

cadernos de

CIÊNCIA & SAÚDE

ISSN 2236-9503



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

VOLUME 4 . NÚMERO 1 . ANO 2014

CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORIA CIENTÍFICA

Ludmila Mourão Xavier Gomes

EDITORES ASSOCIADOS

Carla Silvana Oliveira e Silva, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

Lucinéia de Pinho, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

CORPO EDITORIAL

Alba Idaly Muñoz Sánchez, Universidad Nacional de Colombia, Colômbia

Aline Oliveira Silveira, Universidade de Brasília - UnB, Brasília-DF, Brasil

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

Angela María Salazar Maya, Universidad de Antioquia, Colômbia

Asunción Ors Montenegro, Universidad de Alicante, Espanha

Dulce Aparecida Barbosa, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil

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

Edinêis de Brito Guirardello, Unicamp-SP, Brasil

Joselany Áfio Caetano, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE, Brasil

Heloísa de Carvalho Torres, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Kátia Conceição Guimarães Veiga, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

Maria Cecília de Souza Minayo, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

María Guadalupe Moreno Monsiváis, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Maria Manuela Frederico Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal

Nelcy Martínez Trujillo, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Cuba

REVISÃO LINGÜÍSTICA

Nely Rachel Veloso Lauton

DIAGRAMAÇÃO

Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Débora Torres

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

Trimestral

Vol. 4, n. 1, 2014.

Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.

ISSN 2236-9503

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

CDU: 61

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



S U M Á R I O

EDITORIAL

- 5** SAÚDE MENTAL: CAMPO DE PRÁTICAS E DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

ARTIGOS DE PESQUISA

- 7** ESTRUTURAS FAMILIARES DE UM ASSENTAMENTO RURAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM
- 17** ASPECTOS QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES
- 27** STRESS, AVALIAÇÃO COGNITIVA E ADAPTAÇÃO AO TRABALHO NA CLASSE DE ENFERMAGEM
- 37** USO DE CHÁS E OUTROS PREPARADOS NATURAIS POR GESTANTES
- 47** EXPERIÊNCIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL A PACIENTES PÓS-TENTATIVA DE SUICÍDIO POR GRADUANDOS DE ENFERMAGEM
- 57** DESDOBRAMENTOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE
- 65** PROPOSTA METODOLÓGICA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEUS BENEFÍCIOS PARA IDOSOS

ARTIGOS DE REFLEXÃO TEÓRICA

- 79** TEORIA DO CONFORTO NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DE CONCEITOS E DEFINIÇÕES
- 87** PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DO IDOSO ESTOMIZADO: A REFORMA DO PENSAMENTO
- 95** CONTRIBUIÇÕES DE MADELEINE LEININGER PARA O CURRÍCULO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO
- 105** INSTRUÇÕES AOS AUTORES

SAÚDE MENTAL: CAMPO DE PRÁTICAS E DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Rosana Teresa Onocko Campos¹

No Brasil a Reforma psiquiátrica instituiu novas formas para se cuidar das pessoas com intenso sofrimento psíquico. Fruto de longas (e inacabadas) lutas, sucessivos governos do período democrático foram dando corpo a serviços substitutivos que buscam suprimir do tratamento psiquiátrico os hospitais psiquiátricos monovalentes. Assim, centros de atenção psicossocial (CAPS), Centros de convivência (CECOS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), foram se incrementando ao longo e ao largo do país, porém ainda em número insuficiente. Outros recursos como o Programa Volta para casa, o benefício de ação continuada, entre outros buscam reparar e proteger socialmente usuários, sejam eles egressos de internações psiquiátricas prolongadas ou estejam impossibilitados de exercer atividades produtivas para seu próprio sustento. A doença mental escancara e retroalimenta a vulnerabilidade social. Todos esses recursos devem se articular em uma rede de atenção psicossocial que evite a institucionalização dos usuários e que preserve o convívio social e familiar, assim como combata ativamente o estigma.

Nesse contexto, é compreensível que seja necessário produzir novos conhecimentos e reflexões, tanto sobre os novos serviços e práticas, como também novos olhares sobre a experiência do adoecimento mental que permitam se aproximar de forma mais delicada e respeitosa dos que sofrem. Esses temas têm predominado na pesquisa da área em termos de quantidade e abrangência.

A pesquisa no campo da saúde mental se caracteriza pela sua multidisciplinariedade. Ela tem abrangido o campo da saúde coletiva, dos estudos antropológicos, psicológicos e da filosofia. Há, claro, um importante espaço ocupado pelas pesquisas biomédicas, mas estas raramente conversam com o contexto da Reforma. Seria, não obstante, importante contarmos com esse diálogo, boas avaliações de custo-benefício e um debate racional sobre a incorporação de tecnologia nos novos equipamentos. Carecemos desses estudos por enquanto.

Contudo, caberia lembrar que há ainda um gap importante em relação a outras temáticas tão relevantes quanto as mapeadas: as relações entre oferta de serviços e a inadequação da formação de profissionais do campo deveria ser mais pesquisada desde que se constitui em grande entrave para a expansão do modelo da Reforma, com sua base territorial e assentado na reabilitação psicossocial dos pacientes.

As limitações do exercício de direitos no Brasil, um país ainda marcado fortemente pela desigualdade social, superpõem ao estigma da doença mental um peso extra que faz a

¹ Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: rosanaoc@mpc.com.br

vulnerabilidade dos usuários se incrementar. Sobre isso há poucos estudos buscando dar conta da singularidade da sociedade brasileira. Também é incipiente o estudo das associações de usuários e familiares e seus devires. Esses estudos são necessários, pois poderiam municiar às políticas públicas e propiciar desenhos mais adequados ao tipo de proteção social e de protagonismo cidadão que se deseja estimular.

As políticas de enfrentamento aos problemas com álcool e outras drogas são permanente campo de disputa de setores que se digladiam de forma acirrada. Os serviços desenhados para essa população mostram-se ainda incipientes e insuficientes em número. É preciso desenhar bons estudos que abranjam tanto os aspectos clínicos quanto os ético-políticos envolvidos, única forma de tirar as posições da cristalização ideologizada.

Enfim, trata-se de uma ampla agenda de pesquisa ainda a ser desenvolvida e que deveria ser priorizada pelas agências financiadoras. Há numerosos grupos de pesquisa no país alinhavados a esses desafios e trabalhando com excelência. A produção de conhecimento não pode ser pensada isolada de seu campo de atividades práticas, ao contrário: deve ser o motor que retroalimente o ciclo benéfico de ação reflexão e de novo ação.

ESTRUTURAS FAMILIARES DE UM ASSENTAMENTO RURAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM¹

Simone Wünsch², Maria de Lourdes Denardin Budó³, Margot Agathé Seiffert⁴,
Bruna Sodré Simon⁵, Raquel Pötter Garcia⁶, Stefanie Griebeler Oliveira⁷

RESUMO: A família tem se constituído em um ambiente dinâmico, próspero e peculiar para as ações públicas em saúde. O universo familiar apresenta uma dinamicidade individual e específica e, desse modo, percebe-se a necessidade de ressignificar a maneira de ver e pensar sobre esse universo. Uma família se constitui em um sistema com diversos subsistemas que se inter-relacionam de maneira específica e regular. Essa dinamicidade apresenta ampla importância nos estudos em saúde e enfermagem. Este estudo objetivou examinar as estruturas internas de famílias de um assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa que utilizou um instrumento pré-elaborado com base no modelo Calgary de Avaliação da Famílias e o genograma. A análise dos dados foi realizada no referencial sistêmico. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2011. O estudo possibilitou conhecer as estruturas familiares que compõe um assentamento, identificadas em família nuclear, expandida e monoparental, bem como seus subsistemas conjugal, fraternal, parental e de avós. Na enfermagem, reconhecer as estruturas familiares envolve a compreensão acerca da sua constituição, os movimentos, e os sentidos que as famílias imprimem aos eventos que as abrangem no contexto rural do assentamento.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Relações familiares; Enfermagem; Assentamentos rurais.

FAMILY STRUCTURES OF A RURAL SETTLEMENT: CONTRIBUTIONS TO NURSING

ABSTRACT: The family has been established in a dynamic, prosperous and unique environment for public health actions. The family environment has a specific and individual dynamics and thereby realizes the need to reframe the way of seeing and thinking about this universe. Families are made of a system with many other subsystems interrelated in a specific and regular way. This dynamics shows a great importance in health and nursing studies. This study aims to examine the internal structures of families living in a rural settlement in the northwestern area of Rio Grande do Sul (RS). It is a qualitative field research which uses a pre-structured instrument based on the Calgary Families Assessment Model, and Family Diagrams. Data collection was performed from February to May, 2011. Data analysis was carried out by using the systems theoretical framework. The study enabled us to know the different family structures which make up a settlement, identified as nuclear, expanded, and single parent, as well as subsystems, known as marital, sibling, parental, and grandparents. In nursing, recognizing family structures involves the understanding of their constitution, movements, and the meanings the families give to the events which comprehend the rural settlement context.

KEYWORDS: Family; Family relations; Nursing, Rural settlement.

¹ O artigo apresentado consiste de dados parciais de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada Cuidado em Saúde nas Famílias em Assentamento Rural: um olhar da enfermagem

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSM. Enfermeira em UBSF São Luiz Gonzaga/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).vSão Luiz Gonzaga, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: simone.wunsch@gmail.com

³ Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda do PPGEnf/UFSM. Santa Maria-RS-Brasil e-mail: margotenfer@gmail.com

⁵ Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mestranda do PPGEnf/UFSM. Santa Maria-Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: enf.brusimon@gmail.com

⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSM. Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Bolsista CAPES. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com

⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Doutoranda Programa do Pós Graduação em Enfermagem Universidade Federal Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

Recebido em: 20/01/2014 . Aceito em: 15/02/2014

INTRODUÇÃO

A família tem se constituído em um ambiente dinâmico, próspero e peculiar para as ações públicas em saúde. O universo familiar apresenta uma dinamicidade individual e específica e, desse modo, percebe-se a necessidade de ressignificar a maneira de ver e pensar sobre esse universo.

Uma família constitui-se em um grupo de pessoas que se inter-relacionam de maneira específica e regular, desenvolvem objetivos comuns, criam uma identidade única, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos influenciados por aspectos culturais e socioeconômicos (ELSEN; SOUZA; MARCON, 2011).

Uma unidade familiar assemelha-se a um sistema, o qual apresenta determinada organização interna, identificada como estrutura. Uma estrutura compõe-se de subsistemas e suprassistemas peculiares, os quais permitem compreender os aspectos relativos à composição e contexto das famílias (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Entre as estratégias que possibilitam conhecer as estruturas internas dos sistemas familiares encontra-se o genograma (WRIGHT; LEAHEY, 2009). A construção do genograma tem por propósito desvelar o grupo familiar e obter informações importantes para o entendimento da dinâmica familiar (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

O genograma integra o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), compondo uma estrutura de avaliação multidimensional integrada, que tem como base teórica os sistemas (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Na enfermagem, consiste em uma técnica que vem sendo difundida como um método de avaliação clínica das famílias, por permitir detalhar a sua composição e o seu histórico (PAVARINI *et al.*, 2008).

Na enfermagem, a análise das estruturas familiares possibilita, conforme Santos e Pavarini (2009), conhecer, compreender e abranger quem são e quantos são os integrantes das famílias, sejam elas do espaço urbano ou rural. Nessa perspectiva, as famílias de comunidades rurais, formadas por

assentamentos, encontram-se permeadas por particularidades ligadas à visão de mundo e hábitos culturais específicos. Isso reflete em seus sistemas organizacionais, nos vínculos constituídos e na conduta dos seus integrantes (WÜNSCH *et al.*, 2012).

Logo, fundamentada na complexidade e importância do sistema familiar nos estudos em saúde e enfermagem, questiona-se: quais são as estruturas que compõem as unidades familiares de um assentamento rural? Buscando responder ao questionamento, objetiva-se examinar as estruturas internas de famílias de um assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo qualitativo, realizado em um assentamento rural situado na região noroeste do Estado do RS, constituído por 53 lotes de terra, dos quais apenas 48 encontravam-se ocupados no período do estudo.

Para participar da pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: algum membro da família ter participado da reunião na qual o projeto de pesquisa foi apresentado; serem maiores de 18 anos; e residirem no assentamento há no mínimo dois anos. Esse espaço temporal foi estipulado por se acreditar que a família estaria integrada ao contexto sociocultural que permeia a comunidade.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento pré-elaborado com base no modelo MCAF e genogramas (WRIGHT; LEAHEY, 2009; SILVA; BOUSO; GALERA, 2009). O genograma é constituído por sinais gráficos, padronizados (Figura 1). Para efetuar a sua construção, definiu-se, com a família, a pessoa-chave, denominada de pessoa índice (PI). A elaboração do genograma foi realizada em uma folha de papel em branco, no qual foram incluídos os dados demográficos (idade, sexo) e ordem de nascimento (WRIGHT; LEAHEY 2009; SOUZA *et al.*, 2009).

O método MCAF consiste em três categorias principais denominadas de estrutural, desenvolvimento e funcional. Cada

categoria apresenta subcategorias. Ao utilizar-se o método, contudo, nem todas as categorias e subcategorias precisam ser avaliadas em um primeiro encontro e algumas subcategorias podem nunca ser exploradas.

O MCAF possibilita enfocar a avaliação da categoria estrutural mediante análise de três aspectos da estrutura familiar: os elementos internos (composição da família, sexo, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas, e limites); elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos); e contexto (classe social, religião ou espiritualidade, e ambiente) (WRIGTH, LEAHEY, 2009). Por meio da categoria desenvolvimento, focaliza-se a transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida. A análise das famílias ocorre nos quesitos: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento e a morte. Já, na categoria funcional, a qual se refere ao modo como os indivíduos da família interagem, torna-se possível explorar dois aspectos: funcionamento instrumental (atividades da vida cotidiana) e o funcionamento expressivo (estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças) (WRIGTH; LEAHEY, 2009; SILVA; BOUSO; GALERA, 2009).

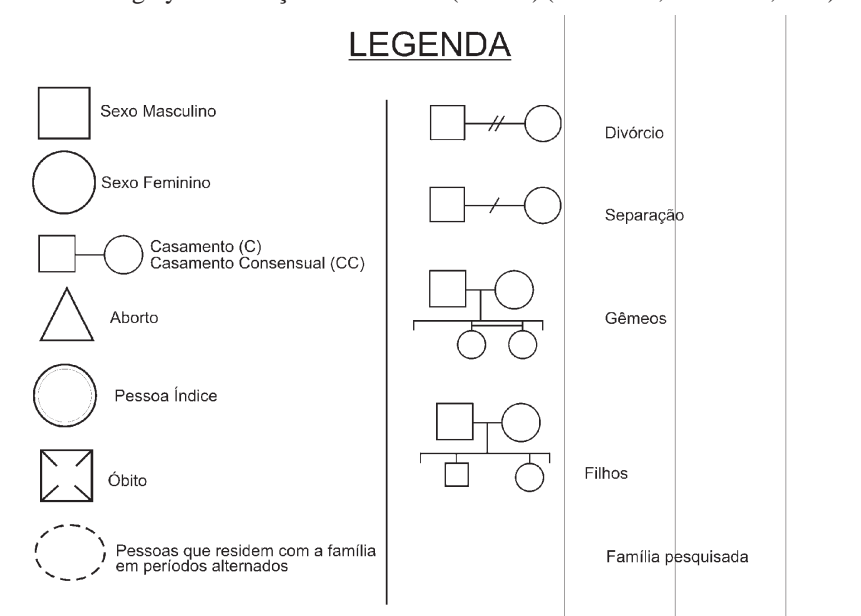
Mesmo considerando a importância das três categorias, neste estudo optou-se por focalizar unicamente a categoria estrutural e seus aspectos internos, com duas subcategorias, a composição familiar e subsistemas. Essa categoria permitiu à pesquisadora aproximar-se e vincular-se às famílias assentadas para uma melhor apreensão da realidade vigente.

A coleta finalizou-se quando os objetivos propostos do estudo foram alcançados, totalizando quatro famílias acompanhadas. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2011. A análise dos dados ocorreu embasada no referencial sistêmico do MCAF, o qual permitiu apreender os aspectos relativos à estrutura familiar de um assentamento rural.

Os aspectos éticos do estudo foram observados em consonância com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) e com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o número nº 0356.0.243.000-10.

O sigilo das famílias participantes do estudo foi preservado utilizando-se o termo “Família”, seguido do número relacionado à ordem de construção do genograma. Como exemplo: Família1; Família 2; e assim sucessivamente.

Figura 1: Símbolos e legenda dos diagramas utilizados na construção do genograma, conforme Modelo Calgary de Avaliação das Famílias (MCAF) (WRIGTH, LEAHEY,2009)

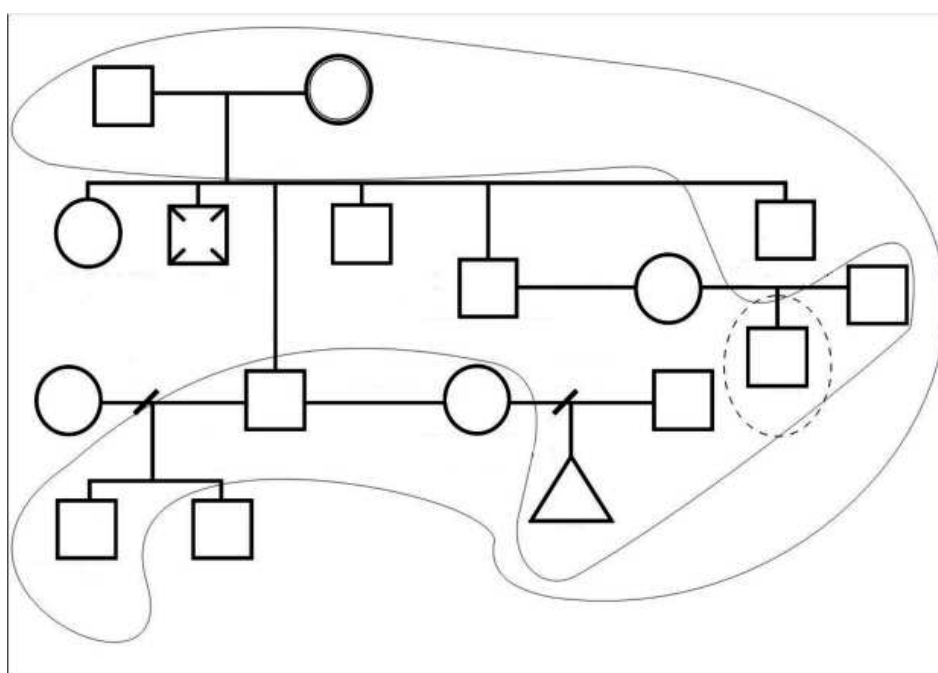


RESULTADOS

Família 1: extensa constituída por um casal e outros membros. O casal não possui filhos, ele é considerado pela família como dono do lote. Foi casado em período anterior e, dessa relação matrimonial, nasceram dois filhos, do sexo masculino. Um dos filhos residia com o pai no assentamento e era estudante, e o outro morava com a mãe em outra localidade. A atual companheira foi

casada anteriormente e, na vigência dessa união, ocorreu um aborto. Residiam, com o casal, no lote de terra, os pais do dono do lote e o seu irmão, considerado pela família “a raspa do tacho”. Junto com a família, em períodos alternados, convivia um menino considerado neto, “não de sangue”, mas “de coração”, filho da companheira de um irmão. Os subsistemas compunham-se de individual, conjugal, parental, fraternal, de avós.

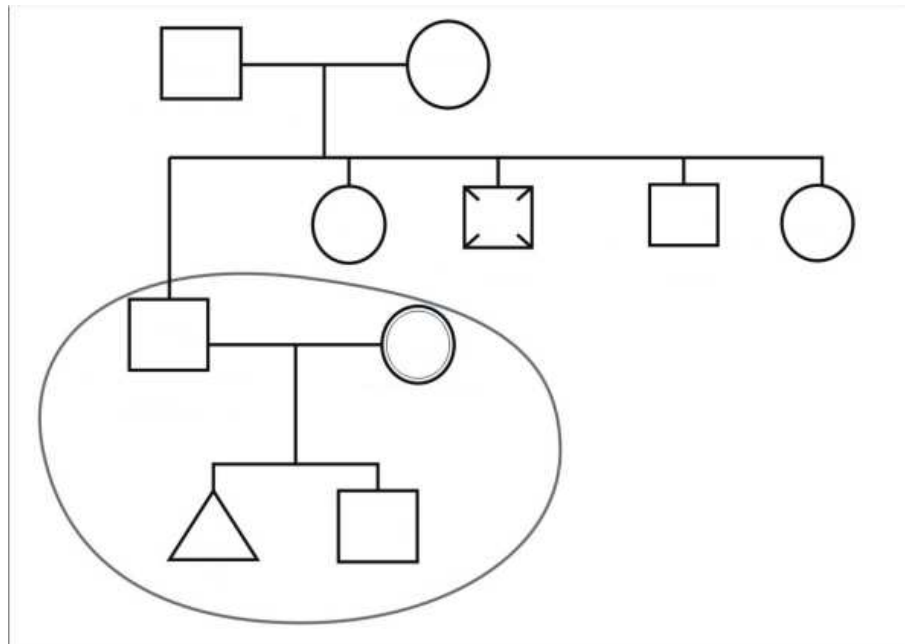
Figura 2: Genograma Família 1(2011)



Família 2: definida como nuclear, abrange um casal e um filho do sexo masculino. O casal conheceu-se no acampamento, ele era considerado dono do lote de terra, ela integrava a Pastoral da Criança. A família apresentava história pregressa de aborto ocorrida no período

em que estavam acampados. O dono do lote referia que seu ingresso na “luta pela terra” sobreveio por influência de um irmão falecido que fora assentado. Os subsistemas identificados consistiam em individual, conjugal, parental.

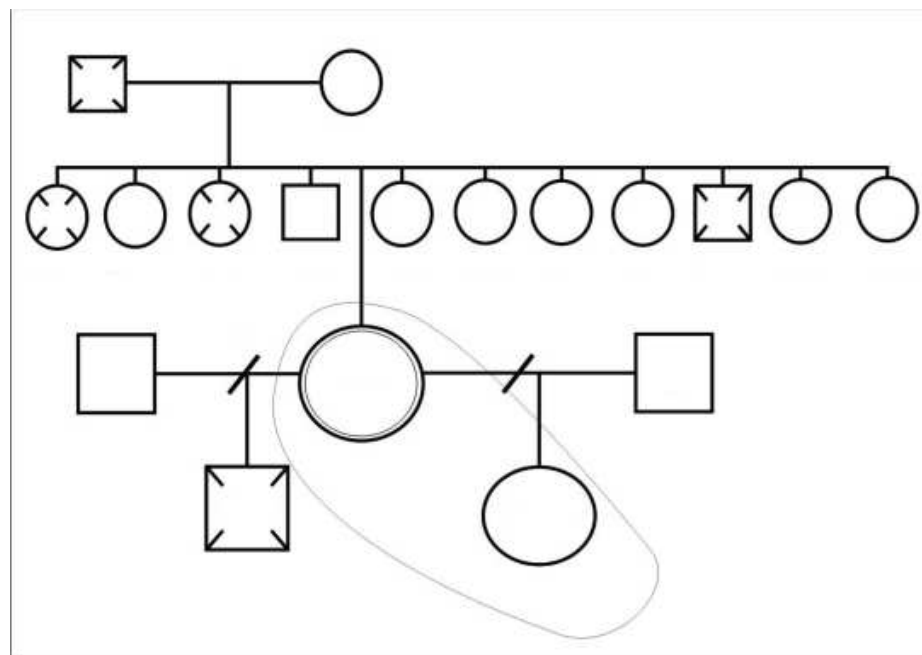
Figura 3: Genograma Família 2 (2011)



Família 3: classificada como monoparental, compreendia uma mãe e sua filha. A mulher, dona do lote, teve dois filhos, um do sexo masculino, oriundo de uma relação consensual, e uma menina, que morava com a

mãe, oriunda de nova relação consensual. O filho era falecido, segundo família assassinado, e a filha era gestante e encontrava-se desligada da escola. Os subsistemas estabelecidos foram individual e parental.

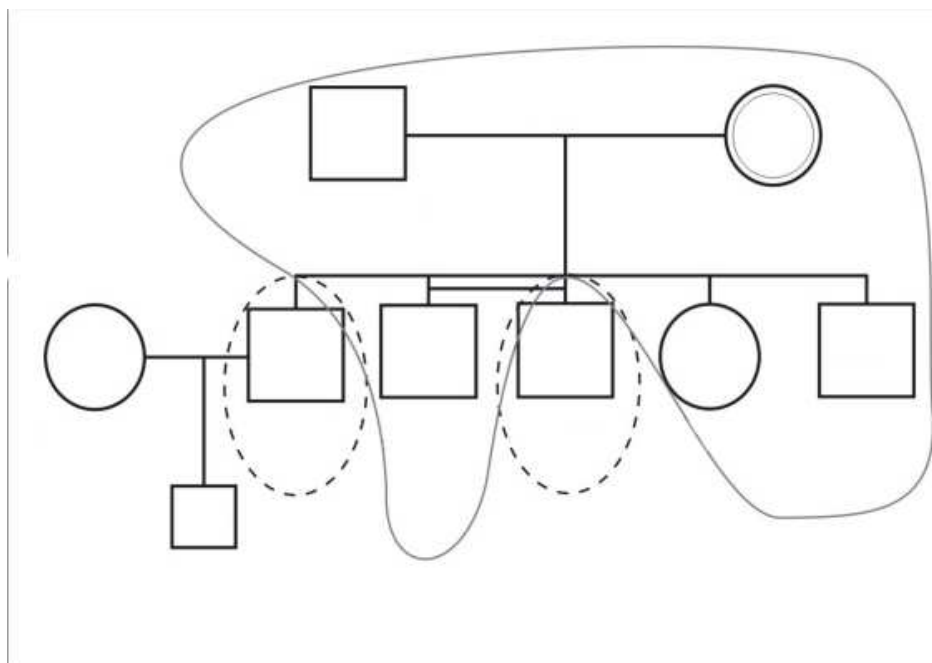
Figura 4: Genograma da Família 3 (2011)



Família 4: nuclear, compreende um casal com cinco filhos, sendo uma gestação gemelar. A família considerava que todos eram donos do lote de terra. Na ocasião moravam na residência o casal e três filhos. Um dos filhos apresentava uma deficiência e estava aguardando vaga em uma escola técnica do movimento sem terra (MST). A menina, era estudante de uma escola municipal localizada próximo à comunidade rural, fazia uso diário de medicações controladas. O filho mais novo nasceu durante o período do acampamento, não tinha idade para frequentar escola. Em períodos alternados, outros dois filhos do casal moravam com a família. Um deles encontrava-se estudando na escola técnica vinculada ao MST. Conforme informações, a referida escola apresentava metodologia diferenciada para formação dos seus estudantes em nível médio, que consistia em aulas intensivas durante determinado período do ano, junto à escola, com o posterior

retorno do estudante ao lote da família, para aplicar os conhecimentos desenvolvidos. Após a fase de campo, o aluno retornava novamente à sala de aula, e assim sucessivamente, até término do curso. A aplicação dos conhecimentos gerava relatórios e trabalhos que deveriam ser enviados à escola e, no retorno do aluno, ocorriam discussões. Em vista disso, em períodos alternados, o jovem encontrava-se morando com a família. O outro filho, também agricultor assentado, tinha o seu lote de terra situado ao lado do lote da família. Essa proximidade permitia que as famílias trabalhassem em conjunto. Nos períodos em que a companheira do filho mais velho viajava, o mesmo passava a realizar as refeições principais junto ao sistema familiar de origem, configurando-se uma convivência alternada. Os subsistemas familiares estabelecidos constavam de conjugal, parental, fraternal.

