necessário, pois, formar uma metalinguagem no âmbito sanitário, ou seja, uma linguagem que transcenda as linguagens particulares e seja compreensível para todos os agentes implicados sem se perder de articular com a cultura num agir comunicativo tal como Habermas (1989) nos inspira. É nesse diálogo com os sujeitos que a ação verbalizadora textual da práxis alcançará as mediações possíveis da complexidade. Construir o ente coletivo da saúde é a metalinguagem que gera a partir desses contatos mediados pela (inter)disciplinaridade o sanitarismo político que incide sobre a sociedade e a validação epistemológica dos princípios norteadores e paradigmáticos do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, no campo fecundo da Estratégia Saúde da Família, as práticas (inter)disciplinares de educação em saúde emergem como possibilidade de resgate dos sujeitos que foram subvertidos por uma hegemonia selvagem. Tal resgate só poderá vir à consolidação com a conscientização da complexidade na qual estamos imersos e da qual também somos estruturantes. É necessário, pois, que se produza uma racionalidade dialógica, rearticulando saberes e rejeitando pretensões de hegemonia, a fim de consolidar um

habitus de educação em saúde, que em sua essência possui hibridamente, uma horizontalidade entre disciplinas, para, a partir desse rearranjo da práxis, podermos religar o prefixo **inter** que funda um agir **interdisciplinar**.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, v.1, p.319-325, 2011.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão Arterial realizado por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery (impr.)**, n.14, v.3, p.560-566, 2010.

BHABHA, H. K. O Pós-Colonial e o Pós-Moderno: a questão da agência. In.: **O local da cultura**. 3 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

BORGHI, G. Racionalidade dialógica: desafio de um novo pensar e de um novo agir. **Diálogos possíveis**, n.0, v.4, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. SP. 3 ed.: Perspectiva, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988** – texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº1 de 1992, a 32 de 2001 e pelas Emendas Constitucionais de revisão de nº1 e 6 de 1994. – 17 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicação; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde da Família informe técnico institucional. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.



BRAVO, M. I. S. Políticas de Saúde no Brasil. In.: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Associação Ensino e Pesquisa Serviço Social; Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção da saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, n.31, v.2, p.209-213, 1997.

_____. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.22, n.4, p.347-367, 1988.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.15, Supl.1, p.1509-1520, 2010.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.12, v.3, p.611-622, 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FISCHER, M. **Futuros antropológicos: redefinindo a cultura na era tecnológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 24 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2001.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino am Enferm**. v.13, n.2, p.262-268, 2005.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais de PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, n.28, v.2, p.374-389, 2008.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.14, Supl.1, p.1463-1472, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.12, v.2, p.335-342, 2007.

MELO, M. R. C.; DANTAS, V. L. A. Círculo de Cultura e Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.25, n.3, p.328-336, jul./set., 2012

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

OLIVEIRA, M. C. M.; OLIVEIRA, J. M. A. M. Da saúde higienista às práticas educativas nos programas Saúde da família. **Revista SER - Saber, Educação e Reflexão**, n. 1, v. 1, p. 57-66, 2008.

PAIM, J. Nova saúde pública ou saúde coletiva? PAIM, J. In: **Desafios para saúde coletiva no século XXI**. Salvador: Ed UFBA. p.139-151, 2006.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 01 May 2013. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300014>>.

PEREIRA, A. L. F. P. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, n.19, n.5, p.1527-1534, 2003.

SANTOS, R. V. Abordagens do processo de ensino aprendizagem. **Integração**, n.40, v.11, p.19-31, 2005.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L. D. Pedagogia Interdisciplinar: “Edu-care” (Educação E Cuidado) Como Objeto Fronteiriço Em Saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, n.15, v.2, p.326-333, 2006.

TORRALBA, F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.



ZAMPIERI, M. F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, n.19, v.4, p.719-727, 2010.



A INTEGRALIDADE E SEUS CONCEITOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Antônia Sylca de Jesus Sousa
Thereza Maria Magalhães Moreira
José Wicto Pereira Borges

No Brasil, o início do século XXI é marcado pelo movimento de construção de novos paradigmas do processo saúde-doença com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento, fruto da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo sistema de saúde desencadeou um processo de ampliação na quantidade de serviços, ampliando sua qualidade, pois um de seus princípios é o da integralidade da atenção à saúde, que confronta o modo vigente de produzir saúde (SILVA; SENA, 2008).

Pode-se dizer que a integralidade é uma expressão “nativa” da saúde coletiva que apresenta as mesmas imprecisões, polissemias e aspectos mutáveis apresentados pelo campo de produção de saberes e práticas de onde emerge (SAID, 2002). É um termo rico, com diferentes sentidos e usos, que permite iluminar relações, porque elas existem no cotidiano das instituições, onde saberes e práticas interagem entre si e continuamente.

Diante da variedade semântica da palavra *integralidade* e o tratamento de diversos temas que a palavra interpreta, têm-se a dificuldade de demarcar a temática tão



abrangente. É a estreiteza conceitual que não permite definir um significado preciso (SAID, 2002). A partir dos significados que emergem do termo, procura-se compreender os sentidos que ele envolve (MATOS, 2001).

Identificam-se três conjuntos de sentidos (boa prática profissional; à organização do trabalho nos serviços de saúde; respostas governamentais a certos problemas de saúde), onde aborda os usos que lhe pareceram mais relevantes no amálgama da integralidade. Para construção desses sentidos, o autor não realizou um inventário completo dos usos do termo integralidade, porém realizou uma reflexão acerca dos potenciais e limites de noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas (SPINK, 2007).

Nessa perspectiva, pode se afirmar que a integralidade refere-se aos processos de produção de saúde, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se faz numa rede de relações que exige interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeada por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde, na organização dos serviços e nas respostas governamentais (SPINK, 2007). O objetivo desse estudo foi analisar, na produção científica, quais os conceitos são utilizados para designar a integralidade.

Trata-se de uma revisão integrativa, ao tentar reunir e sintetizar os resultados de pesquisa sobre um determinado tema, de maneira sistemática e organizada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para melhor condução da pesquisa, foram seguidas as seis fases distintas e essenciais para construção de uma revisão integrativa: 1) Elaboração da pergunta norteadora;

2) Busca de amostragem na literatura; 3) Coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; e 6) Apresentação da revisão integrativa propriamente dita (SOUZA, SILVA; CARVALHO, 2010).

Em face da primeira etapa para realização do estudo, foi elaborada a seguinte pergunta como questão norteadora: quais os conceitos são utilizados na literatura para designar a integralidade?

Diante disso, a coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), PUBMED e BDEFN (Bases de Dados de Enfermagem), que são de relevância para a produção do conhecimento em saúde e enfermagem no Brasil. O período delimitado para a pesquisa dos artigos foi de 2008 a 2012. Foram utilizados os descritores: *Integralidade, Assistência Integral à saúde e Enfermagem/ Integrality and Integral Health Care and Nursing* extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e selecionados por terem favorecido a busca de publicações que se referiam à temática em estudo.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos disponibilizados eletronicamente na íntegra, gratuitos, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, publicados no período de 2008 a 2012, e que apresentassem características que pudessem atender ao objetivo proposto pela pesquisa, que seria de demarcar os conceitos propostos para integralidade. Como critérios de exclusão foram adotados os artigos que não apresentaram as características determinadas pelos critérios de inclusão e pela pergunta norteadora, ou seja, que não traziam no cerne do seu texto conceitos que demarcassem a integralidade.



A seleção dos artigos foi realizada pelos pesquisadores, em buscas distintas nas bases de dados supracitadas, que ocorreram em novembro de 2012. A primeira base de dados selecionada foi a SciELO na qual utilizou-se os descritores *Integralidade and Assistência Integral à saúde and Enfermagem*, surgindo 46 artigos, destes, 16 foram excluídos porque não estavam dentro do período de tempo estabelecido para a pesquisa, 26 não traziam respostas à pergunta norteadora, resultando em um total de 4 estudos que se adequavam a todos os critérios de inclusão anteriormente estabelecidos.

Na LILACS, com os descritores *Integralidade and Assistência Integral à saúde and Enfermagem* surgiram 38 referências, das quais 31 eram textos completos, dessas, 28 estavam inseridas dentro dos anos delimitados e dois eram estudos repetidos das bases de dados anteriores, 18 foram excluídos após a leitura por não condizerem ao objetivo proposto, que seria a demarcação dos conceitos de integralidade e oito fazem parte da nossa amostra.

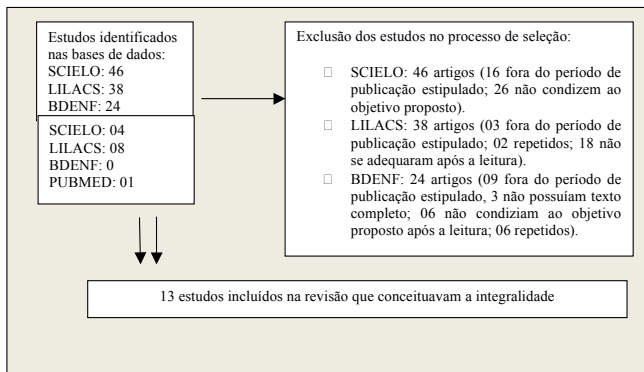
Na BDENF, com o mesmo padrão de busca, surgiram 24 trabalhos, destes, nove não estavam no período estabelecido, três não possuíam textos completos, seis não condiziam ao objetivo proposto e seis eram estudos repetidos das últimas buscas.

No PUBMED surgiram 1294 estudos pelos descritores *Integrity and Integral Health Care and Nursing*, dos quais 1237 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo (fora do período de publicação estabelecido - 2008/2012, não apresentarem texto completo, gratuito e na íntegra disponíveis eletronicamente, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa), dos

57 artigos restantes, cinco destes eram repetidos, 51 não se adequavam à delimitação proposta pela pergunta norteadora para esta pesquisa, resultado na seleção de um artigo.

A localização dos artigos, *corpus* do estudo, foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, como estratégia de garantir a legitimidade do conteúdo de análise (POLIT; BECK; HUNGLER, 2010). Por meio da pergunta norteadora, dos critérios de inclusão e exclusão resultaram como amostra treze estudos.

Figura I. Processo de seleção dos estudos nas bases SCIELO, PUBMED, BDEF e LILACS. Fortaleza, novembro de 2012.



A coleta de dados para a análise crítica foi realizada com um formulário, validado por Ursi (2005) e adaptado para este estudo. Foram investigadas as seguintes variáveis: identificação (autores, periódico e ano); instituição sede do estudo; bem como as características metodológicas (tipo de publicação, objetivo, resultados e implicações). Foi também realizada uma análise textual acerca dos conceitos de integralidade presentes em cada estudo.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das treze publicações selecionadas nas bases de dados SciELO, LILACS, PUBMED e BDE-NF, surgiram as seguintes categorias: características gerais das publicações e a integralidade e seus conceitos.

Características gerais das publicações

Sobre as características gerais das publicações enquadra-se a classificação dos trabalhos de acordo com o título, autores e objetivo de publicação. Características evidenciadas no quadro 1.

Tabela 1. Estudos selecionados para a pesquisa e distribuídos conforme autores, ano de publicação, método, objetivo, periódico e local de realização do estudo.

| Autores/ Ano | Método | Objetivo | Local |
|---|---------------------------------------|--|--|
| SILVA, SENA, 2008 | Qualitativo, estudo de caso. | Analisar como o cotidiano do trabalho em saúde é incorporado na formação dos profissionais e como a formação dos profissionais reflete e transforma o dia a dia do trabalho em saúde. | Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais . |
| REIS, ANDRADE, 2008 | Qualitativo, exploratória. | Conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre a assistência prestada à mulher na rede básica de saúde. | Unidades Básicas de Saúde do Mato Grosso do Sul. |
| SANTANA, NAKATANI, FREITAS, <i>et al</i> , 2010 | Qualitativa, descritivo-exploratória. | Identificar as concepções de integralidade do cuidado, expressas pelos docentes, e as estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado, dispostas nos discursos e planos de ensino. | Instituições de Ensino Superior de Goiás. |
| BARBOSA, 2009 | Qualitativo | Investigar a percepção e a prática do princípio de integralidade entre os técnicos de enfermagem de modo a propor estratégias de intervenção na sua formação. | Hospital (Hospital dos Servidores do Estado). |
| AVENA, 2009 | Qualitativa | Analisar a trajetória das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica. | Hospital psiquiátrico |
| BRUM, 2009 | Qualitativo, grupos focais | Analisar os limites e as possibilidades do uso da Pedagogia da Roda como dispositivo para ações de Educação Permanente de equipes de enfermagem de um hospital universitário, com enfoque na integralidade das práticas de saúde e levando em conta a experiência dos sujeitos dessas ações. | Hospital universitário de Porto Alegre. |

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| SANTOS, 2011 | Qualitativo, descritivo. | Analisar as concepções teóricas e práticas docentes de enfermagem no cuidado à Saúde da Mulher a partir da ideia de integralidade; discutir as estratégias utilizadas pelos docentes para inserir o conteúdo da integralidade no ensino de enfermagem na Saúde da Mulher. | Instituições públicas de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro. |
| CEOLIN, HECK, PEREIRA, et al, 2009 | Reflexivo | Discutir o uso das terapias complementares no Brasil, visando um atendimento integral ao indivíduo e a inserção do profissional enfermeiro nestas práticas. | - |
| URBANO, 2009 | Qualitativo, etnográfico. | Observar a atuação da equipe de enfermagem na atenção básica, buscando caracterizar como se dão as interações com o usuário, e priorizando a escuta como requisito da integralidade. | Unidades de saúde do município de Paranavai. |
| PEDUZZI, GUERRA, BRAGA, et al, 2009 | Quantitativo, transversal | Analisar a prática de atividades educativas de trabalhadores da saúde em Unidade Básica de Saúde (UBS) segundo as concepções de educação permanente em saúde (EPS) e de educação continuada (EC), processo de trabalho em saúde e enfermagem, trabalho em equipe e integralidade. | Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. |
| PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010 | Dialético, observação sistemática e de análise documental. | Compreender os sentidos da integralidade do cuidado em saúde no Programa Saúde da Família (PSF). | Unidades de Saúde da Família de Jequié/BA. |
| FURUYA, BIROLIM, BIAZIN, et al, 2011 | Reflexivo | Refletir sobre o princípio da integralidade em saúde, por meio de propostas conceituais realizadas por estudiosos do assunto e contextualizá-lo no cuidado intensivo ao paciente idoso. | - |
| FRACOLLI, ZOBOLI, GRANJA, et al, 2011 | Qualitativo | Debater o discurso das enfermeiras sobre o conceito da integralidade em saúde e como operacionalizar na prática a integralidade na Atenção Básica. | Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. |

No quadro I, percebe-se que dentre o tipo de publicação ocorreu uma predominância da pesquisa de abordagem qualitativa (76,9%), em contraposição aos estudos reflexivos (15,4%) e de pesquisa de abordagem quantitativa (7,7%), tal achado pode ser consolidado pelo fato de a temática em questão requerer o desenvolvimento de discussões subjetivas, de cunho compreensivo.



Quanto à instituição sede do estudo, 5 (38,4%) foram realizadas em unidades básicas de saúde, 3 (23,1%) em universidades, assim como em hospitais, e 2 (15,4%) não identificam o seu local de realização. No que se concerne ao ano de publicação, o ano de 2009 prevaleceu com 6 (46,1%) das publicações; em 2011 tivemos 3 (23,1%), e em 2008 e 2012 ocorreram 2 (15,4%) em cada ano.

Em relação aos objetivos levantados, notam-se diversas similaridades, como: identificar as concepções e estratégias de integralidade do cuidado no ensino de enfermagem, de forma a buscar inseri-la no contexto educacional e profissional; assim como investigar a percepção, a prática e compreensão dos princípios da integralidade nas práticas de saúde, de forma a operacionalizá-la nas redes de atenção. A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos enfermeiros e de outros profissionais, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores (FONTOURA; MAYER, 2006).

A integralidade e seus conceitos.

Tabela 2. Conceitos de integralidade dos estudos nas bases SCIELO, PUBMED, BDEFN e LILACS. Fortaleza, novembro de 2012.

| Autores | Conceito de integralidade |
|---|--|
| SILVA, SENA, 2008 | A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado. |
| REIS, ANDRADE, 2008 | Integralidade configura-se de forma a se ter um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade, englobando uma assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde. |
| SANTANA, NAKATANI, FREITAS, <i>et al</i> , 2010 | É um processo dialético e dinâmico que poderemos garantir práticas inovadoras em todos os espaços de atenção e cuidado à saúde, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde. |
| BARBOSA, 2009 | Integralidade está além de ser entendida apenas como uma postura / atitude dos profissionais, em caráter individualista, ela somente se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, ou seja, integralidade deve ser percebida como uma dimensão das práticas profissionais, e dependendo da configuração social dessas práticas, podem ocorrer facilidades ou dificuldades para a realização da integralidade. |
| AVENA, 2009 | Integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, abrindo-se a proposta do diálogo. |
| BRUM, 2009 | A integralidade de atenção à saúde é um processo lento e desafiador porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador, que vem se perpetuando, assim como provoca mudanças culturais na construção das práticas dos trabalhadores de saúde, sem prejudicar a autonomia dos indivíduos em relação a suas escolhas e aos seus modos de viver. |



| | |
|--|--|
| SANTOS, 2011 | A integralidade pressupõe a articulação da saúde com as políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação inter-setorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. |
| CEOLIN, HECK, PE- REIRA, <i>et al</i> , 2009 | A integralidade é a escuta, cuidar, o tratamento acolhedor, digno e respeitoso, a olhar para o ser humano como um todo, substituindo o foco à enfermidade e na atenção individual, com um olhar na história de vida e na maneira de viver e de estar doente. |
| URBANO, 2009 | A integralidade é vista como o cuidado em não recortar o corpo do paciente em sistemas e aparelhos, mas fazer com que ele obtenha um atendimento digno. |
| PEDUZZI, GUERRA, BRAGA, <i>et al</i> , 2009 | A integralidade, considerada em diferentes combinações de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como a organização de serviços de atenção à saúde, segundo a qual constitui um eixo estruturante, que apreende e responde às necessidades de saúde de forma abrangente e contextualizada. |
| PIRES, RO- DRIGUES, NASCIMEN- TO, 2010 | A integralidade aparece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica, pois se traduz como uma ideia com vários sentidos e representações que, de certo modo, se associam às necessidades sentidas e verbalizadas pelos usuários/famílias e vincula-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, visando à resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, mediante o cuidado integral. |
| FURUYA, BIROLIM, BIAZIN, <i>et al</i> , 2011 | Para que ocorra a integralidade da assistência é necessário que sejam consideradas todas as alterações que lhes são inerentes, estes precisam sentir que, muito mais do que a técnica, existe a compaixão, o respeito, o companheirismo e a sabedoria, através de ações que promovam o acolhimento, cuidado e humanização. |
| FRACOLLI, ZOBOLI, GRANJA, <i>et al</i> , 2011 | A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. |

O conceito de integralidade emana do movimento da Reforma Sanitária, que defende uma visão mais ampliada da atenção à saúde, tecendo uma crítica à fragmentação excessiva que tornava o modelo de atenção vigente reducionista, com ênfase nas ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2010).

Conforme apresentado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), a integralidade apresenta duas dimensões: como articuladora das ações e serviços da saúde e as práticas desempenhadas pelos profissionais da saúde na assistência prestada. Acrescenta a estas dimensões à configuração de políticas como atributos das respostas governamentais a problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos (MATOS, 2001).

Como organização e articulação entre os serviços, a integralidade configura-se em prol de um sistema integrado em todos os seus níveis de complexidade, objetivando romper com a dicotomia entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais (REIS; ANDRADE, 2008; BARBOSA, 2009).

Enquanto práticas de saúde, a segunda dimensão da integralidade engloba a assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde. Inclui ainda a eficácia, a organização das ações e os modelos de gestão dos serviços. Passa, assim, pela formação dos profissionais que atendem no sistema, bem como com o seu compromisso de melhorar a assistência prestada. O indivíduo deve ser entendido como um ser humano inserido no seu contexto físico, social e histórico (REIS; ANDRADE, 2008; BARBOSA, 2009).



No seu terceiro sentido, a integralidade aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde, que no desempenho de suas políticas assistenciais devem ter a capacidade de buscar abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões do ser cuidado, respeitando suas especificidades e atuando nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde, sendo essa a finalidade do seu trabalho (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2010; SILVA; SENA, 2006).

Na construção da integralidade do cuidado, a relação dialética entre os enfoques individual e coletivo, apresenta-se como perspectiva no reconhecimento das necessidades e subjetividades individuais e coletivas, devendo estabelecer uma relação sujeito-sujeito nas práticas dos serviços de saúde, nas discussões sobre a organização dos serviços e sobre as políticas públicas (BARBOSA, 2009).

O princípio da integralidade, inicialmente pensado apenas como articulação entre serviços e como um problema da gerência desses serviços, é colocado como o maior desafio nas práticas de saúde na esfera das ações técnicas. Explicita que, para atingir a integralidade da assistência no plano macro, um dos objetivos a perseguir é a integralidade da assistência no atendimento de cada profissional e no conjunto de cuidados desses profissionais a cada indivíduo e/ou comunidade, no local onde está inserido, trabalhando com a educação em saúde, de forma a analisar e aprimorar seus conhecimentos, fazendo com que o indivíduo torne-se

independente e dando-lhe conhecimento para tomar uma decisão sobre a sua saúde (REIS; ANDRADE, 2008).

Nesse sentido, descreve que este princípio é indispensável ao Sistema de Saúde, por acreditar que apreendê-lo como um valor e operacionalizá-lo na prática profissional e no cotidiano dos serviços de saúde implica em mudanças nos paradigmas de formação e de processo de trabalho em saúde, hegemonicamente instituídos (BARBOSA, 2009).

Deve ser entendida além de uma postura/atitude dos profissionais, em caráter individualista, ela somente se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, ou seja, deve ser percebida como uma dimensão das práticas profissionais, e dependendo da configuração social dessas práticas, podem ocorrer facilidades ou dificuldades para a realização da integralidade (BARBOSA, 2009).