Figura 5: Diagrama da Família 4 (2011)



DISCUSSÃO

As estruturas familiares apresentadas pelos genogramas evidenciam que as famílias assentadas encontravam-se organizadas e constituídas de diferentes formas, classificadas em famílias nucleares, como a Família 2 e Família 4, expandida a exemplo da Família 1, e monoparental como a Família 3.

Uma estrutura familiar nuclear compõe-se de pais e filhos, uma família expandida inclui pessoas consideradas como membros da família (avós, irmãos, sobrinhos), independente dos laços consanguíneos ou parentais, e uma família monoparental refere-se apenas a um integrante (homem ou mulher) que resida com filhos (GIRARDON-PERLINI, 2007).

As diferentes composições retratadas encontram-se relacionados com suas histórias de vida, suas transformações e adaptações para acessarem e desenvolverem-se no lote de terra, oriundo do processo de reforma agrária. Os arranjos reproduzem as prioridades de vida das famílias, os padrões de comportamento, a orientação e regulação do cotidiano.

A origem da família assentada, seu processo histórico de formação e suas trajetórias sociais revelam um caminho de lutas para atenuar a exclusão social (BERGAMASSO; NORDER, 1996; PICCIN; MOREIRA, 2009). Por sua vez, esse caminho estabelece como as famílias se dispõem no assentamento e institui que a compreensão dos respectivos sistemas envolve transpor o conhecimento teórico que abrange a sua estrutura e dinâmica de funcionamento.

A estrutura interna das famílias reflete, ainda, informações acerca dos regulamentos de seu sistema e revela as singularidades referentes à sua construção. As famílias consideraram que a organização do seu núcleo pudesse auxiliar nas tarefas cotidianas, nas possíveis adversidades, no lote de terra recebido, fossem elas de ordem social ou econômica.

Ao avaliar a composição da Família 1

e Família 4, as quais consistem em estrutura expandida e uma estrutura nuclear com vários filhos, verifica-se que ambas possuem determinada vantagem de ordem laborativa, ao serem comparadas com a Família 2 e a Família 3. Logo, essas famílias melhoraram, em tempo anterior, os seus índices econômico-financeiros, de produtividade e desenvolveram um círculo interno de assistência às vulnerabilidades, bem como aperfeiçoaram a sua qualidade de vida.

A Família 2 e a Família 3 também esforçavam-se em busca da subsistência e melhoria das condições de vida, porém seu modo de organização demonstrou que o processo de estabilidade e aprimoramento foi distinto, lento, ao ser comparado às famílias de diversos componentes.

Estudos envolvendo o campesinato expõem que, para conhecer o mundo rural, necessita-se primeiramente olhar para a família, compreender sua essência e suas prioridades, pois a mesma apresenta-se como eixo central para entendê-lo (WOORTMANN, 1995; WÜNSCH *et al.*, 2012). Assim, ao trabalhar com famílias é preciso visualizar e compreender o sistema de organização de cada núcleo, considerando, constantemente, as peculiaridades individuais, coletivas e o contexto que as permeia.

A diversificada composição das famílias do assentamento, retratada pelos genogramas, revelou que as estruturas são dinâmicas, influenciadas pelas demandas internas, por alterações temporárias e perdas, bem como encontram-se mediadas pela política pública de reforma agrária aliada ao movimento e suas relações sociais com o meio que as cerca.

As famílias e, em especial, suas estruturas podem ser consideradas, portanto, produtos do meio em que estão inseridas, e de suas histórias de vida, assim como os papéis e funções que desempenham têm íntima relação com a estrutura política, econômica, social e cultural que as constitui (SHAURICH, 2009). Os arranjos familiares, desse modo, se organizam e tendem a desenvolver habilidades para criar

equilíbrios, solucionar problemas e consequentemente reorganizar seus papéis, com vistas a atender às necessidades advindas de suas condições de vida (DUHAMEL, 1995).

Com o desvelamento das estruturas, paralelamente, emerge um conjunto menor de relações funcionais na família constituído por múltiplos subgrupos, reconhecidos como subsistemas, os quais visam desempenhar papéis diferenciados para o funcionamento da família.

Os subsistemas identificados no assentamento consistiam em conjugal, parental, fraternal, de avós. O subsistema conjugal surge quando dois adultos se unem numa relação interdependente e complementar, formando um casal; o subsistema filial surge com o nascimento dos filhos; o subsistema parental envolve pais e filhos; o subsistema fraternal estabelece as relações entre os irmãos; e o subsistema de avós passa a existir na presença dos avós junto à estrutura familiar (DIAS, 2011; SILVA *et al.*, 2008).

No assentamento, os subgrupos desenvolviam responsabilidades relacionadas com autoridade familiar, capacidade de influência nas decisões familiares, cuidado com a casa, com os netos. Exprimiam, também, cuidado com os filhos, socialização, apoio, cuidado com a terra, deveres e encargos domésticos e de auxílio nas atividades laborais diárias para melhoria das condições de vida.

Os subsistemas interatuam uns com os outros, apresentam funções importantes na sociedade familiar e se adaptam às exigências internas para consolidar o sistema (DIAS, 2011). Nessa perspectiva, essas estruturas definem o poder, as regras, e as habilidades das famílias, constituindo-se em construtores cujo propósito principal consiste em estabelecer adaptações e ajustes para o bom funcionamento da família (OLIVEIRA *et al.*, 2011)

O modo de organização dos subsistemas e sistemas familiares no assentamento pode ser percebido, logo,

como um conjunto de processos que visam atender às necessidades concretas e subjetivas das famílias. Eles se encontram influenciados por simbologismos e princípios que estabelecem o funcionamento interno, a mobilidade e a manutenção de cada núcleo junto à terra.

Portanto, as famílias estabelecem padrões organizacionais norteados pelas transformações contemporâneas nos panoramas sociais, políticos, culturais, econômicos que as circundam (MOIMAZ *et al.*, 2011).

Assim sendo, ao conhecer as estruturas familiares e suas particularidades, a enfermagem abrange a sua compreensão acerca da constituição familiar, os movimentos, e os sentidos que as famílias imprimem aos eventos que as envolvem no contexto rural do assentamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Examinar as estruturas familiares de um assentamento rural por meio da ferramenta do genograma permitiu reunir informações que proporcionaram um olhar ampliado às famílias e um conhecimento maior acerca das características e processos familiares.

A organização do sistema familiar encontra-se circundada por aspectos sociais, culturais e econômicos, os quais orientam o funcionamento interno, a movimentação e a sustentação do sistema junto à terra.

Ao revelar as estruturas e subsistemas das famílias assentadas, possibilita-se identificar quais os seus integrantes e seus atributos. Conhecer a composição do sistema e os respectivos subgrupos transforma-os em importantes marcadores e instrumentos de trabalho para a enfermagem desenvolver cuidado em saúde.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

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

REFERÊNCIAS

- BERGAMASSO, S.M.; NORDER, L.A.C. **O que são assentamentos rurais?** São Paulo: Brasiliense, 1998.
- DIAS, M.O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v.19, p.139-156, 2011.
- DUHAMEL, F. **La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers.** Montréal: Gaëtan Morin Editeur, 1995.259p.
- ELSEN, I.; SOUZA, A.I.J.; MARCON, S.S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas.** Maringá: Eduem, 2011. p. 331-345.
- GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.2, p.229-236, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.supl. 1, p.965-972, 2011.
- NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M.; HAYES, V.E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n.2, p. 280-286, 2005.
- OLIVEIRA, S.G. *et al.* Dinâmica de Organização dos Cuidadores Familiares do Paciente Terminal em Internação Domiciliar. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.10, n.4, p.674-681, 2011.
- PAVARINI, S.C.I. *et al.* Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p. 39-50, 2008.
- PICCIN, M.B.; MOREIRA, R.J. Habitus e agricultores-assentados: um estudo de caso no assentamento Ceres, RS. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v.02, p. 379-421, 2009.
- SILVA, L; BOUSSO, R.S.; GALERA, S.A.F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.4,p. 530- 534, 2009.
- SILVA, N.C.B. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas em Psicologia**, v.16, n.2, p.215-229, 2008.
- SOUZA, J. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.1, p. 1-8, 2011.
- SCHAURICH, D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre famílias: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.2, p. 415-420, 2009.
- WOORTMANN, E.F. **Herdeiros, parentes e compadres.** São Paulo, HUCITEC, 1995. 336p.
- WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.**

[Tradução de Silvia Spada]. São Paulo:
Roca, 2008. p. 47-80.

WUNSCH, S. “Hoje trabalho para mim”:

o cuidado em assentamentos rurais
conectado à terra, trabalho e moradia.
Journal of Nursing And Health, v.2,
n.2, p.420-428, 2012.

*Cadernos de
Ciência e Saúde*

ASPECTOS QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES¹

Michelle Barboza Jacondino², Caroline Lemos Martins³, Leandro Rauber Joner⁴, Adrize Rutz Porto⁵, Daiane Dal Pai⁶, Maira Buss Thofehn⁷

RESUMO: A saúde dos profissionais pode ter impacto direto pelos atributos do atual mercado de trabalho em saúde, como a competitividade, o individualismo e a sobrecarga de trabalho, o que possivelmente implica em absenteísmo e afastamentos por adoecimentos. A qualidade de vida no trabalho é um assunto voltado para discutir a satisfação e bem-estar do trabalhador com relação ao seu ambiente de trabalho. A definição de qualidade de vida no trabalho perpassa noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve vários debates acerca das formas de organização do trabalho e inovações tecnológicas. Este estudo teve como objetivo compreender os aspectos que interferem na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de instituições hospitalares. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 12 enfermeiros de quatro instituições hospitalares do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Evidenciaram-se como aspectos que interferem na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros os entraves constituintes das relações interpessoais, falta de autonomia e carência de recursos humanos e materiais. Dessa forma, existe uma urgência de investimentos nas relações humanas e nas condições de trabalho nas instituições hospitalares, a fim de melhorar a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros e qualificar o cuidado prestado por esses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Qualidade de vida; Condições de trabalho.

ASPECTS THAT AFFECT QUALITY OF LIFE AT WORK OF NURSES IN HOSPITAL INSTITUTIONS

ABSTRACT: Health professionals can have a direct impact by the attributes of the current job market in health, such as competitiveness, individualism and work overload, which possibly implies absenteeism and sick leave for illnesses. The quality of work life is an issue facing discuss the satisfaction and well-being of workers in relation to their work environment. The definition of quality of work life pervades notions of motivation, satisfaction, health and safety at work and involves several discussions of ways of organizing work and technological innovations. This study aimed to understand the aspects that affect the quality of life at work of nurses in hospital institutions. It is a qualitative research, conducted with 12 nurses from four hospital institutions in the city of Pelotas/RS, through a semi-structured interview. The data were subjected to content analysis. It was revealed, as the aspects that affect the quality of life at work of nurses, obstacles constituted by interpersonal relationships, lack of autonomy and lack of human and material resources. Thus, there is an urgent need for investments in human relationships and in working conditions at the hospital, in order to improve the quality of life at work of nurses and in qualifying the care provided by these professionals.

KEYWORDS: Nursing; Quality of life; Working conditions.

¹ Recorte do projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de Pelotas/RS” da Universidade Federal de Pelotas.

² Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Bolsista CAPES/DS. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: michellejacondino@gmail.com

³ Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kroline_lemos@hotmail.com

⁴ Enfermeiro, Residente em atenção básica em saúde coletiva na Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: leandrojoner@gmail.com

⁵ Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: adrizeporto@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem e Professora Adjunta na Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: daiadalpai@yahoo.com.br

⁷ Pós-Doutora em Enfermagem. Professora associada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mairabusst@hotmail.com

Recebido em: 22/12/2013 . Aceito em: 25/01/2014

INTRODUÇÃO

As mudanças do mundo contemporâneo têm impactado de maneira intensa na saúde das pessoas e dos coletivos. A incorporação crescente de tecnologias de alta densidade e as inovações institucionais transformou principalmente os países desenvolvidos. Os países em desenvolvimento, como o Brasil, passaram por um desenvolvimento capitalista tardio, com modificações na organização, nas condições e nas relações de trabalho. A intensificação laboral, comum nessa fase do capitalismo, tem desgastado fisicamente e emocionalmente os trabalhadores, que também inseguros pelo medo do desemprego, se submetem às condições precárias de trabalho, baixos salários e ambientes insalubres (ELIAS; NAVARRO, 2006). A saúde dos profissionais pode ter impacto direto pelos atributos do atual mercado de trabalho em saúde, como a competitividade, o individualismo e a sobrecarga de trabalho, o que possivelmente implica em absenteísmo e afastamentos por adoecimentos (MARTINATO et al., 2010).

No âmbito hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho, representada pelas categorias profissionais enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. A enfermagem possui como essência o cuidado ao ser humano, família e comunidade e tem sua particularidade no desempenho do trabalho em saúde, já que está muito próxima dos usuários diariamente nos serviços de saúde (PIRES, 2008).

Entre os profissionais que compõe a equipe de enfermagem, situa-se o enfermeiro, profissional de nível superior que apesar de não ter suas práticas de trabalho isoladas das demais práticas de saúde, tem um processo de trabalho diferenciado dos demais profissionais por gerenciar o cuidado prestado por toda a equipe de enfermagem. Neste cenário, algumas características das instituições de saúde podem interferir no fazer dos enfermeiros, tais como: insuficiência de recursos humanos e materiais, escassas oportunidades de

crescimento profissional e pessoal (CASATE; CORREA, 2005). Outros aspectos que podem desfavorecer a atuação dos enfermeiros são cargas excessivas de trabalho, baixa remuneração e desvalorização do trabalhador pelas próprias organizações de saúde.

Nesse contexto, o impacto psicológico das mudanças nas condições e na natureza do trabalho pode ser preocupante, pois há evidências significativas de aumento progressivo de acidentes e doenças ocupacionais, como o estresse, a síndrome de Burnout, transtornos de humor e depressão (RONCHI, 2010). Por isso, a repercussão do trabalho sobre a saúde dos profissionais e o estudo da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tornam-se significativos, em particular na área da enfermagem. Schmidt e Dantas (2006) corroboram a importância da temática, ao considerar que bem-estar e QVT são fatores impactantes na eficácia da assistência de enfermagem.

A QVT é um assunto voltado para discutir a satisfação e bem-estar do trabalhador com relação ao seu ambiente de trabalho (RODRIGUES, 2002). A definição de QVT perpassa noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve vários debates acerca das formas de organização do trabalho e inovações tecnológicas (LACAZ, 2000). Neste estudo, compreende-se a QVT em seu contexto multidimensional, permeando os aspectos da satisfação, bem-estar, motivação, autonomia e saúde no trabalho e que precisam ser explorados nos ambientes laborais da enfermagem, especialmente, em hospitais, onde pode ocorrer maior intensificação laboral, do que em outros serviços de saúde, em que a enfermagem está inserida, como na atenção primária em saúde.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo compreender os aspectos que interferem na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de instituições hospitalares do município de Pelotas, do estado do Rio Grande do Sul (RS).

METODOLOGIA

O estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de Pelotas/RS”. O projeto atendeu às recomendações da Resolução 466 para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Os dados são provenientes de entrevistas realizadas com 12 enfermeiros de quatro instituições hospitalares do município de Pelotas/RS. Nesse estudo, selecionaram-se os sujeitos por conveniência até a saturação teórica dos dados, que consiste em suspender a inclusão de novos participantes, quando os achados obtidos passam a apresentar, na avaliação dos pesquisadores, certa redundância ou repetição (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro de 2009 a março de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio, no próprio local de trabalho dos enfermeiros, de forma individual e em ambiente privativo. O roteiro constou de questões sobre o significado de QVT, os fatores que interferem diretamente e indiretamente na QVT, importância da QVT na vida do trabalhador, percepção sobre as condições e ambiente de trabalho, cargas emocionais e espirituais e mudanças constantes no mundo do trabalho.

Após o esclarecimento acerca dos objetivos e metodologia da investigação, os enfermeiros autorizaram sua participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Esclarecido. Os participantes foram identificados por codinomes correspondentes à letra “E” de enfermeiro e numeração de acordo com a ordem de realização das entrevistas, por exemplo: E1, E2 até E12, sendo, assim garantido o anonimato dos participantes do estudo.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática de Minayo (2010), cujas fases são: pré-análise com leitura exaustiva; exploração do material, incluindo a distribuição de fragmentos de texto em uma codificação e categorização e;

tratamento dos resultados por inferência e síntese interpretativa. Desta forma, evidenciaram-se três temas que serão discutidos no tópico a seguir: relações interpessoais no trabalho dos enfermeiros; autonomia no trabalho dos enfermeiros; recursos humanos e materiais: condições impróprias para a qualidade de vida no trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relações interpessoais no trabalho dos enfermeiros

As relações interpessoais são a base para o desenvolvimento da comunicação na sociedade e, na enfermagem, são aspectos determinantes no cuidado ao ser humano. Molinier (2008) ressalta que rupturas nos relacionamentos podem ser potencializadas pela imprevisibilidade das demandas e situações que permeiam o cotidiano do trabalho em saúde. Dessa forma, no depoimento é possível constatar que as interações humanas são decisivas no ambiente laboral e podem (des)qualificar o trabalho da enfermagem: *As relações humanas são muito importantes, de todos os membros da equipe, se tu não tens uma boa relação com a equipe, tu não consegues prestar uma boa assistência (E1).*

O enfermeiro afirmou que as boas relações entre os membros da equipe são primordiais para prestar uma assistência qualificada. Nessa ótica, Thofehrn e Leopardi (2009) afirmam que os vínculos saudáveis entre os integrantes do grupo podem desencadear o fortalecimento do poder da equipe como um todo, usufruindo-se desta interação em prol da qualidade na realização do cuidado.

O relacionamento interpessoal no trabalho acaba por tomar importante lugar na prática da enfermagem, tendo em vista o trabalho em equipe. Ribeiro, Porto e Thofehrn (2011, p. 245) corroboram tal entendimento pontuando que: “os cuidados realizados por uma equipe é *conditio sine*

qua non do trabalho da enfermagem, no qual por meio do enfermeiro seja desencadeada a formação de grupo [...]”. Nessa perspectiva, os enfermeiros expressam as suas percepções sobre o relacionamento interpessoal e o seu trabalho: *O estado emocional da equipe vai influenciar diretamente no trabalho (E5). Eu como sou muito brigona aqui dentro por tentar resolver as coisas, afasto as pessoas com o meu jeito, mas eu prefiro até que não gostem de mim, mas que as coisas andem (E6).*

Os entrevistados apontaram que o estado emocional da equipe e a própria posição de liderança do enfermeiro podem influenciar como irão acontecer os relacionamentos interpessoais e o próprio trabalho. Dessa maneira, Elias e Navarro (2006) referem que quando o trabalho é desenvolvido de forma penosa e conflitiva, tende a desencadear sobrecarga psíquica. Ainda, esta condição pode ser maximizada pelas condições impróprias de trabalho oferecidas pelas instituições hospitalares.

Além disso, o relato dos participantes remete à postura de exigência do enfermeiro, o que leva a questionar a necessidade de exercer a cobrança de maneira verticalizada, com pouca preocupação frente à equipe de trabalho em detrimento da tarefa profissional, o cuidado. Segundo Pires (2008) o enfermeiro entende esse comportamento de cobrança como um estímulo aos conflitos na equipe. Nos trechos a seguir os enfermeiros pontuam inclusive os conflitos com outros setores da instituição hospitalar: *Eu reclamo com as atendentes da rouparia porque elas não trazem a roupa quando precisamos. Com a farmácia também, não me relaciono bem, as auxiliares da farmácia não gostam de mim (E1). Se eu não dependesse das outras unidades para que o serviço andasse bem, seria uma maravilha (E5).*

O trabalho dos enfermeiros é interdependente de outros setores da instituição, o que pode interferir positivamente ou negativamente na

organização do trabalho da enfermagem e torna o labor ainda mais complexo. Diante da necessidade de relações colaborativas no trabalho, destaca-se que para prestar cuidado qualificado, é preciso a formação de um grupo de trabalho coeso, com formação de vínculos profissionais saudáveis (THOFEHRN *et al.*, 2009).

Com isso, Thofehrn e Leopardi (2009) ressaltam que a ação do enfermeiro na intermediação entre as dificuldades, a solução dos desafios do cotidiano laboral e a consolidação dos vínculos profissionais mediante as relações de troca afetiva entre os membros da equipe de enfermagem é imprescindível durante a execução do próprio trabalho. Portanto, cabe ao enfermeiro uma ação de estímulo e encaminhamento das decisões do grupo, para que os vínculos saudáveis se consolidem. Segundo o relato do enfermeiro, apesar das dificuldades no trabalho vivenciadas no cotidiano institucional, a QVT está relacionada à manutenção de relações humanas saudáveis: *Para qualidade de vida no trabalho precisamos ter boas relações, relações saudáveis de trabalho, um ambiente o mais harmonioso e de certa forma, tranquilo. Temos que ver as necessidades da equipe em relação ao trabalho que está sendo desenvolvido (E8).*

Corroborando o achado, a QVT dos enfermeiros atuantes em hospitais está vinculada ao desenvolvimento saudável das relações interpessoais entre o enfermeiro com sua equipe de enfermagem e destes com a chefia (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009). Por isso, é visualizada a necessidade de uma liderança atuante, que solucione os problemas, e dê respaldo às decisões tomadas pelos trabalhadores: *As cargas psíquicas e emocionais são bastante fortes. Trabalhamos com carência de funcionários e exigências de chefias. Isto tudo gera angústia e depressão na equipe, deixando-nos mais suscetíveis a doenças psíquicas e físicas (E2). A minha chefia poderia ser mais presente, mais*

próxima para ajudar, para resolver alguns problemas (E6).

Evidencia-se nos depoimentos que após frustração com a ausência ou com muitas exigências e pouca escuta por parte da chefia, os trabalhadores podem assumir uma postura de distanciamento. Diante desse ambiente de frustração nos relacionamentos entre colegas, Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2009) referem que o profissional acaba optando por não dialogar com suas chefias e acaba sofrendo por tomar essa atitude.

De acordo com Elias e Navarro (2006) os sentimentos de desvalorização, inutilidade e fracasso podem tomar conta do inconsciente do trabalhador, sobretudo pela impossibilidade de lidar com as suas dificuldades ou não desenvolver as suas potencialidades. A partir disso, todos os trabalhadores na instituição sofrem as repercussões, na medida em que o profissional passa a desempenhar seu papel com desmotivação (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

Frente a esses cenários de estudo, cujos modelos gerenciais adotados são poucos participativos, emerge a necessidade de repensar a política institucional do hospital para que o profissional participe dos processos gerenciais e das tomadas de decisões no macroespaço e lidere momentos mais participativos nos microespaços das equipes. Molinier (2008) pontua que na atual conjuntura do trabalho em saúde justifica-se a necessidade de uma gestão organizacional participativa, inserindo os trabalhadores na construção de melhorias no processo de trabalho. No depoimento a seguir o enfermeiro expressa a necessidade de momentos mais participativos nas próprias equipes: *É preciso ter boas relações interativas, de comunicação e de abertura, de situações participativas em que a equipe não seja meramente depositária das tuas decisões, mas que ela [equipe] possa interagir (E8).*

As interações entre a equipe de trabalho devem ser percebidas como uma ferramenta de comunicação, e cabem as

gerências dos hospitais e aos profissionais de enfermagem à responsabilidade de investir nesta discussão para qualificar a vida no trabalho e o cuidado oferecido aos pacientes. De acordo com Santos, Braga e Fernandes (2008) as instituições de saúde necessitam promover ações de diálogo, incentivo, respeito, reconhecimento, estímulo e desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de enfermagem.

Os enfermeiros frequentemente já assumem o papel de articuladores entre as diversas áreas profissionais da saúde no espaço hospitalar e assim é oportuno estes estimularem continuamente o diálogo, a interação e relações humanas saudáveis. Do mesmo modo, entende-se que discutir questões as quais atravessam e permeiam o trabalho, apresentar sugestões de melhoria e manter uma qualidade na comunicação entre os profissionais são dispositivos essenciais para um contexto laboral salutar entre os trabalhadores de saúde das instituições hospitalares.

Autonomia no trabalho dos enfermeiros

Um dos aspectos definidores que interferem na qualidade de vida dos enfermeiros em instituições hospitalares relaciona-se ao exercício da autonomia no contexto laboral. Espírito Santo *et al.* (2010) referem que a autonomia profissional relaciona-se à satisfação com o trabalho, ao desenvolvimento de práticas e à qualidade de vida. Gomes e Oliveira (2005) entendem por autonomia profissional a capacidade do enfermeiro de se autodeterminar dentro da equipe de saúde, no exercício legal de suas atribuições profissionais.

Dessa maneira, a importância da autonomia está atrelada à satisfação, restabelecimento da autoconfiança, prazer no ambiente de trabalho e à presença de uma chefia que confie e atenda as necessidades do trabalhador: *Eu consigo resolver certas coisas sozinhas, claro que eu sempre passo para minha chefia imediata, mas eu tenho bastante autonomia para resolver (E6).* [Acho

importante] autonomia para discutir, autonomia para ser ouvido, autonomia para poder intervir dentro da sua alçada profissional (E8).

É possível constatar nos relatos que a melhoria da QVT dos enfermeiros está relacionada a se sentirem úteis, resolutivos, escutados dentro da instituição. Na pesquisa realizada por Siqueira e Kurgant (2012), 44 enfermeiros nos Serviços de Hematologia e Hemoterapia de um hospital público do município de São Paulo indicaram a autonomia como o componente mais relevante de satisfação no trabalho. Sabe-se que a satisfação é um fator que favorece a motivação e a produtividade profissional, estimulando a dedicação ao trabalho e à qualidade do serviço, o que se refere também à autonomia.