As instituições e serviços de saúde assumem papel estratégico na absorção e transformação de conhecimentos, de novos modos de agir e produzir integralidade, na medida em que reúnem, num mesmo lugar, distintas perspectivas e interesses de diversos atores sociais (profissionais de saúde, gestores, familiares e usuários) (AVENA, 2009). Esses espaços atuam na construção e reprodução de saberes e práticas integrais, assim como na avaliação dos efeitos de uma política de Estado, face ao nível de saúde da população.

Esses atores sociais se envolveram e se engajaram na reestruturação do modelo de saúde que possuía características excludentes do ponto de vista social e apresentava-se fragmentado do ponto de vista biológico (RAMOS, 2007). Esse envolvimento parece ter sido o alicerce para a constru-



ção de um modelo de saúde que primasse pelo atendimento integral do cidadão em um contexto que permita a consecução de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de recuperação do estado de rigidez e de reabilitação de déficits adquiridos a partir de uma articulação do sistema de saúde com políticas sociais e econômicas que trabalhe de forma conjunta entre os seus membros.

O trabalho coletivo, atualmente, caracteriza-se pelo seu parcelamento e pela produção de estranhamento do trabalhador em relação ao próprio processo de trabalho, a seu contexto e seus resultados. Contudo, em que pesem os fatores de alienação, há que se considerar que a unidade rompida entre concepção e execução do trabalho, tomada de decisão e ação pode ser recomposta no processo de trabalho pela utilização contínua da capacidade de avaliação e julgamento do trabalhador. Assim, para além da reiteração de modelos de trabalho já dados e dominantes, podem se configurar espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde (PEDUZZI et al., 2009).

Percebe-se que a integralidade da atenção à saúde é um processo lento e desafiador, porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador, que vem se perpetuando, assim como provoca mudanças culturais na construção das práticas dos trabalhadores de saúde, sem prejudicar a autonomia dos indivíduos em relação a suas escolhas e aos seus modos de viver, e pela qual se obtenha um atendimento digno e com respostas satisfatórias aos seus problemas de saúde (URBANO, 2009).

A integralidade aparece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica, pois se traduz como ideia com vários sentidos e representações que se associam às necessidades sentidas

e verbalizadas pelos usuários/famílias e vincula-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, visando à resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, mediante o cuidado integral (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

O que se deseja ao buscar a demarcação da integralidade, talvez não seja necessariamente defini-la apenas em busca de conceito, e sim identificar os sentidos que ela apresenta e representa dentro do contexto da saúde e as repercussões que a mesma propõe para os profissionais de saúde de um modo geral – e os enfermeiros de um modo mais específico – em busca de uma concepção e de uma prática norteada através desse princípio tão significativo pelo/para SUS.

Em síntese, a partir dos conceitos apresentados, propõe-se que a integralidade seja definida como um processo dialético, de recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, abrindo-se a proposta do diálogo, que engloba uma assistência através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, representando o eixo estruturante dentro das políticas e do sistema de saúde, que responde às necessidades de forma abrangente e contextualizada, mesmo que represente um processo lento e desafiador, porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se contribuir para a abordagem de temática relevante no contexto da saúde coletiva, a integralidade, por ser um dos princípios do nosso sistema de saúde necessita-se ser compreendido e apreendido, além de implementado no contexto da assistência em busca da promoção



e prevenção da saúde, e do re-estabelecimento dela, por meio de um trabalho cooperativo, coletivo e integrado entre os sujeitos e executores da assistência a fim de tornar o ser responsável por seu agir e viver saudável.

Encontrou-se variedade polissêmica para o conceito de integralidade, sendo definida como princípio do SUS, processo dialético e dinâmico, de uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, abrindo-se a proposta do diálogo, que engloba uma assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde pela integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos seus problemas de saúde, condições de vida e nos riscos e danos à saúde, assegurando atuação intersetorial entre as diferentes áreas afins à saúde.

Foi ainda compreendida como postura/atitude dos profissionais, individualista, como processo lento e desafiador porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador. Ela representa mais do que a técnica, existe no seu contexto a compaixão, o respeito, o companheirismo e a sabedoria, através de ações que promovam o acolhimento, cuidado e humanização, um caminho a ser percorrido de forma inovadora.

A integralidade é, então, uma forma de escuta, de cuidar, é um tratamento acolhedor e respeitoso, um olhar para o ser humano como um todo, que não recorta o corpo do paciente em sistemas e aparelhos, fazendo com que se obtenha um atendimento digno que apreenda e responda às necessidades de saúde de forma abrangente e contextualizada, constituindo-se, então, como um eixo estruturante dentro das políticas e do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE PC, STOTZ EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comum Saúde Educ.**, 2004, 8(15): 259-274.

AVENA DA. **O engenho por dentro**: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

BARBOSA MFL. **Integralidade**: sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

FONTOURA RT, MAYER CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm.**, 2006, 59(4): 532-7.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, 2008, 17(4): 758-64.

PEDUZZI M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2009, 13(30): 121-134.

PIRES VMMM, RODRIGUES VP, NASCIMENTO MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, 2010, 18(4): 622-7.

POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.



RAMOS RS. **Análise do arcabouço teórico jurídico do Sistema Único de Saúde:** representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2007.

REIS CB, ANDRADE SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, 13(1): 61-70.

SAYD JD. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 2002, 12(1): 179-203.

SILVA KL, SENA RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm.**, 2006, 59(4): 488-91.

SILVA KL, SENA RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, 2008, 42(1): 48-56.

SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 2010, 8(1): 102-6.

SPINK MJ. Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda. **Saúde e Sociedade**, 2007, 16(1): 18-27.

URBANO GB. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem:** a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí – PR. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

URSI ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório:** revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

PERCURSO DA GESTANTE ADOLESCENTE NA FASE DE PARTURIÇÃO E FLUXOGRAMA DESCRITOR: PERSPECTIVAS DO CUIDADO CLÍNICO

Maria Veraci Oliveira Queiroz
Thais Jormanna Pereira Silva
Francisco Herculano Campos Neto

O cuidado às adolescentes na fase de gravidez e parturição está amparado em várias diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se, atualmente, a Rede Cegonha, com ações que visam garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres grávidas e puérperas, atingindo ainda as crianças nos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011).

Em razão desse compromisso e com promoção da saúde materna e da criança deve-se investir cada vez mais na prevenção de agravos na situação de gravidez na adolescência. É, portanto, um desafio aos serviços e aos profissionais de saúde assistir essa população com necessidades específicas. Para atingir uma assistência qualificada e integral a esse público, fazem-se necessárias modificações na estrutura organizacional e nas ações profissionais com repercussão direta na saúde do binômio mãe-criança.

A fase da adolescência é marcada por diversas alterações orgânicas, psicológicas, comportamentais e até sociais. Há vários modos de defini-la, seja no aspecto temporal, social, fisiológico e psicológico. Nesta pesquisa, optou-se por



seguir o entendimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera uma etapa peculiar ao desenvolvimento do ser humano compreendida como o segundo período da vida dos 10 aos 19 anos (OMS, 2009).

Relativo ao número de partos registrados no DATASUS é mostrado o fato de que as parturições entre adolescentes referentes aos anos de 2006 a 2010, no Brasil, foram reduzidas, no entanto a proporção em relação ao total de partos se mantém em torno de 20% (DATASUS, 2012). Com vistas a evitar agravos ao binômio mãe-filho é essencial que sejam garantidos, à gestante, o acesso aos serviços de saúde, acolhida diferenciada e acompanhamento de uma equipe de saúde, que, além de formar o vínculo com a adolescente, procura agir com responsabilização, desde o pré-natal, para que essa passagem ocorra de forma tranquila e segura.

O cuidado à gestante adolescente em um serviço de alta complexidade requer atenção diferenciada por parte dos profissionais. Observando as peculiaridades da fase, pois essas jovens, com frequência, experimentam maior sensação de insegurança no decurso do momento obstétrico e em relação ao próprio futuro. Na prática, entretanto, se observa pouca ou nenhuma especificidade no cuidado dispensado à adolescente parturiente.

Um cuidado prudente à saúde da gestante, associado a uma adequada assistência ao parto contribuem não somente na prevenção de agravos, mas também na promoção da saúde da mulher e do recém-nascido. Sabe-se que o período da gestação e a chegada do parto são experiências definitivas para a vida reprodutiva do ser humano, sendo que as mudanças enfrentadas pela mãe adolescente são signifi-

cantes para a sua vida pessoal e profissional, repercutindo no contexto sociofamiliar.

As práticas de cuidado à adolescente são constituídas com base em necessidades detectadas pelos agentes produtores de saúde. Assim, para garantir o acesso aos serviços de saúde, são implementadas políticas públicas e programas do Governo, no intuito de estruturar as redes de apoio de maneira hierarquizada, com níveis crescentes de complexidade dos serviços. Para tanto, as ações de baixa, média e alta complexidades buscam se articular para racionalizar o sistema, a fim de aumentar o seu nível de resolubilidade e capacidade de atendimento das demandas (BRASIL, 2001).

Da mesma forma, os processos de trabalho concretos, vivenciados nos serviços de saúde, são focos de atenção especial para a gestão da mudança. Existem “efeitos” do processo de trabalho, que se expressam no cotidiano dos serviços, e que devem ser divisados como lugares estratégicos-alvo para operações, que podem disparar potencializações vitais, na direção da produção de saúde (FRANCO, 2006).

Torna-se evidente que a consecução da integralidade se direciona para a humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS. Para sua concretização, os dispositivos são comuns e os resultados também, pois trazem além da satisfação dos usuários, bem-estar e conforto. Com efeito, as práticas interativas, mais holísticas, devem estar disponíveis no cuidado à saúde, porquanto é sempre de forma coletiva que se deve realizar o trabalho em saúde. Quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas as pessoas, maior é a



possibilidade de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o acolhimento e garantir o acesso (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Em nosso meio, visualizamos ainda, a ausência de uma rede de atenção primária resolutive e de um sistema de saúde integrado, isto condiciona os hospitais a receberem uma demanda excessiva em relação à sua capacidade de resposta, ensejando filas e mau atendimento (BONFADA et al, 2012). A operacionalização do princípio da integralidade não é, contudo, matéria simples. Na prática, percebe-se a dificuldade de concretização desse princípio, principalmente, ante as demandas de ações que se cruzam na complexidade do cuidado humano.

Entretanto, o percurso de uma adolescente na fase de parturição requer uma assistência contínua, resolutive, que dê respostas às suas necessidades, pois, além das modificações da própria gravidez, coexistem as transformações da adolescência, as quais podem potencializar os riscos para ela mesma e/ou para o bebê. Para este contexto, a produção do cuidado envolve momentos relacionais e uma série de situações resultantes, como acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e outras ações que conduzem à resolubilidade e respostas das necessidades das usuárias (FRANCO; MERHY, 2004).

Nesse âmbito, faz-se necessário entender como se dá este percurso das mães ao necessitar de um serviço especializado - Setor de Obstetrícia, tendo como foco alguns dispositivos na consecução do princípio da integralidade. Para tanto, apresenta-se um recorte das vivências de gestantes

adolescentes, que discorreram sobre os caminhos percorridos na fase de parturição e, ao mesmo tempo, à construção do fluxograma que retrata a realidade do serviço sobre as interações deles, as relações interpessoais e os ruídos que impedem a efetivação do cuidado com qualidade. Considera-se que os relatos e o encadeamento de ideias na construção do fluxograma trouxeram discussões entre os participantes (profissionais de saúde), com vistas a provocar mudanças, principalmente nas interações sociais entre a equipe e com as usuárias. Assim, a contribuição deste ensaio foi possibilitar reflexões e perspectivas de um cuidado mais centrado nas necessidades da mulher em fase de parturição com repercussões também na saúde do seu filho.

A pesquisa teve como principal objetivo descrever o percurso da gestante adolescente na fase de parturição e o fluxograma construído pelos profissionais, discutindo o cuidado clínico na interlocução com os atores sociais. Optou-se pela descrição e a cartografia, que utiliza instrumentos analíticos, no caso, o fluxograma descritor, que consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho elaborado de forma centrada no usuário com riquezas de detalhes, para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de cuidados profissionais, mediante autoanálise de suas ações e subjetividades (FRANCO, 2006; KRASTRUP, 2007).

O campo para o desenvolvimento da pesquisa foi o Setor de Obstetrícia de um hospital terciário da rede pública na cidade de Fortaleza, CE. A Unidade de Obstetrícia é constituída por diversos setores que devem funcionar integrados: Emergência Obstétrica, Ambulatórios, Centro



Obstétrico/Sala de Parto, Unidade de Internação/Alojamento Conjunto, dentre outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A Emergência Obstétrica (EO) localizada no térreo, sua estrutura física consta de duas recepções, dois consultórios funcionando 24 horas por dia, uma sala de ultrassonografia, um Posto de Enfermagem, além de quatro leitos de observação. O setor realiza cerca de mil e duzentos atendimentos por mês. A equipe é composta, em cada turno, por dois médicos obstetras, uma enfermeira, quatro auxiliares ou técnicas de Enfermagem, além da equipe de apoio de duas atendentes, profissionais da limpeza, maqueiros e segurança.

A Emergência Obstétrica (EO) localiza-se no térreo e possui dois consultórios funcionando 24 horas por dia, uma sala de medicação e uma sala de observação com quatro leitos. A equipe é composta por dois médicos obstetras, uma enfermeira, quatro auxiliares ou técnicas de Enfermagem no plantão diurno e três no plantão noturno, além da equipe de apoio de duas atendentes, profissionais da limpeza, maqueiro e segurança.

O Centro Obstétrico é formado pelo Pré-parto (PP), que tem uma equipe composta de três profissionais de Enfermagem de nível médio, uma enfermeira e um médico, além de pessoal de apoio. Em geral, os partos de bebês a termo ocorrem nesse setor. E o Centro Cirúrgico Obstétrico (CC), que é destinado para os partos cesáreos, possui duas salas cirúrgicas, que não funcionam concomitante, pois não existe pessoal suficiente para supri-las; uma sala de parto, destinada ao partos prematuros, uma sala de recuperação com três leitos e uma sala de cuidados aos recém-nascidos.

Após os partos realizados no Centro Cirúrgico Obstétrico, as mães permanecem em média por duas horas na sala de recuperação. A equipe do CC tem a mesma composição de profissionais que o PP.

O Alojamento Conjunto (AC) tem um total de 32 leitos de enfermaria, distribuídos em nove enfermarias, uma sala para cuidados com recém-nascidos. Conta com a colaboração dos seguintes profissionais: quatro enfermeiras, sendo uma para a sala de recém-nascidos, duas assistenciais e uma na chefia; seis técnicas de Enfermagem, distribuídas da seguinte maneira - uma na sala de cuidados aos recém-nascidos, três nas enfermarias, uma responsável pelas orientações sobre aleitamento materno e uma para realizar o registro civil dos bebês; um médico que permanece na unidade no horário da manhã, pois no turno da tarde, o médico do Centro Obstétrico é quem supre a demanda necessária. Outras categorias profissionais como psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas também colaboram com o serviço da unidade.

Fizeram parte da pesquisa dois grupos de sujeitos. O primeiro formado por 12 mães adolescentes em situação de parturição ou pós-parto imediato. A constituição foi do tipo intencional, de método não probabilístico. A delimitação do número de sujeitos, se deu pelo critério de saturação teórica (FONTANELLA *et al*, 2008). Seguiram-se alguns critérios de inclusão: adolescente com idade entre 10 e 19 anos, com condições físicas e mentais de responder à entrevista. O segundo grupo por profissionais da Unidade de Obstetrícia. A escolha dos profissionais também de forma intencional, após contato nas unidades que compõem o referido setor;



observando o envolvimento deles com a assistência direta e/ou administração do cuidado há mais de um ano. Assim, participaram doze mães e seis profissionais das categorias: Médica, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional.

As entrevistas individuais e do tipo semiestruturada foram realizadas de março a abril de 2012 com as adolescentes que se encontravam no AC; uma parte das entrevistas foi realizada na sala de espera da unidade, outras na sala de apoio da enfermagem por ser locais onde elas se encontravam em condições mais cômodas e à vontade para responder às perguntas expressando suas opiniões. Para análise das informações, utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo (2010) e os discursos das adolescentes foram identificados pelas iniciais (MA), relativas às iniciais do termo “Mãe Adolescente”, seguido do número da entrevista.

A oficina com os profissionais ocorreu no dia 28 de setembro de 2012, na sala de reuniões do Centro de Estudos do referido hospital, com agendamento prévio entre os profissionais que concordaram em participar (anuência formal). A elaboração do fluxograma ocorreu em processo coletivo, mapeando o desenvolvimento do trabalho no cotidiano, tendo como foco central a usuária, mãe adolescente. Tal fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes ocorrentes da produção do cuidado à saúde e detecção de seus problemas (MERHY et al, 1997).

A realização do fluxograma teve início com a recepção dos participantes programada em forma de oficina. Inicialmente, foram apresentados os objetivos da pesquisa, exibido e lido coletivamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foram feitas as orientações para a for-

mulação do fluxograma, bem como esclarecido sobre sua simbologia, constituída de figuras geométricas aplicadas em sua feitura conforme indicam os autores (MERHY et al,1997).



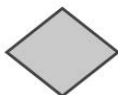
Elipse:

Representa tanto entrada quanto saída de uma unidade produtiva.



Retângulo

Mostra as etapas de trabalho mais importantes da cadeia produtiva, nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos.



Losango

Representa momentos em que a cadeia produtiva depara-se com processos de decisão

R

Ruído

Figura 1 – Simbologia para elaboração do fluxograma descritor.

Foram empregados equipamentos de filmagem e gravador de voz para registrar esse momento. A psicóloga (uma das facilitadoras da oficina) mediava em alguns momentos com sua experiência prévia, ratificando as explicações e fazendo indagações seguindo as questões norteadoras da pesquisa sobre como se configura o cuidado à gestante adolescente no hospital. À medida que era relatado pelos profissionais, uma das participantes registrava em papel-madeira, as ideias e consolidava as informações mais relevantes e pertinentes. Assim, todos podiam visualizar e colaborar na realização do fluxograma acerca do atendimento à gestante/puérpera adolescente.

Na análise das informações das entrevistas e o fluxograma descritor (oficinas com profissionais) foram observa-



das a transcrição de todos os áudios gravados e revisitação da filmagem realizada, promovendo-se leitura atenta das falas, busca dos significados expressos pelos participantes, que representaram o imaginário socialmente constituído das experiências das usuárias na vivência do parto e do trabalho em saúde por parte dos trabalhadores.

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza e recebeu parecer favorável conforme Processo nº 190505/10. Foram cumpridos os preceitos éticos com os sujeitos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se o anonimato dos participantes, a autonomia, bem como outros procedimentos com pleno exercício ético e proteção dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Resultados e discussão.

A emergência obstétrica se configura como o primeiro local onde se iniciam as primeiras relações de cuidado com os profissionais de saúde. Para adentrar a este serviço, muitas adolescentes foram encaminhadas de outros hospitais, enquanto outras procuraram o serviço por conta própria. Algumas entrevistadas contaram que para chegar à unidade hospitalar terciária houve o encaminhamento, o contato com a Central de Regulação de Leitos por parte da unidade que encaminhou a usuária, na tentativa de pleitear a vaga. Para ilustrar apresenta-se recorte das entrevistas que trazem estes percursos.

Me transferiram de outro hospital pra esse.
Por causa que no outro hospital que eu tava
não tinha suporte pra mim, por causa da

minha doença (MA7).

Fui encaminhada lá do hospital Y, aí me transferiram pra cá por causa do meu problema do coração. Porque lá eles não podiam fazer meu parto porque lá não tinha equipamento (MA10).

Os discursos anunciam a falta de estrutura física dos hospitais secundários da capital e do interior, e a necessidade de transferências ao hospital de maior complexidade. Acredita-se que tal situação vem ocasionando uma peregrinação das mulheres no trabalho de parto e consequente superlotação desses hospitais.

Para viabilizar o acesso aos serviços de saúde com mais eficiência, tem-se implantado no SUS as Redes de Atenção à Saúde (RASs). Elas são uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

No que concerne às RAS's, especificamente na área da saúde da mulher, temos a Rede Cegonha que é uma estratégia do MS, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização da assistência. A partir de suas premissas, as mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, ao acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto a fim de evitar a “gestante peregrina” (BRASIL, 2011).

Ainda sobre o encaminhamento, constatou-se que adolescentes chegaram ao serviço encaminhadas por outras



unidades de saúde, as quais não seguiram os critérios para o referenciamento.

Eu tava na maternidade Y e lá não tinha uma estrutura melhor para tratar de mim. Aí eles disseram que iriam me encaminhar pra cá sem nem o ‘hospital’ saber. [...] o doutor falou um monte de coisa, falou que isso não era pra acontecer, porque vai que manda uma pessoa e a pessoa tá com alguma coisa muito grave aí não tem leito, não tem canto pra pessoa ficar. Fica jogada (MA8).

Quando eu cheguei aqui num queriam nem me receber, porque o médico não tinha ligado avisando, mas mesmo assim me aceitaram (MA11).

Os discursos das jovens, ambos procedentes de outros municípios do estado do Ceará, revelam que os municípios romperam com o sistema de integralidade da assistência ao encaminhá-las sem um contato prévio com o serviço de maior complexidade e a Central de Regulação de Leitos.

Ainda, o discurso do médico denuncia os riscos que tal fato irresponsável pode acarretar, podendo gerar superlotação no serviço, uma vez que, ao chegar ao hospital, pode não haver leito disponível, porém, devido à gravidade do caso, o serviço admite a gestante mesmo sem condições físicas, materiais e de recursos humanos adequados. Tais condições podem acarretar atraso ou despreparo no atendimento, condições que acabam comprometendo a qualidade da assistência. E, ainda, na impossibilidade de atendê-las, pode

acarretar problemas sérios à saúde da mãe e da criança e até mesmo a morte.