Cabe referir que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem são embasados no saber-fazer e nas habilidades de cada profissional, por isso o trabalho do enfermeiro deve ser realizado com autonomia e no exercício da inteligência (MOLINIER, 2008). Nessa perspectiva, um enfermeiro menciona a falta de autonomia como um fator prejudicial para a prestação do serviço de saúde, dificultando a realização do cuidado e, conseqüentemente, a QVT: *Falta autonomia para resolver as coisas, é muito memorando, passa de um para o outro, tu não consegue dar uma resolução direta (E3). Autonomia eu quase não tenho para trabalhar e se eu não tenho autonomia, eu me sinto frustrada (E7).*

Percebe-se que a burocratização das atividades acaba por limitar a autonomia das ações do enfermeiro no hospital. Diante disso, é importante que as chefias permitam a liberdade de expressão e de decisão dos profissionais, a fim de gerar resolutividade e organização do trabalho e, por conseguinte, a satisfação do trabalhador. No entanto, para que isso seja possível, o enfermeiro necessita conquistar confiança e respeito de suas chefias e da própria equipe pela aplicação de seu conhecimento científico, demonstrando sua competência para exercer tal cargo

(GOMES; OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, o depoente ressalta que a disposição de pouca autonomia está condicionada pelos interesses da instituição: *A autonomia se exerce quando é de interesse da instituição (E12).*

É comum acontecer dos enfermeiros adaptarem-se aos processos de trabalho da instituição para encontrar espaços de exercício da autonomia profissional. Nessa configuração de ambiente para a atuação do enfermeiro pode-se apresentar, conforme Greco *et al.* (2011) a falta de apoio dos colegas de trabalho e chefias perpassando por altas demandas e baixo controle no labor, o que torna os profissionais propensos a desenvolver estresse ocupacional e outras enfermidades devido ao desequilíbrio psicoemocional.

Frente a esse cenário, as instituições hospitalares necessitam investir em políticas institucionais que visem à autonomia do enfermeiro, por meio de espaços de escuta e diálogo com os profissionais e da aproximação das chefias com os trabalhadores e da participação destes nos processos decisórios, com o intuito de qualificar a assistência de saúde ofertada na organização e proporcionar maior satisfação aos profissionais no desempenho do cuidado.

Recursos humanos e materiais: condições impróprias para a qualidade de vida no trabalho

As condições de trabalho foram aspectos apontados pelos participantes como indicador indispensável para a QVT, uma vez que os instrumentos de trabalho são elementos fundamentais para desempenhar o exercício da enfermagem e ofertar qualidade na assistência aos usuários dos serviços de saúde. Com destaque para as instituições hospitalares, a assistência de enfermagem tem tradicionalmente sido penalizada com a deficiência de recursos materiais e humanos, os quais interferem diretamente na qualidade do serviço prestado pelos enfermeiros (DALMOLIN;

LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009). Os enfermeiros fazem menção às condições de trabalho no hospital que atuam: *Qualidade de vida no trabalho é ter as condições ideais para se trabalhar, assim como uma equipe que tenha número de profissionais suficientes para atender a demanda dos pacientes que tu tens. E sem falar no material que não pode faltar: esparadrapo, gaze, seringa; porque sem isso tu não vais poder dar a assistência desejada (E5). Os fatores que interferem [na QVT] é não ter as condições adequadas para o trabalho, como falta de materiais e equipamentos, e equipe necessária (E9).*

Identifica-se que a partir da carência de recursos humanos e materiais no ambiente de trabalho o desempenho da enfermagem é dificultado e, por conseguinte, ocasiona insatisfação dos trabalhadores por não conseguirem realizar o cuidado aos pacientes da maneira mais adequada. Em um estudo com 33 profissionais de enfermagem, de um Centro Municipal de Saúde localizado no município do Rio de Janeiro, o número de funcionários da equipe de saúde tem sido inadequado para realização das tarefas (FARIAS; ZEITUNE, 2007).

As condições inadequadas para o trabalho foram sugeridas como fator dificultador para a QVT, com a necessidade de improvisação e adaptação às carências materiais e humanas, o que pode acarretar repercussões psicofísicas devido às circunstâncias desfavoráveis à realização humana por meio do trabalho (SOUZA *et al.*, 2010). Nessa perspectiva, para que os trabalhadores exerçam suas atividades com satisfação é preciso haver modificações no ambiente de trabalho, de forma a tornar o ambiente laboral com condições mais saudáveis e, principalmente, corresponder aos anseios dos profissionais (LEMOS; PASSO, 2012).

Outra questão que interfere na QVT e na qualidade de vida pessoal é a intensificação da carga horária de trabalho dos enfermeiros e também dos técnicos e

auxiliares de enfermagem que, na maioria das vezes, procuram por um segundo emprego com o intuito de aumentar a renda mensal, face à baixa remuneração salarial dessas categorias profissionais. Em uma pesquisa com 491 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, 26,6% assumiam um segundo turno de trabalho como forma de complementar a renda, produzindo melhoria financeira, contudo, esta condição é desencadeante de sobrecarga de trabalho (KIRCHHOF *et al.*, 2009). Os depoentes também expressam essa situação: *Acabamos fazendo hora extra para ter o sustento e não tem qualidade de vida no emprego, porque moramos dentro do hospital praticamente, pois ganhamos muito mal (E6). A diminuição da carga horária, eu acho que vai facilitar bastante, porque nós [enfermeiros] não temos muita qualidade de vida, trabalhamos de domingo a domingo e a família fica de lado (E3).*

Os enfermeiros apontaram a baixa QVT por causa da quantidade de carga horária semanal de trabalho. Nesse sentido, Areias e Comandule (2006) salientam que uma parcela da população mundial dedica-se a um número excessivo de horas de trabalho. Em uma pesquisa realizada por Porto *et al.* (2013) com 240 enfermeiros de diferentes instituições de saúde de Pelotas/RS, mesmo município deste estudo, 35,4% relataram trabalhar mais de 40h, 31,2% conviviam com doenças crônicas e 37,1% avaliaram sua saúde de razoável a ruim.

A diminuição da carga horária de trabalho poderia auxiliar na manutenção da QVT, visto que ao diminuir as horas de trabalho, os profissionais teriam mais tempo disponível com familiares, amigos e momentos para descanso e lazer. Dessa forma, o déficit de recursos materiais e humanos são aspectos desencadeadores da redução de QVT dos enfermeiros em hospitais e caracterizam-se como condições laborais impróprias na realização do exercício profissional.

Além disso, em ambientes que

configuram poucas condições de trabalho adequadas, os enfermeiros podem estar expostos à fadiga e ao estresse, tanto em decorrência das condições do próprio local de atuação, como pelo exercício profissional em duplas jornadas de trabalho e isto desencadeiam o adoecimento e o absenteísmo dos trabalhadores. Portanto, tomar medidas nas instituições hospitalares que promovam condições de trabalho ao menos minimamente adequadas para a enfermagem é pensar na qualidade do cuidado ofertado aos pacientes e na promoção de saúde destes profissionais que podem também, em decorrência de precários ambientes de trabalho, estar na condição de doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos que interferem na QVT dos enfermeiros de instituições hospitalares estiveram relacionados à insatisfação desses profissionais frente às dificuldades de relações humanas, falta de autonomia no trabalho e condições laborais inadequadas.

A falta de recursos humanos e materiais no desenvolvimento do trabalho foram fatores significativos verbalizados pelos enfermeiros como condições indispensáveis para a QVT. Do mesmo modo, as boas relações humanas no trabalho são também evidenciadas como imprescindíveis no desenvolvimento das práticas de trabalho em saúde, e o enfermeiro, profissional que faz a articulação entre várias profissões da área da saúde, necessita estar preparado para estimular e construir um diálogo entre a equipe de enfermagem e a equipe de saúde para, desta forma, fortalecer as relações interpessoais saudáveis nas instituições hospitalares.

Por isso, os profissionais enfermeiros devem despender esforços no sentido de minimizar as relações interpessoais fragmentadas, bem como trabalhar na luta por um espaço social de maior reconhecimento profissional e autonomia. Nessa relação está implicada a importância

do contexto laboral para o desenvolvimento do sujeito trabalhador e a sua rede de significados, na medida em que a valorização das ações profissionais e as melhorias nas condições de trabalho produzem satisfação e QVT.

As limitações desse estudo estão na investigação de uma realidade específica, que pode ou não se assemelhar a outras localidades, nos aspectos das condições de trabalho, de autonomia e de relacionamentos interpessoais nas equipes. Diante dos resultados encontrados, evidencia-se como desafio para os serviços de saúde a necessidade de investimentos em educação permanente para transformar profissionais de saúde mais sensíveis ao desenvolvimento de relações humanas saudáveis no ambiente de trabalho. É necessário, portanto, discussões ampliadas entre trabalhadores e gerências das instituições hospitalares, por condições de trabalho que possibilitem a QVT dos enfermeiros, e, deste modo, transcender a qualificação da assistência de enfermagem para, de fato, o cuidado qualificado aos indivíduos.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

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

REFERÊNCIAS

AREIAS, M.E.Q., COMANDULE, A.Q. Qualidade de vida, estresse no trabalho e Síndrome de Burnout. *In: VILARTA, R. et al. Qualidade de vida e fadiga institucional*. Campinas: IPES Ed, 2006. p. 183-202.

BRASIL. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012.

- CASATE, J.C.; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.
- DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W.D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 1, p. 35-40, 2009.
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.
- ESPÍRITO SANTO, C.C. *et al.* Por um caminho de compreensão da construção da enfermagem: uma revisão integrativa da autonomia profissional. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.2, n. supl., p. 767-770, 2010.
- FARIAS, S.N.P.; ZEITUNE, R.C.G. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 487-493, 2007.
- FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.
- GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p.145-153, 2005.
- GOMES, M. T.; OLIVEIRA, D.C. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 178-185, 2008.
- GRECO, P.B.T. *et al.* Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na America Latina: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 272-281, 2011.
- KIRCHHOF, A.L.C. *et al.* Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.
- LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.
- LEMOS, M.C.; PASSOS, J.P. Satisfação e frustração no desempenho do trabalho docente em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 48-55, 2012.
- MARTINATO, M.C.N.B. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 160-166, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 118, p.6-16, 2008.

- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume; 2008.
- PORTO, A.R. *et al.* Autoavaliação de saúde e doenças crônicas entre enfermeiros de Pelotas/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 763-771, 2013.
- RIBEIRO, J.P.; PORTO, A.R.; THOFEHRN, M.B. A construção do ser humano no grupo para o trabalho em equipe de enfermagem. **Enfermería Global**, v. 10, n. 23, 2011.
- RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- RONCHI, C.C. **Sentido do trabalho**: saúde e qualidade de vida. Curitiba: Juruá, 2010.
- SANTOS, M.C. L., BRAGA, V.A.B.; FERNANDES, A.F.C.F. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 1, p. 101-105, 2008.
- SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidade do bloco cirúrgico sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.
- SIQUEIRA, V.T.A.; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p.151-157, 2012.
- SOUZA, N.V.D.O. *et al.* . Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.236-243, 2010.
- THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. **Teoria dos vínculos profissionais**: formação de grupo de trabalho. Pelotas: Editora Universitária da Federal de Pelotas, 2009.
- THOFEHRN, M.B. *et al.* **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde**. Pelotas: Editora Universitária da Federal de Pelotas, 2009.

STRESS, AVALIAÇÃO COGNITIVA E ADAPTAÇÃO AO TRABALHO NA CLASSE DE ENFERMAGEM

Anabela Esteves¹, A. Rui Gomes²

RESUMO: Este estudo analisa a experiência de *stress* ocupacional em profissionais de saúde (particularmente na classe de enfermagem) e propõe uma abordagem transacional ao estudo da adaptação humana a situações de *stress* laboral. Segundo a abordagem transacional, o *stress* está largamente dependente da avaliação cognitiva que os indivíduos fazem de determinada situação. Apesar do contributo desta abordagem na compreensão da adaptação humana em diferentes contextos de funcionamento, pouco se sabe sobre a sua aplicação à explicação do confronto com o *stress* laboral. Uma das razões apontadas para esta situação deve-se às dificuldades metodológicas em conseguir avaliar e interpretar as diferentes dimensões do modelo num único estudo. Tendo por base estes aspetos este trabalho divide-se em três partes: (a) analisar as fontes de *stress* na classe da enfermagem e as consequências deste fenómeno nos profissionais de enfermagem; (b) propor uma visão integrada dos processos psicológicos envolvidos nas diferentes etapas de adaptação ao *stress* em contexto laboral, tendo por base o Modelo Transacional de Lazarus (2000); e (c) discutir algumas implicações do estudo do *stress* ocupacional para a investigação e intervenção em profissionais da classe da enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: *Stress* ocupacional; Adaptação ao trabalho; Enfermagem.

STRESS, COGNITIVE APPRAISAL AND ADAPTATION TO WORK IN THE NURSING ACTIVITY

ABSTRACT: This study analyses the experience of occupational stress in health professionals (particularly in the nursing activity) and proposes a transactional approach to the study of human adaptation to stress situations at work. According to the transactional approach, stress is largely dependent on the cognitive appraisal that individuals assumes when facing stress situations. Despite the contribution of this approach in understanding human adaptation to stress events, little is known about its application to the study of work stress. Considering these aspects, this work is divided into three parts: (a) analyze the sources of stress in the nursing activity and its consequences in these professionals; (b) propose an integrated analysis of the psychological processes involved in the different stages of human adaptation to work stress, considering for that the Transactional Model of Lazarus (2000), and (c) discuss some implications for research and intervention in the study of occupational stress in nursing professionals.

KEYWORDS: Occupational stress; Adaptation to work; Nurses.

¹ Mestre em Psicologia pela Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal. E-mail: anabelaesteves.psi@hotmail.com,

² Doutor em Psicologia. Professor Auxiliar. Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Campus de Gualtar, Braga, Portugal. E-mail: rgomes@psi.uminho.pt.

Recebido em: 10/01/2014 . Aceito em: 16/02/2014

INTRODUÇÃO

Compreender a adaptação humana a situações de *stress* ocupacional é uma das questões mais desafiantes e relevantes que se coloca ao estudo do comportamento humano, dadas as repercussões significativas do *stress* sobre o trabalhador e sobre as organizações empregadoras.

Apesar do contributo inegável da investigação neste domínio, continua a existir uma lacuna acerca dos fatores que podem condicionar e promover a adaptação a situações de *stress* em contexto laboral (GOMES, 2014), particularmente em atividades como a enfermagem, onde os níveis de tensão laboral são significativos (BOURBONNAIS *et al.*, 1998; BUTTERWORTH *et al.*, 1999; MCINTYRE, MCINTYRE e SILVÉRIO, 1999). Mais concretamente, ainda é pouco claro que aspetos podem ajudar a compreender a razão pela qual alguns trabalhadores reagem mais positivamente a determinadas pressões no trabalho, enquanto outros não conseguem ajustar-se satisfatoriamente a essas mesmas exigências. Na verdade, são vários os estudos que têm demonstrado que nem todos os profissionais experienciam reações de *stress* face às mesmas fontes de *stress* a que estão sujeitos (GOMES, CRUZ e CABANELAS, 2009; PARTIKH, TAUKARI e BHATTACHARYA, 2004; SILVA e GOMES, 2009).

Neste sentido, torna-se fundamental que a investigação assuma duas linhas de análise distintas, mas interligadas. Por um lado, é importante identificar as situações potencialmente geradoras de *stress* e mal-estar nos profissionais bem como as consequências sobre o seu funcionamento pessoal, familiar e profissional. Por outro lado, também é importante identificar os fatores que levam diferentes profissionais a avaliar as mesmas fontes de *stress* como negativas ou positivas para o seu bem-estar. Ou seja, que aspetos justificam que perante os mesmos constrangimentos situacionais, diferentes profissionais assumam reações completamente distintas, sendo umas mais

positivas e funcionais e outras mais negativas e disfuncionais. Considerando estas duas questões de estudo, este trabalho divide-se em três partes. Em primeiro lugar, analisa algumas indicações da investigação sobre o fenómeno do *stress* ocupacional na classe profissional da enfermagem, procurando assim responder à questão das situações potencialmente geradoras de *stress* e mal-estar nesta atividade laboral. Em segundo lugar, este trabalho propõe uma perspetiva teórica que ajuda a compreender os diferentes processos psicológicos implicados no processo de ajustamento ao *stress* ocupacional, procurando assim responder à questão dos fatores que melhor poderão ajudar a compreender resultados positivos ou negativos na adaptação ao *stress* no trabalho (seja ou não na classe da enfermagem). Na parte final do trabalho, propomos algumas implicações para a investigação e intervenção na classe profissional da enfermagem, tendo por base a necessidade de compreender e controlar a experiência de *stress* ocupacional nestes trabalhadores.

Stress ocupacional do ponto de vista laboral: os profissionais de enfermagem

A globalização dos mercados e o consequente aumento da competitividade económica exerce uma pressão acrescida nos setores produtivos e, obviamente, reflete um aumento substancial dos níveis de exigência sobre os trabalhadores. Este aumento das exigências profissionais exponencia a necessidade constante do indivíduo adquirir novos recursos comportamentais e cognitivos para lhes fazer face. Este panorama explica o crescente interesse pela investigação sobre o *stress* ocupacional, na expectativa de compreender e controlar os seus efeitos.

Deste esforço da investigação em compreender os efeitos do *stress* ocupacional é de realçar que este fenómeno tende a estar associado a estados de humor depressivos, *burnout*, problemas cardiovasculares, entre outros aspetos

(LEE; WANG, 2002). A nível organizacional também existem efeitos perniciosos do *stress* ocupacional, nomeadamente o elevado absentismo, os acidentes no trabalho, a diminuição do rendimento e da produtividade no trabalho, entre outros aspetos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Considerando os dados da investigação sobre a prevalência de *stress* ocupacional em profissionais de saúde, é de destacar que os enfermeiros desempenham uma atividade particularmente stressante. A este nível, a literatura existente aponta para uma elevada prevalência de *stress* nestes profissionais, sendo habitual classificar esta atividade como de “alto risco” (FILLION *et al.*, 2007; TUMMERS *et al.*, 2003). De facto, e contrariamente a muitas outras profissões, os médicos e enfermeiros são um grupo de risco pois estão sujeitos a situações de maior “exaustão emocional”, tendo que lidar constantemente com situações stressantes, como sejam, os casos de deficiência, de lesões graves, de sofrimento e de dor física e, por vezes, de trauma e morte dos pacientes (SAUTER; MURPHY, 1995). A literatura tem referido alguns fatores indutores de *stress* nos profissionais de saúde, designadamente, a ambiguidade de funções, as relações interpessoais, a preocupação com os doentes e a morte (ESCOT *et al.*, 2001; PARTIKH, TAUKARI e BHATTACHARYA, 2004).

São também muito relevantes outros fatores de enquadramento profissional, como a precariedade dos contratos de trabalho, o baixo rendimento salarial que, por consequência, pode levar à acumulação de turnos e resultar numa desgastante carga horária (GOMES; CRUZ; CABANELAS, 2009).

Um aspeto preocupante a destacar é o facto da exposição a estas potenciais fontes de *stress* poderem afetar negativamente a saúde e bem-estar dos profissionais da saúde, nomeadamente, em termos das queixas ao nível físico e psicológico (COOPER, DEWE e O’DRISCOLL, 2001; HILLHOUSE, ADLER, 1997), que se tendem a traduzir

em problemas de absentismo (CASCIIO, 1995; BORDA, NORMAN, 1997) e de baixa satisfação (BLEGEN, 1993).

A título ilustrativo, MCIntyre, MCIntyre e Silvério (1999), em estudo com enfermeiros portugueses verificaram que a sobrecarga de doentes e de trabalho e as más condições físicas e técnicas foram consideradas as principais fontes de *stress*. Outro dos dados obtidos permitiu verificar que a forma como estes profissionais responderam ao *stress* teve repercussões negativas, tais como: a ideação suicida, a negação, o aumento de sintomas físicos e o humor deprimido.

Tendo por base estas indicações, a conclusão é relativamente óbvia: quem cuida também sofre. Ou seja, apesar dos profissionais de saúde estarem preparados para compreender e lidar com o sofrimento humano, isso não faz deles pessoas imunes aos efeitos negativos produzidos pelo *stress* ocupacional. De um modo geral, pode-se afirmar que estes profissionais estão expostos ao *stress* laboral devido à natureza intrínseca da sua atividade (e.g., ter de lidar com o sofrimento, mal-estar e, por vezes, morte dos seus pacientes) mas exercem esta atividade em circunstâncias particularmente exigentes, ou seja, a tolerância ao erro é mínima ou mesmo inexistente, os recursos disponíveis nem sempre abundam, os horários de trabalho são frequentemente perturbadores da vida pessoal e familiar e nem sempre as perspectivas de carreira e de remuneração são as mais atrativas, principalmente quando comparado com outras profissões.

Independentemente do interesse desta linha de investigação, permanece por explicar o facto dos efeitos do *stress* ocupacional não se fazerem sentir do mesmo modo em todos os profissionais. Ou seja, mesmo quando estudamos na classe de enfermagem setores de trabalho particularmente stressantes como, por exemplo, os serviços de urgência, os serviços de cuidados intensivos e paliativos, a verdade é que as respostas destes profissionais variam entre si. Este facto, faz-

nos pensar que algumas variáveis psicológicas podem explicar estes padrões distintos de adaptação ao *stress* no trabalho. Na próxima secção deste trabalho procuramos fornecer algumas respostas para esta questão do ponto de vista conceptual.

Stress ocupacional do ponto de vista conceptual: uma perspectiva transaccional

A abordagem Transaccional Cognitivo, Motivacional e Relacional de Lazarus (1991, LAZARUS e FOLKMAN, 1984) considera o *stress* como um processo resultante da interação entre os estímulos ambientais e as respostas individuais, que tende a ocorrer quando a pessoa avalia as exigências externas como excedendo as suas capacidades e recursos para lidar com elas, colocando assim em perigo o seu bem-estar.

Esta perspectiva realça a interdependência entre as variáveis individuais (cognições, emoções e comportamentos) e o meio ambiente (por exemplo, a pressão dos prazos para execução das tarefas, as más condições físicas de trabalho, o excesso de trabalho, o baixo poder de decisão) (LAZARUS, 1995). A avaliação cognitiva da transação indivíduo-ambiente engloba o conjunto de processos conscientes e inconscientes relacionados com a avaliação subjetiva efetuada pela pessoa acerca da importância do evento stressante e da sua capacidade para lidar com essa situação (LAZARUS, 1999). Mais concretamente, a avaliação cognitiva envolve dois processos distintos mas interrelacionados entre si: a avaliação cognitiva primária e a avaliação cognitiva secundária. Estes dois processos psicológicos ocorrem quando um indivíduo está perante uma situação de *stress* passível de lhe gerar mal-estar, originando emoções e sensações que, por sua vez, acompanham e influenciam a avaliação cognitiva (FOLKMAN; LAZARUS, 1988).

No que se refere à avaliação cognitiva primária, a pessoa analisa se o acontecimento é ou não importante para o

seu bem-estar pessoal, tendo por base os acontecimentos anteriores, as crenças acerca de si próprio e do mundo, bem como a natureza e duração da situação de *stress* e a eventual existência/qualidade do apoio social. O resultado desta avaliação primária determina se a situação de *stress* representa uma ameaça ou perda/prejuízo para o indivíduo ou se, pelo contrário, representa um desafio ou benefício (LAZARUS, 2000). Por exemplo, na avaliação cognitiva com um resultado negativo, o trabalhador pode sentir ameaça perante uma situação de *stress* (ex: possível perda de emprego) que se pode traduzir numa perda ou prejuízo se essa situação vier a resultar num dano efetivo (ex: despedimento). Já no que respeita à avaliação cognitiva com um resultado positivo, o trabalhador pode sentir-se desafiado perante a mesma situação de *stress* (ex: possível perda de emprego), procurando outras alternativas de carreira mais interessantes para si, que podem no final traduzir-se numa perceção de benefício (ex: encontrar um emprego alternativo mais realizador do ponto de vista pessoal e profissional).

A complexidade do entendimento da avaliação cognitiva primária decorre do facto de na mesma situação de *stress* as pessoas poderem transitar de um estado de ameaça e perda/prejuízo para outro de desafio e ameaça, bastando para tal que o significado atribuído a essa situação se altere. Seja como for, as duas primeiras formas de avaliação (e.g., ameaça e perda/prejuízo) tendem a estar associadas a emoções negativas, enquanto as duas últimas (e.g., desafio e benefício) tendem a estar associadas a emoções positivas. No entanto, o resultado final do confronto com a situação de *stress* (que inclui a dimensão emocional) ocorrerá em definitivo após a avaliação cognitiva secundária (LAZARUS, 1991), que passamos a descrever.

Na avaliação cognitiva secundária, o indivíduo faz uma análise dos recursos e estratégias de *coping* (confronto) que julga possuir para lidar com a situação de *stress*. A avaliação secundária não é o confronto

propriamente dito, é antes o momento em que a pessoa decide aquilo que irá fazer para lidar com o problema que está a sentir (LAZARUS, 1999). O *coping* representa o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais realizados pela pessoa para lidar com as exigências internas e externas, colocadas por uma situação específica de *stress* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A opção da possível estratégia de confronto implica que o indivíduo analise três aspetos: (a) responsabilidade: implica saber a quem pode ser atribuída a responsabilidade pela situação de *stress*, podendo esta ser atribuída ao próprio ou aos outros; (b) potencial de *coping*: implica avaliar os recursos que a pessoa julga possuir para lidar com as exigências da situação; e (c) expectativas futuras: implica analisar até que ponto a situação pode mudar para melhor ou para pior (LAZARUS, 1991).

A avaliação destes três aspetos informa a pessoa sobre as possibilidades que tem de controlar a situação (controlo percebido), sendo este aspeto determinante na escolha da estratégia de confronto a utilizar para lidar com a situação em causa. Neste caso, Lazarus e Folkman (1984) propõem uma divisão entre estratégias centradas na resolução do problema e estratégias centradas na regulação emocional. As primeiras, referem-se aos esforços do indivíduo para modificar as condições do evento stressor como, por exemplo, a recolha de informações acerca de possíveis ações que solucionem o problema. As segundas, consistem nos esforços para controlar as emoções de carácter negativo provocadas pelo evento ameaçador como, por exemplo, o recurso à utilização de pensamentos positivos (LAZARUS, 1995).