O hospital em estudo disponibiliza um serviço especializado de pré-natal de alto risco em que as adolescentes são acompanhadas e orientadas sobre a disponibilidade do serviço em recebê-las e assisti-las em todo o percurso da gravidez, parto e puerpério.

Me explicaram que qualquer sintoma que eu sentisse eu viesse pra emergência (MA12).

O serviço de pré-natal próprio do hospital forma uma rede articulada dentro do próprio serviço, onde as gestantes acompanhadas já são direcionadas e orientadas a procurar o serviço em casos de necessidade.

Por meio do fluxograma descritor, visualizam-se os caminhos percorridos pela gestante adolescente e a produção do cuidado, destacando-se as decisões, os conflitos e os ruídos relatados pelos profissionais na concretização do cuidado a essas usuárias.



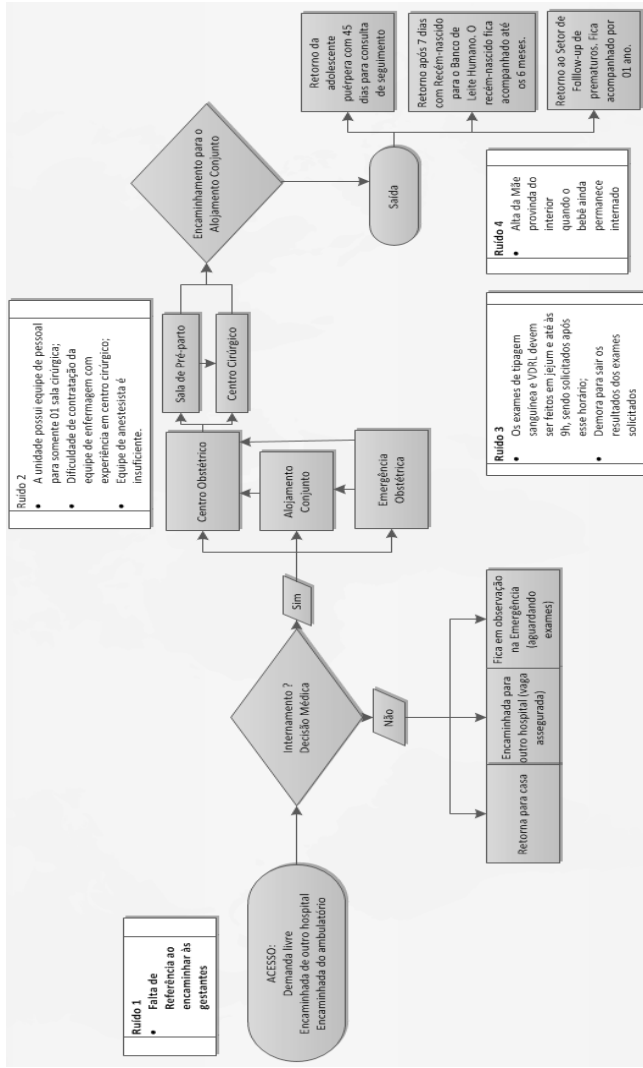


Figura 2 – Fluxograma descritor do cuidado à mãe adolescente no Setor de Obstetrícia – Hospital Geral de Fortaleza, Ceará, 2012

Observa-se que a gestante pode ser admitida ao Setor de Obstetrícia por três modos: demanda livre, encaminhamento de outro serviço de saúde ou pelo ambulatório de pré-natal do próprio hospital. Como o setor referido dispõe de emergência obstétrica, as gestantes procuram livremente por atendimento e não se torna problema, pois a característica desse tipo de unidade é receber usuárias a qualquer momento. Quando, no entanto, essa parturiente chega para ser atendida por transferência de outro hospital, pode haver transtornos para a unidade, pois, caso ela venha sem uma comunicação prévia, seja via Central de Leitos ou diretamente do serviço de saúde, impacta no modo como os profissionais se organizam para possibilitar aquele atendimento, principalmente quando a unidade se encontra lotada.

A responsabilidade das Centrais de Leitos do Estado e Município é de, a todo momento, buscar a melhor opção assistencial. No entanto, os mecanismos formais, organizativos e pactuados, muitas vezes são incapazes, isoladamente, de responder às necessidades impostas cotidianamente (BARBASTEFANO; GIRIANELLI e VARGENS, 2010). Soma-se a isso o fato de que, quanto mais distante, mais difícil o acesso aos serviços e, nestas condições, ocorre a “peregrinação” da gestante na busca de atendimento e, muitas vezes, o trabalho de parto em andamento se torna complicado e de alto risco (MENDES, 2011).

É comum a unidade funcionar sem vagas, cabendo aos profissionais realizar ajustes para que o atendimento ocorra sem muitos problemas para a saúde da mãe e do recém-nascido. Os profissionais relataram que, por diversas vezes, “foi preciso colocar nas unidades de internação leitos



extras ao ponto de dobrar a capacidade de leitos instalada sem a devida estrutura física para prestar o atendimento”. Isso enseja transtornos para a equipe, assim como para o bom funcionamento da produção do cuidado.

Os participantes relataram que o ruído relacionado à ocupação dos leitos é o maior de todos, uma vez que, este sim, paralisa o fluxo de internação na unidade e pode inviabilizar um novo atendimento. Foi sugerido pelo grupo a criação de casas de apoio/casa da gestante do próprio hospital, no entanto isso pode também ensejar um desapego por parte da mãe para com o seu bebê, implicando a possibilidade de geração de um quadro depressivo pós-parto. A enfermeira informou que o hospital realiza algumas reuniões e sempre discutem a permanência das puérperas nos leitos com bebês internados. Isso vem garantir um dos objetivos da Rede Cegonha possibilitando melhores condições de atendimento com resolubilidade às mulheres e recém-nascidos.

Os profissionais de saúde ainda atribuem que o acesso da gestante ao hospital se faz bem mais resolutivo na medida em que vão sendo implantadas as redes de atenção à saúde. Entretanto, o Ministério da Saúde admite que o sistema de atenção à saúde implantado e vigorante até hoje não oferece respostas adequadas para o investimento feito, portanto há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde do usuário e o SUS, sugerindo-se a implantação e efetivação das redes de atenção à saúde, com o objetivo de integrar os serviços e responder, com efetividade, eficiência, segurança e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Em relação ao percurso que a gestante realiza ao chegar à EO, os profissionais descreveram que inicialmente encontra o vigilante, depois a recepcionista, que preenche a ficha de atendimento. A gestante, então, aguarda ser chamada para verificação dos sinais vitais realizado pelas auxiliares de Enfermagem. Em seguida, ela é encaminhada ao consultório médico, no qual é feita a avaliação clínica e procedida a solicitação de possíveis exames complementares. Por conseguinte, não ocorre a triagem com classificação de risco das gestantes em atendimento. De tal modo, a assistência sucede por ordem de chegada e, caso alguma gestante apresente sinais de gravidade, será atendida imediatamente, senão aguarda o atendimento médico, haja vista que não há esta demanda nem superlotação na chegada. Sendo assim, o hospital não cumpre uma das diretrizes postas pela Rede Cegonha, que é a garantia do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2011).

Apesar de o serviço ainda não contar com o serviço de acolhimento com classificação de risco os discursos revelam, na maioria das vezes um atendimento de enfermagem acolhedor, destacando-se como uma ação de interação entre profissional-cliente, sendo avaliada e trabalhada a condição emocional, feito orientações sobre a condição de saúde da jovem, além da intervenção técnica, propriamente dita, garantindo-se uma atenção integral.

Quem me recebeu foi uma enfermeira (...) cuidou bem de mim e me recebeu bastante bem. Falou que essa dor que eu tava sentindo era tudo normal, me deu remédio pra parar, me disse que ia passar rápido (MA5).



Foi a ... não a enfermeira, a outra, a auxiliar. Fui muito bem atendida por ela. Conversou comigo pra mim se acalmar, ter paciência que eu ia ser atendida e ia dar tudo certo. Pra mim relaxar (MA12).

Na elaboração do fluxograma, foi comentado pelas enfermeiras que, após a consulta médica, dá-se continuidade ao atendimento dessa adolescente, que poderá realizar três caminhos diferentes, a depender de sua condição clínica e do estado de lotação dos leitos: retornar para casa em virtude de não necessitar de internamento; solicitar transferência com vaga assegurada para outro hospital; ou ser feito o internamento da gestante. A decisão deve-se também aos critérios clínicos e à capacidade de atendimento naquele instante da internação. Sendo assim, a gestante pode ir para o Centro Obstétrico (CO), constituído de duas unidades, Sala de Pré-Parto (SPP) e Centro Cirúrgico (CC), conforme sua evolução do trabalho de parto ou se este tem indicação para cesáreo ou parto vaginal. Pode ir para a unidade de internação, aguardar estabilização do quadro clínico-obstétrico, e depois ser encaminhada à SPP. A gestante pode, ainda, permanecer na EO, em virtude da não disponibilidade de leitos.

Independentemente do caminho a ser percorrido pela adolescente, sempre a decisão parte do profissional médico. Esse afirma que “quem vai determinar a internação da paciente é a sua condição clínica”, cabendo aos profissionais da Enfermagem gerenciar a execução das ações relativas a essa decisão. Durante os relatos dos profissionais, registrou-se o fato de que na EO, as atividades são médico-dependentes.

Foi discutido sobre o plano terapêutico da gestante: quem coordena, quem dá início, quem conduz, enfim, como se processa. Os profissionais ficaram momentaneamente procurando entender melhor essa indagação e relataram que o projeto terapêutico ocorre de modo que cada categoria profissional estabelece suas condutas de cuidados à gestante e que, quando necessária a atuação de outro profissional, ele é solicitado para dar um parecer ou mesmo realizar as atividades fora da rotina e programação da unidade. A médica justificou que a usuária, ao procurar o hospital, foi em busca de um atendimento médico, portanto, “o plano terapêutico inicia a partir de ações médicas e as demais categorias vão agregando seus cuidados específicos mediante solicitação ou por percepção própria”.

A limitação no cuidado interdisciplinar também foi percebida a partir dos discursos das adolescentes.

Um médico olhou todos os meus exames. Viu como eu tava, o que eu tava sentindo, como é que tava a minha gravidez, me orientou. Disse que era um começo de pré-eclâmpsia e isso é muito grave e pode abalar o feto. Aí ele me passou urgente pra sala (MA8).

Nesse caso, nem os caminhos percorridos por essa gestante nem as condutas tomadas são de domínio e consenso de todos os profissionais. Entretanto, seria importante o envolvimento de todos, que de posse da informação, poderiam intervir dando respostas às necessidades das gestantes em todo o decurso de parturição. As médicas, as enfermeiras e a terapeuta ocupacional, participantes da pesquisa, acenam que conhecem o fluxo de atendimento.



Franco e Merhy (2004) apontam para a necessidade de incrementação de projetos terapêuticos adaptados às necessidades singulares dos usuários, dentro de um processo de trabalho que favoreça a melhor interação dos profissionais e o estabelecimento de corresponsabilidade entre os agentes envolvidos no ato de cuidar, definição de condutas, estimulando junto ao usuário o “empoderamento” do cuidar de si com graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida.

É compreensível que atos de saúde cuidadores são tarefas que devem ser compartilhadas dentro de uma unidade de saúde por todos os seus trabalhadores (PIERANTONI et al, 2011). Todos os profissionais, desde a portaria, e prosseguindo por todo o caminhar da usuária na instituição devem acolher, escutar, interessar-se, contribuindo dessa forma para a instalação de relações de confiança, consolidando a criação do vínculo e responsabilização.

O percurso da gestante, mãe adolescente, segue um fluxo já normatizado pelo setor e descrito anteriormente neste estudo. Saindo da EO, a gestante segue para o CO, acompanhada do maqueiro, de uma auxiliar de Enfermagem e, caso esteja com um acompanhante, esse também pode ir junto. Vale salientar que, antes de iniciar esse caminho, a enfermeira da emergência obstétrica entra em contato, via telefone, com a enfermeira do CO, solicitando o recebimento da adolescente. Após essa confirmação, ela segue para a unidade referida.

A adolescente ao ingressar no CO, é recebida pela equipe de Enfermagem e acerca dessa recepção os discursos das adolescentes mostram uma equipe de enfermagem que presta um cuidado humanizado e acolhedor.

Eu cheguei na maca e elas me botaram pra outra, né? Ai elas disseram “olha fique calma, respire fundo, não fique nervosa, que não vai acontecer nada demais com você” (E6).

Inicia, pois, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim como a realização do exame de teste rápido de HIV. Em seguida, a equipe informa ao médico sobre a adolescente, o qual realiza suas condutas e decide o que deve ser providenciado para a continuidade do atendimento. O profissional avalia e decide se o parto será vaginal ou cesáreo e se deve ocorrer na SPP ou no CC, conforme indicação clínica da adolescente.

Foi relatado, pela enfermeira, o fato de que a unidade passa por algumas dificuldades que ensejam problemas acerca do atendimento. Ela registra alguns ruídos do CO, que estão diretamente relacionados com o dimensionamento de pessoal e a estrutura física. Essa foi programada para um número maior de leitos do que o existente, ou seja, no momento, há oferta de menos leitos do que o número projetado. A enfermeira exemplificou essa realidade em duas unidades da obstetrícia: no Alojamento Conjunto (AC), que teve o número de leitos reduzido pela necessidade de ocupação de outras clínicas do hospital; no CC, construído para funcionar duas salas ao mesmo tempo, no entanto não existem recursos humanos para atender nas duas unidades. Esse fato inviabiliza a ocorrência de dois partos cirúrgicos, simultaneamente, o que provoca uma distorção no fluxo de atendimento das gestantes. Há, ainda, de se considerar que, em algumas situações, a mãe e/ou o bebê necessitam permanecer mais tempo internados no AC, resultando em menor rotatividade dos leitos.



O outro ruído destacado pela enfermeira que colabora com a gestão da Enfermagem no setor relaciona-se à dificuldade de contratação de pessoal de nível médio na Enfermagem com experiência em instrumentação cirúrgica. Sobre isso ela evidencia que a direção do hospital já liberou a incorporação de dois profissionais, técnico de Enfermagem com experiência em instrumentação cirúrgica, no entanto, encontram-se dificuldades para efetivação por carência dessa categoria com perfil adequado. E, por fim, o último ruído nesta unidade refere-se à carência de profissional anestesista. O CC dispõe apenas de um profissional, sendo que, com a possibilidade de utilização das duas salas cirúrgicas, haverá a necessidade de pelo menos outro anestesista.

Vale ressaltar que todos esses ruídos apresentados impactam diretamente na dinâmica e na organização dos setores que compõem a Obstetrícia, uma vez que, não ocorrendo os procedimentos de maneira mais ágil, o fluxo do atendimento pode ser objeto de certos transtornos, como a superlotação, por exemplo, trazendo desconforto tanto para a mãe como para a equipe de saúde.

O setor saúde caracteriza-se por situações e intervenções complexas com a finalidade de promover a saúde, prevenir agravos, cuidar de pessoas. Os serviços públicos são alvo de debates com enfoque na qualidade da atenção, do acesso, do acolhimento e da resolução de problemas. A gestão de recursos humanos apropria-se dos princípios da gestão estratégica, entendendo as pessoas como recurso determinante para o sucesso organizacional (CAUS et al., 2012). Há necessidade de contar com profissionais altamente capacitados, aptos a fazerem frente às ameaças e oportu-

nidades. Valendo-se desta lógica, a avaliação serve como um dos mecanismos para transformações no âmbito funcional das instituições públicas, podendo ser usada no sentido de averiguar deficiências e proporcionar políticas de desenvolvimento profissional (SOARES; ZEITOUNE, 2012).

Ainda em relação ao CO, em especial o CC, foi mencionado pelos profissionais que é sempre informado à gestante, independentemente de sua idade, que ela tem direito a um acompanhante. Esse direito, entretanto, pode ser “violado” mediante a lotação da unidade, pois, muitas vezes, é preciso dobrar a capacidade de atendimento do CO, e o espaço projetado para acomodar uma parturiente é adaptado e para duas parturientes, tornando inviável acomodar o acompanhante do sexo masculino.

Unindo o trabalho de parto ao evento de parir, pode-se acentuar que a atenção no momento do parto se mostra como um passo indispensável para garantir a parturiente o exercício da maternidade com segurança e bem-estar, direito fundamental de toda mulher. Desse modo, a equipe de saúde deve estar preocupada em acolher a grávida, seu companheiro e a família, respeitando os significados desse momento (CAUS *et al.*, 2012).

Outros profissionais, como terapeuta ocupacional e psicóloga, relataram que não têm uma participação mais direta nessa unidade, CO, em virtude de a gestante estar vivenciando um momento em que suas maiores preocupações são as dores e os anseios relativos ao trabalho de parto. Assim, não há participação contínua desses profissionais. Em algumas situações mais específicas, como no caso de gestantes usuárias de drogas, a psicóloga é solicitada a desenvolver sua intervenção.



Prosseguindo a descrição do fluxograma, foi discutido entre os participantes o fato de que, após serem realizados os procedimentos no CO, o médico decide qual o caminho a ser realizado a partir daquela unidade. A Enfermagem, então, aciona o maqueiro e uma auxiliar do AC, intitulada pelos profissionais de “serviço de apoio”, para conduzir a gestante adolescente à enfermaria. Essa auxiliar confere todos os impressos, como prescrição médica, prontuário, solicitação de exames, dentre outros e também acompanha a mãe, juntamente com o acompanhante e o recém-nascido, caso este não tenha sido internado na unidade neonatal.

No AC, a Enfermagem acolhe a gestante e a acomoda no leito, realiza os procedimentos admissionais, como verificação dos sinais vitais, checagem das possíveis medicações, orientação quanto à rotina da unidade e seguimento da prescrição médica já trazida do CO. Em relação ao bebê, ele é levado até a sala de cuidados do recém-nascido, é observada a sua identificação, por meio de uma pulseira que todos utilizam após o parto com dados relativos à data de nascimento e nome da mãe. Verifica-se também, se ele já está com boa sucção para ser amamentado e, caso não esteja, é feita a intervenção de estímulo e apoio à mãe para o aleitamento.

Nessa unidade, a categoria profissional que mais atua junto à mãe adolescente e ao bebê é a da Enfermagem, pois permanece durante 24 horas neste ambiente. Os médicos estão na unidade de internação no período da manhã, prescrevendo as gestantes e os recém-nascidos e, no turno da tarde, só entram em ação conforme necessidade clínica da gestante e/ou do bebê; quem dá suporte a essa unidade no período vespertino são os médicos do CO. As demais cate-

gorias profissionais comparecem à unidade mediante escala de trabalho e rodízio das unidades atendidas ou por solicitação dos profissionais nos casos mais específicos.

A psicóloga informou que, ao conversar com a puérpera da enfermaria, vai percebendo as demandas individuais e, caso seja possível o atendimento no próprio leito, assim é feito. Do contrário, ela procura um espaço que possa garantir a privacidade da gestante. Ela expressa que há dificuldade em ter um ambiente mais adequado para realizar o atendimento de Psicologia, pois, muitas vezes, atende em um espaço aberto, de convivência de todos da unidade e visitantes.

A terapeuta ocupacional relatou que o atendimento ocorre no período da manhã, após visita em cada enfermaria e convite às gestantes e aos acompanhantes para participar das atividades desenvolvidas por ela. A realização de suas ações ocorre no espaço de convivência comum aos usuários do serviço e visitantes, sendo que o local dispõe de uma mesa colorida com algumas cadeiras e televisor. Em geral, as mães que permanecem por mais tempo internadas, muitas vezes pelo fato de o bebê ainda estar internado, é o público que mais procura participar das atividades da Terapia Ocupacional.

Em relação às ações de Enfermagem, foi relatado por uma das enfermeiras que, durante o internamento das mães, as auxiliares e as técnicas de Enfermagem se organizam em suas tarefas conforme o tipo de atividade ou por enfermarias. Permanece uma na sala de cuidados ao recém-nascido, três nas enfermarias, uma responsável pelas orientações sobre o aleitamento materno e uma para encaminhar para o registro civil dos recém-nascidos. Durante as discussões, as duas enfermeiras destacaram os ruídos da unidade de internação:



o atraso no horário de realização e solicitação de exames de VRDL e tipagem sanguínea, que só pode ser realizado em jejum e até no máximo às nove horas da manhã, e resultados desses exames são indispensáveis para decisão de alta hospitalar da puérpera.

Outro ruído se refere ao fato de que alguns resultados de exames demoram para serem liberados e a gestante só fica sabendo do resultado quando retorna para a consulta no aleitamento materno e realização do teste do pezinho ou no ambulatório, respectivamente com sete ou 45 dias, a contar do parto. Por fim, também foi citada como ruído a alta da mãe procedente do interior, quando o bebê precisa permanecer internado por complicações após o parto. Nesse caso, o leito fica ocupado por ela, mesmo de alta hospitalar, pois muitas vezes não tem condições de ir e voltar do interior para visitar o filho internado, mesmo porque precisa amamentá-lo ou ordenhar o leite materno constantemente.

Ao final da oficina, foi discutido sobre a preparação da puérpera no momento da alta. Uma das participantes mencionou que “a mãe sai muito insegura ou despreparada para cuidar do bebê”. Os demais também complementaram sobre a importância de as orientações para as mães lidarem com as novas situações de cuidado com o recém-nascido serem reforçadas durante toda a internação. O grupo concluiu que não dispõe de uma prática de trabalho em equipe, de formar um atendimento integrado. Acaba sendo uma situação em que só ocorre, caso seja percebido um episódio específico. E se a paciente não apresentar nenhuma demanda para atendimento, que em geral é de ordem biológica, fica ainda mais sem articulação das categorias profissionais. Res-

ta muitas vezes a cargo do médico essa sinalização para um atendimento de outro profissional.