Uma vez avaliada a situação de *stress* assim como as possibilidades de controlo, o indivíduo escolhe as estratégias de *coping* para dominar, controlar e modificar essa mesma situação. A este nível, existem indicações acerca da possibilidade de determinados estilos de *coping* estarem

mais associadas a problemas psicológicos e a maiores dificuldades de adaptação. Por exemplo, estilos de *coping* centrados no evitamento das situações têm vindo a ser associados a problemas de saúde mental (COYNE; RACIOPPO, 2000). Já os estilos de confronto mais ativos, centrados na resolução do problema, são habitualmente formas mais ajustadas e saudáveis do trabalhador se adaptar às exigências laborais, principalmente nos casos onde este tem efetivamente possibilidade de alterar a situação em que se encontra e exercer controle sobre as fontes de tensão que o rodeia (FOLKMAN; LAZARUS, 1980). As estratégias de confronto também podem mudar em função da alteração das fontes de *stress*, das mudanças ocorridas na sociedade e nas organizações (LAZARUS, 1995). As possibilidades de resposta ou de *coping* são numerosas e desempenham um papel muito importante na adaptação humana em diferentes contextos de funcionamento.

O modelo transacional também considera a importância das emoções experienciadas ao longo do encontro adaptacional, sendo estas evidentes e transversais ao processo transacional. Lazarus e colaboradores (1980), definem a emoção como um conjunto de reações complexas e organizadas psicologicamente, compostas por avaliações cognitivas, impulsos para a ação e padrões de reações somáticas. A resposta emocional depende da avaliação cognitiva, devendo ser analisada como resultado da interação entre o modo como a pessoa avalia a situação e o modo como procura lidar com ela. Por sua vez, a emoção e o *coping* influenciam-se mutuamente, numa relação dinâmica e recíproca, na medida em que a emoção facilita e interfere com o *coping* e, numa perspectiva temporal, o *coping* pode afetar a reação emocional. O *coping* é, pois, um mediador da resposta emocional (LAZARUS, 1991).

O *stress* psicológico deve assim ser visto como fazendo parte de um conceito abrangente que inclui as emoções positivas

e as negativas, as quais são de grande relevância na forma como pensamos e agimos (LAZARUS, 1993). Lazarus (1993), defendeu que o fenômeno do *stress* e das emoções deveria ser estudado num único tópico de análise, denominando esses processos por “encontros adaptacionais”. Segundo o autor, a sua divisão é contraproducente e ilógica, uma vez que as emoções estão envolvidas nos processos de *stress*, podendo inclusivamente fornecer um maior entendimento acerca da adaptação humana nestas situações (LAZARUS, 2000).

Em síntese, esta perspetiva transaccional confere um papel central aos processos de avaliação cognitiva (ao nível primário e secundário) na compreensão da adaptação humana a situações de *stress*. No entanto, apesar do primado da avaliação cognitiva na compreensão deste fenómeno, isso não nos deve fazer aceitar a visão simplista de que as condições de trabalho não estão relacionadas com a experiência de *stress* dos trabalhadores. Ou seja, embora se reconheça a importância dos processos de avaliação cognitiva, a verdade é que existem determinadas condições de trabalho que tendem a desencadear *stress* para a maioria dos trabalhadores, devendo por isso merecer a devida atenção dos responsáveis das organizações empregadoras (ex: pressões de tempo, sobrecarga de trabalho, baixos salários e precariedade dos vínculos laborais, etc.) (LAZARUS, 1999).

Stress ocupacional na classe de enfermagem: implicações para a investigação e intervenção

Apesar do contributo inegável do modelo transaccional para a compreensão da adaptação humana em diferentes contextos de funcionamento, pouco se sabe sobre a sua aplicação à explicação do confronto com o *stress* laboral (DEWE; O'DRISCOLL; COOPER, 2010). Uma das razões apontadas para esta situação está relacionada com a complexidade metodológica de integração das diferentes

dimensões do modelo (*stress*, avaliação cognitiva, *coping* e emoções) num único estudo (GOMES, 2014). Para além desta dificuldade, acresce o facto destas dimensões assumirem uma natureza dinâmica ao longo do confronto com a situação de *stress*, podendo sofrer alterações no decorrer do episódio de *stress* (GOMES, 2014). No entanto, e tal como refere Lazarus (1999), os diferentes domínios do modelo transaccional devem ser entendidos em conjunto e a sua frequente divisão ao nível da investigação compromete a compreensão transaccional da relação indivíduo-ambiente numa situação de *stress*. Assim sendo, um dos desafios que se coloca à investigação atual é a necessidade de desenvolver estudos integrados com os diferentes domínios do processo transaccional. Gomes (2014), no seu mais recente trabalho, propôs um modelo interativo de adaptação humana a diferentes contextos de funcionamento. Este modelo baseia-se na proposta transaccional de Lazarus (1991) propondo que o *stress* ocupacional deve ser estudado considerando a interação entre os seguintes fatores: (a) sequência temporal de exigências dos eventos de *stress* (ex: excesso de trabalho); (b) fatores antecedentes que condicionam a experiência de *stress*, como sejam, as variáveis situacionais (ex: tipo de organização, cultura) e individuais (ex: traços de personalidade, idade, sexo); (c) a avaliação cognitiva de primeiro nível (primária e secundária) e avaliação cognitiva de segundo nível (terciária e quaternária); (d) as respostas ao nível psicológico, fisiológico e comportamental (por exemplo, ansiedade, ameaça, aumento da frequência cardíaca), e (e) os resultados do evento da adaptação humana. Nesta proposta, o autor preconiza que será a interação entre estes fatores que permitirá explicar a adaptação humana ao *stress*, podendo genericamente no final traduzir-se num funcionamento humano positivo ou num funcionamento humano negativo. Dada a natureza recente desta proposta, ainda é necessária investigação que confirme a sua utilidade.

Tendo em atenção o modelo transaccional e estes avanços mais recentes do ponto de vista conceptual, os estudos sobre *stress* ocupacional na classe de enfermagem devem considerar os seguintes aspetos: (a) analisar as potenciais fontes de *stress* ocupacional associadas à atividade e determinar se produzem efeitos diferenciais sobre o funcionamento dos profissionais do ponto de vista pessoal, familiar e profissional; (b) analisar o papel moderador de variáveis situacionais (ex: novidade e incerteza da situação de *stress*) pessoais (ex: sexo, idade, personalidade, etc.) na relação entre o acontecimento stressante, a avaliação cognitiva e a consequência da situação de *stress*; (c) analisar o impacto dos processos de avaliação cognitiva na experiência de *stress* destes profissionais, procurando compreender os efeitos da avaliação cognitiva primária e o papel da perceção de controle e do potencial de *coping* da avaliação cognitiva secundária na forma como estes lidam com o *stress* ocupacional; (c) analisar as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais no confronto e adaptação às exigências laborais, procurando compreender os efeitos de estratégias mais centradas na resolução do problema e na regulação emocional; e (d) analisar as consequências dos eventos stressantes, quer do ponto de vista positivo (ex: comprometimento com o trabalho), quer do ponto de vista negativo (ex: *burnout*).

Face às considerações até aqui expostas, um dos desafios que se coloca à investigação relaciona-se com a necessidade de se desenvolverem estudos onde se integrem os diferentes domínios do processo transaccional, avaliar como estes se comportam ao longo do tempo (e.g., estudos longitudinais) e compreender o fenómeno numa lógica inter-sujeito e intra-sujeito. Por outro lado, é igualmente relevante a adoção de metodologias qualitativas de investigação, uma vez que estas permitem aprofundar a complexidade da adaptação humana ao *stress*.

O presente trabalho sugere ainda a necessidade das instituições implementarem

não só procedimentos que permitam minimizar as fontes indutoras de *stress*, mas também sistemas e ambientes de trabalho que promovam avaliações cognitivas mais adaptativas por parte dos profissionais.

Em síntese, a natureza complexa, dinâmica e multidimensional da adaptação humana ao *stress* em contexto laboral beneficia com a realização de estudos integradores sustentados em modelos conceptuais, acautelando, assim, uma visão redutora do fenómeno. O modelo transaccional representa uma proposta válida para compreendermos os processos subjacentes à experiência e adaptação ao *stress* em contexto laboral. No entanto, e como foi possível constatar ao longo deste trabalho, o grande número de variáveis em estudo e o facto de serem dinâmicas entre si, tornam muito exigente o desenvolvimento de estudos integrados o que implica um maior desafio às ciências humanas e um maior empenho das organizações.

REFERÊNCIAS

BLEGEN, M. A. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. **Nursing Research**, v.42, n.1, p. 36-41, 1993.

BORDA, R.C.; NORMAN, I.J. Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. **International Journal of Nursing Studies**, v.34, n. 6, p. 385-394, 1997.

BOURBONNAIS, R. *et al.* Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 24, n.1, p.20-28, 1998.

BUTTERWORTH, T. *et al.* Stress, coping, burnout, and job satisfaction in British nurses: findings from the clinical supervision evaluation project. **Stress Medicine**, v. 15, p. 27-33, 1999.

CASCIO, W.F. Whiter industrial and organizational psychology in a changing

world of work? **American Psychologist**, v.50, p.928-939, 1995.

COOPER, C.L.; DEWE, P.J.; O' DRISCOLL, M.P. **Organizational stress: a review and critique of theory, research, and applications**. London: Sage, 2001.

COYNE, J.C.; RACIOPPO, M.W. Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. **American Psychologist**, v. 55, n.6, p. 655-664, 2000.

DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P.; COOPER, C. L. (Org.). **Coping with work stress: a review and critique**. Chichester: Wiley, 2010.

ESCOT, C. *et al.* Stress levels in nursing staff working in oncology. **Journal of the International Society for the Investigation of Stress**, v. 17, n.5, p. 273-279, 2001.

FILLION, L. *et al.* Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: Empirical evidence for an integrative occupational stress-model. **Journal of Stress Management**, v.14, n. 1, p. 1-25, 2007.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, n. 3, p. 219-239, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. Coping as a mediator of emotion. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 54, n.3, p. 466-475, 1988.

GOMES, A.R. Positive human functioning in stress situations: An interactive proposal. *In*: GOMES, A.R.; RESENDE, R.; ALBUQUERQUE, A. (Eds.),

Theories of emotion. New York: Nova Science, 2014. v.1.

GOMES, A.R.; CRUZ, J.F.; CABANELAS, S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n.3, p. 307-318, 2009.

HILLHOUSE, J.J.; ADLER, C.M. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. **Social Science & Medicine**, v.45, n. 12, p. 1781-1788, 1997.

LAZARUS, R.S. (Org.). **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press, 1991.

LAZARUS, R.S. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. **Annual Review of Psychology**, v. 44, p. 1-22, 1993.

LAZARUS, R.S. Psychological stress in the workplace. *In*: CRANDALL, R.; PERREWÉ, P.L. (Eds.), **Occupational stress: A handbook**. Washington, DC: Taylor & Francis, 1995. p. 3-14.

LAZARUS, R.S. (Org.). **Stress and emotion: a new synthesis**. New York: Springer, 1999.

LAZARUS, R.S. Toward better research on stress and coping. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 55, n. 6, p. 665-673, 2000.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. (Org.). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEE, I.; WANG, H.H. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. **Journal of Nursing Research**, v.10, n. 4, p. 253-260, 2002.

MCINTYRE, T. M.; MCINTYRE, S. E.;
SILVÉRIO, J. Respostas de *stress* e
recursos de coping nos enfermeiros.
Análise Psicológica, v. 3, n. 17, p. 513-
527, 1999.

PARIKH, P.; TAUKARI, A.;
BHATTACHARYA, T. Occupational
stress and coping among nurses. **Journal
of Health Management**, v. 6, p. 115-117,
2004.

SAUTER, S. L.; MURPHY, L R. (Org.).
**Organizational risk factors for job
stress**. Washington, DC: American
Psychological Association, 1995.

SILVA, M.; GOMES, A.R. Stress
ocupacional em profissionais de saúde:
Um estudo com médicos e enfermeiros

portugueses. **Estudos de Psicologia**, v.
14, n.3, p. 239-248, 2009.

TUMMERS, G. *et al.* Individual-level and
group-level relationships between
organizational characteristics, work
characteristics, and psychological work
reactions in nursing work: A multilevel
study. **International Journal of Stress
Management**, v. 10, p. 111-136, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Raising awareness of stress at work in
developing countries. A modern hazard in
a traditional working environment.
Protecting Workers'

Health Series, n. 6, WHO, 2007.
Disponível em: <[www.who.int/
occupational_health/publications/stress/en/](http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/en/)
>. Acesso em: 20 Feb. 2014.

USO DE CHÁS E OUTROS PREPARADOS NATURAIS POR GESTANTES

Edcarla da Silva de Oliveira¹, Luana Farias Lima², Anne Fayma Lopes Chaves³, Hérica Cristina Alves de Vasconcelos⁴, Rebeca Silveira Rocha⁵, Mônica Oliveira Batista Oriá⁶

RESUMO: Esta pesquisa teve o objetivo de analisar o consumo de substâncias naturais por gestantes do município de Quixeramobim, Ceará e o potencial teratogênico implicado. Estudo do tipo descritivo-exploratório, transversal e de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e março de 2012, com 97 mulheres que se encontravam no terceiro trimestre gestacional, do município de Quixeramobim-CE. Aplicou-se um formulário, contendo dados socioeconômicos e obstétricos, além de informações sobre o uso de substâncias naturais e seu período de consumo. Esses dados foram analisados no *software PASW Statistics*, considerando estatística descritiva. Entre as 97 entrevistadas, 68 (70,1%) consumiram algum tipo de chá durante a gravidez, incluindo substâncias abortivas (32,3%), sendo a hortelã a mais frequente (13,3%), seguida da arruda (5,9%), cabacinha e boldo (4,4% cada). Os calmantes naturais foram utilizados por 61,8% das entrevistadas. Os mais consumidos foram a erva-cidreira (22,1%), seguida de capim-santo (14,7%) e erva-doce (13,2%). Observou-se elevado consumo de preparados naturais com propriedades abortivas, embora o perfil das participantes não fosse sugestivo de maior frequência de exposição a teratógenos, o que leva a acreditar na influência cultural para o uso de chás na região.

PALAVRAS-CHAVES: Gestantes; Bem-estar materno; Chá; Cuidado pré-natal; Enfermagem.

USE OF TEAS AND OTHER NATURAL PREPARED BY PREGNANT WOMEN

ABSTRACT: This research aimed to analyze the consumption of natural substances by pregnant women in the municipality of Quixeramobim EC - implicated and teratogenic potential. Study of descriptive and exploratory, cross-sectional and quantitative. Data collection was conducted between February and March 2012, with 97 women who were in the third trimester, the municipality of Quixeramobim - EC. Applied a form with socioeconomic and obstetric data, and information about the use of natural substances and their consumption period. These data were analyzed with PASW Statistics software, considering descriptive statistics. Of the 97 respondents, 68 (70.1 %) consumed some sort of tea during pregnancy, including abortifacient drug (32.3%) being the most common mint (13.3%), followed by rue (59 %), and cabacinha boldo (4.4% each). Natural tranquilizers were used by 61.8 % of respondents. The most consumed were balm (22.1 %), followed by grass -santo (14.7%) and fennel (13.2%). We observed a high consumption of natural cooked with abortifacient properties, although the profile of the participants were not suggestive of increased risk of exposure to teratogens, which leads to believe in cultural influence for the use of teas in the region.

KEYWORDS: Pregnant women; Maternal Welfare; Tea; Prenatal care; Nursing.

¹ Enfermeira. Faculdade Católica Rainha do Sertão. Alto Santo, Ceará, Brasil. E-mail: edcarla_osc@hotmail.com.

² Enfermeira. Faculdade Católica Rainha do Sertão. Quixadá, Ceará, Brasil. E-mail: luanaf@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: anneyfayma@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: hekinha@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: bekinharocha@hotmail.com.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: oriaemon@hotmail.com.

Recebido em: 05/01/2014 . Aceito em: 07/02/2014

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase da vida feminina permeada de muitas transformações. Por ter ligação direta com a mãe, o novo ser acaba sofrendo transformações que são influenciadas pelo meio externo no qual está inserida a gestante. Sendo assim, o uso de substâncias, sendo elas naturais ou sintéticas (como os fármacos), durante o período gestacional podem causar sérias alterações ao feto, bem como sua expulsão antes da hora (SCHÜLER-FACCINI *et al.*, 2002).

Mesmo diante da constante medicalização na qual a sociedade se encontra, ainda é prática comum entre as mulheres, principalmente aquelas de menor poder econômico, fazerem uso de preparados naturais para combater incômodos advindos da gravidez. É de se ressaltar que muitas plantas são desconhecidas quanto ao potencial de causar intoxicação e alterações no feto (MENGUE; MENTZ; SCHENKEL, 2001).

No Brasil, de acordo com Clarke, Rates e Bridi (2007), o uso de plantas é amplamente difundido e os fitoterápicos são comercializados sem prescrição médica. Os profissionais da saúde raramente são informados acerca desse uso. As gestantes e lactantes constituem o grupo populacional que mais recorre a esse tipo de tratamento, por acreditarem que não causam danos à criança. De acordo com Menguê, Mentz e Schenkel (2001), as informações disponíveis quanto ao uso de plantas na gravidez são mais escassas, quando comparada à questão farmacológica.

Em se tratando de populações residentes em regiões do interior nordestino, onde a cultura e o baixo poder aquisitivo favorecem a prática do consumo de substâncias naturais, é relevante conhecer o tipo e a frequência deste uso por gestantes e avaliar os possíveis efeitos da utilização dos mesmos durante a gestação, evitando complicações como aborto, parto

prematuro, deficiências cognitivas no conceito, defeitos congênitos, entre outros (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

No ano de 2000, somente no estado do Ceará, dos 148.930 partos que ocorreram, 422 apresentaram algum tipo de anomalia congênita detectada após o parto. Dez anos depois, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), embora o número de nascidos vivos tenha diminuído para 128.635, o total de crianças com algum tipo de anomalia aumentou consideravelmente, indo para 996 malformados (BRASIL, 2011).

Levando em consideração o contexto ora apresentado, bem como a escassez de pesquisas sobre a temática no Brasil, em especial no estado do Ceará e nos seus municípios, este estudo teve como objetivo analisar o consumo de substâncias naturais utilizadas por gestantes do município de Quixeramobim, Ceará e o potencial teratogênico implicado.

MÉTODO

O estudo é do tipo descritivo-exploratório, de cunho transversal e de natureza quantitativa. Foi realizado em Quixeramobim, município do interior do Ceará, que possui 18 Centros de Saúde da Família (CSF) ativos, nove localizados na zona urbana e nove na zona rural, sendo escolhidos para a coleta de dados, por conveniência, os CSF da zona urbana.

Para o cálculo amostral, considerou-se a taxa de partos realizados no ano de 2010 na cidade de acordo com dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), totalizando 937 e um erro amostral de 4%. Com isso, realizou-se o cálculo de amostragem aleatória simples sem reposição, resultando numa amostra de 97 gestantes que deveriam atender ao critério de inclusão de estar no terceiro trimestre gestacional.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e março de 2012, em dias aleatórios. Neste período, as gestantes foram selecionadas durante as consultas de pré-natal, sendo incluídas aquelas que concordaram voluntariamente com a participação na pesquisa. Às menores de 18 anos, pediu-se consentimento aos responsáveis.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista estruturado, adaptado do Sistema de Informações sobre Agentes Teratogênicos (SIAT) e já utilizado em pesquisas anteriores (GUERRA *et al.*, 2008; BARAKA *et al.*, 2013; ROCHA *et al.*, 2013). Questionaram-se dados socioeconômicos da gestante, bem como os antecedentes obstétricos e o consumo de preparados naturais.

Após revisão dos instrumentos preenchidos, os dados foram inseridos em um banco de dados no programa Microsoft® Office Excel do Windows Starter 7 (Microsoft Corporation versão 2003-2007) e, posteriormente, exportado para a análise no *Software PASW Statistics* versão 1.8 (SPSS 18). As frequências absolutas e relativas do consumo dos preparados naturais foram calculadas e apresentadas na forma de tabelas.

Os dados foram classificados de acordo com a classe terapêutica da substância natural, período de utilização e o motivo da gestante ter utilizado essa substância. Em seguida, as porcentagens encontradas foram correlacionadas com estudos anteriores de especialistas da área, para estimar se o uso dessas substâncias seria prejudicial ou teria algum risco potencial para o feto.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Católica

Rainha do Sertão (protocolo nº 20110198). Além disso, foram respeitados todos os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 97 gestantes captadas aleatoriamente nos nove CSF da sede do município de Quixeramobim, Ceará. Para caracterização sociodemográfica, foi construída a tabela 1.

Quanto às variáveis gestacionais, 59,8% das mulheres não haviam planejado a gravidez, 24,7% já tinham sofrido um aborto e 8,2% tiveram partos de natimortos. As primigestas totalizaram 38,1% das entrevistadas.

Do total da amostra, 68 (70,1%) consumiram algum tipo de chá durante a gravidez, com média de 1,4 produtos por mulher. Predominou o uso de preparados abortivos e calmantes naturais.

Das que fizeram uso de chás na gestação, 22 (32,3%) consumiram abortivos naturais, dentre as quais 13 (59%) utilizaram intencionalmente para tentar abortar, enquanto as demais não assumiram conscientemente essa intenção e disseram usar o chá para estimular a menstruação. A hortelã foi a que mais prevaleceu (13,2%), seguido da arruda (5,9%) e cabacinha e boldo (4,4% cada).

Os calmantes naturais foram os mais utilizados pelas mulheres, chegando ao total de 42 (61,8%) das entrevistadas. O mais consumido foi a erva-cidreira (22,1%), seguida de capim-santo (14,7%) e erva-doce (13,2% cada). O uso de outros tipos de chás totalizaram 5,9%. A tabela 2 apresenta os chás consumidos por essas mulheres, com seus respectivos nomes científicos, e sua classe terapêutica.

Tabela 1 - Caracterização das mulheres quanto aos dados sociodemográficos.
Quixeramobim, Ceará, 2012

Variáveis	N	%
Idade		
= 19 anos	20	20,7%
20-34 anos	67	69,1%
35-45 anos	7	7,1%
> 46 anos	3	3,1%
Estado Civil		
União consensual	35	37,1%
Casada	33	34,1%
Solteira	27	27,8%
Divorciada	2	1%
Escolaridade		
Analfabetas	8	8%
Ensino fundamental	50	52%
Ensino médio	37	38%
Superior	2	2%
Ocupação		
Atividade fora de casa	39	39,6%
Atividade em casa	34	35,4%
Não exercem nenhuma atividade	24	25%
Renda Familiar		
Menos de um salário mínimo*	18	18,9%
Um salário mínimo	42	45,3%
Mais de um salário mínimo	35	35,8%

*Salário Mínimo durante o estudo foi considerado o valor de R\$ 622,00.

Tabela 2 - Consumo de chás pelas gestantes do município de Quixeramobim, Ceará, 2012

VARIÁVEIS	NOME CIENTÍFICO	n	%
Preparados abortivos			
Arruda	<i>Ruta graveolens L.</i>	4	5,9
Boldo	<i>Peumus boldus L.</i>	3	4,4
Cabacinha	<i>Luffa operculata Cong</i>	3	4,4
Canela	<i>Cinnamomum zeylanicum B.</i>	1	1,5
Espirradeira	<i>Nerium oleander L.</i>	2	2,9
Hortelã	<i>Mentha piperita</i>	9	13,2
Calmantes naturais			
Camomila	<i>Matricaria chamomilla L.</i>	7	10,3
Capim santo	<i>Cymbopogon citratus L.</i>	10	14,7
Cidreira	<i>Lippia alba L. ou Melissa officinalis</i>	15	22,1
Erva doce	<i>Pimpinella anisum L.</i>	9	13,2
Romã	<i>Punica granatum L</i>	1	1,5

Continuação da tabela 2

VARIÁVEIS	NOME CIENTÍFICO	n	%
Diversos			
Cabelo de milho	<i>Zea mays L</i>	2	2,9
Erva mate	<i>Ilex paraguariensis St.Hill</i>	1	1,5
Unha de gato	<i>Uncaria tomentosa L</i>	1	1,5
Total		68	100,0

As participantes também foram questionadas quanto ao período de consumo dos preparados naturais, sendo os dados descritos na tabela 3.

Tabela 3 - Período do consumo de chás por gestantes do município de Quixeramobim, Ceará, 2012

PERÍODO DE CONSUMO	n	%
1º trimestre gestacional	8	11,8
2º trimestre gestacional	4	5,9
3º trimestre gestacional	10	14,7
Antes da gravidez	19	27,9
Durante a gravidez	9	13,2
Sempre usou	18	26,5
Total	68	100,0

DISCUSSÃO

Considerando as características da população estudada, observou-se que a maioria tinha idade entre 20 e 34 anos, fato justificado por tratar-se da faixa etária reprodutiva. No entanto, Lopes e Arruda (2010) relacionam a adolescência com maior vulnerabilidade a ações de risco. Predominaram gestantes com escolaridade alta (maior que oito anos), com parceiros (união consensual e casadas), que trabalhavam fora de casa, com renda igual ou superior a um salário mínimo. Este perfil difere do apontado por estudiosos como o de maior risco de exposição a teratógenos, que citam as solteiras (ROCHA *et al.*, 2013), com escolaridade inferior a oito anos de estudo e com maior poder aquisitivo (GUERRA *et al.*, 2008). A maior parte da amostra não havia planejado a gestação e, destas, muitas haviam tido aborto anteriormente, ambos considerados fatores

que aumentam as chances de efeitos teratogênicos na gravidez (SCHÜLER-FACCINI *et al.*, 2002).

Segundo Mengue *et al.* (2001) e Lapa *et al.* (2004), o conceito de natural fez com que os chás passassem a ser consumidos amplamente no tratamento de doenças e, baseando-se neste conceito, a população assume que o mesmo não causaria danos à saúde. Entretanto, a planta medicinal utilizada em medicamentos é um agente xenobiótico, que pode levar a um quadro clínico severo, algumas vezes fatal.

Dados publicados por Campesato (2005) evidenciaram que, no Brasil, as plantas e os preparados mais utilizados são emenagogas, ou seja, usadas para interrupção da gravidez. Muitas utilizam uma planta para um determinado fim, sem o verdadeiro benefício ou malefício. Embora sejam produtos naturais, também predispõem riscos teratogênicos ao feto. O quadro (1) a seguir mostra o potencial

abortivo já reconhecido ou suspeita de qualquer risco para a gestação relacionado às substâncias naturais consumidas pelas participantes do estudo e as respectivas pesquisas de comprovação.

Às gestantes, indagou-se sobre o uso de chás e outros preparados naturais. Outros estudos chamam atenção para o fato dessas substâncias estarem sendo utilizadas por mulheres grávidas, pois se desconhece o potencial abortivo e teratogênico de muitas

delas (CAMPESATO, 2005; MENGUE *et al.*, 2001; BRUM *et al.*, 2011).

De acordo com Campesato (2005), o consumo de plantas medicinais em gestantes assumiu o segundo lugar entre as terapias mais utilizadas por esse grupo. Na Noruega, o percentual foi de 36% de uso, com média de 1,7 produtos por mulher, e, nos Estados Unidos, 45,2% das grávidas fizeram uso de produtos de origem vegetal para tratar alguma intercorrência.

Quadro 1. Plantas com relato de ação abortiva ou suspeita de qualquer risco para a gestação*

PLANTA	POTENCIAL TÓXICO/ TERATOGENICO
ARRUDA (<i>Ruta graveolens L.</i>)	Mengue <i>et al.</i> , 1997; Garlet, 2000; Ritter <i>et al.</i> , 2002; Gutiérrez-Pajarez, Zúñiga e Pino 2003; Freitas, Augusto e Montanari 2005
BOLDO, BOLDO-DO-CHILE (<i>Peumus boldus</i>)	Almeida, Melo e Xavier 2000
BUCHA, BUCHINHA, CABACINHA (<i>Luffa operculata L.</i>)	Ngai, Chan e Yeung 1992a, 1992b, 1993
CANELA (<i>Cinnamomum verum</i> Prest.)	Tyler, 1987
ESPIRRADEIRA (<i>Nerium oleander L.</i>)	Lorenzi & Matos, 2002
HORTELÃ (<i>Mentha arvensis L.</i>)	Kanjanapothi <i>et al.</i> , 1981

*Fonte: Adaptado de Mengue *et al.*, 2001; Campesato, 2005.

Os dados aqui apresentados revelaram que 70,1% das mulheres consomem algum preparado natural, percentual acima dos encontrados na literatura. A média foi de 1,4 produtos por mulher, próxima da média mundial. Estudos realizados no Brasil encontraram que 31% das gestantes declararam o uso de alguma planta (BRUM *et al.*, 2011). Muitas das plantas citadas no estudo tinham risco de causar aborto como o boldo (*Peumus boldus L.*) e a hortelã (*Mentha piperita*) (BRUM *et al.*, 2011).

Os chás mais consumidos pela amostra estudada foram os calmantes naturais, como a erva-cidreira (22,1%) e o capim santo (14,7%). Não se encontrou na literatura qualquer ação mais importante desses produtos sobre o feto, apenas estudos em animais evidenciaram ação sedativa (MENGUE *et al.*, 2001).

Um dado bastante preocupante foi o uso de substâncias naturais para a interrupção da gravidez. Os abortivos mais utilizados foram a hortelã (*Mentha arvensis*

L.) (9 exposições), a arruda (*Ruta graveolens L.*) (4 exposições) e a cabacinha (*Luffa operculata Cong*) e o boldo (*Peumus boldus L.*) (3 exposições cada). Outros estudos apontam elevado percentual de uso de chás abortivos (49,7%) entre os quais está a cabacinha (OSÓRIO-DE-CASTRO *et al.*, 2004) (GEIB *et al.*, 2007) constataram que 39,0% das substâncias usadas pelas mulheres foram consideradas como potencialmente prejudiciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo, observou-se elevado consumo de preparados naturais com propriedades abortivas, embora o perfil das participantes não fosse sugestivo de maior risco de exposição a teratogênicos, o que leva a acreditar na influência cultural para o uso de chás na região.

Vale ressaltar que a utilização de qualquer substância desconhecida na gravidez oferece riscos potenciais de

teratogenicidade. Embora haja estudos experimentais com plantas em animais, seus resultados ainda são muito contraditórios, merecendo, por esse motivo, atenção quanto ao seu uso.

É essencial que os profissionais de saúde que assistem essas mulheres estejam atentos também ao conhecimento sobre substâncias naturais, pois, aquelas de menor poder aquisitivo, comumente recorrem a esses preparados para alívio de sintomas da gravidez, desconhecendo o potencial tóxico de algumas plantas.

Assim, sugere-se aos profissionais que sejam implementadas medidas educativas e sociais, além da avaliação do risco benefício para o binômio mãe-filho, através de programas de educação em saúde para as gestantes e educação continuada aos profissionais de saúde à respeito da terapêutica de substâncias naturais.

Por fim, torna-se imprescindível, mais estudos a respeito da temática, pois os mesmos ainda são escassos e o uso de plantas ou preparados naturais na gestação envolvem a mãe, o conceito e questões éticas. Faz-se necessário, então, maior busca de evidências científicas sobre as potenciais alterações e efeitos dessas substâncias para fundamentar esse uso e buscar apenas efeitos benéficos para mãe e feto.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Rocha RS e Oliveira ES colaboraram com a concepção e elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Lima LF, Chaves AFL e Vasconcelos HCA colaborou com a redação do artigo bem como com a revisão crítica. Oriá MOB colaborou com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e com a aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MELO, A. M.; XAVIER, H. Toxicological evaluation of the hydroalcohol extract of the dry leaves of *Peumus boldus* and boldine in rats. **Phytotherapy Research**, v. 14, p. 99-102, 2000.

BARAKA, M. A. *et al.* Ethnic differences in drug utilization pattern during pregnancy: a cross-sectional study. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 26, n. 9, p. 900-907, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de saúde, estatísticas vitais. **Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em 09 nov. 2013.

BRUM, L. F. S. *et al.* Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2435-2442, 2011.

CAMPESATO, V. R. **Uso de plantas medicinais durante a gravidez e risco para malformações congênitas**. 2005. 138 p. Tese (Doutorado em Ciências: Genética e Biologia Molecular) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

CLARKE, J. H. R.; RATES, S. M. K.; BRIDI, R. Um alerta sobre o uso de produtos de origem vegetal na gravidez. **Infarma**, [s.l.], v. 19, n. 1/2, p. 41-48, 2007.

- FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p.335-341, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a03.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- FREITAS, T. G.; AUGUSTO, P.; MONTANARI, T. Effect of *Ruta graveolens* L. on pregnant mice. **Contraception**, v. 71, n. 1, p. 74-77, 2005.
- GARLET, T. M. B. **Levantamento das plantas medicinais utilizadas no município de Cruz Alta, RS, Brasil**. 2000. 114 p. Dissertação (Mestrado em Botânica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2000.
- GEIB, L. T. C. *et al.* Prevalência e determinantes maternos de consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2351-2362, 2007.
- GUERRA, G. C. B. *et al.* Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 1, p. 13-18, 2008.
- GUTIÉRREZ-PAJARES, J.; ZÚÑIGA, L.; PINO, L. *Ruta graveolens* aqueous extract retards mouse preimplantation embryo development. **Reproductive Toxicology**, v. 17, n.6, p. 667-672, 2003.
- KANJANAPOTHI, D. *et al.* Postcoital antifertility effect of *Mentha arvensis*. **Contraception**, v. 24, n. 5, p. 559-567, 1981.
- LAPA, A. J. *et al.* Farmacologia e toxicologia de produtos naturais. In: SIMÕES, C. M. O. *et al.* (Org). **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. Porto Alegre: Editora Universidade/UFRGS, 2004. p. 247-262.
- LOPES, T. D.; ARRUDA, P. P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 79-83, 2010.
- LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. São Paulo: Instituto Plantarum, 2002. 512p.
- MENGUE, S. S.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P. Uso de plantas medicinais na gravidez. In: SANSEVERINO, N. O.; SPRITZER, D. T.; SCHÜLER-FACCINI, L. (Org). **Manual de teratogênese**. Porto Alegre: Editora Universidade/UFRGS, 2001. p. 423-450.
- MENGUE, S. S. *et al.* Especies vegetales utilizadas por embarazadas com el objeto de provocar La menstruación (encuesta a 6109 mujeres em siete ciudades de Brasil). **Acta Farmaceutica Bonaerense**, v. 16, n. 4, p. 251-258, 1997.
- NGAI, T. B.; CHAN, W. Y.; YEUNG, H. W. Proteins with abortifacient, ribosome-inactivating, immunomodulatory, antitumor and anti-AIDS activities from Cucurbitaceae plants. **General Pharmacology**, v. 23, p. 579-590, 1992a.
- NGAI, T. B.; CHAN, W. Y.; YEUNG, H. W. Two proteins with ribosome-inactivating, cytotoxic and abortifacient activities from seeds of *Luffa cylindrica* Roem. (Cucurbitaceae). **Biochemistry International**, v. 27, n.2, p. 197-207, 1992b.
- NGAI, T. B.; CHAN, W. Y.; YEUNG, H. W. The ribosome-inactivating,

antiproliferative and teratogenic activities and immunoreactivities of a protein from seeds of *Luffa aegyptiaca* (Cucurbitaceae). **General Pharmacology**, v. 24, n. 3, p. 655-658, 1993.

ÓSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* Uso indicado e uso referido de medicamentos na gravidez. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, sup.1, p. 573-582, 2004.

RITTER, M. R. *et al.* Plantas usadas como medicinais no município de Ipê, RS, Brasil. **Revista Brasileira de**

Farmacognosia, v. 12, n. 2, p. 51-62, 2002.

ROCHA, R. S. *et al.* Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.

SCHÜLER-FACCINI, L. *et al.* Avaliação dos teratógenos na população brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.1, p. 65-71, 2002.

TYLER, V. **The new honest herbal. Stickley**. Philadelphia: Stickley, 1987. 254p.

EXPERIÊNCIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL A PACIENTES PÓS-TENTATIVA DE SUICÍDIO POR GRADUANDOS DE ENFERMAGEM¹

Juliana Stuqui Mastine,² Marcos Hirata Soares³, Fernanda Pâmela Machado⁴

RESUMO: O suicídio é a morte em que o indivíduo voluntária e conscientemente, pratica um ato ou possui um comportamento que consequentemente levará ao óbito. Este ato representa a tentativa de solucionar um problema ou crise que causa intenso sofrimento. Uma abordagem adequada é muito importante para ajudar a evitar que as pessoas em risco de cometer o ou que já tentaram o suicídio, tentem novamente. No campo da Enfermagem Psiquiátrica, o enfermeiro deve adquirir conhecimento e desenvolver as habilidades de comunicação terapêutica, utilizando-as de forma consciente e adequada, pois ajuda o cliente a descrever suas experiências, a pensar sobre elas e a verbalizar seus sentimentos. Este estudo objetivou descrever a experiência do estudante de graduação em Enfermagem no atendimento pós-tentativa de suicídio. Os pacientes eram atendidos em duplas, onde eram redigidos os pontos importantes da fala do paciente. A análise dos dados contidos no diário de campo dos estudantes foi realizada segundo o referencial teórico da análise do discurso e pelo referencial teórico da Orientação Não-Diretiva e de Comunicação Terapêutica. Foram atendidos 5 casos de tentativa de suicídio, foi possível traçar o perfil dos sujeitos atendidos, descrever a síntese das narrativas, o contexto da interação estudante-paciente e intervenção realizada. A interação estudante-paciente pode ser considerada uma experiência de aprendizagem precoce, importante para a formação acadêmica, no que tange as habilidades interpessoais do enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Relações interpessoais; Prevenção; Ensino; Aprendizagem.

EXPERIENCE OF INTERPERSONAL RELATIONSHIP TO INPATIENTS AFTER ATTEMPTED SUICIDE FROM UNDERGRADUATE NURSING

ABSTRACT: Suicide is the death in which an individual voluntarily and consciously performs an action or behaves in a manner that consequently will lead to death. This act represents an attempt to solve a problem or crisis that causes intense suffering. A suitable approach is very important to help preventing people at risk of committing or who have already attempted suicide to try again. In the Psychiatric Nursing field, nurses must acquire knowledge, develop therapeutic communication skills and use them wisely. This aids the client to contemplate and describe their experiences as well as to verbalize their feelings. This study aimed to describe the experience of Nursing undergraduate students in post suicide attempt care. Patients were seen in pairs, and the most important topics of their talks were written down. Data from students' logs were analyzed following the Critical Discourse Analysis, Client-Centered Therapy and Therapeutic Communication theoretical references. Five cases of suicide attempts were assisted, from which it was possible to the profile of the subjects and to describe the summary of their narratives, as well as the context of student-patient interactions and the interventions provided. The interaction student-patient can be considered an important early learning experience that is very important to the academic education, regarded to the nursing professional's interpersonal skills.

KEYWORDS: Suicide; Interpersonal relations; Prevention; Learning.

¹ Resultado parcial do Projeto de Extensão intitulado "A prática e o ensino do relacionamento interpessoal terapêutico".

² Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista de Iniciação Extensionista-PROEX/UEL, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: jujumastine@hotmail.com.

³ Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP. Professor Assistente de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental do Departamento de Enfermagem, CCS/UEL, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: mhirata@uel.br.

⁴ Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da UEL. Bolsista de Iniciação Extensionista-PROEX/UEL, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: fernandinhapamela3@hotmail.com.

Recebido em: 08/01/2014 . Aceito em: 16/02/2014

INTRODUÇÃO

O suicídio é a morte em que o indivíduo voluntária e conscientemente, pratica um ato ou possui um comportamento que consequentemente levará ao óbito (BOTEGA; WERLANG, 2004). Este ato representa a tentativa de solucionar um problema ou crise que causa intenso sofrimento (SADOCK; SADOCK, 2007).

O ato suicida resulta da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais (OMS; 2006). Alguns fatores de risco ao suicídio são os transtornos mentais, como a depressão e esquizofrenia, as questões sociodemográficas, como o sexo, desemprego, os fatores psicológicos, como por exemplo, as perdas na família e as condições clínicas incapacitantes, sendo causadas por algumas doenças, bem como também tentativas anteriores configuram como risco elevado de nova tentativa (BRASIL; 2006; SOARE e BUENO, 2011).

O suicídio apresenta-se quase em *continuum*, baseado na sua intencionalidade e a letalidade. A maioria dos indivíduos com idéias suicidas, expressa seus pensamentos e intenções de morte. Esses avisos são pedidos de ajuda que não podem ser ignorados. A prevenção do suicídio se faz necessária, objetivando a redução dos índices de tentativas e suicídio consumado (BOTEGA *et al.*, 2006; BRASIL, 2006).

A sociedade percebe o suicídio como um ato vergonhoso, fraco e egoísta, faz com que as pessoas, inclusive profissionais de saúde, tenham sentimentos de isolamento, repulsa e depreciação do próprio indivíduo com pensamentos de morte, dificultando a mobilização efetiva de ações de prevenção do suicídio (KUTCHER; CHECIL, 2007).

Outra barreira para a prevenção é o mito que alguns profissionais de saúde, como enfermeiro, por exemplo, de acreditar que falar sobre suicídio com o paciente aumente a probabilidade de a pessoa cometer a ação. Isto é um equívoco, estes pacientes sentem aliviados por exprimirem seus sentimentos e pensamentos (BRASIL, 2006; KUTCHER;

CHECIL, 2007). Recentes estudos, embora escassos e limitados quanto ao seu alcance e generalização, revelam o que já é hipotetizado em diversos campos da enfermagem: a falta de capacitação profissional do enfermeiro para prestar assistência adequada ao cliente, que neste caso, encontra-se na pós-tentativa de suicídio (KONDO; BURÍOLA, 2011).

Uma abordagem adequada é muito importante para ajudar a evitar que as pessoas em risco de cometer o ou que já tentaram o suicídio, tentem novamente. Esta interação entre enfermeiro e paciente, deve ocorrer de maneira calma, aberta, sob a esfera de aceitação e não julgamento (STEFANELLI, 2008; BUENO SOARES, 2011). Alguns passos da Relação de Ajuda, uma das formas de abordagem interpessoal, são: ter empatia, dar mensagens de aceitação e respeito, conversar honestamente, mostrar preocupação, cuidado e afeição, focalizar nos sentimentos da pessoa e o mais importante, ouvir efetivamente o indivíduo com calma (ROGERS, 2001; BRASIL, 2006).

No campo da Enfermagem Psiquiátrica, o enfermeiro deve adquirir conhecimento e desenvolver as habilidades de comunicação terapêutica, utilizando-as de forma consciente e adequada, pois ajuda o cliente a descrever suas experiências, a pensar sobre elas e a verbalizar seus sentimentos. A comunicação terapêutica é realizada pelo profissional de saúde que usa o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o indivíduo a solucionar conflitos, reconhecer limitações pessoais, ajustar-se ao imutável e enfrentar desafios à auto realização (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES; 2008).

Para alguns autores, as estratégias de comunicação terapêutica são classificadas em três grandes grupos: expressão, no qual estimulam a descrição de pensamentos e sentimentos, o grupo clarificação, com o objetivo de clarificar as mensagens emitidas pelos clientes e o grupo validação, onde se verifica a compreensão das mensagens veiculadas pelo paciente ao enfermeiro.

Outros exemplos são o ouvir reflexivamente, uso terapêutico do silêncio, aceitação, manifestar interesse e respeito pelo cliente, amplas aberturas, repetir últimas palavras ditas pelo paciente e verbalizar o implícito, com o objetivo de estimular e tornar claro a expressão dos sentimentos do indivíduo (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES; 2008).

Rogers (2001) reitera que o desenvolvimento da personalidade do indivíduo ocorre devido à sua capacidade de perceber aspectos ocultos da experiência, e de reorganizar a personalidade de maneira que a torne mais compatível com a totalidade da experiência. Com isso, se pressupõe que o desenvolvimento pode ser modificado no curso da história do indivíduo. Para que essa modificação aconteça é necessário que a pessoa tenha a capacidade de avaliar a si próprio, sua experiência e, sobretudo, de avaliar negativamente os objetos da sua experiência. A terapia centrada no paciente visa dar o impulso inicial neste processo.

No desenvolvimento do relacionamento enfermeiro-paciente, há pontos principais que são a habilidade do profissional em expressar uma atenção positiva incondicional para com o cliente e o conceito de empatia, que significa compreender o quadro de referência interna do outro indivíduo com exatidão e com os componentes emocionais como se o terapeuta fosse a outra pessoa (ROGERS, 2001).

Uma técnica importante para o processo de ajuda é a Técnica do Espelho, na qual o terapeuta se dedica a entender o que o paciente tenta exprimir, do ponto de vista do próprio cliente, e comunica o que acreditou compreender. Com isso o cliente é auxiliado a avançar para formulações mais exatas e profundas de seus sentimentos, assim como tal técnica demonstra ao paciente que o terapeuta tem sua atenção nele (PAGÉS, 1976). Tais habilidades pautadas na Orientação não-diretiva proposta por este autor são consideradas na literatura, como fundamentais para a abordagem ao paciente suicida (BOTEGA

et al., 2006; BRASIL, 2006).

Em situações as quais não se visualiza possibilidade de que o paciente mude de idéia naquele momento quanto a tentar se suicidar novamente, um manual elaborado para profissionais de saúde mental recomenda a utilização de um “contrato”, no qual o paciente se compromete em não cometer suicídio antes de entrar em contato com o profissional de referência. Trata-se de uma estratégia para conseguir monitoramento sobre o paciente e também poder traçar outras estratégias de intervenção quando necessárias (BRASIL, 2006).

OBJETIVO

Descrever a experiência do estudante de graduação em Enfermagem no atendimento pós-tentativa de suicídio.

METODOLOGIA

Este manuscrito relata a vivência/aprendizado da prática de Relacionamento Interpessoal/Comunicação Terapêutica no atendimento a casos de tentativas de suicídio notificados à equipe, pelo Centro de Informações Toxicológicas (CIT), internados no hospital universitário e que eram repassados aos alunos integrantes do projeto de extensão voltado para o ensino e a prática do Relacionamento Interpessoal, realizado em um Hospital Universitário do interior paranaense, durante os anos de 2011 e 2012. A cidade na qual o estudo foi realizado possui uma população estimada de 515.707 habitantes e densidade demográfica de 306,49 hab/km² (IBGE, 2012). Os pacientes eram atendidos em duplas, onde um dos alunos interagia com o paciente e o outro redigia pontos importantes da fala do paciente.

O projeto de extensão do qual os alunos fazem parte consta de um treinamento teórico-prático de quarenta horas e os consequentes atendimentos a pacientes e discussões mensais. A primeira parte abordou a Orientação Não-Diretiva, princípios da comunicação terapêutica e o

tema de prevenção do suicídio, baseado numa obra publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS; 2006), totalizando dezesseis horas, divididas em quatro horas semanais (ROGERS, 2001; STEFANELLI, FUKUDA e ARANTES, 2008; OMS; 2006). A segunda etapa, com cerca de vinte e quatro horas, foi composta de cerca de seis encontros para participação discente, por meio da técnica do *role-playing* de forma que ele obtivesse a experiência prévia próxima da realidade do atendimento a uma pessoa com potencial suicida (SILVA FILHO, 2011).

Desde o início da participação discente no devido projeto de extensão, cada aluno faz as anotações de suas percepções com relação ao treinamento e aos atendimentos realizados em um diário de campo, que serviu de fonte de informações para a realização deste manuscrito. Mensalmente eram realizadas reuniões de supervisão para discussão dos casos e condutas. Neste aspecto, apresentou-se o projeto ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos, cujo parecer foi favorável (C.A.A.E. 0144.0.268.000-10). O estudo atendeu a todos os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos.

A análise dos dados contidos no diário de campo dos estudantes foi realizada segundo o referencial teórico-metodológico da análise do discurso, pela Orientação Não-Diretiva e de Comunicação Terapêutica (ROGERS, 2001; STEFANELLI, FUKUDA e ARANTES; 2008). A análise de discurso considera o sentido do texto, ou seja, o sentido da mensagem é explicado e

compreendido dentro de seu contexto histórico-social e de quem o emite. A análise de discurso não trabalha com a forma e o conteúdo, mas busca os efeitos de sentido que se pode apreender mediante interpretação, a qual também, depende do contexto ao qual pertence o interpretador. Preocupa-se também em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso, o qual é diferente da análise de conteúdo, focada no conteúdo do texto e mais adequada a entrevistas realizadas com profundidade (CAREGNATO; MUTTI, 2008).

RESULTADOS

Foram atendidos 5 casos de tentativa de suicídio, sendo todos os casos considerados como primeiro atendimento. A abordagem aos indivíduos foi realizada de maneira humanizada, na qual se explicava a importância da pessoa para o estudante, a preocupação com o seu bem estar e o objetivo do trabalho a ser realizado. As informações foram obtidas a partir do prontuário e dos próprios pacientes. Foram elaborados 3 quadros, sendo o quadro 1 a caracterização dos sujeitos atendidos, o quadro 2, a síntese das narrativas e o quadro 3, o contexto da interação estudante-paciente e intervenção realizada. Este último foi elaborado a partir das anotações presentes no diário de campo de duas autoras, graduandas de Enfermagem participantes do projeto, e que realizaram a interação com a paciente.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos atendidos pós-tentativa de suicídio, Londrina, PR, 2012

	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	32 anos	43 anos	31 anos	31 anos	21 anos
Estado Civil	Casada	Solteira	Casada	Solteira	Solteira
Substância Ingerida	Calmante	Cloridrato de Trazodona	Raticida do grupo carbamato	Produto de limpeza	Tenoxicam, Diazepan, Loratadina e Ibuprofeno
Transtorno Mental	Não	Depressão	Síndrome psicótica, Depressão pós-parto e dependente química	Não	Transtorno Afetivo Bipolar

Quadro 2 - Síntese das narrativas dos sujeitos pós-tentativa de suicídio, Londrina, PR, 2012

Sujeito 1	<i>Paciente vive em constante pressão devido aos filhos e maridos.</i>
Sujeito 2	<i>Paciente está muito triste devido ao término do relacionamento com seu namorado.</i>
Sujeito 3	<i>Na infância perdeu o pai sem conhecê-lo, pois estava com 15 dias de vida. A mãe era alcoolista e casou-se também com um alcoolista. O padrasto espancava sua mãe, ela e seus irmãos. Aos 30 anos iniciou o uso de drogas, sendo a maconha, o crack e cocaína. Durante a gravidez continuou com o uso. O marido fica muito tempo fora de casa devido ao seu trabalho, com isso acabou tendo vários casos extraconjugais e desconfia que ele também tinha amantes. Atualmente sente-se sozinha devido aos problemas em seu relacionamento e está desempregada.</i>
Sujeito 4	<i>Seus pais brigavam muito, eles se separaram, sua mãe casou -se com outro, este abusava sexualmente dela. O marido não queria que ela tomasse anticoncepcional e devido a isso tentou suicídio. Depois do casamento, namorou um rapaz que batia nela e era usuário de drogas.</i>
Sujeito 5	<i>Viveu em um lar conturbado, o pai era alcoolista e espanca sua mãe e ela. Neste período tentou suicídio. Casou-se cedo aos 17 para sair de sua casa, mas seu marido envolveu-se com drogas e começou a bater nela e em seus dois filhos.</i>

Quadro 3 - Contexto do atendimento e síntese das ações realizadas, Londrina, PR, 2012

Sujeito	Relato de Atendimento	Intervenção realizada
1	<i>No primeiro atendimento a paciente escolheu ficar em silêncio. Esse fato me proporcionou frustração e sentimento de impotência. Em meu primeiro atendimento, estava com muitas expectativas. Esperava que a pessoa compartilhasse comigo seus sofrimentos. Preferiu não comunicar o que sentia, apenas confirmou a tentativa de suicídio e o motivo que a levou ao ato. Compreendi e respeitei sua decisão, porém fiquei decepcionada, pois esperava que se abrisse e assim poderia realizar o processo de ajuda. Este fato fez com que houvesse menos informações em relação às demais interações com os outros pacientes, mas não me desencorajou em continuar oferecendo ajuda à pessoa.</i>	<i>Foi respeitada a decisão, continuando alguns minutos ao lado da paciente, em silêncio.</i>
2	<i>Percebi grande necessidade dele em desabafar, arrependimento por ter agido por impulso. Ela referia estar abalada com o fim do namoro e assim tentou se matar. A impressão passada é que ela agiu por impulso e estava arrependida</i>	<i>Foi usada ampla abertura para iniciar a comunicação, ouvir reflexivamente, expressar atenção positiva incondicional. Outra técnica usada foi a compreensão empática.</i>
3	<i>Ela disse que cometeu o ato em um momento de desespero. Sentiu medo de morrer e arrependimento. Relatou seus motivos e suas tristezas, e a visão que teve foi de uma vida muito sofrida. Ela já possuía filhos, sua filha mais nova nascera há 30 dias, estava desesperada quando cometeu o ato, não pensando em sua prole, que considera ser importante. Ficou em estado grave e quase morreu. Em sua fala percebi o medo da morte e arrependimento.</i>	<i>Escuta, atenção positiva incondicional, reafirmação, repetindo a idéia expressada pelo indivíduo, a compreensão empática, e técnica do espelho.</i>
4	<i>Ela se expressou bastante, relatando que a tentativa ocorreu por término de relacionamento. Relatou ainda que se o namorado não reatasse o relacionamento iria tentar suicídio mais uma vez. Seus sentimentos estavam implícitos para mim, mas por meio da técnica de clarificação a paciente esclareceu suas emoções as quais eram tristeza e revolta. Por um instante tive a impressão que a tentativa seria apenas para chamar a atenção do namorado, para que este reatasse o namoro. Esse momento foi interessante para o meu aprendizado, quase julguei a pessoa, mas logo lembrei que o processo deve ser sem julgamentos e com aceitação.</i>	<i>Uso da escuta, atenção positiva incondicional, técnica do espelho e uso da clarificação para o entendimento dos sentimentos vivenciados pela paciente.</i>
5	<i>Foi o atendimento mais marcante para mim. A pessoa desabafou e logo no início percebi sua tristeza. Esta mulher teve uma infância perturbada, onde era espancada pelo pai, visando fugir desta situação, tentou o suicídio aos 13 anos de idade e como não obteve sucesso, saiu de casa e casou-se indo morar com o marido que batia nela. Devido à violência, já tentou vários suicídios. Comenta que não vai parar de tentar enquanto não conseguir. Possui dois filhos e quando questionada sobre eles, responde que nada importa mais. Este depoimento foi muito forte e senti sua desesperança na vida devido a sua fala, expressão facial triste e choro constante. O fato de afirmar que continuará tentando tirar a própria vida foi preocupante e com isso foi necessário à realização do contrato para ganho de tempo.</i>	<i>Foi usada a compreensão empática, atenção positiva incondicional e técnica do espelho. Realização do “contrato”, visto que a pessoa continuava com a idéia de suicídio. Foi solicitado que a paciente não se machucasse, pelo menos até um novo encontro.</i>

DISCUSSÃO

Situações, como a percebida no sujeito 1 a partir da figura 3, denominadas de casos silenciosos ocorrem com frequência (ROGERS, 2001). Se o terapeuta estiver certo que não é a hora de se iniciar a conversa, não o deve fazer, e o silêncio pode prolongar-se. O fato de o terapeuta aceitar, respeitar a intimidade do cliente e conseguir demonstrar este sentimento, já é algo considerado terapêutico. Recomenda-se oferecer apoio permanecendo ao lado do paciente, mesmo se ele ficar em silêncio, pois até o silêncio deve ser respeitado (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES; 2008).