Observou-se que a análise das práticas por meio do fluxograma descrito revelou um cuidado que reúne competências e esforços profissionais para atender às demandas, seguindo algumas prerrogativas do SUS. Entretanto, há situações que podem ser melhoradas ante a um esforço conjunto incluindo o poder público em atender às carências estruturais e de recursos humanos. Ressalta-se, ainda, que a qualidade do cuidado, a essas mulheres, dependerá também de ações mais integradas e compartilhadas aproximando-se assim do cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos das adolescentes, às vezes tímidos, foram permeados de sentimentos, pois vivenciaram tão recentemente esta experiência e possibilitaram a compreensão da assistência permitindo uma comparação e reflexão com os dados obtidos pelo fluxograma. Os profissionais retrataram realidades que dependeram de ações e decisões para que o cuidado ocorresse, mesmo enfrentando dificuldades advindas do processo de trabalho e da estrutura organizacional.

As experiências sinalizaram diversos ruídos, conflitos e rupturas do setor de obstetrícia. Com efeito, os profissionais expressaram que o principal ruído tem relação com a não disponibilização do leito quando a gestante se encontra em alta hospitalar enquanto o filho precisava permanecer internado na unidade neonatal, por apresentar alterações no quadro clínico. Também foi referido que o ruído referente ao



dimensionamento de pessoal, tanto da Enfermagem como da Medicina, no CO, compromete o fluxo da gestante, bem como a admissão de novas usuárias ao setor.

A visualização do processo de trabalho, por uso do fluxograma descritor, foi possibilitando aos profissionais discutir o movimento de atividades do setor, as ações que deveriam estar integradas, refletindo-se sobre a própria prática de cada um e do outro. Desse modo, o ensaio favoreceu reflexões sobre o trabalho multidisciplinar, despertando nos sujeitos a necessidade de agir diferentemente, tendo um plano terapêutico interdisciplinar. Foi uma perspectiva questionada com os profissionais que produziu certo desconforto, ao perceberem que cada um faz o seu trabalho e não se atenta para o fato de que a efetivação do cuidado depende do outro. Assim, revelaram o distanciamento do trabalho integrado, interdisciplinar, o que também impossibilita a integralidade do cuidado a essas usuárias em circunstância de parturição.

Em vários momentos foram provocadas reflexões que sugerem ações profissionais mais criativas e integradas com a causa da adolescente em parturição; necessidades de um esforço conjunto em busca de solução para os ruídos relacionados à estrutura física e o dimensionamento de pessoal. Portanto, a discussão da temática, baseada em uma metodologia coletiva, agrega revisão e reflexões do cotidiano, apropriação e reconstituição da realidade, tanto na produção dos atos de saúde como nas relações profissionais e usuárias.

REFERÊNCIAS

BARBASTEFANO, O. S.; GIRIANELLI, V. R.; VARGENS, O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v.31, n.4, p. 708-714. 2010.

BONFADA, D.; CAVALCANTE, J.R.L.P.; ARAÚJO, D.P.E.; GUIMARÃES, J.A. Integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.17, n.2, p. 555-560. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Acesso em 11 de novembro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

_____. Ministério da Saúde. **SUS: princípios e conquistas.** Brasília (DF), 2000.

CAUS, E.C.M.; SANTOS, E.K.A.; NASSIF, A.A.; MONTICELLI, M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery.** v.16, n.1, p.34-40, jan-mar. 2012.

CAVALCANTE FILHO, J.B.; VASCONCELOS, S.E.M.; CECIM, R.B.; GOMES, L.B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface.** Botucatu, São Paulo. v.13, n.31, p.315-328, dez. 2009.

DATASUS. **Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Nascidos vivos - 1994 a 2010.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 12 de junho de 2013.

FONTANELA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. **Gestão em redes:**



práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde. In: MERHY, E.E.; MÁGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p. 135-160. 2004.

KRASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho cartográfico. **Psicol. Soc.**, v.19, n.1, p. 15-22, jan-abr. 2007.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549p.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, p.29-56. 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **A gravidez na adolescência**. Geneva: OMS; 2009.

PIERANTONI, C.R.; FRANÇA, T.; NEY, M.S.; MONTEIRO, V.O.; VARELLA, T.C.; SANTOS, M.R.; NASCIMENTO, D. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**.v.45, n.spe, p. 1627-1631. 2011.

SOARES, R.J.O, ZEITOUNE, R.C.G. O Cuidado e suas Dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de Enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** ed.supl. p. 41-44, jan-mar. 2012.

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AO ADULTO JOVEM ESCOLAR COM EXCESSO DE PESO

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago
Raquel Sampaio Florêncio
Thereza Maria Magalhães Moreira

Nas últimas décadas, o panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANT) tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. Nesse contexto, está inserida a obesidade que, além de pertencer ao grupo das DANT's, é considerada fator de risco para outras DANT's, tais como as doenças do aparelho cardiovascular (BRASIL, 2006; MALTA et al., 2006).

Proporciona-nos maior preocupação saber que populações cada vez mais jovens estão sofrendo influência direta das transições epidemiológica e nutricional, evidenciado por adolescentes e adultos jovens já com alguma cronicidade instaurada. Trata-se de uma clientela suscetível, visto que parece ser difícil desenvolver um estilo de vida saudável onde vários fatores de risco estão relacionados e influenciados pela cultura do prazer instantâneo, fácil e comprável, disseminada na mídia e reforçada pelo consumismo da sociedade atual. Outra questão oportunizada pelo caráter assintomático das co-morbidades associadas à obesidade, é o impacto dos fatores de risco comportamentais guiados pela ideia de que os proble-



mas de saúde são sentidos em idades mais avançadas (MALTA *et al.*, 2006; BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Deste modo, o presente estudo objetiva refletir sobre como se realiza o cuidado clínico de enfermagem ao adulto jovem escolar e quais subsídios podem ser utilizados para nortear essa prática.

Cuidado clínico de enfermagem ao adulto jovem escolar com excesso de peso.

Os estudos epidemiológicos têm apontado um processo de transição nutricional, caracterizado pela mudança nos hábitos alimentares, substituindo os alimentos saudáveis, tais como as frutas e verduras por alimentos ricos em açúcares e gorduras, diretamente relacionado com o estilo de vida da modernidade e que, somado ao sedentarismo, contribuem para o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade.

Esse excesso de peso tem atingido populações cada vez mais jovens, que aderem muito precocemente ao comportamento alimentar irregular e praticam cada vez menos exercícios físicos. Como consequência, desenvolvem precocemente morbidades relacionadas ao excesso de peso, contribuindo para o aumento de casos de cronicidades e onerando o serviço de saúde para oferecer tratamento.

Dessa forma, percebemos a necessidade e a urgência de intervenções voltadas ao controle e erradicação do ganho de peso na população adulta jovem. Devemos considerar que o fato de intervir nesta população acarreta em prevenção de cronicidades e aumento da expectativa de vida naqueles que, futuramente, serão idosos. Além disso, promoverá redução dos gastos públicos com tratamento para doenças crônicas.

Ao se trabalhar com a população adulta jovem, o enfermeiro deve inicialmente reconhecer que essa população não tem o hábito de buscar espontaneamente o serviço de saúde, o que torna peculiar o manejo a essa clientela. O intuito é promover uma assistência de enfermagem de qualidade, desenvolvendo ações junto ao adulto jovem, procurando manter sua independência e autonomia. Para isso, é fundamental ter conhecimento prévio dos padrões, hábitos, culturas e comportamentos que tenham relação direta ou indireta com os fatores predisponentes para o excesso de peso. Deter esse conhecimento favorece processo de cuidar eficaz, pois aumenta as chances de o adulto jovem se engajar no cuidado, contribuindo para seu êxito.

O enfermeiro deve procurar alcançar essa população e, para isso, deve utilizar-se de estratégias de acesso desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Uma das estratégias pertinentes é o Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em 2008, que tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura saudável nas escolas. Esse programa está estruturado em quatro blocos, dos quais o primeiro trata da avaliação das condições de saúde e envolve o estado nutricional, incidência precoce de cronicidades, tais como hipertensão e diabetes e outras condições de saúde (BRASIL, 2008). Portanto, esse programa possibilita o contato do enfermeiro com o adulto jovem escolar e a realização de orientação sobre o excesso de peso e fatores predisponentes.

Entretanto, somente medidas de orientação não são suficientes para que o adulto jovem escolar mude seu estilo de vida e perca peso ou se previna. É essencial que o



enfermeiro utilize-se da criatividade e desenvolva métodos educativos que contemplem as necessidades de aquisição de conhecimentos para que a clientela incorpore atitudes que contribuam para a promoção da sua saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1981) afirma que o fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo/comunidade a capacidade de analisar criticamente sua realidade, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico.

Dessa forma, depreende-se que a educação em saúde insere-se adequadamente no conjunto de ações desenvolvidas na atenção à saúde no Brasil, as quais são: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. No tocante à obesidade, a Atenção Básica deve ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos (WHO, 2000; BRASIL, 2006).

O enfermeiro pode e deve promover um trabalho de educação em saúde que envolva não apenas o adulto jovem escolar, mas também sua família, pois também fazem parte do estilo de vida adotado por esse escolar. Isto poderá contribuir para a redução do excesso de peso não apenas do adulto jovem escolar, mas também de seus familiares e, assim, o processo de cuidado será expandido ao ambiente em que o adulto jovem escolar está inserido.

Neste aspecto, incluímos a educação em saúde como uma das ferramentas utilizadas pelo enfermeiro no cuidado ao ser humano. Waldow (2001) pontua que o cuidar de enfermagem deve ser entendido como comportamentos e

ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades do indivíduo, aliando relações sociais e profissionais.

Voltando-se para a educação em saúde para com o adulto jovem escolar com excesso de peso, o enfermeiro deve mostrar dedicação e perseverança, pois hábitos e costumes são difíceis de modificar, principalmente quando o indivíduo compreende que adoecimento está relacionado somente à velhice e, assim, torna-se resistente ao cuidado com a saúde.

O cuidado de enfermagem deve também envolver o compromisso com a qualidade de suas ações, pautadas em conhecimentos específicos sobre a doença, suas consequências, tratamentos necessários, medicamentos que podem ser utilizados e suas implicações no organismo, objetivando a proporção de melhor qualidade de vida (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010). Dessa maneira, o enfermeiro pode e deve aprimorar seu conhecimento sobre o excesso de peso, atualizar-se sobre os fatores predisponentes e utilizar a criatividade e inovação em suas práticas educativas de cuidado clínico.

O enfermeiro deve, portanto, buscar desenvolver trabalhos educativos que possibilitem o resgate da autoestima, a visão crítica sobre alimentação, sobre a mídia, a propaganda dos alimentos, o incentivo ao movimento, a brincadeira e a inclusão social, a partir da identificação dos fatores predisponentes naquele grupo populacional, promovendo assim melhoria da saúde dos usuários com sobrepeso/obesidade, com conseqüente redução de peso e, além disso, atuando de forma preventiva nos usuários que não apresentam IMC alterado, mas estão inseridos no mesmo ambiente obesogênico.



Para realizar todas essas atividades, são necessárias habilidades técnicas, sensibilidade, reflexão crítica, criatividade, visão interdisciplinar, cooperatividade, transformando a prática do enfermeiro numa assistência clínica de qualidade e com resultados.

Necessitamos destacar que o enfermeiro precisa acreditar, desejar e criar possibilidades para que a parceria enfermeiro-escola seja efetivada, possibilitando o desenvolvimento de ações que promovam a saúde e previnam doenças e que alcancem a população adulta jovem escolar.

O cuidado ao adulto jovem é um campo específico com muito caminho a ser percorrido. Diante da necessidade de promoção do cuidado a essa clientela, torna-se imprescindível que a formação acadêmica e a qualificação dos profissionais de saúde valorizem a aplicação do conteúdo acadêmico e de pesquisa à prática profissional, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de morbidades relacionadas ao excesso de peso, junto a uma equipe multiprofissional compromissada com o cuidado.

Elencamos e sugerimos alguns pontos norteadores que se propõem a subsidiar a prática clínica do enfermeiro no cuidado ao adulto jovem escolar com excesso de peso, os quais estão dispostos no diagrama a seguir:

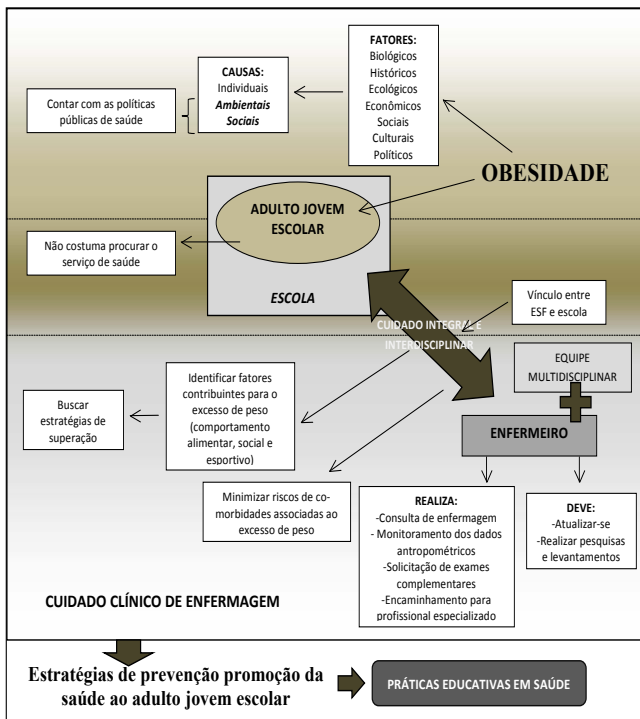


Figura 1: Diagrama relacional para a prática do cuidado clínico em enfermagem ao adulto jovem escolar com excesso de peso. Fortaleza, Ceará, 2013.

É possível visualizar a partir do diagrama acima a relação complexa de fatores que permeiam a prática do cuidado clínico de enfermagem ao adulto jovem escolar. O diagrama encontra-se dividido entre fatores relacionados à obesidade e fatores relacionados à prática do enfermeiro no cuidado a esse adulto jovem escolar.



A leitura do diagrama permite elaborar alguns conceitos, os quais incluem considerar que a obesidade é uma doença de caráter multifatorial e heterogêneo, envolvendo fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais e políticos, cujas causas não são apenas individuais, mas também ambientais e sociais. Para os fatores ambientais e sociais, sobre os quais o indivíduo tem pouca ou nenhuma capacidade de interferência, o enfermeiro e o adulto jovem devem utilizar-se das propostas oferecidas pelas políticas públicas de saúde e pelos planos relacionados à condição clínica.

Consideramos que o enfermeiro deve buscar alcançar o adulto jovem escolar que não costuma procurar pelo serviço de saúde convencional, inserindo-se nos espaços sociais, como as escolas e promover a criação do vínculo entre a Estratégia Saúde da Família e a escola, possibilitando a realização de um trabalho multidisciplinar de qualidade na prevenção e promoção da saúde.

Acerca do setor definido no diagrama como cuidado clínico de enfermagem, visualizamos que compete ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, monitorar os dados antropométricos e solicitar exames complementares para avaliar os casos de riscos e, quando necessário, encaminhar para profissional especializado, numa perspectiva de cuidado interdisciplinaridade. É necessário ainda identificar, em parceria com o adulto jovem, quais os fatores que contribuíram, contribuem ou contribuirão para o quadro de excesso de peso, sob a perspectiva de comportamento alimentar, social e esportivo e, de modo conjunto, o enfermeiro e o adulto jovem devem buscar estratégias de superação desses fatores.

Na perspectiva do cuidado prestado, o enfermeiro e o adulto jovem escolar devem também buscar métodos que minimizem os riscos de comorbidades associadas ao excesso de peso e contar com a colaboração de demais profissionais de saúde para oferecer o cuidado integral e interdisciplinar ao adulto jovem com e sem excesso de peso.

É importante ressaltar que o enfermeiro necessita sempre atualizar-se em termos de levantamentos e pesquisas relacionadas ao cuidado clínico que ele presta, além de realizar pesquisas que tragam contribuições passíveis de implementação.

E, finalmente, a partir da identificação de todos os fatores intervenientes identificados, estes devem ser trabalhados pelo enfermeiro na estratégia de promoção da saúde do adulto jovem escolar que ainda não desenvolveu excesso de peso, com práticas educativas em saúde.

Este estudo tenta reforçar a necessidade de direcionamento da atenção à saúde do adulto jovem escolar. A partir da identificação das dificuldades, problemas e situações vivenciadas pelos adultos jovens escolares deste estudo, tecnologias leves de cuidado deverão ser desenvolvidas pela enfermagem no intuito de favorecer o alcance do cuidado a essa população, com redução do excesso de peso e prevenção de complicações associadas.

A enfermagem precisa, portanto, investir mais esforços na busca de práticas resolutivas para os problemas de quem está sob os seus cuidados, contribuindo para uma prática profissional condizente com a realidade brasileira (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletiu-se sobre a atuação do enfermeiro ao promover o cuidado ao adulto jovem, compreendendo que a saúde possui muitos determinantes. A atuação do enfermeiro, inserida em um dos determinantes diretos (serviços de saúde), pode ter um papel significativo na melhora da saúde, mesmo em face da notável desigualdade social. Para que a atenção à saúde seja otimizada, deve ser enfocada a saúde das pessoas em meio à constelação dos outros determinantes de saúde, em vez de focar somente a enfermidade.

Portanto, conclui-se que conhecer tendências relacionadas a alguns comportamentos e indicadores de saúde em adultos jovens é fundamental para orientar o desenvolvimento de práticas que promovam a saúde e subsidiar o atendimento de enfermagem às demandas de saúde específicas dessa população. Conhecer, acompanhar e promover a saúde desses grupos etários permitirá a atuação do enfermeiro na prevenção desses problemas e transformação do futuro na direção de uma sociedade mais saudável e produtiva, com diminuição significativa das complicações crônicas nos futuros adultos e idosos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. P.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 9-17, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação educativa: diretrizes. In: **Encontro de Experiências de Educação e Saúde**, Brasília, 1., 1981, Brasília. Anais... Brasília,

Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. p. 16 - 33. [Educação e Saúde, 1].

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde na Escola**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109>. Acesso em: 10-set-2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

OLIVEIRA, A.F.C.; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 388-394, 2010.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WHO. World Health Organization. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: WHO, 2000. WHO Obesity Technical Report Series, n.284.



DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR MELHORADO: MAPEANDO O CUIDADO A UMA SENHORA COM HIPERTENSÃO E DIABETES

José Wicto Pereira Borges
Thereza Maria Magalhães Moreira
Ana Ruth Macedo Monteiro
Lúcia de Fátima da Silva
Maria Vilani Cavalcante Guedes

O cuidado de enfermagem é transcendental, ganhando os vários cenários em que os sujeitos encontram-se inseridos e, desse modo, o olhar ampliado à família deve permanecer sempre aguçado nos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) que prestam assistência a pessoas com problemas crônicos de saúde e que demandam uma série de modificações no estilo de vida para o bom seguimento terapêutico.

A família deve ser envolvida no processo terapêutico dos sujeitos que não conseguem bom nível de autocuidado. Hodiernamente, a carga de doenças que pode se apresentar em uma pessoa é um dos principais motivos para déficits do autocuidado relacionados às incapacidades físicas e cognitivas derivadas da sobreposição de doenças.

O suporte familiar contribui significativamente para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é considerado benéfico, no membro fami-

liar que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. Dessa forma, compreende-se ser fundamental ao planejamento assistencial adequado à pessoa com doença crônica, a compreensão de seu contexto familiar e seu cotidiano, o que implica na compreensão das questões que envolvem a formação e a dinâmica do funcionamento familiar em geral, a identificação da presença de incapacidades funcionais e suas principais necessidades de cuidado para lidar com as incapacidades (REIS et al., 2011).

A presença marcante na sociedade de incapacidades funcionais e cognitivas, demanda aos enfermeiros novas abordagens terapêuticas para o cuidado clínico nessas situações. As doenças crônicas não transmissíveis são as que mais se associam ao aumento da morbidade, a partir da instalação dessas incapacidades (BRASIL, 2008).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *mellitus* são dois importantes agravos que podem acometer a população em plena fase produtiva, de modo isolado ou associado, podendo desencadear uma série de complicações que limitam a capacidade funcional das pessoas que as possuem. Esses agravos requerem um novo modo de vida, ficando o sujeito acometido cerceado por modificações no seu estilo de vida. Essas modificações são acompanhadas por crises envolvendo os hábitos familiares, culturais e ideológicos no seio da família.

O cuidado clínico de enfermagem dispensado a esses sujeitos na ESF deve prever e abordar os aspectos conflitantes entre a pessoa com o agravo e os familiares, pois as mudanças comportamentais também atingirão aqueles que convivem diretamente com o sujeito afetado.



Desse modo, entendemos o cuidado clínico de enfermagem como uma entidade abstrata que se objetiva, empiricamente, durante as relações dos entes envolvidos, a partir de encontros intersubjetivos marcados pela ética, permitindo a elaboração de diretrizes e ações clínicas, repletas de subjetividades que são dirigidas a sujeitos em qualquer fase do desenvolvimento humano, contemplando aspectos biopsicossociais, na polifonia das culturas e ideologias com a finalidade de contribuir com o bem-estar do ser humano, sendo delineado a partir do tripé: conhecimento científico de enfermagem, rede social do sujeito a ser cuidado e o suporte dispensado pelo serviço de saúde.

Dentro dessa perspectiva, a questão da família se constitui em um importante fator a ser analisado. Países em desenvolvimento carecem de uma rede de suporte formal eficiente e a família torna-se, então, a responsável por auxiliá-los em quaisquer necessidades específicas que surjam, sejam elas materiais ou emocionais (REIS *et al.* 2011).

Desse modo, o objetivo do estudo foi mapear o cuidado familiar a uma senhora idosa com HAS e diabetes *mellitus* associados.

Trata-se de um estudo de caso único e intrínseco. O estudo de caso como modalidade de pesquisa é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações. Com este procedimento se supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso (VENTURA, 2007).

Os estudos de caso único e singular, também conhecidos como “caso clínico” são os que têm o foco em uma unidade – um indivíduo, uma família. Conforme os objetivos da investigação, o estudo de caso pode ser classificado de intrínseco ou particular, quando procura compreender melhor um caso particular em si, em seus aspectos intrínsecos (VENTURA, 2007).