Ainda na figura 1, no atendimento ao sujeito 2, a literatura considera que o suicídio é um ato impulsivo gerado por um evento negativo, como os do dia-a-dia. O impulso pode ser transitório, durando minutos ou horas. O profissional de saúde, como o enfermeiro pode ajudar a diminuir o risco suicida acalmando a crise e ganhando tempo, para que possa ser traçado um plano de intervenções visando a prevenção do agravo (WERLANG; BOTEGA, 2004; BRASIL, 2006).

Nota-se na figura 1, sujeito 3, que ambivalência revelada é considerada uma característica das pessoas que estão sob risco de suicídio. Possuem o desejo de morte e o de viver e muitas vezes, o de viver pode dominar o de morrer – ação que tem o papel do profissional de saúde, como o enfermeiro, importante, mas que, tem-se percebido como falho atualmente (KONDO, 2011; BURÍOLA, 2011). Uma estratégia para diminuir o risco de suicídio é oferecer apoio emocional ao indivíduo, de forma adequada (WERLANG; BOTEGA, 2004; BRASIL; 2006). Um estudo relatado por Avanci (2009), sobre a relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio revela o potencial terapêutico que a atuação do enfermeiro pode representar para a vida do cliente sob seus cuidados.

De acordo com a figura 1, a interação da estudante com o sujeito 4, revela uma

característica presente e que necessita de constante reflexão. É um mito pensar que as pessoas que falam em suicídio querem apenas chamar a atenção e este relato deve ser levado a sério pelo conselheiro (OMS, 2006). Diversos autores também reiteram que julgar uma intenção suicida é um problema complexo, pois leva em consideração o preparo dos profissionais para lidar com pessoas com grandes cargas de sofrimento sem suporte financeiro, psicológico e outras que enxergam a morte como algo atraente, aliado a outras diversas concepções morais religiosas (WERLANG e BOTEGA, 2004; BRASIL, 2006; SOARES e BUENO, 2011).

Segundo a figura 2, notou-se que o contexto das pessoas que tentou suicídio é repleto de problemas como a violência intradomiciliar, o uso de drogas, casos extraconjugais do cônjuge e abusos sexuais. Um estudo feito em serviço de emergência, demonstrou haver uma forte correlação positiva entre os números de casos anualmente atendidos por tentativas de suicídio e os devidos ao uso/abuso de substâncias psicoativas, tanto para adolescentes do sexo masculino, quanto para os do sexo feminino (FISHER; VANSAN, 2008). As tentativas de suicídio foram significativamente, mais frequentes no sexo feminino, e o método mais utilizado para esse comportamento foi o envenenamento, preferencialmente com medicamentos, o que também foi corroborado por outro autor (ABASSE; OLIVEIRA, SILVA. SOUZA, 2009). As histórias clínicas mostraram que a maioria desses adolescentes era proveniente de lares desestruturados, predominantemente por separação dos pais, e que a tentativa ocorreu com mais frequência após discussão com pessoas significativas do núcleo sócio-familiar. Em outro estudo com adolescentes (VEIRA *et.al.*, 2009), se descobriu que os indivíduos que tentaram suicídio por causa de amor não correspondido, narraram muitos discursos de arrependimentos e reiterando o caráter de impulsividade do ato suicida (WERLANG; BOTEGA, 2004).

No atendimento ao sujeito 5, segundo a figura 1, o contexto revelado na interação entre a aluna e a paciente mostra a agressão e violência relatadas. Existe relação direta entre sofrer a agressão verbal, física e sexual com a ideação suicida (ADEODATO *et al.*, 2005). Botega, Mauro e Cais (2004) referem que 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio tentarão novamente no próximo ano, e 10% das pessoas que tentam o suicídio consolidarão o ato nos próximos dez anos.

Para identificar variáveis sócio-demográficas, psicossociais e clínicas entre os sexos, um sub-projeto do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida da OMS, utilizou-se de métodos quantitativos de análise e pesquisa com 210 pessoas. Entre outros resultados, as mulheres apresentaram problemas ligados à sensação de bem-estar, depressão e desempenho de papel social, abuso físico e sexual (27%). Já os homens, apresentaram mais problemas por uso de álcool e drogas (26,1%) e valendo-se delas como tentativa de suicídio (28,3%) (ESTEFANELLO *et al.*, 2008).

O sujeito 5, conforme a figura 1, foi diagnosticado com Transtorno Bipolar. Portadores de transtornos mentais possuem um risco mais elevado para tentativas de suicídio, como os transtornos de Humor, seguido pela dependência de álcool e outras drogas (KAPLAN e SADOCK, 2007; WERLANG e BOTEGA, 2004). Costa (2007) relaciona ainda o transtorno afetivo bipolar com as tentativas e como resultado 25% dos pacientes com o transtorno tentam suicídio.

De acordo com a figura 2, a história de vida narrada pelos pacientes para a estudante revela que a mesma é repleta de conflitos conjugais e familiares, histórico de abusos e violência. Este achado também foi corroborado por Werneck *et al.* (2006) em seu estudo com pacientes de um hospital geral.

Ao se analisar as estratégias de comunicação terapêutica, percebe-se, a partir da figura 3, que são compatíveis, em

termos de sentido e significado, demonstrando que as ações da estudante foram pertinentes (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES; 2008).

CONCLUSÃO

Cada atendimento foi considerado único e com exceção do primeiro sujeito a relação com o paciente ocorreu de forma mais profunda. Nos atendimentos com os sujeitos 2, 3, 4 e 5 a comunicação foi mais efetiva, devido à maior necessidade que tinham em se expressar, realizar a catarse de seus problemas e emoções, fazendo-os se sentirem melhores, bem como dentro da capacidade técnica da estudante, que vai se ampliando a cada nova experiência. No atendimento com o sujeito 1 não foi possível realizar a ajuda, ficando evidente a negação da pessoa em se relacionar com a estudante e falar sobre seus sentimentos.

Considera-se também que possa ter havido limitações tanto por parte da própria paciente, a qual necessitava de maior tempo para refletir sobre o acontecido, como também, por sentimentos de ansiedade, expectativas e experiência da estudante, como relatado na figura 3.

A interação estudante-paciente pode ser considerada uma experiência de aprendizagem precoce, importante para a formação acadêmica, no que tange as habilidades interpessoais do enfermeiro. O estudante de Enfermagem deve estar calmo e aberto para o processo de escuta, sem realizar interrupções e julgamentos, pois o processo de não julgar é difícil, pois mesmo com o conhecimento, momentaneamente, a paciente foi julgada pela estudante, acerca dos motivos de uma tentativa de suicídio.

A interação com base na aplicação dos princípios de comunicação terapêutica e da orientação não-diretiva de Carl Rogers, por meio do treinamento de papel, ensina a desenvolver a habilidade de manifestar empatia e aceitação incondicional, atitude que não se aprende sem uma vivência real, ou apenas com leituras de textos.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores Juliana Stuari Mastine e Fernanda Pâmela Machado executaram a coleta de dados e elaboração do manuscrito. O autor Marcos Hirata Soares realizou a orientação da pesquisa e a revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ABASSE, M.L.F. *et al.* Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.407-416, 2008.

ADEODATO, G. A. *et al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.1, p.109-113, 2005.

AVANCI, R.C. *et al.* Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v.5, n. 1, p. 1-15, 2009.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do Comportamento Suicida. **Psicologia**, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BURIOLA, A.A. *et al.* Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.4, p.710-716, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde/ Organização Pan Americana/ Universidade Estadual de Campinas, 2006.

COSTA, A.M.N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Psiquiatria Clínica**, v.35, n.3, p 104-110, 2008.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de Conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 679-684, 2006.

FISCHER, A.M.F.T.; VANSAN, G.A. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 361-374. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

KONDO, E.H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais**.UK: LundbeckInstitute, 2007. Tradução de: Suicide risk management: a manual for healthprofessionals. p.2-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental e de Abusos de drogas. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra: OMS, 2006.

PAGÉS, M. **Orientação não diretiva em psicoterapia e psicologia social**. São Paulo: EDUSP, 1976.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.;
ARANTES, E.C. **Enfermagem
psiquiátrica em suas dimensões
assistenciais.** STEFANELLI, M.C.;
ARANTES, E.C; FUKUDA, I. M. K.
Barueri: Manole, 2008. Cap19. p.331-335.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.
Compêndio de psiquiatria: ciências do
comportamento e psiquiatria clínica. 9 ed.
Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

SILVA FILHO, L.A. **Doença mental,
um tratamento possível:** psicoterapia
de grupo e psicodrama. SP: Ágora; 2011.

SOARES, M. H.; BUENO, S.M.V.
Saúde mental: novas perspectivas.
In: SOARES, M.H. São Caetano do Sul:
Yendis Editora, 2011. Cap.3 p.87-118.

STEFANELLO, S. *et al.* Gender

differences in suicide attempts:
preliminary results of the multisite
intervention study on suicidal behavior
(SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil.
Revista Brasileira de Psiquiatria, v.
30, n. 2, p. 139-143, 2008.

VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* “Amor não
correspondido”: discurso de adolescentes
que tentaram o suicídio. **Ciência &
Saúde Coletiva,** v.14, n. 5, p. 1825-1834,
2009.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J.
Comportamento suicida. *In:* CASSORIA,
R.M.S. **Comportamento suicida.** Porto
Alegre: Artmed, 2004. Cap 1.p.21-22.

WERNECK G.L. *et al.* Tentativas de
suicídio em um hospital geral do Rio de
Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde
Pública,** v. 22, n. 10, p. 2201-2203, 2006.

DESDOBRAMENTOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE

Cristina Berger Fadel¹, Pollyana Kássia de Oliveira Borges², Ana Paula Veber³, Ana Elisa Ribeiro⁴, Jean Érick Langoski⁵, João Alfredo Madaloz⁶

RESUMO: O Programa de Educação pelo Trabalho (PET) subsidia ferramentas para a formação de recursos humanos, em especial, com a finalidade de aproximação de sujeitos com seus futuros campos de trabalho. Este estudo objetivou (re)conhecer a percepção de acadêmicos da área da saúde sobre sua participação nessa iniciativa e ciente de que seus desdobramentos fazem parte dos debates atuais em torno da formação profissional. Trata-se de estudo qualitativo, classificado como descritivo-exploratório, desenvolvido junto a dezoito acadêmicos que compuseram a primeira equipe de acadêmicos petianos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) entre os anos de 2012 e 2013. A coleta de dados deu-se por meio de questão norteadora previamente definida e as informações encontradas foram transcritas, categorizadas e discutidas à luz de literatura pertinente. Os resultados revelaram uma influência positiva do PET- Saúde na história de vida dos acadêmicos participantes, evidenciando a importante aproximação dos cursos da área da saúde com as Diretrizes Curriculares Nacionais e ainda o fortalecimento de uma formação profissional mais humanística, integral, crítica e reflexiva, advindas do desenvolvimento de habilidades como a liderança, o trabalho multiprofissional, a comunicação e a troca de conhecimentos. A análise das percepções expostas por acadêmicos graduandos da área da saúde, participantes de um Programa de Educação Tutorial, sugere um incremento positivo no desenvolvimento de suas habilidades acadêmicas e pessoais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Estudantes de ciências da saúde; avaliação de programas e projetos de saúde.

DEVELOPMENTS OF EDUCATION TUTORIAL PROGRAM ON HEALTH'S EDUCATION

ABSTRACT: The Education for Work Program (PET) subsidizes tools for the training of human resources, in particular, in order to approach the subject with their future fields of work. Considering the importance of (re) discover the perception of healthcare academic about their participation in this initiative and aware that their developments are part of current debates on vocational training, was developed this study. This was a qualitative study, classified as descriptive and exploratory, developed with eighteen students who comprised the first team of these academics belonging to Ponta Grossa State University (UEPG) between 2012 and 2013. Data collection was performed by means of previously defined research question and information found were transcribed, categorized and discussed in the light of relevant literature. The results showed a positive influence of PET - Health in the life history of participating students, highlighting the important approximation of courses in health's area with the National Curriculum Guidelines and further strengthening a more humanistic professional, comprehensive, and critical training reflective, resulting in the development of skills such as leadership, multidisciplinary work, communication and knowledge exchange. The analysis of perceptions exposed by students in the field of health, participants in the Tutorial Education Program, suggests a positive increase in the development of their academic and personal skills.

KEYWORDS: Primary health care; Students, health occupations; Program evaluation.

¹ Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: cbfadel@gmail.com

² Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva. Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: pollyannakassia@hotmail.com

³ Farmacêutica. Mestre em Farmácia. Professor Assistente, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: apveber@uepg.br

⁴ Aluna de graduação. Curso de Odontologia. Departamento de Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: anaribeiro0@hotmail.com

⁵ Aluno de graduação. Curso de Odontologia. Departamento de Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa - PR. E-mail: je-erick@hotmail.com

⁶ Geógrafo. Mestre em Geografia. Professor Assistente, Departamento de Geociências, Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: jamadalozo@onda.com.br

Recebido em: 10/01/2014 . Aceito em: 10/02/2014

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde 'PET-Saúde' constitui-se parte integrante da rede indutora do Ministério da Saúde e o da Educação para o fortalecimento da Atenção Básica, subsidiando a formação de recursos humanos para atuação na atenção à saúde da família e comunidade. Revela-se ainda em consonância com as normativas das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde (DCNAS), homologadas a partir de 2001, as quais orientam mudanças na formação dos futuros profissionais de saúde, cuja atuação deverá ser capaz de responder positivamente às demandas e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de suas diferentes realidades.

Nesse sentido, reconhece-se então a Atenção Primária à Saúde (APS) como palco de iniciativas de aproximação entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde não-hospitalares, constituindo ainda espaço essencial na formação do profissional de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2012), com vistas ao aprimoramento de habilidades com caráter generalista, valores humanistas, e atuação crítico-reflexiva.

De acordo com a agenda de discussões da política de saúde no Brasil, verifica-se uma preocupação crescente com o modelo formador do profissional em saúde (COSTA, 2007). No ano de 2012, a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG/PR) deu início à sua primeira ação na área da saúde no Programa de Educação pelo Trabalho (PET), contando naquele momento com a adesão dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Serviço Social.

Considerando-se a importância de (re) conhecer a percepção de acadêmicos petianos sobre essa iniciativa inovadora e ciente de que seus desdobramentos fazem parte dos debates atuais em torno da formação do profissional de saúde, desenvolveu-se este estudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, classificado como descritivo-exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa - Parecer COEP-UEPG nº 172.965/2012, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os informantes

Constituíram sujeitos desta pesquisa acadêmicos que compuseram a primeira equipe de petianos da UEPG considerando-se a grande área de Ciências da Saúde, no período compreendido entre abril de 2012 e abril de 2013, quando em acordo com sua participação e sob garantia de total sigilo e anonimato. Frente à completa anuência por parte dos informantes, 18 (dezoito) acadêmicos, bolsistas e voluntários, advindos dos referidos cursos, e a partir de agora nomeados petianos, compuseram a amostra final.

Obtenção das informações

Ao final de seu primeiro ano de desempenho nessa iniciativa, foi solicitado a todos os petianos que expusessem, de forma livre e sem identificação, a sua percepção a respeito do programa.

Como subsídio para a coleta de dados utilizou-se de roteiro simples, composto por questão norteadora única: *'Você se submeteria novamente a um processo de seleção para participar de uma experiência no PET-Saúde? Por quê?'* Esse instrumento foi disponibilizado no endereço eletrônico de cada participante, previamente cadastrado, com a instrução de postagem de sua possível participação em urna coletora própria, no período máximo de até 15 (quinze) dias após o envio.

Os relatos foram então posteriormente transcritos e analisados.

Análise das informações

O material produzido por meio da questão aberta foi tratado por método qualitativo, de acordo com uma das técnicas da Análise de Conteúdo, a Análise Temática (BARDIN, 2011; MINAYO, 2000). A Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de apreciação de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam captar e reconstruir significados. A Análise de Conteúdo Temática, em especial, consiste na descoberta dos núcleos de sentido que favorecem a captação social dos sujeitos sobre o objeto de estudo, assim como a contextualização psicossocial que circunda esse objeto (MINAYO, 2007).

Após as etapas de pré-análise do material transcrito, leitura flutuante e exploração, identificou-se a emergência de duas categorias: 1) contribuição do programa na formação acadêmica e 2) contribuição do programa na formação pessoal.

Os resultados alcançados foram concomitantemente expostos e discutidos com suporte da literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aporte do PET-Saúde na formação acadêmica

As normativas advindas das DCNAS, homologadas pelo Ministério da Educação em 2001, sinalizam para uma maior flexibilidade no planejamento curricular dos cursos de graduação, sendo, um de seus objetos, o incentivo às atividades de extensão, principalmente como forma de junção entre teoria e prática. Esse novo universo, em que se insere o referido Programa de Educação Tutorial, foi positivamente destacado pelos acadêmicos inquiridos ao afirmarem ter havido forte aproximação, em especial com o campo da saúde coletiva, permitindo a tão almejada contextualização teórica. Em estudo

realizado por Oliveira e Coelho (2009) cujo alvo era igualmente a percepção de acadêmicos, em particular a de futuros cirurgiões-dentistas acerca de um PET-Saúde desenvolvido em Campo Grande (MS), os alunos enfatizaram que o ambiente formal da sala de aula os expõe à ausência de conhecimento real de sua futura prática profissional. Resultados semelhantes, de reconhecimento dessa experiência sobre a formação acadêmica foram também apontados pelos participantes do presente estudo.

[...] o PET me proporcionou experiências fora da academia, me fez vivenciar casos clínicos que até então só tinha observado na teoria, me fez ter um maior contato com a comunidade [...]

[...] contribuiu muito para minha formação como acadêmico. Aprendi coisas que ainda não tinha visto dentro da universidade.

As informações aqui apreendidas, as quais claramente revelam uma percepção positiva dos petianos sobre o impacto deste programa no seu desenvolvimento acadêmico. Estudo de Santos *et al.* (2013) realizado com integrantes e egressos do PET-Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, os quais destacaram os atributos da autoconfiança adquirida, desenvolvida durante sua rotina em unidades de saúde, e o subsídio para uma formação mais humanista e integral. Segundo McWhinter *et al.* (2003), a universidade somente cumpre seus objetivos quando os alunos conquistam e ampliam aptidões como o trabalhar, o competir, o liderar e o desenvolver do pensamento crítico e reflexivo, considerados atualmente indicadores importantes da qualidade profissional em saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) para a formação acadêmica.

O Pró-PET Saúde trouxe uma enorme contribuição na minha formação acadêmica, sobre o SUS, suas qualidades e limitações; trouxe experiências multiprofissionais que jamais ocorreriam

apenas na graduação. Tudo isso contribui para uma formação profissional não focada apenas na sua área, mas com a visão integral do indivíduo, que é um dos objetivos do SUS.

A aproximação com o nível da Atenção Primária à Saúde, a estrutura e a forma de organização de uma unidade de saúde foram também subsídios reconhecidos pelos petianos.

Neste ano tive a oportunidade de entender o processo de trabalho nas unidades, acompanhei o planejamento de atividades baseadas no diagnóstico situacional realizado a partir dos dados registrados pelas ACS... Desta forma compreendi que a saúde pública é muito mais do que o atendimento do paciente na unidade, há toda uma organização.

Ainda sobre esse aspecto, evidenciou-se o entendimento dos petianos sobre a imprescindível atuação de uma equipe multiprofissional, inserida no contexto das Unidades de Saúde, ao salientarem a importância da articulação entre as variadas profissões e a contingência da troca de saberes.

Para Feriotti (2009) a necessidade do trabalho com aspecto inter e transdisciplinar visa à superação da hegemonia de um modelo de atenção centrado na doença, por meio do desenvolvimento de estratégias que abordem a complexidade inerente à saúde, incorporando conceitos de qualidade de vida, cidadania e inclusão social. Em estudo realizado por Saar e Trevizan (2007) a respeito da percepção de profissionais de uma equipe de saúde sobre o trabalho em equipe e a capacidade de discernimento das incumbências profissionais, os resultados apontaram para a importância e também para as dificuldades dessa integração, sendo considerados, sobretudo, como uma prática de aprendizagem. De forma dissonante, no presente estudo, os petianos reportaram o convívio profícuo entre os diferentes profissionais da saúde e entre seus pares com diferentes formações, como episódio frequente de vivência e observação, considerados ainda como de grande valia

para a sua formação profissional.

A maior contribuição foi o contato com outras áreas do conhecimento, a atuação de outros profissionais na busca de uma ação conjunta considerando as especificidades, no entanto, sem fragmentar a atenção aos usuários dos serviços da saúde.

Através do PET-Saúde, consegui aprender a importância de um trabalho multiprofissional, considerando o ser humano como um todo, a inserção no seu meio social, sua cultura...

[...] acredito que serei uma profissional com diferencial, pois o trabalho multiprofissional, que é um obstáculo para muitas pessoas, foi oportunizado pelo PET.

Conjuntamente com a aptidão multiprofissional, um incumbido da área saúde deve consistir em indivíduo próximo e acessível aos que estão sob seus cuidados (BRASIL, 2012), com capacidade de resolução terapêutica e concreta aproximação com a realidade vivenciada pelo usuário dentro de seu contexto social, objetivando compreender suas condições de vida e suas verdadeiras demandas, comprometendo-se com elas (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2002). Os petianos asseguraram que o contato dos profissionais atrelados as Unidades de Saúde com os usuários sob a sua responsabilidade expôs características claras de tecnologia leve como o acolhimento, o vínculo e a humanização, fato que novamente lhes proporcionou uma contextualização teórica. Esses resultados corroboram com os achados de Riveros *et al.* (2012), os quais também apontaram para a relevância da comunicação interpessoal nos serviços de saúde.

[...] o cuidado das ACS com a comunidade, a dedicação no trabalho delas que nem sempre é valorizado, a preocupação demonstrada nas visitas domiciliares, nas quais conversam e conquistam a confiança. Em algumas visitas, elas levavam roupas que elas mesmas arrecadavam, lavavam e

costuravam, sempre preocupadas com as condições de vida.

[...] assistir ao acolhimento do paciente demonstra a importância de fazer o que é prazeroso, com palavras pode-se trazer maior conforto e bem estar, não esperando que os outros façam por você.

Aporte do PET-Saúde na formação pessoal

Outras interações, agora no campo pessoal, mostraram-se embutidas no contexto da imersão dos acadêmicos na referida proposta PET-Saúde.

A anteriormente mencionada integração com a comunidade, considerando-se a conexão de petianos, usuários e prestadores de serviço, em respeito aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990), vem ainda permitindo a incorporação de habilidades pessoais diversas, conforme citação dos participantes:

Uma usuária do SUS me abraçou e agradeceu, com lágrimas, o que eu fiz na vida dela. Foi muito gratificante, mesmo que a gente fale que faz por amor, é sempre bom ser reconhecido.

A experiência mais marcante foi o reconhecimento que recebemos da comunidade por nossas ações. Após semanas de planejamento, preparação e realização de atividades as pessoas da comunidade atendida nos relatavam gostar das ações realizadas. As pessoas agradeciam pelo serviço e nos estimulavam a sempre dar continuidade, por ser um diferencial no atendimento à saúde.

Fui gratificado, apesar de já receber bolsa. Naquele momento recebi elogios pelo meu trabalho realizado, e algumas dicas de como eu poderia melhorar. Ser reconhecido pelo bom trabalho realizado é uma das melhores sensações que se pode ter. Todas aquelas horas nos finais de semana dedicados a resumos sobre vários assuntos relacionados ao PSF, naquele momento me trouxeram mais do que o conhecimento, me

trouxeram reconhecimento.

Segundo Oliveira e Coelho (2011), acredita-se que a satisfação em ser petiano é um elemento motivador e de sensibilização para a atuação e o aprendizado, decorrente da inserção precoce em Unidades de Saúde.

Considerando-se ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação no Brasil, em especial para os cursos da área da saúde, e o Plano Nacional de Extensão Universitária (2001) expõem claramente importantes mecanismos indutores de atividades extensionistas, com vistas à construção de um indivíduo apto à tomada de decisão e ao enfrentamento de desafios, passa-se então a perceber o aluno como sujeito da aprendizagem. A tenacidade dos acadêmicos em relação ao trabalho propagado nesse programa, com reconhecimento oriundo dos membros da comunidade incitaram a percepção dos graduandos sobre o sentir-se concomitantemente gratificado e pertinente a uma ação.

[...] o PET proporcionou também o desenvolvimento da minha criatividade e capacidade propositiva, pois diante dos problemas levantados por nós, buscar a solução também era o nosso papel, e esses desafios nos fizeram crescer a cada dia.

Após a participação no PET me sinto um profissional mais humanizado e capaz de trabalhar em prol de todos os públicos, um profissional que respeita o paciente como um todo. Me considero capacitado para ajudar a resolver os problemas da população.