A pesquisa foi realizada em dezembro de 2011, com uma família residente na zona rural de Horizonte - Ceará -Brasil. A escolha da família a ser pesquisada deu-se a partir dos seguintes critérios: existir um membro com hipertensão arterial que necessitasse de suporte de cuidado integral; e presença de suporte de cuidado familiar efetivo. A coleta de dados foi realizada a partir de uma visita domiciliar, guiada pela Agente Comunitária de Saúde da localidade. Foi realizada uma entrevista aberta com os membros da família, além de anamnese da idosa, exame físico, pesquisa em resultados de exames laboratoriais e prescrições.

A partir do levantamento foram identificadas as prioridades dos cuidados para a formulação do Diagnóstico de Enfermagem e suas respectivas intervenções. O diagnóstico foi elaborado conforme a NANDA Internacional (2012-2014), sendo analisados e discutidos a partir da literatura referente sobre o tema. As intervenções de enfermagem e os resultados esperados foram elaborados com base na Nursing Intervention Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC), respectivamente. Também foram construídos um genograma e fluxogramas acerca do cuidado dispensado à idosa pela família.

O estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê



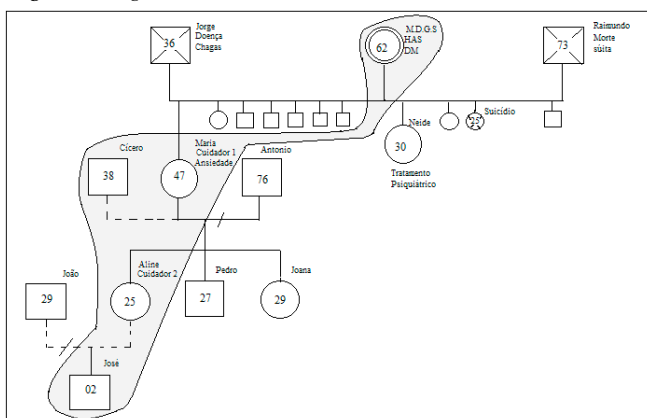
de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 11517971-2. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196/96.

RESULTADOS

Apresentando a família.

A família pesquisada constava de cinco membros, apresentados na figura 1 em genograma.

Figura 1. Genograma da família de M.D.G.S.



O Caso Índice, M.D.G.S, 62 anos, natural de Quixadá, aposentada, católica, viúva pela segunda vez. Tinha HAS e DM diagnosticados há três anos. G6P6A0. Por muitos anos residiu no município de Ibicuitinga, quando ficou viúva do segundo marido (há 3 anos) e foi morar com uma filha (Neide) em Fortaleza. Lá, foi levada ao posto de saúde e foi

feito o diagnóstico das doenças. Enquanto estava morando com essa filha, não conseguia controle dos níveis pressóricos e glicêmicos. Há dois anos M.D.G.S vem apresentando lapsos de memória, episódios de confusão mental e retração emocional. Há um ano foi morar com outra filha (Maria, cuidador 1) em uma comunidade rural da cidade de Horizonte-CE. Faz acompanhamento pela equipe da ESF, a partir de visitas domiciliares. Encontra-se em investigação diagnóstica para Alzheimer. A pressão arterial e glicemia estão controladas. Relata fraqueza em membros inferiores esporadicamente, o que a faz permanecer muito tempo deitada. Faz uso de losartana potássica (50mg/dia), metformina (500mg/2xdia), glibenclamida (5mg/2xdia), insulina NPH (10UI à noite) sinvastatina (40mg/noite), ácido acetil salicílico (100mg/dia), e amitriptilina (25mg/2xdia). Ao exame físico: estado geral bom, higienizada, bem vestida. Consciente, desorientada, memória recente prejudicada. Aparelho cardiovascular: BNF, 2T sem sopros, ausência de edema, PA 110x80mmHg, FC 70bpm. Aparelho respiratório: ausência de tosse/expectoração, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, eupneica, FR 18irpm. Aparelho gastrointestinal: estomatite, ausência de todos os dentes, abdômen globoso por adiposidade, eliminações intestinais a cada dois dias. Geniturinário e membros sem alterações. Obesidade.

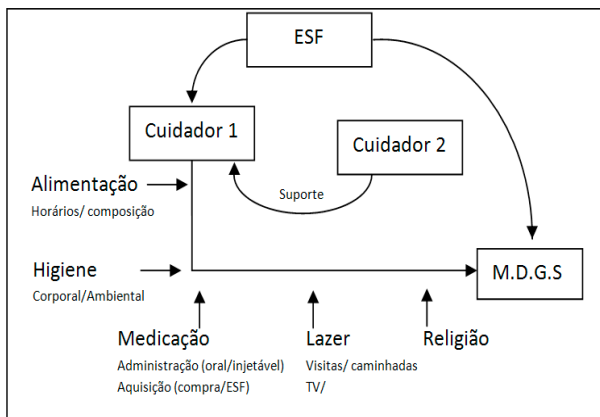
A Cuidadora 1, Maria 47 anos, dona de casa, G3P3A0, união consensual. Nega doenças, apresenta ansiedade e faz uso de nortriptilina (10mg/dia); a cuidadora 2, Aline 25 anos, operadora de máquinas, G1P1A0, filha de Maria, separada de João, com o qual teve um filho, José, de 2 anos. O quinto membro da família é Cícero, 38 anos, vigilante noturno, nega doenças e uso de medicamentos.



Suporte familiar de cuidado.

A Cuidadora 1 é a principal provedora de cuidado a M.D.G.S, sendo responsável pelo suporte nutricional, de higiene, administração de medicamentos e elaboração de atividades de distração. A Figura 2 apresenta o suporte familiar de cuidado a M.D.G.S.

Figura 2. Suporte de cuidado dispensado pela família a M.D.G.S.



Como mostra a Figura 2, a Cuidadora 1 encontra-se sobrecarregada e responsável direto por todos os cuidados da senhora M.D.G.S. Os cuidados com a alimentação vão desde os horários à escolha da alimentação. No início, a alimentação era preparada em separado da dos outros integrantes da família, após estabilização dos níveis pressóricos e glicêmicos, passou a ser a mesma para todos. Desse modo, a Cuidadora 1 relata que a integração de M.D.G.S. nos momentos em família melhorou. Os cuidados com a higiene abrangem o corpo e o ambiente.

Os cuidados com a medicação são bem delicados, indo da administração dos comprimidos nos horários corretos à administração injetável de insulina. Outro ponto relevante é a aquisição dos medicamentos, pois foi relatada falta de medicações na unidade de saúde de acompanhamento de M.D.G.S. sendo necessária a sua compra.

Quanto ao lazer, esse se concretiza a partir da distração com visitas de vizinhos, brincadeiras com os netos e realização de pequenas caminhadas na comunidade, além da prática religiosa de ir à missa.

Notamos a partir da Figura 2 que a cuidadora 1 recebe orientações dos profissionais da ESF, a partir de visitas domiciliares ou dos momentos de consulta no posto de saúde. A Cuidadora 2 funciona como suporte, caso a Cuidadora 1 não possa realizar o cuidado. A Figura 3 mostra o relacionamento da ESF com a família

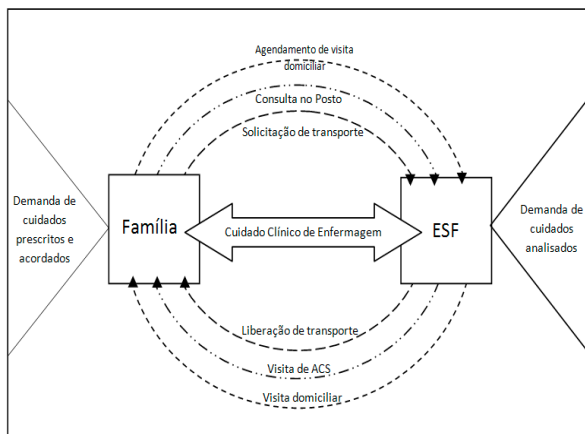


Figura 3. Organograma “bombardeio” de relacionamento ESF-Família, mediado pelo Cuidado Clínico de Enfermagem. Fortaleza, 2012.



A partir desse organograma percebe-se a teia que a ESF protagoniza para o cuidado dos seus adscritos. O relacionamento entre a ESF e a Família é mediado pelo cuidado clínico de enfermagem. Ao receber uma ligação do familiar, a ESF envia o carro para que o sujeito possa chegar à unidade de saúde e realizar a consulta. Após a consulta, é realizado o agendamento da próxima visita domiciliária, que será confirmada por uma visita do ACS local. Após ocorrer a consulta, seja ela no consultório ou domicílio, existirá a demanda de cuidados prescritos. Esses devem ser seguidos pelos familiares, inclusive a aquisição dos medicamentos, que pode ocorrer no próprio posto de saúde ou nas farmácias comerciais.

A partir do estudo das características do caso índice e dos demais membros da família, instituiu-se o Diagnóstico de Enfermagem: disposição para enfrentamento familiar melhorado, que tem como definição um padrão de controle eficaz das tarefas adaptativas por pessoa referência (membro da família, pessoa significativa ou amigo íntimo) envolvida com o desafio de saúde do cliente, que é suficiente para a saúde e o crescimento com relação a si mesmo e ao cliente e pode ser reforçado (NANDA I, 2013).

As características que definiram o diagnóstico foram: pessoa significativa age para promover a saúde; pessoa significativa move-se em direção ao enriquecimento do estilo de vida; e escolhe experiências que otimizem o bem-estar.

Desse modo, o Quadro 01 sintetiza as intervenções de enfermagem, formuladas a partir da NIC (BULECHEK, BUTCHER, DOCHTERMAN, 2010) e seus respectivos resultados esperados, formulados a partir da NOC (MOORHEAD, JOHNSON, MASS, *et al.* 2010).

Quadro 01. Resultados esperados e intervenções para o DE “Disposição para enfrentamento familiar aumentado”, segundo NIC e NOC.

| Classificação dos Resultados de Enfermagem | Classificação das Intervenções de Enfermagem | |
|--|--|--|
| | Intervenção | Atividades |
| Bem-estar do cuidador; Enfrentamento familiar. | Aconselhamento | Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito; Oferecer informação concreta, conforme necessário e adequado; Determinar a forma como o comportamento familiar afeta o paciente. |
| Bem-estar do cuidador; Apoio familiar durante o tratamento; Relacionamento cuidador -paciente; Resiliência familiar; Saúde emocional do cuidador | Mobilização familiar | Ser um ouvinte para os membros da família; Encarar os membros como especialistas potenciais no cuidado do paciente; Identificar os pontos fortes e os recursos da família, de seus membros, de seu sistema de apoio e de comunidade; Oferecer informações frequentes aos membros da família para ajudar a identificarem as limitações, a evolução e as implicações dos cuidados; Ensinar aos cuidadores sobre a terapia; Cooperar com os membros da família no planejamento e implementação de terapias e mudanças no estilo de vida; Dar apoio às atividades familiares que promovam saúde ou controle da condição; Monitorar a atual situação familiar. |
| Comportamento de busca de saúde | Orientação antecipada | Programar visitas estratégicas focalizando pontos desenvolvimentais/ situacionais. |
| Participação da família no cuidado profissional; Funcionamento familiar; Estado de saúde da família. | Promoção do envolvimento familiar | Identificar as capacidades dos membros da família para envolvimento no cuidado; Determinar recursos físicos, emocionais e educacionais do principal provedor de cuidados; Monitorar a estrutura e os papéis familiares. |



DISCUSSÃO

A partir do diagnóstico de enfermagem levantando, é imprescindível a análise aprofundada da dinâmica familiar para a manutenção desse diagnóstico. O conhecimento dessa dinâmica no cuidado às pessoas com doenças crônicas é uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem, pois fornece subsídios para o planejamento de ações no domicílio, podendo também servir como suporte administrativo pelos gestores da unidade de saúde, ou instâncias superiores.

Ao visualizar a família como foco do cuidado de enfermagem, é essencial o estabelecimento de uma parceria desta com a equipe de saúde, para que juntas formem uma unidade de cuidado de saúde e que, ao tomar parte nas ações com possibilidade de transformação, a família possa auxiliar a enfermagem a detectar os problemas e as necessidades, discutir o diagnóstico, participar na determinação dos objetivos e colaborar na aplicação do planejamento e avaliação (MOREIRA; ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001).

As características subjetivas referentes à maneira como os membros familiares se relacionam conferem indícios da dinâmica da família. Considera-se como dinâmica familiar a forma como os membros da família se relacionam, como estabelecem e mantêm vínculos, como lidam com problemas e conflitos, os rituais que cultivam a qualidade das regras familiares, a definição de sua hierarquia e o delineamento dos papéis assumidos por seus membros. (WENDT; CREPALDI, 2007).

A dinâmica familiar e o seu mapeamento a partir da elaboração de genograma, ou organograma que permitam a

visualização da situação de cuidado que se encontra delimitada, funciona como uma ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem à medida que, ao serem analisados, esclarecem os pontos nevrálgicos da assistência que merecem uma maior atenção por parte do enfermeiro.

A aplicação do genograma em saúde da família é extensa. Pode ser utilizado como instrumento importante na caracterização e cadastramento dos grupos familiares na ESF, com vistas ao trabalho de promoção à saúde da comunidade e prevenção de agravos. Além disso, permite uma visualização do processo de adoecer e das principais enfermidades que acometem os membros familiares, facilitando o plano terapêutico e permitindo à família uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças (WENDT; CREPALDI, 2007).

Um dos pontos delicados da família estudada é a polarização da maioria das atividades de cuidado domiciliar centrada em uma pessoa. Apesar do cuidado à Sra M.D.G.S estar dando ótimos resultados, já é notável um nível aumentado de estresse por parte da Cuidadora 1, na medida que se encontra ansiosa e em uso de antidepressivo.

O estudo de Schossler e Crossetti (2008) corrobora com o nosso achado quando esclarece que o cuidador domiciliar, ao mesmo tempo em que se percebe como alguém que cuida do outro, também visualiza que para si não está sendo possível este fazer. Esta situação acaba não permitindo a satisfação das suas necessidades biológicas e psicossociais, como dormir, descansar e ter momentos de lazer, condição que desencadeia um desgaste tanto físico quanto mental, o que acaba comprometendo a sua saúde.



O enfermeiro, em seu cotidiano clínico de cuidado na ESF, deve atentar para essas situações que podem modificar o controle terapêutico do sujeito que está sendo cuidado, podendo levá-lo a uma situação de não adesão ao tratamento, além da possibilidade de provocar desarticulação da dinâmica familiar.

Nota-se que os cuidados dispensados à Sra M.D. G.S. estão sendo efetivos, pois abrangem o tratamento farmacológico e não farmacológico anti-hipertensivo e hipoglicêmico (Figura 2). Segundo a VI Diretriz (2010) além da utilização correta dos medicamentos, a partir da tomada nos horários e dosagens corretas, faz parte do tratamento modificações no estilo de vida, a partir da instituição de uma alimentação saudável, com restrição de sódio e gorduras, a prática de atividades físicas e o controle do estresse.

Para Gravina, Grespan e Borges (2007) existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial (perda de peso, redução da ingestão de sal, exercícios e diminuição ou abolição do consumo de álcool). No controle do DM a intervenção inicial é a adoção de regime alimentar que restabeleça o peso ideal e permita uma alimentação saudável e correta na quantidade dos nutrientes básicos e a manutenção de exercício físico aeróbico constante (marcha de cerca de 30 minutos 5 dias/semana) (CRUZ, 2005).

No que se refere à alimentação, Serour et al, (2007) e Jesus et al, (2008) esclarecem que a dificuldade em seguir um regime de dieta diferente do resto da família é um ponto crucial para a adoção de medidas dietéticas. No caso descrito, os cuidados alimentares iniciais, se davam a partir da

separação dos alimentos, que ocorreu até a estabilização dos níveis glicêmicos e pressóricos de M.D.G.S.

Desse modo, a compreensão da dinâmica alimentar, deve guiar o enfermeiro, na realização de seções de educação em saúde dispensadas às famílias, ou nos momentos de visita domiciliárias. Nesse sentido, a orientação ao paciente e à família é um dos aspectos mais significativos do cuidado de enfermagem e pode fazer a diferença na capacidade dos pacientes e de suas famílias para se adaptarem às condições crônicas de saúde. Pessoas bem informadas e educadas, em geral, preocupam-se mais com a saúde e fazem o que é necessário para mantê-la (SMELTZER; BARE, 2009).

Desse modo, as sessões de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro deverão possuir metodologias educativas que possibilitem melhor compreensão desses sujeitos, como a utilização de recursos lúdicos, culturais e a formação de grupos.

Não podemos esquecer da carga cultural e ideológica que cada sujeito possui, e dessa forma, também devem ser levados em conta na elaboração de um plano terapêutico. Ainda na Figura 2, observamos as atividades de lazer e religiosa implementadas pela Cuidadora 1, e vemos que se adequam intrinsecamente ao cotidiano de M.D.G.S. Para Li et al. (2010) barreiras culturais contribuem com a não adesão ao plano terapêutico, na medida que impedem uma boa compreensão do que está sendo prescrito.

A análise da Figura 3 nos permite inferir que o relacionamento da ESF com a família se encontra bem estabelecido, à medida que a ESF responde às demandas da família a partir do envio de transporte e equipe de saúde. Esse relacio-



namento pode ser entendido como um dos pilares da ESF, ao permitir a inserção da equipe no seio da comunidade, sob a qual a família está inserida. Essa inserção fortalece o seu vínculo com a realização de atendimentos domiciliares.

O atendimento domiciliar à saúde é uma categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da interação domiciliária, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Ainda para Giacomozzi e Lacerda (2006) ao adentrar o espaço do domicílio, o enfermeiro insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família. Assim, o enfermeiro mune-se de subsídios que ampliam sua visão do mundo sobre o sujeito que está sendo cuidado, e os utilizam no cuidado clínico de enfermagem.

Ademais, o tratamento da doença crônica deve ser um processo colaborativo entre o paciente, a família, o enfermeiro e outros profissionais de saúde. A colaboração não se limita aos ambientes institucionais ela é importante em todos os ambientes e durante toda a trajetória da doença. Passar a compreender o cuidado ao hipertenso em um contexto sistêmico de relacionamentos é vislumbrar o processo de reciprocidade e desse modo bilateral ou dialógico de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem “Disposição para enfrentamento familiar aumentado” é imprescindível nas famílias com doenças crônicas, pois o controle terapêutico é muitas vezes realizado pelos membros da família. Esta deve possuir todas as ferramentas para o cuidado domiciliar, que deve ser auxiliado pelo enfermeiro da ESF.

O suporte à família é uma estratégia de cuidado que favorece à continuidade da terapêutica no domicílio proporcionando ao sujeito e sua família segurança e qualidade no processo de ser e viver saudável.

Observar a dinâmica familiar e o cuidado dispensado a pessoas com doenças crônicas podem tornar-se ferramentas poderosas para o planejamento da ação do cuidado clínico de enfermagem em nível comunitário e de consultório.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. M. S. **Diretrizes e Recomendações para Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, 2008.
- CRUZ, S.C. Tratamento não farmacológico da Diabetes tipo 2. **Rev Port Clin Geral**, v.21, p:587-95, 2005.
- BULECHEK, G.M; BUTCHER, HK; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. – 5 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.4, p: 645-53, 2006.



GRAVINA, C.F; GRESPLAN, S.M; BORGES, J.L.Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**, v.14, n.1, p:33-36, 2007.

JESUS, E.S. et al. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. **Acta paul. Enferm**, v.21, n.1, p:59-65, 2008.

LI, W.W. et al. Cultural factors associated with antihypertensive medication adherence in Chinese immigrants. **J Cardiovasc Nurs**. v.21, n.5, p:354-62, 2006.

MOORHEAD, S; JOHNSON, M; MASS, L.M; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4 ed. – Porto Alegre: artmed, 2010.

MOREIRA T.M.M; ARAÚJO T.L; PAGLIUCA L.M.F. Alcance da Teoria de King junto a Famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Rev gaúcha Enferm**. v.22, n.1, p:74-89.

NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: artmed, 2008.

REIS, LA et al . Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500006>.

SCHOSSLER, T; CROSSETTI, M.G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200009>.

SEROUR, M. et al. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. **Br J Gen Pract**. v.57, n.537, p:291-5, 2007.

SMELTZER, S; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VENTURA, M.M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**. v.20, n.5, p:383-386, 2007. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl.1):1-51.

WENDT, N. C; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.2, p:302-310, 2007.



GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: DISCURSO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS DIFICULDADES PARA SUA EFETIVAÇÃO

Marcelo Costa Fernandes
Lucilane Maria Sales da Silva
Maria Rocineide Ferreira da Silva

A enfermagem, em seu cotidiano assistencial, apresenta como principais dimensões do seu processo de trabalho, o cuidar e o gerenciar. Apesar da constante recorrência dessas dimensões nas ações do profissional enfermeiro, o que se percebe é a cisão entre elas, característica que é o resultado de todo o processo histórico de formação da enfermagem enquanto categoria profissional.

Essa desarticulação distancia e dificulta uma assistencial com eficiência e eficácia, já que há o predomínio de ações fragmentadas. Nesse contexto, busca-se a desconstrução e construção de novos paradigmas, onde, com isso, possa haver a articulação e integração entre as dimensões do cuidar e o gerenciar, possibilitando assim maior qualidade nas atividades realizadas.

A busca de articulação entre essas dimensões é conhecida com a gerência do cuidado, ou seja, quando ocorre a articulação entre os saberes da gerência e do cuidado viabilizando a existência de uma interface entre esses dois

objetos na prática profissional do enfermeiro, cuja finalidade é proporcionar um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços de enfermagem (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Entre os estabelecimentos de assistência à saúde em que a enfermagem desenvolve as ações de gerência do cuidado, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi constituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como estratégia fundamental para a expansão e consolidação do atendimento nesse nível de atenção (FERNANDES; SILVA, 2013).

Porém, há fatores que intervêm na execução das atividades de cuidado direto e cuidado indireto de forma articulada e integrada na ESF, isto é, verdadeiros obstáculos que impedem a integralidade e complementaridade entre o cuidado e a gerência, por fomentar a cisão dessas atividades (FERNANDES *et al.*, 2013).

Sendo assim, o presente estudo objetiva investigar os fatores que dificultam na realização das ações de gerência do cuidado do enfermeiro na ESF.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 32 enfermeiros da ESF do município de Maracanaú-CE. Foi utilizada a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. As entrevistas aconteceram no período entre maio e julho de 2012, em local reservado da própria unidade básica de saúde.

Foi adotado como critério de inclusão trabalhar há mais de doze meses na unidade de saúde, por se considerar um período adequado para familiarização desse profissional com a dinâmica da ESF. Como critérios de exclusão:



estar de férias, licença-saúde ou em afastamento. A suspensão da coleta de dados ocorreu a partir do momento que foi identificada a saturação teórica, ou seja, quando percebeu que os depoimentos já haviam explorado uma determinada variação de elementos relativos ao tema, e nas entrevistas subsequentes não surgiram elementos novos para a sua compreensão (FLICK, 2009).

Para proceder à ordenação e à organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos enfermeiros selecionados para esta investigação, recorreu-se ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que viabiliza a representação do pensamento de um determinado grupo. É uma proposta metodológica que propõe a soma das ideias não de maneira numérica, mas operacionalizando de forma metodológica a expressão do pensamento coletivo por meio do discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE sob o parecer nº 26907. Os componentes éticos e legais estão presentes em todas as fases da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No contexto das ações desenvolvidas pelos enfermeiros, observam-se fatores que dificultam a realização das atividades de gerência do cuidado na ESF. Dessa forma, serão apresentados a seguir três Categorias e os respectivos DSC dos relatos dos enfermeiros sobre essa questão.

Na Categoria 01 há destaque para o sistema de referência e contrarreferência, sendo que participaram nove enfermeiros na construção do seguinte DSC:

Categoria 01 - Referência e contrarreferência: inexistência, resistência e dependência do carimbo médico.

DSC – “Enquanto enfermeiro, eu estou muito longe da realidade de referenciar os usuários dessa unidade. É muito difícil eu conseguir fazer o encaminhamento de um usuário daqui para um serviço especializado. A dificuldade de referenciar é devido a gente encontrar colegas da categoria médica que são verdadeiros terroristas, que fazem ameaças se virem encaminhamento do enfermeiro. Têm reuniões na secretaria que eu vejo alguns médicos se demonstram bastante resistentes e questionando o motivo do enfermeiro realizar encaminhamentos. Eu tenho que ter muito cuidado quando vou referenciar os usuários. Eu fico limitado à dependência do profissional médico para a referência, por exemplo, se eu realizo uma prevenção ginecológica, pré-natal, puericultura e observo que os usuários precisam ser referenciados, eu primeiro encaminho para o médico só para ele carimbar, é uma submissão total, só com um carimbo está tudo resolvido, até o ultrassom obstétrico das gestantes os médicos do hospital não querem aceitar quando é encaminhado por mim. Eu não tenho essa autonomia com esses procedimentos. Outra questão é a contrarreferência que não existe também. A contrarreferência simplesmente não acontece. O profissional médico que recebeu um usuário que foi encaminhado pela unidade de saúde, ele não dá um retorno, o que ela fez, qual



tratamento solicitou, quais exames, medicamentos, nada escrito, nada formal, às vezes a gente fica sabendo pelo ACS que falou com aquele usuário na comunidade”.

Nota-se, a partir do DSC, menção dos enfermeiros da ESF ao sistema de referência e contrarreferência. Esse mecanismo é compreendido como o encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O papel complementar dos demais níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, compreendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou trajetos definidos e organizados de forma a assegurar a continuidade do cuidado (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Segundo Simino (2009), esse sistema de referência e contrarreferência é de fundamental importância quando se pensa na integralidade da atenção, pois a operacionalização da integralidade se dá pela possibilidade da atenção se processar em outros pontos da rede de atenção, e que o usuário possa retornar à sua unidade com todas as possibilidades de continuidade de atenção.

Entretanto, não se percebe a efetivação desse sistema, principalmente em decorrência da resistência imposta pelo profissional médico em aceitar os encaminhamentos realizados pelo enfermeiro. Esse nó crítico desestrutura o funcionamento adequado desse processo, não havendo, portanto, garantia de continuidade da assistência, constituindo-se em uma dificuldade para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização (PONTES et al. 2010).

A ausência inclusive da integralidade do cuidado, devido à fragilidade do sistema de referência, rompe com a proposta do processo de trabalho na dimensão da gerência do cuidado do enfermeiro, uma vez que nesse cenário não haverá continuidade das ações propostas e, consequentemente, a cisão entre o cuidado indireto e o cuidado direto.

Essa oposição do médico em admitir as referências realizadas pelos enfermeiros é incoerente com as normas e diretrizes da portaria da Atenção Básica, pois de acordo com as atribuições específicas do enfermeiro, o mesmo pode encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, compreende-se a partir dessa portaria, que o enfermeiro apresenta suporte legal para a execução desse procedimento, como também a possibilidade de questionar essa dependência do profissional médico e do seu “carimbo” no processo de referenciar os usuários da ESF para os demais serviços de saúde, além de poder cobrar da secretaria municipal de saúde, a construção da portaria de saúde do município que viabiliza mais autonomia para o enfermeiro nesse quesito.

Outro ponto de destaque no DCS dos enfermeiros é a ausência da contrarreferência, ou seja, o retorno para a Atenção Básica dos usuários que foram referenciados aos serviços mais especializados de assistência à saúde. Essa problemática também foi apontada em diversos estudos (FRANCA *et al*, 2012; NARCHI, 2010; SOUSA, ERDMANN, MOCHE, 2011) onde a contrarreferência é praticamente inexistente, e quando acontece é devido à articulação do enfermeiro com a família e não com o serviço responsável pela atenção.



Entende-se, portanto, que a fragilidade no sistema de contrarreferência também acarreta interrupção no fluxo de atendimento, o que demonstra deficiência do princípio de hierarquização da assistência, o que revela que a Atenção Básica, na maioria das vezes, só consegue ser a porta de entrada para a unidade, e não para o SUS, o que demonstra isolamento organizacional e físico em relação à rede de referência (PONTES et al, 2010).

Logo, a dificuldade no sistema de referência e contrarreferência é um grande obstáculo na realização das ações de gerência do cuidado, uma vez que o enfermeiro fica impossibilitado, na maioria das vezes, em dar continuidade ao cuidado que foi planejado para o usuário na ESF.

Na Categoria 02, será discutido como dificuldade na realização das atividades de gerência do cuidado, o excesso de burocracia que o enfermeiro precisa realizar na ESF, sendo que foram utilizadas sete entrevistas de enfermeiros para a construção do DSC a seguir:

Categoria 02 - Sobrecarga de burocracia.

DSC – “Uma dificuldade que eu tenho é a grande sobrecarga na parte burocrática. O nosso cotidiano na unidade de saúde é a burocracia, pois é muita papelada para preencher, o que me obriga inclusive a reduzir o número de atendimentos. Numa consulta puerperal eu não realizo um melhor cuidado e com mais tempo, porque tenho muito papel para escrever. Quando faço pré-natal e é pré-natal inicial, eu tenho que preencher os dados dela no sistema de informação, cadastrar a gestante, fazer a ficha perinatal e escrever

no cartão da gestante. No período de dengue, são muitos os casos suspeitos que eu preciso notificar, além dos Mapas que são muitos papéis para preencher, sendo que no final do mês eu tenho que entregar quase quinze, são muitos casos que eu tenho que colocar nos Mapas, desde nascidos vivos, óbitos, hipertensos, diabéticos, tenho que tirar pelo menos um dia ou um dia e meio para fechar todos esses papéis”.

Percebe-se, no DSC dos enfermeiros, que um fator dificultador na realização da gerência do cuidado na ESF é a sobrecarga de atividades burocráticas, as quais são associadas às ações de registro do trabalho ou preenchimento de formulários, protocolos e do consolidado das atividades realizadas durante o mês (Mapas).

Dessa maneira, nota-se, ainda no contexto atual das ações dos enfermeiros, a influência da teoria burocrática de Marx Weber, da década de 40, cuja proposta tinha, como fulcro, a eficiência organizacional, isto é, mantinha um caráter racional e uma sistemática divisão de trabalho, com exagerado apego às regras, normas e regulamentos, em detrimento da valorização do contingente humano (SOUZA; SOARES, 2006).

Sendo assim, a prática do enfermeiro há tempos se fundamenta nas necessidades burocráticas e formais das instituições de saúde, de modo a privilegiar os objetivos organizacionais em detrimento do cuidado de enfermagem propriamente dito, o que pode causar tensões, desmotivação e descrenças no âmbito do processo de trabalho na Atenção Básica (TREVISAN et al., 2006).



As ações de gerência do cuidado executadas pelo enfermeiro, ao assumir essa lógica burocrática, refletem uma prática mecânica, centrada em tarefas, com atividades automáticas, além de estagnação da sensibilização do enfermeiro acerca dos reais problemas de saúde dos usuários que buscam assistência na ESF.

O excesso de atividades burocráticas, presente no DSC dos enfermeiros nesta pesquisa, converge com os achados dos estudos de Santos *et al.* (2008), os quais apresentam também as atividades burocráticas como fator dificultador do enfermeiro na realização de atividades na Atenção Básica.

Segundo Merhy (2006), o contexto histórico e social atual tem exigido, para as instituições de saúde, modelos cada vez menos burocráticos e cada vez mais flexíveis, permitindo maior plasticidade às instituições, as quais serão capazes de assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, como também capazes de construir soluções adequadas para cada problema que possa surgir, o que poderá repercutir na desburocratização das ações dos profissionais da saúde.

Entretanto, compreende-se que o registro do enfermeiro é uma ferramenta fundamental para a realização das ações de gerência do cuidado, uma vez que a partir dessas informações obtidas, o enfermeiro poderá construir um plano de ação que possa atender às reais necessidades da população adstrita ao seu território. Percebe-se que a dificuldade está na forma arcaica como as fichas, notificações e Mapas ainda são desenvolvidas. Tendo o enfermeiro que anotar de forma manuscrita uma grande quantidade de informações.

A última categoria, sobre as dificuldades na execução da gerência do cuidado, está relacionada com a indicação por políticos de pessoas, sem formação adequada, para assumir cargos de coordenação das unidades de saúde. No DSC Categoria 03 participaram três enfermeiros, com o seguinte discurso:

Categoria 03 - Indicação política para o cargo de coordenador da unidade de saúde.

DSC – “Um obstáculo que eu percebo aqui é a questão política, pois às vezes eu quero realizar uma atividade, até mesmo como o Ministério da Saúde determina, mas às vezes vem uma pessoa que foi indicada por algum político e manda fazer essa atividade de outro jeito, isso atrapalha o meu cuidado. Vejo que tem inclusive muito coordenador de unidade que foi indicado por vereador ou por algum outro político. Eu questiono bastante a coordenadoria da unidade de saúde ser realizada por pessoas que não são da área da saúde, que nem formação superior tem e que foi na verdade indicado por alguém. Tem coordenador de unidade que não entende como funciona a dinâmica das ações nos postos de saúde, não sabe nem resolver alguns problemas como requisição de materiais e ofícios para secretaria, então eu acabo tendo que resolver isso, deixando de atender direito os meus usuários”.

A indicação política para a ascensão de cargos no serviço público é uma prática corriqueira nos estabelecimentos de assistência à saúde, sendo inclusive observado em outros estudos, principalmente para a coordenação das unidades básicas de saúde (ALVES; PENNA; BRITO, 2004; VANDERLEI, 2005).



Logo, o perfil dos profissionais para a realização dessas atividades não leva em consideração a sua formação profissional, mas na verdade está muito ligado a uma escolha autoritária, baseado em critérios de “confiança”. A presença de um coordenador, sem a devida formação, fragiliza a tomada de decisão no âmbito da unidade de saúde, uma vez que a insegurança decorrente justamente da deficiência de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para tal cargo, se torna algo corriqueiro.

Segundo Ximenes Neto e Sampaio (2008), tais formas de ascensão não deveriam existir. Para esses autores a base para assumir um cargo deveria ser a competência política, humana e técnica, além de ser um profissional de carreira do próprio município.

Dessa forma, esse profissional, sem a devida competência, acaba recorrendo ao enfermeiro, conforme observado no DSC, o que provoca sobrecarga de atividades, uma vez que o enfermeiro deixa de realizar as suas atividades, principalmente de gerência do cuidado, para resolver os problemas de gestão da unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou, a partir do discurso dos enfermeiros, dificuldades vivenciadas no cotidiano assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) que impedem a articulação entre as atividades de cuidado direto e indireto, ou seja, a gerência do cuidado.

Esses achados apontam as contradições existentes no âmbito da Atenção Básica, visto que mesmo com a filosofia

de reorientação do modelo de atenção à saúde, com práticas que valorizem o trabalho em equipe, ainda há entraves que impossibilitam a plena realização da gerência do cuidado, tais como a dificuldade no sistema de referência e contrarreferência, excesso de burocracias e as indicações políticas para cargos de confiança.

Por fim, o enfermeiro da ESF em decorrência dos diversos obstáculos vivenciados em seu cotidiano da Atenção Básica, como foi discutido ao longo dessas categorias, acaba por se distanciar da gerência do cuidado, ou seja, das atividades que buscam a integralidade e complementaridade entre o processo de trabalho cuidado e a gerência.

Sendo assim, percebe-se a necessidade de mais estudos que possam demonstrar novas alternativas, bem como a construção de tecnologias de cuidado que possam viabilizar a sensibilização dos enfermeiros, como também dos gestores, sobre as repercussões positivas da gerência do cuidado, tanto para o serviço quanto para os atores sociais que buscam a ESF para solucionar as suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-46 ago. 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011



CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-41, jun. 2012.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S. da. Gerenciamento do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Rene**. Fortaleza, v.4, n.2, p.438-47, 2013.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, M. R. F. Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online braz j nurs**. v.12, n. 2, p. 522-33, 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FRANCA, I. S. X. et al. O des-cuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 236-43, abr. 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-73, jun. 2010.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-70, jun. 2008.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, suppl.3, p. 3579-86, 2010.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, 263-71, 2011.

SOUZA, F. M.; SOARES, E.. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 620-25, out. 2006.

SIMINO, G. P. R. **Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família:** possibilidades e desafios. 2009. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo, 2009.

PONTES, A. P. M. et al . Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-80, ago. 2010.

TREVIZAN, M. A. et al . Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 457-60, jun. 2006.

VANDERLEI, M. I. A. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família:** o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão, Ribeirão Preto. 2005, 254 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 36-45, fev. 2008.



DEBATE VIRTUAL SOBRE CULTURA DE PAZ COM AS JUVENTUDES NAS ESCOLAS: DESDOBRAMENTOS COM A POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Raimundo Augusto Martins Torres
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Gislene Holanda de Freitas
Samuel Ramalho Torres Maia
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Lucilane Maria Sales da Silva

As conversações sobre cultura de segurança do paciente nos remete quase que instantaneamente à esfera hospitalar e, nas suas bordas, remete-nos ao controle e validação de qualidade nos serviços, trabalho em equipe, gestão de risco, biossegurança, metas, mensuração de dados, entre outros temas tão complexos e, também, proporcionalmente importantes nessa discussão. Todavia, ao se falar em comunicação efetiva, um leque de possibilidades se expande diante dessa preocupação, para que outros territórios e práticas sejam olhados na conjuntura da enfermagem com qualidade e seus reflexos nas políticas de fomento à segurança.

Partindo de um enunciado em que a comunicação efetiva, ensejada na política de segurança, não se sature nos prontuários e nos outros documentos legais, é emergente analisar a formulação de outras bases que se atualizam nas demandas dos sujeitos em espaços, onde o cuidado também acontece e se faz cotidiano, provocando a produção de ou-

tros marcadores clínicos, os quais fissuram o padrão baseado em evidências e de guias práticos no nosso sistema de ensino e de assistência.

Os marcadores clínicos são “pregas”, em concordância com Deleuze (1991), que produzem uma nova ética sobre a política de segurança do paciente. O sujeito não assume mais a condição de objeto do cuidado e passa a ser um ativador do processo de cuidado de si, pois quando ele cuida da boa convivência social, produz um ambiente integrado, melhora a qualidade de vida, diminui os indicadores de adoecimento, entre outros. Ao problematizar essa “dobra” da política de segurança do paciente, falamos em outro sujeito, o sujeito do cuidado.

Assim, a dobra exemplificada pela relação do duplo, o dentro/fora, por exemplo, nesse panorama, nos faz refletir um mundo de estruturas complexas e de multiplicidade de produção de territórios. Esse conceito nos ajuda a usar uma lente que nos permite observar o que articula, une, o olhar sobre o paciente/usuário, sujeito que é cuidado/sujeito do cuidado, percorrendo novos modos de produzir sentidos. Como partes do sistema e facilitadores dele, cabe-nos indagar sobre como estamos desdobrando, redobrando as políticas no nosso cotidiano.

No que tange à cultura de paz, às juventudes e à escola, a realidade ainda se fortalece no medo que toma conta dos(das) professores(as) das escolas públicas do estado do Ceará. Essa marcação já tem destaque nas notícias jornalísticas. A rotina do magistério está diretamente associada ao entorno escolar, refletindo nas relações educador-educando e educando-educando. Paralelo a essa rotina, percebe-se que



estatísticas sobre a violência nas escolas ainda não são formalizadas, mas muitos casos ganham repercussão nas mídias e passam, assim a ser de conhecimento público.

A Escola, para Dimenstein (1999), sai do “lugar” que oferece e proporciona segurança para ocupar um “lugar” social, onde se “descarrega mágoas e frustrações sociais” (DIMENSTEIN, 1999 apud MATOS, 2007). A violência não é produto das relações escolares. Ela irradia de outros convívios, de outros meios, de outras relações sociais. Cabe-nos questionar o que fazemos com o conhecimento que nos é informado acerca dos dados de violência e sobre as juventudes que possa ressoar nas vidas dos jovens, tornando-as mais seguras. Inquirir-nos também sobre nossas escolhas, ou seja, a opção que adotamos na visibilidade dessa situação (MATOS, 2006a; MATOS; NASCIMENTO, 2006; MATOS; NONATO JUNIOR, 2006).

Atentando à necessidade nessa conjuntura e empenhados nos desejos que nos movem, implementamos, transversalmente, possibilidades de intervenções que visem à ampliação da noção de cultura de paz, por meio da utilização de uma *web* rádio, rádio *on-line*, como dispositivo de constituição de outros modos de perceber a política de segurança dos sujeitos do SUS, tendo como pano de fundo o contexto da promoção da saúde como estratégia de cuidado e melhoria da qualidade de vida com as juventudes escolares.

Utilizou-se a pesquisa-intervenção, a partir do envolvimento com o processo formativo na graduação e pós-graduação em enfermagem, permeado pela utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's), sendo uma *web* rádio o espaço onde os debates com a juventude escolar

se configuram, tendo como pauta geradora a cultura de paz, construídos na abordagem foucaultiana do **acontecimento** (FOUCAULT, 2005).

O acontecimento na arqueologia foucaultiana do saber é uma noção que se faz fundamental para entendermos quais as relações entre o discurso e o não-discurso, ou seja, sob quais condições o discurso se torna possível. É o acontecimento, na mesma lógica de raciocínio, na lente desse autor, a irrupção de uma nova regularidade discursiva. (FOUCAULT, 2005).

No tocante a escolha da pesquisa-intervenção, Moreira (2008), destaca dois princípios que norteiam a pesquisa intervenção: a) A consideração das realidades sociais e cotidianas; b) O compromisso ético e político da produção de práticas inovadoras. Esta autora enfatiza algumas características a serem consideradas: 1^a) Deve acontecer dentro do contexto pesquisado; 2^a) É desencadeada pela demanda, contribuindo na solução de problemas; 3^a) pesquisador atua como mediador que articula, organiza encontros, sistematiza as vozes e os saberes produzidos pelos sujeitos envolvidos na pesquisa, agindo num processo de escuta ativa; 4^a) Interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa; 5^a) As experiências cotidianas e práticas do coletivo, sistematizadas, permitem descobertas e elaborações teórico-metodológicas (MOREIRA, 2008).

Realizou-se o recorte da série de programas sobre Cultura de Paz construída com os (as) jovens das Escolas públicas no estado do Ceará, por meio do canal on-line de comunicação dialógica hospedado em uma *web* rádio, rádio *on-line* <www.uece.ajir.com.br>, qual seja o “Programa Em



Sintonia com a Saúde - S@S”, veiculado no mês de setembro de 2013. O Programa Em Sintonia com a Saúde é um projeto de extensão, pesquisa e formação universitária, vinculado ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde/LAPRACS/PROEX/UECE, organizado e operacionalizado por educandos de enfermagem, medicina, computação e comunicação, visando a utilizar as tecnologias da informação e comunicação para criação de espaços virtuais, na promoção da saúde, dialogando com os(as) jovens do Ceará sobre temas de relevante interesse na saúde pública, em especial das juventudes.

O percurso da estratégia de debater a cultura de paz com a juventude escolar deu-se em 3 etapas, no período de setembro de 2013. Na 1ª etapa, a equipe de produção (locutor(a)/debatedor(a), operador(a) de mídias digitais; filmagem; coordenação; circulante) contatou as Escolas cadastradas no projeto. Na 2ª etapa, foram coletados os estratos discursivos desses jovens disponíveis nos arquivos do projeto, para formulação de categorias discursivas, perguntas-discurso (ou a vontade de saber/poder/sentido), analisadas segundo a abordagem foucaultiana (FOUCAULT, 2010) de discurso. Finalizando a 3ª etapa, elaboraram-se sugestões, tendo como embasamento essas categorias, para prevenção dos danos que são causados pela prática da violência, em detrimento à cultura de paz com as juventudes.

| Categorias Discursivas | Perguntas Discurso levantadas pelos jovens |
|--|--|
| Definições | 1. O que é cultura de paz? Estudante 01; Estudante 02 - Escola B. |
| Valores Humanos | 2. Por que há tanta discriminação em nossa sociedade se somos todos dignos de respeito? Estudante 01 - Escola D . 3. Por que a Paz não está mais acontecendo diante das democracias? Estudante 02 - Escola A. 4. Segundo os ensinamentos que recebemos, devemos respeitar para ser respeitados. Mas quando não recebemos o retorno desse respeito, o que fazer pra disseminar a tal cultura de paz? Estudante 01 - Escola E. |
| Necessidades e possibilidade do Tema. | 5. Essa cultura de paz é necessária ser trabalhada não só nas escolas como na comunidade em geral, enfim no mundo? Estudante 03, Estudante 01, Estudante 02 - Escola A 6. A escola trabalha os valores na escola e porque está sendo tão difícil? Por que os colegas continuam sem entender isso? Estudante 02 - Escola A. |

Quadro 1: Perguntas - discurso produzidas pelos(as) jovens na série de Programas sobre Cultura de Paz: dialogando com os/as jovens nas escolas, em setembro de 2013. FONTE: Dados da pesquisa.