[...] por fim, o mais importante é que pude verificar que meu perfil condiz com o dos profissionais que atuam na área do serviço público, mostrando uma nova possibilidade de atuação profissional ao término do curso de graduação.

Em conjunto com a tripla relação petiano, profissional e comunidade, evidencia-se aqui também a ampliação da convivência com colegas e professores, conjuntura que colabora para uma nova

construção pessoal e humanística, para a capacidade de criação e para a fortificação de vínculos e elos de amizade. Estudo elaborado por Rodrigues *et al.* (2012) expõe que a conexão existente entre acadêmico, Unidade de Saúde e comunidade acarretou em troca de saberes e conhecimentos, a qual repercutiu de forma edificante tanto na formação acadêmica quanto pessoal de seus membros.

Para a vida pessoal ficarão os amigos, a habilidade de lidar com pessoas diferentes e ver o lado bom dos colegas que trabalharam comigo e quase sempre se sobressaíram aos defeitos, além da vontade de trabalhar por causas que eu julgo importantes.

[...] o PET me ajudou a modelar a pessoa e o profissional que eu quero ser, mudou meu jeito de agir e pensar, participaria desse projeto quantas ele me fosse proposto.

Segundo Caldas *et al.* (2012), a inserção dos alunos no contexto da Unidade de Saúde viabiliza a experiência do cotidiano dos profissionais, conjuntamente com a possibilidade de acesso à realidade e à percepção das famílias. Esse fato nitidamente subsidiou os petianos com habilidades pessoais, como o sentir-se grato, valorizado e reconhecido.

[...] quando os usuários me agradeciam pelo atendimento recebido e a humildade da população, pois somos nós todos que pagamos o SUS, por meio dos impostos, mas mesmo assim a população agradecia por um simples atendimento 'decente', pois não estão acostumados a terem seu problemas escutados e, principalmente, a resolutividade dos mesmos [...]esse reconhecimento era o mais importante para mim.

[...] ver uma realidade diferente da minha, lugares que nunca tinha visto antes, casas em estado muito precário, por exemplo, ruas em que não se pode passar mesmo durante o dia por causa do tráfico de drogas, enfim, me fizeram agradecer as condições de vida que tenho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das percepções expostas por acadêmicos graduandos da área da saúde, participantes de um Programa de Educação Tutorial, sugere um incremento positivo no desenvolvimento de suas habilidades acadêmicas e pessoais.

Admite-se ainda ser a primeira edição do PET-Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG/PR) uma iniciativa repleta de desafios e de importante aprendizagem a todos os sujeitos.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS:

- Cristina Berger Fadel delineou o estudo, procedeu à análise e interpretação dos resultados e realizou a redação do artigo.
- Pollyana Kássia de Oliveira Borges e Ana Paula Veber participaram da interpretação dos resultados e delineamento da discussão.
- João Alfredo Madalozo realizou a tabulação das informações e contribuiu para a definição das categorias.
- Jean Érick Langoski e Ana Elisa Ribeiro colaboraram para todas as etapas do trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.C.M. *et al.* Avaliação da inserção do estudante na unidade básica de saúde: visão do usuário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 33-39, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde: Conteúdo, Organização e Funcionamento do SUS**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 6 jan. 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016:** Equidade e acesso aos cuidados de saúde. 2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Extensão Universitária.** Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESU/MEC. 2000- 2001. Disponível em: <<http://www.portal.ufpa.br/docsege/Planonacionaldeextensaouniversitaria.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação.** Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.
- CALDAS, J.B. *et al.* A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde- PET – Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n. 1, p.33-41, 2012.
- COSTA, N.M.S.C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.1, p. 21-30, 2007.
- FERRIOTI, M.L. Equipe multiprofissional, transdisciplinar e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, v.6, n.2, p.179-190, 2009.
- Mc WHIRTER, G. *et al.* Diversity in graduate nursing education: an experience in collaboration. **Journal of Professional Nursing**, v.19, n.3, p.134-141, 2003.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007
- MINAYO, M.C.S., HARTEZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 5, n .1, p, 7-18, 2000.
- OLIVEIRA, M. L., COELHO, T.C. A percepção de acadêmicos de odontologia sobre o PET-Saúde UFMS/SESAU, Campo Grampo/MS. **Revista ABENO**, v.11, n.1. 2011.
- PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Educação e Saúde**, v.15, n.36, p. 185-198, 2011.
- RIVEROS, M.I.R., *et al.* Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011. **Saúde em debate**, v. 36, n.94, p.449-460, 2012.
- RODRIGUES, A.A.A.O. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.1, p.184-192, 2012.
- SAAR, S.R.C., TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p.106-112, 2007.
- SANTOS. K.T. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n.6, p. 420-425, 2013.

PROPOSTA METODOLÓGICA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEUS BENEFÍCIOS PARA IDOSOS¹

Wanda Pereira Patrocínio², Beltrina Côrte³, Roberta dos Santos Tarallo⁴

RESUMO: Neste estudo foram realizadas intervenções educacionais em dois grupos de idosos com base na perspectiva de Paulo Freire e na política de envelhecimento ativo. O objetivo desta pesquisa é de apresentar o percurso metodológico desenvolvido e realizar uma reflexão sobre os benefícios para a saúde e qualidade de vida de pessoas idosas. Foram conduzidas 16 sessões semanais de 150 minutos, oferecidas a dois grupos de idosos (n=16) com 60 a 75 anos (M=66,88±5,4). Foi realizado pré-teste, pós-teste e seguimento contendo medidas sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. Análises de conteúdo mostraram maior participação e interesse nos temas sobre saúde, alimentação e práticas de autocuidado; e a maioria colocou em prática os conteúdos aprendidos ao longo do programa. O desenvolvimento de um programa educacional baseado no modelo de Paulo Freire e realizado de forma multidisciplinar, com conteúdos adequados e de interesse dos idosos resultou em melhora da qualidade de vida dos participantes. Os resultados sugerem que intervenções deste tipo favorecem a saúde física e mental de idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Envelhecimento; Educação em saúde.

PROPOSED METHODOLOGY OF A HEALTH EDUCATION PROGRAM AND ITS BENEFITS FOR THE ELDERLY

ABSTRACT: In this study educational interventions were performed in two groups of elderly from the perspective of Paulo Freire and active aging policy (WHO). The article aims to present the methodological approach developed and perform a reflection on the benefits to health and quality of life of older people. Behaved 16 weekly sessions of 150 minutes, offered to two groups of elderly (n = 16) from 60 to 75 years (M= 66,99 ± 5,4). Was performed pretest, posttest and follow-up measures containing demographic, health and lifestyle and attitudes toward aging. Content analysis showed more participation and interest in the topics of health, nutrition and self-care practices, and most put into practice the content learned throughout the program. An educational program based on the model of Paulo Freire and multidisciplinary in nature, showed to be effective to the improvement of quality of life of the participants. The results suggest that such interventions promote the physical and mental health of elderly.

KEYWORDS: Elderly; Aging; Health education.

¹ Texto baseado nas discussões realizadas durante a arguição da defesa de tese de doutorado da primeira autora e no trabalho empírico das três autoras.

² Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Coordenadora do curso de Especialização em Gerontogeriatría do Centro Universitário de Lins (Unilins), Lins, São Paulo, Brasil. <wanda@gerovida.com.br>

³ Pós-doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo (USP). Professora assistente do Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Puc-SP), São Paulo, São Paulo, Brasil. <beltrina@pucsp.br>

⁴ Graduada em Gerontologia pela Universidade de São Paulo (USP). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil. <r_tarallo@yahoo.com.br>

Recebido em: 05/01/2014 . Aceito em: 10/02/2014

INTRODUÇÃO

A educação de idosos no Brasil ocorre em vários contextos, entre eles nas universidades da terceira idade (Unatis), em programas socioeducacionais de instituições públicas e privadas, em salas de alfabetização para adultos e em programas desenvolvidos em unidades básicas de saúde, instituições de saúde e organizações não governamentais, entre outros. Apesar do sensível aumento na oferta de programas educacionais para idosos no país nos últimos vinte anos, ainda não há um ponto de vista e nem um conjunto de práticas instituídas para a formação e o acompanhamento do trabalho educacional, assim como não se discutem sistematicamente fundamentos e práticas mais apropriadas ao processo de educação e aprendizagem para esse público. Tampouco existem claras políticas sociais e acadêmicas em relação ao tema.

Nesse sentido, é preciso salientar que ao longo da vida, as pessoas, independente de suas faixas etárias, não são apenas ensinadas ou conduzidas em ações educativas, como também ensinam e conduzem, com uma reflexão cada vez mais crítica, seus próprios processos disseminados pelo mundo (TODARO, 2008). Assim sendo, considera-se que as pessoas interagem com as demais e com a sociedade de modo interdependente, um influenciando o outro mutuamente (ELIAS, 1994).

A educação para o envelhecimento deve ocorrer ao longo da vida, no lar, na escola e na comunidade e pode, também, ser focalizada pelo prisma mais específico do ensino e da aprendizagem escolar. Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) afirmam que o processo educacional na velhice adquire importância crescente na atualidade, dados os benefícios que podem advir dessas atividades, demandando, portanto, esforços para que, cada vez mais, possam ser criadas oportunidades educativas que sejam adequadas às limitações e aos interesses dos idosos. Isso implica, entre outros aspectos, uma

formação adequada dos profissionais que irão ensinar essa população, materiais e métodos de ensino adaptados e um maior envolvimento dos idosos no processo de ensino-aprendizagem.

Tais sugestões nos remetem a proposta de educação desenvolvida por Paulo Freire, que visa desenvolver nas pessoas o reconhecimento de si mesmas como sujeitos, uma visão crítica sobre as estruturas sociais e o engajamento ativo em uma prática emancipadora. Além disso, envolve processos contínuos e permanentes de formação num contexto de confiança mútua. As atividades didáticas devem favorecer a autonomia, a participação, a colaboração, exploração de pontos de vista alternativos, a problematização e a reflexão crítica. Os conceitos básicos subjacentes a essa proposta de educação são: a conscientização, que deve acompanhar o processo educativo; as relações dialógicas entre educador e educando; e o caráter transformador da educação, que deve preocupar-se com o bem-estar dos indivíduos.

Desse modo, o trabalho educativo de Paulo Freire busca esclarecer e explicar situações e ações práticas. Com base nos Círculos de Cultura, que são os debates realizados com os próprios grupos utilizando técnicas de manejo, os participantes enumeraram os problemas, elencaram e apresentaram os temas em forma de diálogo (FREIRE, 2000). Essa concepção de ensino é compatível com a ideia de educação popular, compreendida como uma educação: comprometida e participativa baseada nos saberes da comunidade; incentivadora do diálogo; oferecida a toda a população e aberta a todas as camadas da sociedade. A principal finalidade dessa proposta é utilizar os diversos saberes como matéria-prima para o ensino.

Para a promoção da saúde e da qualidade de vida em idosos, a perspectiva da educação popular de Paulo Freire (1979 e 1982) parece ser a mais apropriada, não apenas por utilizar conscientização e reflexão, mas também pelo fato de a

organização dos conteúdos e das ações ter como ponto de partida os conhecimentos trazidos pelos aprendizes – e, ao mesmo tempo, agentes de processos de aprendizagem – e o contexto de cada grupo. Além disso, os aprendizes refletem criticamente acerca dos conteúdos e temas extraídos desta época e de sua vivência e são estimulados pelos profissionais a se transformarem agentes de novos conhecimentos na sua prática cotidiana. Os participantes se inserem na aprendizagem quando fazem parte do processo educativo e percebem mais sentido em suas vivências, o que aumenta a chance de maior significado em sua vida.

Tendo em vista o debate apresentado sobre o tema, o problema desta pesquisa esteve ligado ao planejamento de programas educacionais dirigidos a idosos, realizados por profissionais das áreas de educação em saúde e com enfoque no envelhecimento saudável. Para este artigo temos como objetivos apresentar a proposta pedagógica de um programa de educação em saúde para idosos, bem como os benefícios para os participantes após participarem desta proposta metodológica.

METODOLOGIA

A experiência relatada consistiu em intervenções educacionais realizadas com 16 idosos residentes em dois bairros localizados no Distrito de Saúde Sul, na cidade de Campinas (SP). Os idosos que participaram da pesquisa foram referenciados ao Centro de Saúde Orosimbo Maia, caracterizado como médio Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), e ao Parque da Figueira como IVS baixo. Ainda sobre os participantes a maioria (15) era do sexo feminino; a idade média do grupo era de 66 anos, a renda média de aproximadamente 2 salários mínimos; a maioria (12) era casado ou viúvo e estudaram (11) apenas até o antigo primário.

As intervenções educacionais da pesquisa foram baseadas na perspectiva educacional de Paulo Freire e na *política*

de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005). Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, o envelhecimento ativo consiste em otimizar as oportunidades de quatro elementos essenciais: a saúde, a participação social, a proteção social e a educação permanente; este último inserido nos pilares da OMS em 2010. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas, independente das condições físicas e níveis de fragilidade.

No presente estudo foram realizados encontros semanais, durante quatro meses (de agosto a setembro de 2009), com duração de 150 minutos cada. Os espaços utilizados foram os disponíveis nas comunidades (salão social e sala de aula). Com um intervalo de 15 minutos, as aulas na comunidade Orosimbo Maia foram realizadas às quartas-feiras das 14:00 às 16:30; e no Parque da Figueira, às quintas-feiras das 8:00 às 10:30.

Foram realizadas medidas de pré-teste, de pós-teste e de seguimento com apoio de instrumentos de natureza sociodemográfica, psicossociológica e de saúde, tais medidas foram aplicadas individualmente, em situação de entrevista, pela pesquisadora ou pela auxiliar de pesquisa. Aspectos selecionados das sessões de intervenção educacional foram registrados por uma auxiliar de pesquisa, treinada para a tarefa, que anotou a participação verbal dos idosos em planilhas específicas. A auxiliar de pesquisa também fez registros cursivos das intervenções dos idosos relacionadas com comportamentos no dia a dia.

Em data pré-agendada com os idosos que participaram da reunião de apresentação do projeto, realizou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, em seguida, foi aplicado o pré-teste. O pós-teste foi realizado em data combinada na última sessão e o seguimento, seis meses depois do término do programa, em data e local combinados com os participantes. Os idosos

responderam oralmente e as informações foram registradas pela pesquisadora ou pela auxiliar de pesquisa no protocolo de coleta de dados.

Os dados coletados foram avaliados pelo método da análise de conteúdo (BARDIN, 2011) de acordo com os registros relativos aos autorrelatos mediante as questões abertas e os produzidos no decorrer da aplicação do programa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp sob o número CEP n.º 449/2009.

Como procedimento da intervenção educativa, os participantes apontaram os temas prioritários partindo de uma lista apresentada com possíveis conteúdos a serem trabalhados no programa educacional. Os grupos escolheram os seguintes temas: memória; distúrbios do sono; atividade física; alimentação saudável; saúde bucal; emoções e sentimentos na velhice; uso de medicamentos; instruções sobre saúde; imagem positiva do envelhecimento; maus-tratos a idosos e atividades terapêuticas (lian gong, tai chi chuan, yoga, massagem e argila terapêutica).

No início de cada sessão, ora em grupo, ora individual, a professora apresentava o tema para os participantes e instigava uma discussão ou uma reflexão sobre o assunto, com o intuito de desenvolver uma aula de caráter participativo. Durante os encontros educativos foram adotadas várias formas, como apresentado abaixo item por item:

Dinâmica de apresentação: os participantes, em duplas, se apresentavam dizendo o nome e fazendo um breve relato da história de vida, incluindo os aspectos mais marcantes. Durante quinze minutos cada idoso, de cada dupla, falava de si e o outro ouvia e fazia perguntas; em seguida invertiam-se os papéis. Ao final era organizado um círculo e cada um era convidado a falar sobre o parceiro que formou a dupla. Além de conhecer os participantes, essa dinâmica também teve como objetivo treinar a memória, pois ao

apresentar a outra pessoa para o grupo, a pessoa tinha que resgatar o que havia escutado.

Envelhecimento saudável: as pessoas diziam como estavam vivendo a própria velhice e o que costumavam fazer rotineiramente que pudesse ser exemplo de viver bem e com saúde. Primeiro, os participantes foram convidados a pensar sobre três aspectos, ações ou atitudes que seriam exemplos de alegria, de prazer e de saúde na velhice. Na sequência, em trio, cada um falou sobre as escolhas feitas, discutiram, selecionaram cinco ações primordiais para viver uma vida melhor e anotaram em uma folha. Por fim, cada grupo fez a sua apresentação e a turma toda discutiu e participou da exposição realizada pela professora.

Trabalho corporal: foram realizadas práticas de alongamento e de movimentação das articulações. No alongamento, cada participante sugeria um tipo de exercício e todos acompanhavam o movimento. Nas práticas de movimentação das articulações, a professora convidava o grupo para movimentar, em dez repetições, cada articulação do corpo (tornozelos, joelhos, cintura, punhos, cotovelos, ombros, pescoço) e explicava sobre a importância de ter articulações flexíveis, como forma de promoção da saúde física.

Alimentação Saudável: por meio de uma reflexão, os idosos responderam individualmente à pergunta “O que o(a) senhor(a) acha que precisa ter na alimentação para que ela seja saudável?”. Em grupo de três ou quatro, os participantes definiram, anotaram e apresentaram para toda a turma o que era alimentação saudável. As respostas das apresentações eram discutidas. Em seguida, cada grupo leu um texto sobre um dos seguintes assuntos: carboidratos, frutas, verduras, legumes, fibras, proteínas, colesterol, sal e açúcar. Além disso, cada grupo ficou responsável por discutir e por selecionar os aspectos mais importantes para a apresentação. Depois, foram lidas e discutidas as 10 sugestões de alimentação saudável para pessoas acima

de 60 anos contidas no texto utilizado “Guia de alimentação saudável para a população brasileira” (Ministério da Saúde, 2005). Por fim, houve troca de receitas culinárias e esse trabalho resultou em uma cartilha de alimentação saudável, de autoria coletiva, contendo textos, dicas e receitas do grupo.

Vivência de automassagem: Como prática de prevenção em saúde, os participantes foram orientados a percorrer o próprio corpo com as mãos. Com o objetivo de aliviar tensões e provocar relaxamento os idosos aplicaram diversos tipos de toques em pontos específicos – pressão, amassamento, deslizamento ou percussão.

Atividade física: iniciada com uma reflexão individual “Por que é importante realizarmos atividade física?”. Em seguida, o grupo lia o texto de perguntas e respostas produzido no dia Mundial da Saúde pela OMS (2002), sobre conceitos, benefícios e recomendações na prática de atividade física. Ao término da leitura, cada participante recebia uma planilha para registrar as atividades que praticava em cada dia da semana e a duração de cada uma delas. Os participantes foram convidados a mostrar e a discutir individualmente seus registros com a professora, que os orientou em relação à melhoria do hábito de realizar exercícios físicos.

Lian gong: é uma prática corporal adotada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) e implantada em diversas unidades básicas de saúde no território brasileiro. Essa prática tem objetivos terapêuticos e focaliza os exercícios físicos como um recurso medicinal que, além de prevenir e contribuir para o tratamento de doenças, ajuda o paciente a tornar-se ativo. No grupo do Orosimbo Maia, essa atividade foi realizada durante quatro encontros como prática introdutória. No grupo do Parque da Figueira, a prática foi

trabalhada complementarmente ao tema memória, com base nas explicações dadas por quatro participantes que praticavam lian gong e que foram convidadas a demonstrar os movimentos.

Memória: no primeiro dia, em pequenos grupos, os participantes deveriam refletir, discutir e responder às seguintes perguntas: “Por que as pessoas têm mais problemas de memória na velhice?” “O que o grupo acha que pode ser feito para prevenir ou retardar os problemas de memória?” “O que cada um do grupo faz para não esquecer seus compromissos?”. Em seguida, os grupos receberam um texto sobre o funcionamento do cérebro, fizeram a leitura e levantaram dúvidas. Cada grupo apresentou suas respostas, houve discussão e releitura coletiva do texto, com a explicação da professora sobre os aspectos em que os participantes ainda tinham dúvidas. No segundo dia, foi trabalhada a memória sensorial. Com a formação de duas fileiras, os participantes se posicionaram um de frente para o outro. Cada um observou a pessoa que estava na sua frente. Em seguida, todos viraram de costas, mudaram alguma coisa no corpo, voltaram a ficar de frente e cada um tentou descobrir o que o colega havia mudado. Para ambos os grupos, procedeu-se com: a explicação sobre as estruturas dos sistemas de memória⁵; a realização de um exercício em que os idosos recebiam uma folha com diversas figuras e eles precisavam encontrar o que estava faltando; e a leitura coletiva, com explicações, de texto sobre estratégias para aprimoramento da memória. No terceiro dia, em trios, foi realizado um exercício sobre as siglas e capitais dos estados. Os idosos receberam uma folha com a sigla de todos os estados do Brasil e tiveram que escrever a capital correspondente a cada um deles. As pessoas que terminavam primeiro foram ajudando as que ainda não haviam terminado, sem relatar

⁵ Memória sensorial; memória de curta duração (memória primária e memória operacional); e memória de longa duração (memória declarativa: episódica e semântica e memória não declarativa: de procedimentos, pré-ativação e condicionamento).

a resposta, davam pistas para auxiliar na lembrança. Prosseguiu-se, com a leitura coletiva do texto sobre falhas de memória. O fechamento do tema foi realizado com a atividade de reconhecimento de pessoas famosas – os participantes receberam uma folha que continha fotos de vários personagens conhecidos na mídia, eles tinham que escrever o nome de cada personagem abaixo da figura.

Prática dos ritos tibetanos: consiste em cinco exercícios corporais que promovem saúde e vitalidade, segundo Kelder (2002). A professora demonstrou cada exercício e os participantes realizaram cada movimento sob orientação e, ainda, receberam um material para continuarem a prática individualmente.

Atividade de tai chi chuan: reconhecida como uma forma de meditação em movimento, essa arte marcial chinesa foi adotada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) e implantada em diversas unidades básicas de saúde no território brasileiro. A professora demonstrou os movimentos e os participantes juntos seguiam conforme instruções.

Saúde bucal: cada participante tinha que pensar e responder às seguintes perguntas: “O que pode acontecer com a boca e com os dentes quando não cuidamos da saúde bucal?” “Que medidas diárias devem ser tomadas para evitar os problemas bucais?”. Os idosos individualmente relataram suas respostas. Um trabalho em pequenos grupos também foi realizado e cada grupo apresentou as suas conclusões. No segundo momento, a professora, de modo interativo, explicou brevemente sobre as doenças da cavidade oral, as medidas preventivas e orientou os idosos a consultarem o dentista regularmente.

Uso de medicamentos: os participantes foram divididos em quatro grupos. Cada integrante precisava dizer os remédios que tomavam e a finalidade deles - para quais problemas ou doenças eram indicados. Foram abordadas as ações dos

medicamentos sobre o organismo e os efeitos adversos, além da leitura de algumas bulas; foram discutidos se eram prescritos por médicos ou se faziam uso da automedicação. Por fim, cada grupo apresentou os seus resultados e compartilharam suas experiências. Além disso, os idosos foram orientados quanto aos riscos da automedicação.

Argila medicinal: a utilização da argila terapêutica para determinados casos pode atuar na diminuição da dor (BRÜNING, 2003). Alguns participantes comentaram que faziam uso de remédios para dor muscular e para dor de estômago. Com isso, foi realizada breve apresentação teórica sobre os fundamentos, as propriedades e as formas de utilização da argila medicinal. Além disso, foi realizada a demonstração da preparação da pasta de argila e os cuidados a serem tomados. Os idosos prepararam a pasta de argila, aplicaram e a removeram do próprio corpo. Por fim, foi explicado que esse procedimento é preventivo e auxilia no alívio de dores, que para problemas mais sérios de saúde é necessário procurar um profissional da saúde para receber as devidas orientações.

Problemas de saúde e doenças mais comuns na velhice: o grupo foi dividido em duplas e cada dupla elencou as doenças crônicas mais comuns na velhice; como era essa doença; quais as causas e se conheciam alguém que as apresentava. As doenças apontadas foram: hipertensão, acidente vascular encefálico (derrame no conhecimento dos idosos), diabetes, câncer, artrite e artrose, osteoporose, Alzheimer, depressão e catarata. Foram realizadas leituras sobre as doenças citadas. A professora apresentou uma visão geral sobre elas e sobre como ocorrem no envelhecimento e como podem ser afetadas pelo estilo de vida. Além disso, por parte da professora houve uma explanação sobre o declínio das funções vitais que podem ocorrer a partir da idade adulta até o final da vida. O encontro foi encerrado com informações sobre a importância da prevenção.

Atividade de yoga: prática hindu baseada em posturas corporais e no controle da respiração, que objetiva o estabelecimento do equilíbrio entre a mente e o corpo pelo desenvolvimento da consciência corporal (HERMÓGENES, 2010). A professora demonstrou cada exercício e os participantes realizaram com orientação. No grupo do Parque da Figueira, os exercícios foram ensinados por uma das alunas que praticava yoga semanalmente.

Violência e maus-tratos: em pequenos grupos os participantes conversaram sobre o conhecimento de algum caso de violência ou maus-tratos com idosos de seu entorno; refletiram sobre o porquê a sociedade e a família eventualmente maltratavam os idosos; se já havia se sentido maltratado ou humilhado por alguém. Em seguida, a professora fez uma exposição dialogada sobre o tema. Além disso, foi realizada uma discussão sobre o que cada um e a sociedade poderiam fazer para diminuir a violência e os maus-tratos na velhice. A agente comunitária de saúde também forneceu informações sobre os procedimentos para encaminhamento de suspeitas de maus-tratos.

Sono e envelhecimento: por meio de uma conversa levantou-se as condições de sono dos participantes; como dormiam (satisfatoriamente ou não, se apresentavam dificuldades para iniciar o sono ou mantê-lo, se dormiam muito ou pouco, se acordavam cansados ou dispostos) e o que faziam quando tinham dificuldades para dormir. Foi realizada também a leitura do texto Sono e Envelhecimento (FREITAS, 2008), bem como a discussão, a explicação e a troca de informações.

Imagem positiva do envelhecimento: cada idoso individualmente elencou suas duas melhores qualidades e seus dois piores defeitos. Com a intenção de ressaltar o que possuíam de bom e buscar melhorar os aspectos negativos, em uma conversa individual, os idosos falaram sobre esses aspectos. Além disso, cada participante pensou em uma pessoa que fosse um modelo de vida positivo e em outra como modelo

negativo e refletiu sobre três características dessas pessoas. Seguindo o encontro, cada idoso foi convidado a anotar em uma folha de papel, colocando de um lado as qualidades que possuíam e as que gostariam de alcançar e, do outro lado, os defeitos que buscariam transformar.