Os sujeitos selecionados para o estudo foram 18 jovens (estudantes homens e mulheres), do 1º ao 9º ano, de faixa etária entre 10 e 18 anos, do Ensino Fundamental e Médio, de 05 escolas públicas do estado do Ceará cadastradas no Projeto (Escola A, B, C, D, E), localizadas no município de Hidrolândia, no sertão do Ceará.

O estudo obedece aos aspectos Éticos da Pesquisa, emanados da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo em vista a aquiescência do parecer liberada em 2011, com registro no Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará - UECE, FR 4248380/2011.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conteúdo da pergunta expressa o discurso do sujeito. Na concepção foucaultiana, sobre o discurso, pode-se trazer nos dizeres dos jovens no debate da cultura de paz que o discurso não é uma síntese do coletivo, é um “lugar” que marca o discurso da diferença, diferentemente do Discurso do Sujeito Coletivo ou outras abordagens de análise, que podem tangenciar a expressão da singularidade, ou seja, alude-se a um sujeito genérico que representa o coletivo, uma vez que o foco, deste, é a expressão do pensamento ou opinião coletiva, na dupla condição qualitativa e quantitativa (GREGOLIN, 2004).

Entendendo que o discurso porta uma vontade de saber, aprofundamos com a análise, após o debate no Programa, as perguntas elencadas nas categorias. Os(as) jovens se apresentaram interessados(as) e desejantes na proposição de dinâmicas de inclusão dessa temática nas ações pedagógicas. Desse modo, apropriaram-se do ambiente virtual criado como produto da comunicação dialógica, passando a utilizá-lo como ferramenta de comunicação em saúde para questionar, refletir e interrogar sobre definições, valores e outras tecnologias para o fortalecimento do tema cultura de paz.

Nesse “discurso-interação”, os jovens desdobram o discurso acadêmico e formal na vida cotidiana, ou seja, na interação cotidiana. Por isso, não é espantoso sentir os problemas de intersubjetividade enunciados nos discursos, ou seja, um(a) jovem fala, mas o profissional, educando, debatedor ou até mesmo o(a) jovem da mesma escola ou de escola diferente pode não entender e não ser entendido. Isso potencializa a pertinência de compreender os modos de convivên-

cia social mediado pelo virtual, que se reflete na produção de uma política de paz, elevando para trocas mais pacíficas entre os jovens e seu ecossistema humano, ou seja, escola, família, grupos, comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate virtual entre os(as) educandos(as) de enfermagem e o público juvenil sobre cultura de paz sistematiza um campo de encontros de saberes de realidades diversas, partindo do particular para a coletividade, propondo bases clínicas de cuidado que atravessam e enunciam outros modos de compreender a política de segurança do cuidado de enfermagem, na perspectiva dos sujeitos dos SUS, trazendo outros contextos através das lentes do cuidado coletivo em enfermagem e saúde mediada pela comunicação em saúde.

A Análise do fluxo e refluxo da não-violência nas práticas das juventudes escolares, observando como são operacionalizadas nos ciberespaços, permitiu a imersão no princípio de que o método nem sempre supre e alimenta os dados, uma vez que, nesse ponto de vista, a interação comunicativa é um acontecimento, ou seja, modos de produção de diálogos que se reverbera em práticas de constituição dos sujeitos, de sua existência, não mero dados de pesquisa, mas construtores dela, fomentadores e demandadores de outros modos de investigação para uma visão ampliada de políticas de cuidado humano.



REFERÊNCIAS

DELEUZE, G. **A dobra: Leibniz e o barroco**/Gilles Deleuze: traduz Luiz B.R. Orlandi. Campinas, SP: Papirus, 1991.

DIMENSTEIN, G. Escola concentra raiva e frustrações sociais. Folha de S. Paulo, 11 de maio de 1999, Cotidiano, p.5. In: MATOS, K. S. L. **Juventudes E Cultura de Paz: Diálogos de Esperança**. Linguagens, Educação e Sociedade. Teresina, Ano 12, n. 16, p. 65 70, jan/jun. 2007.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Ed Loyola, 2010.

GREGOLIN, M.R. **Foucault e Pêcheux na construção da análise do discurso: diálogos e duelos**. São Carlos: Clara Luz, 2004.

MATOS, K. S. L. de; NASCIMENTO; V. S. do. Construindo uma cultura de paz: o projeto paz na escola em Fortaleza. In: MATOS, K. S. L. de (Org.). **Cultura de Paz, Educação Ambiental e movimentos Sociais: ações com sensibilidade**. Fortaleza: UFC, 2006. p.26 35.

MATOS, K. S. L. de; NONATO JUNIOR, R. Escolas, paz e espiritualidade: transversalidades na educação. In: MATOS, K. S. L. de (Org.). **Cultura de Paz, Educação Ambiental e Movimentos Sociais: ações com sensibilidade**. Fortaleza: UFC, 2006. p.1725.

MOREIRA, M. I. C. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. In: CASTRO, L. R de e BESSET, V. L. (Orgs.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. NAU: Rio de Janeiro, 2008.

TECNOLOGIA DA COMUNICAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES DOS(AS) EDUCANDOS(AS) EM ENFERMAGEM COM AS JUVENTUDES NO CONTROLE DA HANSENÍASE

Raimundo Augusto Martins Torres
Gislene Holanda de Freitas
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Lucilane Maria Sales da Silva
Samuel Ramalho Torres Maia

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS), com foco nas tecnologias dos serviços de saúde para a qualidade e segurança do paciente, instituiu medidas técnicas ordenadas que diminuam a “condição” humana de errar (ANVISA, 2011).

Entre as metas e desafios lançados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Ministério da Saúde, em consonância com a ANVISA (2011), discutidas no campo de saber de cuidado e clínica em enfermagem, conjugadas no SUS, cabe-nos saber se é possível localizar outras táticas, pela via das tecnologias ativas, que promovam a segurança dos sujeitos do SUS. Sujeitos esses, muitas vezes, invisíveis, mas que têm potência de cuidado e de contribuição nesse debate. Os cenários de práticas na saúde e na educação, ao remeter-nos à prevenção de danos, morbidades, mortalida-



des, parecem estar escondidos do olhar no panorama da política de segurança do paciente.

A política para a segurança dos sujeitos no SUS articulada com as experiências de formação coletiva dos profissionais de enfermagem, na área de relevo da política de segurança, qual seja a educação em saúde, com as experiências culturais dos sujeitos em seus territórios, convida à escavação, fissurando, porém sem romper, o que está nos intervalos, tornando, segundo o pensamento de Foucault (2005), estranho o evidente. Trazer o visível mesmo para os campos de visibilidade, visto ser esse visível dotado de influências invisíveis é fazer jorrar outras dizibilidades e visibilidades sobre o tema em questão (FOUCAULT, 2005).

Portanto, a partir da utilização de uma *web* rádio, educandos(as) de Graduação e Pós-Graduação em enfermagem e de outras disciplinas da área da saúde, visam à exploração desta ferramenta como tática que conecte o protagonismo dos sujeitos do Sistema Único de Saúde (SUS) com a produção da informação e comunicação em saúde sobre Hanseníase: controle e prevenção, que no cenário da política de segurança do paciente se apresentam “vazadas”, formando o interstício que se pretende reflexivamente analisar (DELEUZE, 1974).

A Hanseníase recebe sua importância, tendo em vista sua conceituação como uma doença de fácil contágio, especialmente, entre familiares e pessoas próximas, com quem se têm contato prolongado e íntimo, uma vez que se dá por gotas de saliva e pela pele (BRASIL, 2002). Essa importância está associada, também, a um coeficiente alto de detecção desse agravo em menores de 15 anos que é considerado, pelo

Ministério da Saúde, como um dos indicadores epidemiológicos estratégicos para análise do padrão da hanseníase em uma área específica. As Unidades Básicas de Saúde não apresentam desempenho satisfatório para a detecção de casos nessa faixa etária, o que pode ampliar a dimensão do problema (ALENCAR et al., 2008).

Além disso, a Hanseníase causa complicações imunológicas, incapacidades e deformidades duradouras. As atividades de tratamento e prevenção de incapacidades devem ser realizadas dentro de um contexto de atenção integrada à saúde (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). O Ceará ocupa a quarta posição no Nordeste em números da doença, da manifestação em crianças e do grande número de pessoas incapacitadas fisicamente, em consequência do diagnóstico tardio (ALENCAR et al., 2008). Quanto ao índice de detecção, no estado, é de três casos para cada 10 mil habitantes, o que caracteriza um alto nível de manifestação da doença, ou, na linguagem técnica, de endemicidade (ALENCAR et al., 2008).

Já em 2003, argumentava-se que o fator decisivo no esforço final para a eliminação da hanseníase, entretanto, é o elemento humano. Precisamos de pessoas que mostrem iniciativa e que não tenham medo de apresentar novas ideias; indivíduos que desejem ser parceiros ativos nesse esforço global, que desejem vidas mais seguras e felizes para eles mesmos e para suas famílias (OMS, 2003).

A análise reflexiva, neste estudo, no entanto, se justifica pela conjuntura que esse agravamento em saúde tem no estado do Ceará, acentuando-se na população de jovens menores de 15 anos, que nos inquieta diante das formulações teóri-



cas, bem como, sobre a realidade prática contempladas na política brasileira em interface com a política internacional de segurança do paciente, reproduzidas na enfermagem, que deixam espaços, onde se perdem as conexões com outras táticas que possibilitariam o cuidado de e com qualidade. Desse modo, os dispositivos de comunicação em saúde como estratos educativos podem gerar novos “atalhos” para promover o cuidado e, conseqüentemente, a cultura desse pelos sujeitos com os modos de viver sem risco deste agravo.

Utilizou-se a abordagem reflexiva-analítica nesse estudo, a partir do recorte da série de programas sobre “Hanseníase: controle e prevenção com as juventudes escolares”, as quais são produzidas em um canal de comunicação digital, que é um projeto de extensão e pesquisa universitária, hospedado em uma *web* rádio (rádio *on-line* www.uece.ajir.com.br) facilitado por educandos(as) de enfermagem e de outros cursos, como medicina, educação física e computação (FOUCAULT, 2005).

Os programas semanais, com as diversas temáticas na área de relevância da saúde coletiva, são estratégias educativas em saúde, com enfoque na prevenção de agravos e danos aos usuários dos serviços do SUS. Dessa reflexão, procedeu-se a apreensão de categorias de cuidado elaboradas com a construção das enunciações dos jovens sobre a hanseníase e seus saberes de vida frente a esse agravo, localizando-as, na fenda que se forma com as categorias convencionadas e reproduzidas na enfermagem, sendo reflexos da política que discorre sobre a segurança do paciente como categórica teórica de análise.

Assim, para amparar teoricamente essa análise, bus-

cou-se usar a lente foucaultiana do enunciado, ou seja, linha de pensamento que nos ajuda compreender as diferenças, os não ditos, o “discurso escondido” (FOUCAULT, 2005), na política de segurança do paciente que neste estudo é tomado como enunciado, o qual, por sua vez, constitui um conteúdo virtual ou latente entremeadado pela comunicação humana. Essa composição do enunciado multiplica o sentido do lugar das táticas usadas na política de segurança do paciente e se oferece às interpretações para a política de cultura da segurança dos sujeitos no SUS (FOUCAULT, 2005).

Os sujeitos selecionados para o estudo foram 08 jovens (estudantes homens e mulheres), do 1º ao 9º ano, de faixa etária entre 10 e 18 anos, do Ensino Fundamental e Médio, de 01 escola pública do estado do Ceará cadastrada no Projeto (Escola X) localizada na região metropolitana do Estado.

O estudo obedece aos aspectos Éticos da Pesquisa, emanados da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo em vista a aquiescência do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará - UECE, FR 4248380/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro *perguntas- discursos* produzido pelos(as) jovens escolares, tem como base aos diálogos construídos nos programas sobre Hanseníase com os/as jovens nas escolas (2010-2012) no canal *web* rádio, especificamente, no Programa: Em Sintonia com a Saúde, que nos indicou categorias discursivas alinhadas ou reverberadas às perguntas-discursos como categorias empíricas, factíveis de análises a partir da realidade vivida pelos sujeitos do estudo.



| Categorias Discursivas | Perguntas-Discursos levantadas pelos jovens |
|---|--|
| Saberes sobre a doença entre as pessoas na comunidade. | 1. <i>“Ele não tem como deixar de ficar morto e ficar vivo de novo, não?... Eu acho que depende. Vai que ele reverte isso e fica vivo de novo?”</i> (Estudante 03 da Escola X). |
| Saberes sobre prevenção e diagnósticos. | 2. <i>“...e a pessoa que é tipo infectada...apareceu todos os sintomas mas não dá nos exames, e aí? ... pois é fizeram isso no meu irmão, mas não deu não. Só que meu irmão toma os remédios(</i> Estudante 04 da Escola X). 3. <i>“Todo mundo pode pegar hanseníase?”</i> (Estudante 05 Escola X). |
| Sabres que possibilitam reflexão do acolhimento na comunidade | 4. <i>“Tem uma vacina que a pessoa deve receber, caso não seja diagnosticado com a hanseníase. Qual é o nome da vacina?”</i> (Estudante 04 da Escola X). 5. <i>“Não é o médico, não?... Através de exames. Com esses negócios que tu falou de pegar o bichinho quente e frio e colocar na pele?”</i> (Estudante 05 da Escola X). 6. <i>“Tem que separar tudo o que você usa na sua casa? Na minha casa a gente separa tudo que o meu avô usa. As roupas, lençol, toalha, copos... Lava tudo separado!”</i> (Estudante 04 da Escola X). 7. <i>“Se a pessoa tiver deformada e eu tipo, encostar nela, pega?”</i> (Estudante 05 da Escola X). 8. <i>“Devemos ter cuidados especiais?”</i> (Estudante 07 da Escola X). |

FONTE: Dados da pesquisa

Localizando os não ditos no desdobramento da política de segurança do paciente para a política de segurança dos sujeitos do SUS, leva-nos a pensar que esses enunciados sobre Hanseníase visíveis nas perguntas, ou seja, as perguntas-discursos, nos traz uma riqueza de possibilidades de pesquisa ainda inexploradas. Contudo, essas categorias

constituem um conteúdo virtual multiplicador de sentidos que tem potência para outras interpretações da política de segurança na saúde coletiva como um todo.

É percebido que os/as jovens se movem pelo desejo, pela vontade de saber. Tendo essa noção como alicerce, os diálogos sobre hanseníase não partiram de uma mera transmissão de informação “lúdica”, engraçada e interativa sobre como se prevenir desse agravo. Percebe-se uma interatividade produtiva, com criatividade pela qual os/as jovens se tocaram, identificaram-se com o problema, comentando suas experiências na família, na comunidade, até mesmo nas escolas, ou seja, desse lugar, desconhecido pelos(as) educandos(as), de onde falam e enunciam seus saberes e práticas de vida cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate da Política de segurança dos sujeitos usuários do SUS não parece a princípio ter visibilidade, ser dita, em meio à política de segurança que vislumbra o sujeito paciente. Contudo, ao percorrer o ponto de vista foucaultiano do que não é dito, depreendemos que esse conceito de segurança dos sujeitos usuários do SUS está enunciado nas experiências de saberes e práticas dialogadas entre os(as) educandos(as) de enfermagem com as juventudes escolares. Corroboramos serem essas enunciações, portanto, o conjunto das frases, relatos ditos no momento e no espaço determinado em que essas experiências foram vividas.

Todavia, a análise-reflexiva sobre a trajetória de formação dos(as) educandos(as) de enfermagem com incre-



mento das tecnologias da informação e comunicação no debate com as juventudes escolares sobre a Hanseníase: controle e prevenção, favoreceu a identificação de possíveis percursos que poderiam ser aprofundados e explorados como campos de saber e de potências para a integração de ações na política de segurança no setor saúde, nucleando-se nas medidas de controle desse agravo que, ainda, é considerado uma epidemia no estado do Ceará, principalmente, na capital Fortaleza.

Nesse sentido, amplia-se, diante deste contexto, a ótica da política de segurança do paciente para as ações de prevenção e de promoção em saúde como cultura de segurança na saúde coletiva, visto que, a grande mobilidade dos agravos em que repercutem as formas de vida e as novas representações das vulnerabilidades na coletividade estão vivificadas nos modos humanos de convivência social atualizados em seus tempos e *habitus* históricos.

Assim, outros olhares e experiências vividas sobre a formação e a pesquisa na segurança e/ou numa cultura de promovê-la, tendo a comunicação como dispositivo integrador e potencializador do cuidado humano, podem adquirir potências e nos mostrar outros *borramentos* de saberes que possam adquirir lugar de visibilidade na formação profissional na enfermagem e outros campos correlatos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. H. M. *et al.* Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v. 61, n. spe., p. 694-700, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 de abril 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília - DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Número 1. Vol 1. Brasília, Jan-Jul de 2011.

BRASIL, Organização Mundial da Saúde (OMS). **A Estratégia do Esforço Final para a Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública: Perguntas e Respostas**. Organização Mundial da Saúde, 2003. Segunda edição.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

LOCKWOOD, D.N.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization**. London, v. 83, n. 3, p.230-35, Mar. 2005.



ORGANIZADORAS

Ana Ruth Macedo Monteiro

Graduação e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (1988 e 1989). Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) (1996 e 2001). Especialista em Socionomia e psicodramatista (2004) pela UECE e FEBRAP. Em Pós-Doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Docente da Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO). Enfermeira da Secretaria da Saúde do Ceará.

Dafne Paiva Rodrigues

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC (1999 e 2005). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (2001). Docente Adjunto da UECE. Docente do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado e Doutorado) e do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, ambos da UECE. Tutora do Programa de Educação Tutorial-PET-Enfermagem-UECE. Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da UECE.

Lucilane Maria Sales da Silva

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC (1992), Mestrado em Patologia (1996) e Doutorado em Enfermagem (2002) pela UFC. Pós-Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do

Rio de Janeiro (2011). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado e Doutorado) da UECE.

Thereza Maria Magalhaes Moreira

Enfermeira e Advogada. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Programa (Mestrado e Doutorado) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e do Programa (Mestrado e Doutorado) em Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1-D.



SOBRE OS AUTORES

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (1995), especialista em UTI pelo Centro de pos-graduação São Camilo, mestrado em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde - Universidad de Murcia (2009) e doutorado em Saude Pública - Universidad de Murcia (2009). Atualmente é professora da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Tem experiência na área de Processo Enfermeiro, Gestão da Qualidade Assistencial, Segurança do Paciente e Saude Pública. Membro do Grupo de Pesquisa na UCAM: Pensamento enfermeiro no contexto social , atuando em duas linhas: Profundização em pensamento e linguagem enfermeiro no contexto social, e Pesquisa em Metodología Enfermeiro; Membro do Grupo de Pesquisa na Universidade Estadual do Ceará (UECE): Saúde do idoso, com as linhas Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde, e Cuidado clínico integral à saúde do adulto nas situações clínico-cirúrgicas de adoecimento crônico.

Alana Santos Monte

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (2011.2). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFC (2013). Mestre em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará (2013). Foi bolsista do Programa de Educação Tutorial da Secretaria de Ensino Superior (PET-SESu/MEC) durante quatro anos. Atualmente é doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e professora do Centro Universitário Estácio FIC. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Materna e Gestão em Saúde.

Albertina Antonielli Sydney de Sousa

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2007.1). Enfermeira do Trabalho e Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (2010). Atuação assistencial nas áreas de Enfermagem em UTI's Neonatal e Pediátrica e Pediatria. Atualmente é doutoranda do Programa de Pós - Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), membro do Grupo de Pesquisa CNPq/UECE Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME) e docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Alcivan Nunes Vieira

Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Atualmente é professor assistente IV da Faculdade de Enfermagem da UERN. Tem experiência na área do ensino (nível técnico, de graduação e especialização) e da assistência de enfermagem (Unidade Terapia Intensiva, Clínica Médica).

Ana Ruth Macêdo Monteiro

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará(UECE) (1988), Licenciatura em Enfermagem pela UECE (1989), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará(UFC) (1996) e Doutorado em Enfermagem pela UFC (2001). É Especialista em Socionomia e psicodramatista(2004) pela UECE e FEBRAP. Está realizando estágio de Pós-Doutoramento junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará. É professora do Curso de Graduação em enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE. É professora do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO) e enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem



em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, família, saúde mental na infância e adolescência, assistência de enfermagem e cuidado.

Ana Virgínia de Melo Fialho

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1994), Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Ceará (1995), Mestre em Enfermagem Clínica do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (1998) e Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (2003). Integrou o corpo docente da Universidade Estadual do Vale do Acaraú e da Faculdade Metropolitana de Fortaleza, lecionando as disciplinas: Semiologia e Semiotécnica, Enfermagem Clínica, Administração do Processo de Trabalho do Enfermeiro. Atualmente, é Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, lecionando a disciplina Semiologia, Semiotécnica e Processo de Cuidado e docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCLIS). Integrante do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASIS). Atua nas áreas de saúde da mulher, saúde do adulto e enfermagem clínica, desenvolvendo pesquisas nas seguintes temáticas: semiologia e semiotécnica do cuidado; cuidado clínico de enfermagem aos portadores de doenças crônicas; cuidado clínico à mulher; qualidade de vida da mulher; cuidado domiciliário; mulher com câncer de mama útero.

Ângela Maria Alves e Souza

Possui Graduação em ENFERMAGEM pela Universidade Federal do Ceará (1993), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1997) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2004). Professor Associado I do Departamento de Enfermagem - DENF da Universidade Federal

do Ceará. Coordenadora da residência multidisciplinar em saúde mental - HUWC-UFC. Coordenadora do Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em Perdas, Luto e Separação -PLUS e do Grupo Terapêutico de apoio ao Luto -PLUS+ transformação-DENF-UFC. Tem experiência e atua principalmente na promoção da saúde, abordagem com grupos, família e interdisciplinaridade. Terapeuta do abraço e do amor.

Anna Laurita Pequeno Landim

Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Membro do Grupo de Pesquisa CNPq Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME). Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos.

Antônia Sylca de Jesus Sousa

Graduação com Bacharelado em Enfermagem e Licenciatura Plena em Pedagogia pela Universidade Federal do Piauí/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros/Picos-PI. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Ceará. Membro do grupo de pesquisa em Saúde Coletiva/CSHNB/CNPq, na área de saúde do adulto e do idoso. Membro do Grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidados em Cronicidades e Enfermagem - GRU-PECCE/UECE.

Aurilene Lima da Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE-1990). Especialização em Controle de Infecção Hospitalar pela Faculdade São Camilo (SP-1994); Residência em Enfermagem em Cardiologia pelo Unidade de Cardiologia-UNICOR (SP-1994); Especialização em Estomatoterapia (UECE-2003); Titulada como Perfusionista pela Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea (SBCEC); Mestre em Cuidados Clínicos em



Enfermagem e Saúde (2012). Doutoranda do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em Fortaleza-CE. Atualmente é professora convidada do curso de Especialização em Enfermagem em Cardiologia e Terapia Intensiva da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Educação Saúde e Sociedade (GRUPEESS). Atua principalmente com os temas: enfermagem em cardiologia e pneumologia, circulação extracorpórea, feridas e ostomias.

Consuelo Helena Aires de Freitas

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1982), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1995) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2002). Atualmente é professor adjunto do departamento de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem e se encontra desenvolvendo Pós-Doutorado pela Universidade Federal Fluminense do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do Adulto, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado integral, enfermagem clínica, cuidados clínicos de enfermagem, nutrição clínica (nutrição enteral e parenteral), assistência hospitalar e domiciliar a pessoas em situações crônicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sequelas por AVE, TCE, tratamento de feridas), formação do enfermeiro, segurança do usuário no SUS, doenças crônicas nas redes de atenção a saúde.

Dafne Paiva Rodrigues

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1997), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1999) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2005). Atualmente é professor adjunto M da

Universidade Estadual do Ceará, professora do curso de Graduação em enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da UECE. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET) do Curso de Enfermagem desde 2006 e Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem certificado pelo CNPq, desde 2000. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde da Mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: mulher, enfermagem, gravidez, parto e pós-parto, representações sociais, cuidado clínico.

Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Mestre de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da UECE, com graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Cursando especialização em Terapias Integrativas e Complementares pela UNIA-MÉRICAS. Interesse de pesquisa e trabalho na área de Ciências da Saúde e Ciências Humanas, com enfoque em sexualidades, relações de gêneros, juventudes, tecnologias; Espiritualidade, Quântica e Saúde. Atuante no Projeto de Formação, Extensão e Pesquisa Web Rádio AJIR, coordenado pelo Professor Dr. Raimundo Augusto Martins Torres. Membro estudante do grupo de pesquisa POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, certificado pela UECE e cadastrado no diretório de pesquisa do CNPq.

Eline Saraiva Silveira Araújo

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2002); Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará(2003) e Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz (2004). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (2013). Membro do grupo de pesquisa GRUPESS.



Atualmente é Assessora Técnica na Coordenadoria de Vigilância à Saúde, na célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Enfermeira do Instituto Dr. José Frota do município de Fortaleza-CE.

Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa

Enfermeira Obstetra (UECE), Mestra em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE) e Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem - CNPq.

Fabiane da Silva Severino Lima

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Atua na área de atenção à saúde do servidor público federal e de estudantes universitários. Desenvolve pesquisa na área de avaliação da qualidade, saúde coletiva, do trabalhador e na atenção primária à saúde.

Fabiola Vlândia Freire da Silva

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Cuidados Clínicos. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará. Participante do Grupo de Pesquisa: Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), na linha de Pesquisa: Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular.

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

Mestre em Saúde Pública pela UECE, o estudo da dissertação contempla a área de Saúde Mental. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2006). Tem experiência na assistência de Saúde Mental, pois trabalhou em Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS-ad e Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral), como também no ensino e extensão já que todos os seus estudos científicos versam sobre temas da Saúde Mental. Além disso atua na Saúde Coletiva. Trabalha principalmente com os seguintes temas: Enfermagem em Saúde Mental, Atenção Psicossocial em Rede, Cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, Políticas Públicas de Saúde Mental e SUS. Atualmente é Prof. Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) em dedicação exclusiva e dentre as disciplinas lecionadas encontra-se a Enfermagem em Saúde Mental.

Francisca Diana Mácia de Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará -UECE (2003). Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela UECE (2007). Possui Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE (2013). Atua principalmente nos seguintes temas: enfermagem, qualidade de vida, saúde da mulher, e cardiologia.

Francisca Tereza de Galiza

Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Assistente - I do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Discente de doutorado do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde (UECE). Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem (UECE/UFRJ). Gerontóloga titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - Saúde do Adulto e do Idoso (UFPI). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade / Linha de Pesquisa: Cuidados Clínicos de Enfermagem ao Idoso e Práticas Educativas (UECE). Pesquisa na área de Cuidados Clínicos de Enfermagem ao Idoso.



Francisco Herculano Campos Neto

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2006). Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela UECE (2009). Mestre em Cuidados Clínicos (UECE). Atualmente é professor das disciplinas de Anatomia e Fisiologia Humana, Estágio Curricular Supervisionado em Assistência Hospitalar e Primeiros Socorros nos curso de Graduação em Enfermagem, Estética e Cosmética e Nutrição da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica. Atua junto à Coordenação do Curso de Enfermagem da FAMETRO na qualidade de membro do NDE. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMETRO e da Comissão Permanente de Avaliação - CPA/FAMETRO.

Gislene Holanda de Freitas

Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Graduada no curso de Filosofia pela UECE. Enfermeira Intensivista do Hospital Geral de Fortaleza - HGF. Membro da Web Rádio Ajir - Projeto de Extensão da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão LAPRACSE - Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem da UECE, seguindo a linha de pesquisa Saberes e Práticas de Cuidado: Educação em Saúde, Gênero, Juventude e Tecnologias da Informação.

Ivis Emília de Oliveira Souza

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro - EEAN/UFRJ (1974), Mestrado em Enfermagem pela EEAN/UFRJ (1988) e Doutorado em Enfermagem pela EEAN/UFRJ (1993). Foi admitida como docente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da EEAN/UFRJ em fevereiro de 1977 e

é Professora Titular de Enfermagem Obstétrica desde fevereiro de 1999. Tem experiência docente, assistencial, de pesquisa e de extensão na área de Enfermagem Obstétrica, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente e em Amamentação. Desenvolve estudos na abordagem qualitativa de pesquisa com ênfase na Fenomenologia, com o referencial de Martin Heidegger. É graduanda de Filosofia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, (UERJ). É membro permanente da Comissão Estadual de Controle e Prevenção da Morte Materna e Perinatal da SES/RJ, membro representante da UFRJ no Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno da SES/RJ. Integra, como pesquisadora, os Núcleos de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), e em Saúde da Criança (NUPESC), da EEAN/UFRJ. Foi Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem ABEn Nacional nas gestões 1995/1998 e 1998/2001. Diretora de Estudos e Pesquisas da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, ABENFO Nacional, gestão 2008-2011.

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

Discente do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, nível doutorado. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde em 2012. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará em 2010. Bolsista CAPES. Professora Substituta da Universidade Estadual do Ceará - disciplina Saúde do Adulto. Professora de Metodologia da pesquisa e bioestatística nas especializações organizadas pela UECE: gestão e auditoria, enfermagem em urgência, enfermagem em centro de terapia intensiva, enfermagem em obstetrícia e saúde da família. Tesoureira do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem - GRUPECCE. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase à saúde do adulto, cronicidades e metodologia da pesquisa. Atua principalmente nos temas: enfermagem, metodologia da pesquisa, bioestatística aplicada à enfermagem, doenças crônicas, obesidade e hipertensão.



Jéssica de Menezes Nogueira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Ney - EEAN/UFRJ. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Cuidados Clínicos ao Idoso, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidados clínicos ao adulto e ao idoso; educação em saúde, gerontologia, educação em saúde.

José Wicto Pereira Borges

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (2008), sendo Bolsista do PROUNI. Especialização em Enfermagem Clínica e Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará- UECE. Atualmente faz doutoramento em Cuidados Clínicos em Saúde. Professor Assistente Nível 1 da Universidade Federal do Piauí - CAFS. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: hipertensão arterial, adesão ao tratamento e cuidados de enfermagem.

Juliana Sampaio dos Santos

Possui Graduação em Enfermagem/ Bacharelado, Especialização em Cuidados Clínicos e Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Atualmente é enfermeira do setor de pediatria do Hospital Dr. Waldemar de Alcântara, Fortaleza-CE. É professora das cadeiras de Metodologia do Trabalho Científico, Patologia e Epidemiologia da Faculdade Ateneu em Fortaleza-CE. Na área de pesquisa atua nos seguintes temas: enfermagem, cuidado, saúde da mulher e climatério.

Karla Corrêa Lima Miranda

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1988), Graduação em Psicologia pela Universidade de

Fortaleza (2011), Graduação em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2011), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2000) e Doutorado em Enfermagem em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (2004). Atualmente é enfermeira do Governo do Estado do Ceará e professora assistente da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Doenças Contagiosas, atuando principalmente nos seguintes temas: HIV/AIDS, enfermagem, educação em saúde, HIV AIDS e AIDS.

Lia Carneiro Silveira

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (1997), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2001) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2004). É membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano - Fórum Fortaleza. Atualmente é professora da Universidade Estadual do Ceará, Curso de Graduação em Psicologia, onde ministra as disciplinas de Psicopatologia e Psicanálise em Lacan e do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos, onde ministra a disciplina Clínica e Subjetividade. Tem experiência na área de Saúde e Saúde Mental, com ênfase em psicanálise.

Lidiane Colares Monteiro

Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS), pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialização em Centro de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Fortaleza. Enfermeira do Hospital da Mulher de Fortaleza.



Lúcia de Fátima da Silva

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1982), especialização em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1987), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1997) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2002). Realizou Estágio Pós-Doutoral na Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob tutoria da Profa. Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza. É Professora Adjunto M da Universidade Estadual do Ceará, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, orientando alunos de Mestrado e de Doutorado. Atua como enfermeira do Ministério da Saúde, no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, em Fortaleza-CE. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Fundamental, Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem e em Saúde do Adulto, nos seguintes temas: prática clínica de enfermagem, cuidado de enfermagem, conforto, processo de enfermagem, educação em saúde e enfermagem cardiovascular.

Luciana Catunda Gomes de Menezes

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialização em Médico Cirúrgico, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialização em Estomatoterapia (UECE), TISOBEST - Título de Especialista em Estomatoterapia. Membro da Sociedade Internacional de Estomatoterapia (WCET). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - UECE. Atualmente é Professora visitante da Especialização de Enfermagem Médico Cirúrgico e Enfermagem em Estomatoterapia (UECE), Membro de grupo de pesquisa (GRUPEESS-UECE). Atuando principalmente nos seguintes temas: Estomatoterapia, Ensino e Pesquisa.

Lucilane Maria Sales da Silva

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1989-1992), Mestrado em Patologia pelo Departamento de Patologia e Medicina legal da Universidade Federal do Ceará (1994-1996). Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1999-2002). Pós-Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011). Foi Diretora do Conselho de Ensino e Pesquisa da ABEN - CE Gestão (2005/2007). Tutora de Cursos de EAD pela FIOCRUZ. Coordenou o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Estadual do Ceará 2008 - 2009 convênio Secretaria municipal de saúde de Fortaleza e Organização Panamericana da Saúde/OPAS. Atualmente é professora associado da Fundação Universidade Estadual do Ceará. Coordenou o Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará de 2012 a 2015. Vice líder do Grupo de Pesquisa no CNPq- Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva. Avaliadora de cursos de graduação e de técnico de Enfermagem pelo Conselho de Educação do Estado do Ceará e pelo INEP/MEC, respectivamente. Tem experiência na área de Saúde e Enfermagem, com ênfase em gestão em saúde, gerenciamento do cuidado em enfermagem; gerência de risco; Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Gestão e gerenciamento do cuidado em saúde e Enfermagem; Mulher/ HIV/AIDS; Processo de trabalho. Regulação do acesso a saúde.

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2006). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Gestão em Saúde. Atualmente é docente do curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza



(FAMETRO) Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente no seguinte tema: saúde do adolescente, educação em saúde, saúde coletiva e saúde mental.

Marcelo Costa Fernandes

Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual do Ceará-UECE e especialista em Enfermagem Clínica: aspectos farmacológicos e patológicos do cuidar-UECE. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE. Participante do Grupo de Pesquisa vinculado ao Laboratório de Pesquisas e de Práticas Coletivas em Saúde - LAPRACS/CNPq - Políticas, Saberes e Práticas Coletivas em Saúde e enfermagem. Docente da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG campus Cajazeiras. Atualmente sou Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE.

Maria Célia de Freitas

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1983), Mestrado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo(1999) e Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2003). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Atualmente é professora da Universidade Estadual do Ceará e Enfermeira assistencial do Instituto Dr José Frota. Tem experiência na área hospitalar, com ênfase na atenção a saúde do Idoso nos diferentes contexto do cuidado. Linha de pesquisa: Cuidado Clínico de enfermagem ao idoso e as práticas educativas. Desenvolve pesquisas nas área de enfermagem e o processo de envelhecimento, velhice e idosos, bem como pesquisas fundamentadas nas Taxonomias de Enfermagem.

Maria Lúcia Duarte Pereira

Maria Lúcia Duarte Pereira, concluiu pós-doutorado na Johannes Kepler Universität, Linz-Áustria em 2005 e Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo em 2001. Atualmente é Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Atua na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública e Doenças Infecciosas. Em suas atividades profissionais interagiu com diversos colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos, atuando principalmente nos seguintes temas: Aids, Representações Sociais, Mulheres, Sexualidade, Vulnerabilidade, Adolescente e Família.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1995), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2001) e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (2012). Atualmente é professora da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, aids, saúde, adolescente e saúde da família.

Maria Salete Bessa Jorge

Possui Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paula Agregada a UFC (1970), Graduação em Administração Pública pela Universidade Estadual do Ceará (1981), Graduação em Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1984), Graduação em Graduação Em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1986), Graduação em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade Estadual do Ceará (1986), Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1992) e doutorado em Enfermagem po CNPq 1B. Doutorado na Universidade de São Paulo (1997). Atualmente é professor titular da Universidade Estadual do Ceará, Pesquisador bolsista produtividade



CNPq 1B. Universidade Estadual do Ceará e coordenadora do laboratório interdisciplinar da Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Realizou convênios com Universidade Estrangeiras (Valência, Itália e Universidade do Porto, e em Coimbra atualmente). Tem experiência na área de Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, enfermagem, representações sociais, mulheres e cuidados de enfermagem, saúde Coletiva, Avaliação, produção do Cuidado, Gestão do Cuidado, Projetos de avaliação em parceria com docente Mauro Serapioni de Portugal e hoje professor visitantes. Supervisão de pós-doc (1) orientador de mestrado e doutorado em Enfermagem e em Saúde Coletiva. Discute a interface das pesquisas entre Saúde e Ciências humanas e sociais. Participa de Congressos internacionais e nacionais com apresentação de trabalhos e debates.

Maria Veraci Oliveira Queiroz

Possui Graduação em Curso de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1983), mestrado em Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1998) e doutorado em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2003). Atualmente é professora adjunto L da Universidade Estadual do Ceará e enfermeira do Ministério da Saúde lotada no Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Geral de Fortaleza na função de coordenadora. Tem experiência na área de Enfermagem na saúde da criança e do adolescente atuando principalmente nos temas: enfermagem, educação em saúde, promoção da saúde, cuidados neonatais mediados pela mãe/família, redes sociais de apoio e proteção à saúde da criança e do adolescente. Na pesquisa utiliza prioritariamente o método qualitativo, pesquisa etnográfica, mas também pesquisa epidemiológica descritiva. Líder do grupo de pesquisa: Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança e do Adolescente, cadastrado no CNPq. PQ2 do CNPq.

Maria Vilani Cavalcante Guedes

Possui Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, agregada à Universidade Federal do Ceará (1973), Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1990), Livre Docência em Educação em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade de Federal do Ceará (2005). Atualmente é Professor Adjunto M da Universidade Estadual do Ceará. Desenvolve atividades de ensino nos cursos de Graduação em Enfermagem e de Pós-Graduação no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Membro revisor de diversos periódicos de Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atuando principalmente nos seguintes temas: hipertensão arterial, diabetes, enfermagem, diagnósticos de enfermagem e atuando também na área de Educação em Saúde na prevenção de complicações em doenças crônicas e promoção da saúde.

Natália Gondim de Almeida

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2014). Especialista em Enfermagem Pré-Natal pela Universidade Federal de São Paulo (2015). Especialista em Saúde do Trabalhador (2012). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2011). Atualmente é voluntário do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher em Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Saúde Sexual e Reprodutiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, qualidade de vida, saúde da mulher.

Paulo César de Almeida

Graduado em Estatística pela Universidade Federal do Ceará-UFC (1976); Mestrado em Bioestatística - Fac Medicina Ribeirão Preto - USP (1981); Doutorado em Saúde Pública - Fac. Saúde



Pública da USP (1996); Pós-doutorado - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (2014). Prof. Adj. Universidade Estadual do Ceará (1984 -) nas Graduações de Nutrição e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Cuidados Clínicos em Saúde e Mestrado em Nutrição e Saúde. Prof. colaborador da Pós-Graduação de Enfermagem. Prof. Fac. Enfermagem e Medicina UFC (1983-1998), Prof. UFPB (1976 - 1982); Conselheiro Editorial dos Cadernos de Saúde Pública da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP; Conselheiro Ad Hoc: Revista de Enfermagem da USP, Revista de Nutrição da PUC, Acta Paulista de Enfermagem, Texto e Contexto, Escola Ana Nery Revista de Enfermagem e da Revista de Enfermagem do Nordeste. Pesquisador do Observatório de Recursos Humanos - UFC. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, Enfermagem, Nutrição e Recursos Humanos em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: métodos estatísticos aplicados à saúde, epidemiologia, asma, saúde do idoso, violência, recursos humanos em saúde, hanseníase, tuberculose e segurança alimentar

Priscila de Vasconcelos Monteiro

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE, especialista em Enfermagem Clínica pela UECE e Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Possui experiência profissional na atenção primária, terciária e no ensino técnico e superior de enfermagem.

Raimunda Magalhães da Silva

Enfermeira com mestrado e doutorado em Enfermagem e pós-doutorado em Saúde Coletiva. Atualmente é professora titular na Universidade de Fortaleza UNIFOR, coordenadora de programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, coordenadora do grupo de

extensão em saúde da mulher e adolescente, bolsista de produtividade em pesquisa 1C CNPq. É líder de grupo de pesquisa no diretório do CNPq políticas e práticas na promoção da saúde da mulher. Leciona disciplinas na Graduação e Pós-Graduação. Orienta alunos de Doutorado, Mestrado, Especialização, iniciação a pesquisa (bolsista e voluntários), trabalho de término de curso (TCC) e alunos do ensino médio bolsista (CNPq). Participa do conselho editorial da Revista ciência e Saúde Coletiva, Revista Brasileira em Promoção da Saúde, é consultora *ad hoc* de vários periódicos nacionais e internacionais na área de enfermagem e de saúde coletiva, avaliadora institucional e de curso de Graduação de INEP-MEC.

Raimundo Augusto Martins Torres

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1995), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1999) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (2009). Desenvolve estudos e pesquisas na área de Enfermagem, com ênfase em Políticas e Práticas de cuidado em Saúde, Juventude, Gênero, AIDS, Comunicação e Saúde e Tecnologias da Informação, Comunicação e Educação.

Rúbia Mara Maia Feitosa

Possui graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - FAEN/UERN (2008). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do grupo de pesquisa: Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU). Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (Pós-graduação Lato Sensu) pela Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP/FIOCRUZ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Potiguar - UnP, Campus Mossoró. Áreas de atuação: Saúde Coletiva; Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde; Clínica do Sujeito.



Samuel Ramalho Torres Maia

Enfermeiro Graduado na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestrando do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Curso de Especialização em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde na mesma IES. Membro do Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem LAPRACSE. Foi bolsista do CNPq pelo PET Saúde/Vigilância em Saúde - Maracanaú - CE. Bolsista IC/UECE do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem e, mais recente, bolsista da Pró-Reitoria de Extensão - PROEX/UECE- com o Projeto "Programa em Sintonia com a Saúde (S@S) através da Web Rádio AJIR". Tem interesse e atua nas áreas de Tecnologia da Informação e Comunicação, Educação em Saúde, Juventudes, Planejamento Familiar, Gestão em Saúde e Auditoria em Saúde.

Suzane de Fátima do Vale Tavares

Enfermeira, graduação em Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2009; Mestre, Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem, em UECE, 2012. Atualmente, doutoranda, Núcleo de Pesquisa Saúde Mental, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Experiência na área assistencial de Enfermagem Psiquiátrica (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) e Enfermagem Pediátrica (Hospital Infantil Albert Sabin); Experiência em Docência (FAMETRO).

Thais Jormanna Pereira Silva

Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica. Atuante no serviço de obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza e membro do Grupo de Pesquisa Cuidados Clínicos em Saúde da Criança e do Adolescente, vinculado à Universidade Estadual do Ceará.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira e Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e 2) Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, saúde pública, doenças crônicas, hipertensão arterial e adesão terapêutica.