Emoções e sentimentos na velhice: uma folha foi entregue aos participantes com a proposta de refletirem e responderem as seguintes perguntas “Qual emoção ou sentimento o(a) senhor(a) tem com os seguintes fatos?”; “O que o(a) senhor(a) sente hoje ao pensar/refletir sobre essas situações?: 1) Morte do marido; 2) Perda de algum ente querido; 3) Aposentadoria; 4) Não estar ativo, trabalhando; 5) Briga ou discussão com alguma pessoa querida; 6) Doença ou problema de saúde; 7) Queda ou fratura; 8) Dificuldades de enxergar/piora na sua visão; 9) Dificuldades para escutar/piora na sua audição; 10) Falta de privacidade”. Com uma conversa atenta, acolhedora e sensível foram trabalhadas as emoções e sentimentos relatados pelos participantes sobre como vive ou viveu cada acontecimento e, principalmente, sobre o que poderia ser feito para se adaptar a ele. A professora também buscou mostrar possibilidades de vivenciar emoções e sentimentos positivos na velhice e como lidar melhor com as situações difíceis.

Histórias de vida: os participantes selecionaram e levaram fotos de momentos importantes que marcaram suas vidas, que poderiam ser separadas por épocas ou temas, como infância, adolescência, maturidade, família, amigos. As histórias de vida foram construídas com base nas lembranças que as fotos suscitavam. Ao final, com as fotos, cada participante construiu a sua linha da vida. O desenvolvimento dessa atividade teve duração de cinco encontros. No primeiro e no terceiro momento, ao mesmo tempo em que os grupos liam e discutiam textos sobre o referido tema, individualmente, a professora trabalhou as histórias da foto; cada idoso contou o que sentia sobre a foto naquele momento. Para os participantes que,

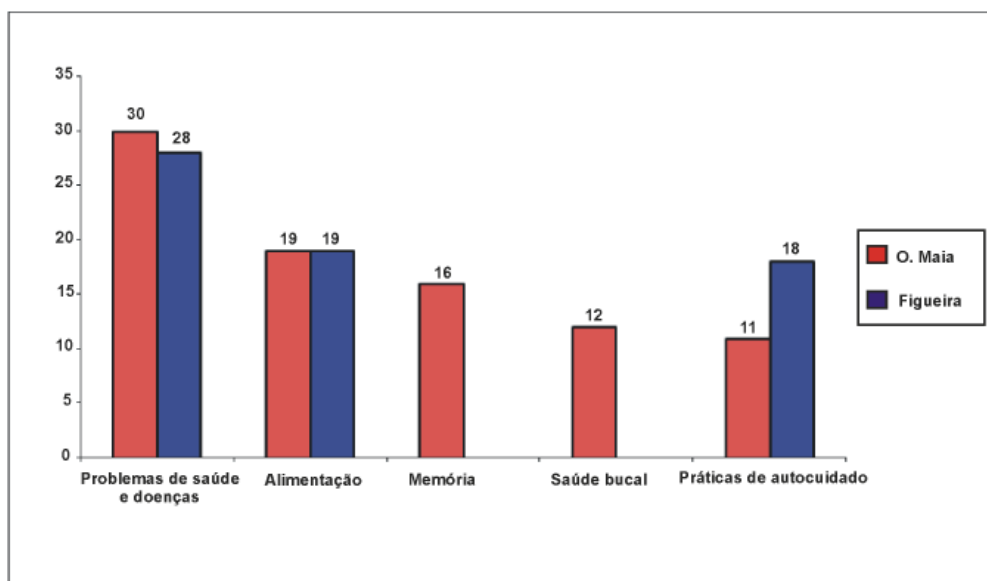
por algum motivo, não levaram a foto foi perguntado onde e em que ano nasceu e foi pedido que relatasse um fato que marcou alguma época da sua vida. No segundo encontro, os idosos se sentaram em volta de uma grande mesa, cada participante relatou a história da sua foto, a professora mostrava a foto para os demais e fazia perguntas para que a narração fosse ampliada. No quarto momento, uma máquina fotográfica foi utilizada e cada participante foi convidado a tirar uma foto; sozinho, acompanhado ou em grupo. Todos optaram por estarem nas fotos. Cada história de vida foi registrada e organizada como os participantes desejavam. Por fim, esse material foi impresso, encadernado e

entregue aos participantes no último encontro do programa. Cada idoso teve a oportunidade e tempo para apreciar sua própria história, bem como compartilhar sua história com os outros.

RESULTADOS

Diante dos temas abordados em cada encontro, os registros da observação foram tabulados. Nos dois grupos, o tema que suscitou mais participação dos idosos foi primeiramente relativo às doenças e aos problemas de saúde, em seguida os relacionados à alimentação, à memória, à saúde bucal e à prática do autocuidado respectivamente, como mostra a figura 1.

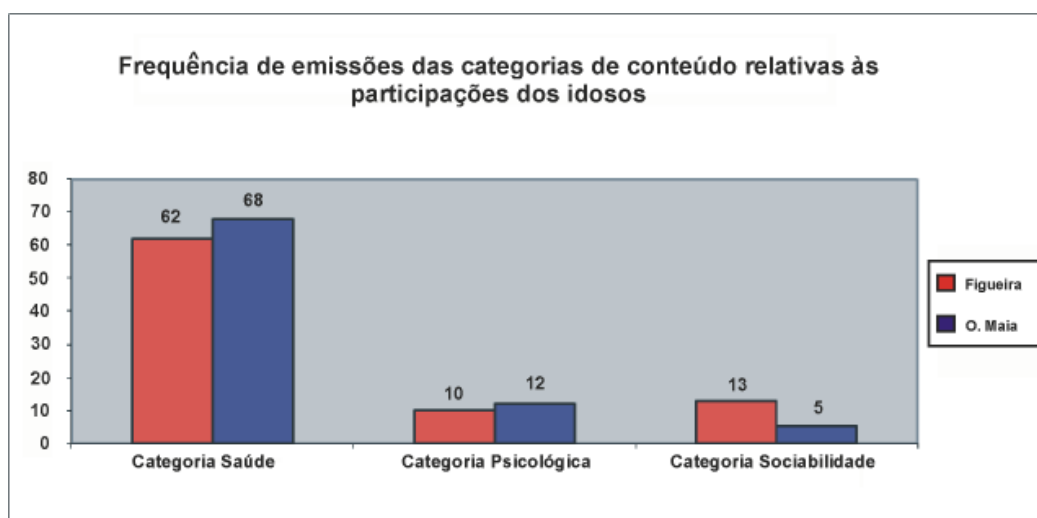
Figura 1 - Distribuição das participações conforme os temas abordados. Programa de Educação Popular em Saúde para um Envelhecimento Saudável, realizado com idosos do município de Campinas 2009



As participações dos idosos foram organizadas em três categorias de conteúdo relacionadas à saúde, à sociabilidade e aos aspectos psicológicos. Como observado na Figura 2, na categoria de saúde houve 62 emissões do grupo do

Parque da Figueira e 68 do grupo do Orosimbo Maia. Na categoria psicológica, a frequência foi quase similar para os dois grupos e em sociabilidade o grupo do Parque da Figueira superou o grupo do Orosimbo Maia.

Figura 2 - Frequência de emissões das categorias de conteúdo relativas às participações dos idosos. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Programa de Educação Popular em Saúde para um Envelhecimento Saudável, realizado no município de Campinas 2009



Ao avaliar o programa, todos os participantes consideraram o curso como positivo, com treze menções aos aspectos voltados à categoria saúde, oito à categoria sociabilidade, seis a aspectos psicológicos, sete a aspectos de aprendizagem e sete menções aos aspectos gerais; este último incluía relatos sobre a professora, o método do programa e o que foi aproveitado.

Com relação ao método adotado no programa, quase todos os idosos se manifestaram favoráveis aos procedimentos didáticos utilizados. Três idosos mencionaram a promoção de abertura para dúvidas, perguntas, relatos práticos e comentários; cinco participantes ressaltaram os aspectos gerais como aprender, gostar e aproveitar os encontros; sobre a linguagem adotada e a postura da professora tiveram seis menções; e o método promoveu novos aprendizados, com temas bem definidos apareceu no discurso de três idosos.

Quanto ao material, os idosos consideraram adequados, diversificados e complementares aos temas; aproveitados e discutidos durante e após as aulas e puderam levar para a casa. De modo mais específico, duas participantes apontaram a adequação do resultado final elaborado com as histórias de vida.

Considerando o aprendizado que o programa proporcionou para a vida dos participantes, os relatos se enquadraram nas seguintes categorias: 1) Compreensão da importância da atividade física, aprendizado de exercícios e de práticas de autocuidado (cinco menções); 2) Melhora nos aspectos psicossociais como: comunicação com outras pessoas, estado de humor, motivação para mudança e autoeficácia (sete menções); 3) Aumento de conhecimento e mudanças práticas na alimentação (cinco menções); 4) Ampliação do aprendizado e do conhecimento de modo geral (onze menções); 5) Mudança na vida de modo geral (três menções).

No que diz respeito aos aspectos aprendidos no programa educacional, no pós-teste, a maioria dos participantes (cerca de 80%) relatou que continuava a colocar em prática algum elemento abordado. Todas as repostas foram voltadas para os aspectos da categoria saúde, com quinze menções sobre o cuidado com a respiração, com a alimentação (mudança no modo de se alimentar, comer alimentos que não comia antes), com as práticas de prevenção de doenças, atividades físicas aprendidas, observação da postura ao caminhar, sentar e deitar e com o autocuidado. Houve nove

menções que variaram em como: pensar mais nas soluções para os problemas, estudar as apostilas e os textos, atentar-se mais para as coisas e realizar os exercícios de memória aprendidos.

De modo geral, o programa foi avaliado positivamente, principalmente em relação ao método utilizado, que, de acordo com os idosos, reverteu em aprendizado que se perpetuou após o término das aulas.

DISCUSSÃO

Para avaliar a eficácia de um programa educacional sobre a qualidade de vida dos participantes, foi elaborado e oferecido um programa diversificado a um público variado, com o foco em estratégias para envelhecer de forma saudável. Este estudo demonstrou a influência positiva do método e dos conteúdos para a qualidade de vida dos idosos, ao indicar melhora em aspectos da saúde, ampliação de conhecimento na área psicossocial e maior participação social.

Apesar de as pessoas saberem o que faz mal à saúde e quais tarefas são necessárias para a promoção da saúde, os comportamentos pessoais são difíceis de serem alterados, pois as decisões relacionadas ao comportamento de saúde se baseiam nas crenças pessoais sobre a susceptibilidade, a gravidade e os benefícios percebidos que interagem e influenciam as percepções que a pessoa tem a respeito de uma doença (STRECHER; ROSENSTOCK, 1997).

Com isso, as decisões comportamentais em saúde são um processo dinâmico, envolvendo mais de uma decisão e que normalmente requer diversas etapas ou estágios: a pré-contemplação, a contemplação, a preparação, a ação, a manutenção e a recaída (AZJEN; FISHBEIN, 1980). Sendo assim, a implantação de um programa de educação

sobre conteúdos de saúde, psicológicos e interações sociais pode contribuir para a mudança de comportamentos.

O programa educacional foi realizado de forma gratuita, em salão comunitário e sala de aula disponível na comunidade, no próprio bairro em que os idosos residiam, o que permitiu a participação dos que demonstraram interesse nas atividades propostas, mas que não tinham condições financeiras, nem para grandes deslocamentos, nem para participarem de atividades pagas. Com isso, realizar o programa em locais de fácil acesso pareceu fundamental para a participação de idosos mais frágeis.

Em termos de método do programa, a escolha por utilizar a educação popular e ter como base a política de envelhecimento ativo implicou numa diferença significativa quando comparado com os programas oferecidos pelas Universidades para a Terceira idade (UnATIs). Nestas, os conteúdos são oferecidos como disciplinas, palestras ou oficinas o que acaba aproximando da educação formal. No programa ora apresentado predominaram encontros temáticos participativos, realizados como “círculos de cultura” freireanos⁶.

Os idosos participantes do programa de educação popular em saúde relataram, no pós-teste, que um dos maiores ganhos de sua participação foi a ampliação das relações sociais e da interação com outras pessoas. O mesmo foi encontrado no estudo de Rizzolli e Surdi (2010), no qual um dos resultados esteve relacionado ao aumento das amizades, sendo esse um fator que influencia a continuidade dos idosos nas atividades e as mudanças positivas que ocorrem na vida dessas pessoas.

O presente estudo apontou que, durante as aulas, os participantes estavam mais interessados pelos temas: problemas

⁶ Círculos de cultura: instituição de debates que buscavam o esclarecimento de situações e ações práticas. A programação desses debates era realizada nos próprios grupos por meio de técnicas de manejo que resultavam na enumeração de problemas que os participantes gostariam de debater. Os assuntos eram esquematizados e apresentados em forma de diálogo.

de saúde e doenças, alimentação, memória e práticas de autocuidado. No geral, esses temas são, de fato, mais recorrentes na velhice, pois as doenças mais prevalentes na população idosa são: hipertensão arterial, problemas osteoarticulares e cardíacos (NERI, 2011). Com o aumento da prevalência dessas doenças em idosos, já era esperado que os participantes apresentassem maior interesse em discutir essas enfermidades. No grupo do Orosimbo Maia, os idosos que tinham alguma dessas doenças relataram e compartilharam informações sobre como lidar com essas enfermidades no dia a dia. No grupo do Parque da Figueira, participantes que tinham diabetes e osteoporose deram dicas para os demais que tinham recebido diagnóstico recente; esses puderam exprimir como foram as experiências de colocar em prática o que aprenderam com aqueles. Na medida de seguimento do estudo, os idosos relataram que continuavam a realizar as práticas de prevenção de doenças aprendidas no programa.

Em relação ao tema alimentação, em função das mudanças fisiológicas relacionadas à velhice, bem como da maior prevalência de doenças crônicas, estudos mostram que uma alimentação adequada é uma das estratégias mais eficazes à promoção de saúde e que o consumo habitual de alimentos que contenham nutrientes essenciais reduz o risco de doenças cardiovasculares e distúrbios nutricionais, como obesidade e desnutrição (WHITE, 2010). Os idosos desta pesquisa foram recrutados, em grande parte, pelas agentes comunitárias de saúde, nos serviços oferecidos nos centros de saúde de referência nas comunidades dos bairros Orosimbo Maia e Parque da Figueira. Nessas unidades, em datas pré-agendadas, existem encontros de aconselhamento e orientação sobre alimentação como prática preventiva de doenças e é por isso que se acredita que houve grande interesse sobre esse tema. Os idosos puderam trocar receitas culinárias e esclareceram dúvidas. No pós-teste, os participantes disseram que

houve aumento de conhecimento sobre alimentação saudável e sobre mudanças práticas na nutrição. Esses relatos reapareceram no seguimento do estudo, em que vários idosos disseram que mudaram o modo de se alimentarem.

No que diz respeito à memória, terceiro tema em que mais se registraram participações do grupo do Orosimbo Maia, durante os encontros, os participantes apresentaram preocupação com a perda da memória e, principalmente, com a demência do tipo Alzheimer. Alguns idosos relataram ter pessoas próximas que apresentavam problemas graves de perda de memória, outros disseram que tinham parentes acometidos por demências e declararam a situação dessas pessoas nos encontros. A perda de memória é dos assuntos que mais preocupa as pessoas; os idosos e os familiares se assustam com a possibilidade de progressão da perda de memória para alguma demência ou que já seja um sinal de demência (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2011).

Como o método da educação popular fomenta o diálogo e a troca de saberes, bem como as atividades práticas que permitem a assimilação do conteúdo discutido, os participantes vivenciaram exercícios que lhes permitiram estimular a memória. Ao iniciar o programa, foi estipulada uma média de dois encontros para cada assunto que seria abordado. Porém, para o tema memória foram necessárias mais aulas para que fosse discutido e praticado amplamente. Na medida de seguimento, alguns idosos disseram que estavam mais atentos aos eventos e que realizavam os exercícios de memória aprendidos no programa.

Quanto às práticas de autocuidado, a escolha de atividades deu-se com base na experiência com grupos de idosos e nas práticas vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, 2006). Em avaliação realizada, as práticas que estavam sendo mais realizadas no território brasileiro eram reiki, lian gong, tai chi chuan, automassagem, shiatsu, yoga,

shantala, tuiná e lien chi (PNPIC, 2006). Na presente pesquisa, utilizaram-se as atividades de automassagem, lian gong, tai chi chuan, yoga, ritos tibetanos e argila medicinal. Recentes pesquisas buscaram estudar práticas de autocuidado na população. Pinheiro e Guizardi (2008) realizaram pesquisa em três municípios (dois no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais) que desenvolviam programas que contemplavam práticas de integralidade do cuidado em saúde; em um dos municípios do Rio de Janeiro foram oferecidas práticas de yoga e os médicos constataram significativa melhora no quadro clínico dos pacientes acometidos por diabetes e hipertensão, observando-se a redução dos níveis pressóricos e glicêmicos. Também no Rio de Janeiro, a prática do tai chi chuan propiciou um conhecimento maior dos indivíduos a respeito de si mesmos e de seu corpo, com uma conseqüente busca de maior autonomia diante do processo de adoecimento, facilitando um projeto de construção ou reconstrução da própria saúde, pela qual os pacientes passaram a ser menos dependentes de medicamentos e de médicos (LUZ, 2007). No pós-teste do presente estudo, os idosos relataram a importância do aprendizado de exercícios e de práticas de autocuidado para o dia a dia. Na medida de seguimento, relataram que continuavam a praticar as ginásticas aprendidas, estavam observando mais a postura ao caminhar, sentar-se e deitar-se e estavam cuidando mais de si próprios.

O presente estudo mostra que após participarem do programa, os idosos relataram benefícios referentes ao aprendizado de práticas de saúde e de autocuidado; à promoção e mudanças na alimentação; ao conhecimento sobre doenças e sobre o uso adequado de medicamentos; e à ampliação da rede de relações sociais. Alguns participantes declararam maior adesão a atividade física e outros mencionaram ganhos em controle emocional. Houve relatos referentes a se tornarem mais pacientes, animados e motivados para as mudanças, alguns se

sentiram mais capacitados e outros disseram ter melhorado a comunicação.

Por fim, ter trabalhado com dois grupos de idosos contribuiu para a realização da dialogicidade, princípio estruturante do método freireano de educação popular, e para a troca de experiências e de saberes, bem como proporcionou o investimento na descrição de procedimentos numa área em que pouco tem se produzido a respeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partir de um programa educacional realizado de forma multidisciplinar, tendo inicialmente como objeto de estudo e prática a velhice e o envelhecimento, e chegar a um processo educativo que revelou as potencialidades do existir humano na atualidade permite-nos considerar que o programa promoveu relações educativas e dialógicas, as quais, por sua vez, transformaram o próprio objeto e a prática deste estudo, ao passarmos a ver a pessoa em relação com o mundo e não apenas com o seu envelhecimento.

Com o aumento da longevidade e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa, faz-se necessário promover o envelhecimento saudável com o intuito de auxiliar na prevenção e no controle de incidência de doenças crônico-degenerativas e de incapacidades que podem surgir devido a essas enfermidades. Desse modo, os programas de educação especializados para idosos tendem a contribuir para a promoção de saúde e para a prevenção primária das fragilidades, além disso, retira a pessoa do isolamento, proporciona-lhe saúde e bem estar, interesse pela vida e pelas questões da atualidade. Logo, os programas educacionais têm um importante papel na determinação do ritmo e do processo de envelhecimento. O desenvolvimento de novas habilidades intelectuais, como a leitura e a escrita, também favorece o envelhecimento ativo.

Os resultados sugerem que intervenções baseadas no modelo freireano de Educação Popular podem favorecer a

saúde física e mental de idosos, de acordo com os autorrelatos que indicam aplicação dos princípios deste modelo de conscientização e mudança. Com isso, o modelo de programa desenvolvido no presente estudo pode contribuir para a multiplicação e, ou, o aperfeiçoamento de outros programas educacionais, levando em consideração o método de ensino e a forma de desenvolver os conteúdos temáticos, possibilitando, nos espaços formais e não formais de ensino, o aproveitamento por educadores, de modo especial aos da educação de idosos.

A implementação de um programa de educação popular visando à satisfação das necessidades e dos anseios de idosos residentes na comunidade pode resultar em subsídios para a produção de métodos práticos, bem como para a proposição de outros programas de intervenção para os vários níveis de atenção à educação, à saúde e à cultura da população idosa.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

“As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do artigo”.

REFERÊNCIAS

AJZEN, I.; FISHBEIN, M.

Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 280p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição.

Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1109_M.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRÜNING, J. **Existem doenças incuráveis?** Bioenergia e saúde. 2 ed.. Curitiba: Expoente, 2003. 288p.

CANINEU, P.R.; SAMARA, A B.; STELLA, F. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.169-177, 2011.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

Freire, P. **Educação como prática da liberdade.** 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 192p.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 11 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 220p.

_____. **Educação e mudança.** 24 ed. Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin, Trads. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 112p.

Freitas, D.C.C.V. **Sono e envelhecimento.** 2008. (Partes 1 e 2). Disponível em: <<http://gerovida.blog.br/2008/05/04/sono-e-envelhecimento-parte-1/>>. Acesso em: 01 set. 2009.

HERMÓGENES, J. **Autoperfeição com Hatha Yoga.** 53 ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2010. 448p.

KELDER, P. **A fonte da juventude.** São Paulo: Best Seller, 2002. 65p.

NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** 2ed. Campinas: Alínea, 2011. 300p.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais.** (3ª ed.). São Paulo: Hucitec, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS. **Atividade física: perguntas e respostas.** 2002. Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4116&RetumCatID=357>>. Acesso em: 20 set. 2009.

PATROCINIO, W.P. **Descrição e análise dos efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido a idosos comunitários.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In:* Pinheiro, R.; Mattos, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

RIZZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção

dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 225-234, ago. 2010.

SCORALICK-LEMPKE, N.N.; BARBOSA, A.J.G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva *Life-Span*. **Estudos de Psicologia**, 29, supl., p. 647-655, 2012.

STRECHER, V.; ROSENSTOCK, I.M. The Health Belief Model. *In:* GLANZ, K. *et al.* **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**, 1997.

TODARO, M.A. **Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos.** 2008. 166p. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

WHITE, H.J. **Condições funcionais para alimentação, estado nutricional, perda de peso e autoavaliação de saúde em idosos comunitários: dados do FIBRA Campinas.** 2010. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

TEORIA DO CONFORTO NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DE CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Keila Maria de Azevedo Ponte¹, Lúcia de Fátima da Silva²

RESUMO: Em uma teoria, em particular neste estudo, de enfermagem devem-se estar apresentados explicitamente e claramente, os conceitos, já que uma teoria possui relação direta com a pesquisa e a prática. Deste modo, este artigo tem como objetivo descrever os conceitos e definições da Teoria do Conforto aplicado a um contexto de cuidado clínico de enfermagem. Pesquisa descritiva-reflexiva, realizada em novembro e dezembro de 2012. Escolheu-se os componentes “conceitos” e “definições” de Chin e Kramer para nortear este estudo. Realizou-se uma busca no Banco de Teses e Dissertações da CAPES com as palavras chaves: Cuidado clínico de enfermagem e Teoria do Conforto de Kolcaba, o qual apenas uma dissertação foi apresentada. Os resultados deste estudo apresentam os dezoito conceitos e definições usados na Teoria do Conforto, e estes se inter-relacionam de algum modo. Foi possível descrever o uso dos conceitos da Teoria do Conforto. Observou-se que os critérios adotados por Chin e Kramer possibilitaram na identificação dos componentes necessários para este estudo. Já na aplicação da Teoria do Conforto no contexto de cuidado clínico de enfermagem, percebeu-se que alguns conceitos não foram definidos e não foram citados no decorrer do estudo, priorizando-se o conceito maior com subconceitos e quatro dos conceitos maiores, equivalentes aos contextos de conforto.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Formação de conceito.

THEORY OF COMFORT IN CLINICAL NURSING CARE: ANALYSIS CONCEPTS AND DEFINITIONS

ABSTRACT: In theory, in particular in this study, nursing should be presented explicitly and clearly, concepts, since a theory is directly related to research and practice. Thus, this article aims to describe the concepts and definitions of the Comfort Theory applied to the context of clinical nursing care. Descriptive - reflective survey, conducted in November and December 2012. Picked up the components “concepts” and “settings” Chin and Kramer to guide this study. We conducted a search at the Bank of Theses and Dissertations CAPES by the keywords: Clinical Care Nursing Theory and comfort Kolcaba which only one dissertation was presented. The results of this study present the eighteen concepts and definitions used in the Theory of Comfort, and these are interrelated somehow. It was possible to describe the use of the concepts of the Theory of Comfort. There was the criteria adopted by Chin and Kramer allowed the identification of the components needed for this study. Have the application of the Theory of Comfort in the context of clinical nursing care, it was noticed that some concepts were not defined and were not mentioned during the study, prioritizing the most subconcepts concept with four major concepts, equivalent to the contexts comfort.

KEYWORDS: Nursing theory; Nursing care; Concept formation.

¹ Enfermeira. Doutoranda e Mestre do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS). Bolsista CAPES. Sobral, Ceará, Brasil. Email: keilinhaponte@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação e do PPCCLIS da UECE. Enfermeira do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Integrante do GRUPEESS da UECE, Fortaleza, Ceará, Brasil Email: luthy2008@hotmail.com

Recebido em: 20/12/2013 . Aceito em: 05/02/2014

INTRODUÇÃO

Teoria é uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma concepção preliminar, intencional e sistemática sobre um fenômeno (CHIN; KRAMER, 1995). Para compreensão das teorias torna-se necessário que haja uma linguagem comum para a comunicação dos significados dos conceitos (MCEWEN; WILLS, 2009).

A palavra “conceito” deriva do latim *conceptum*, que significa uma ideia abstrata e geral sob o qual se unem diversos elementos, assim, a compreensão de um conceito é um conjunto de caracteres que permitem sua definição (JAPIASSU; MARCONDES, 2006). Os conceitos são termos que se referem a fenômenos ocorridos na natureza ou no pensamento, podem ser uma ou duas palavras, ou uma frase (MCEWEN; WILLS, 2009). “Os conceitos são definidos e seus significados são entendidos apenas da estrutura teórica da qual fazem parte” (HARDY, 1973 *apud* MCEWEN; WILLS, 2009).

A definição de conceito não é apenas um “produto abstrato do entendimento”, e sim, ponto fundamental do ato de pensar, espírito vivo da realidade. O estudo de conceitos possui interesses simbolizados e encarnados na filosofia, pois comportar-se filosoficamente é, essencialmente, questionar conceitos, sentidos e pressupostos (RUSS, 2010).

Os conceitos de uma teoria carregam significados identificáveis que são transmitidas em definições. Estas definições variam em precisão e perfeição, mas o significado conceitual deve ser identificável em uma teoria. O significado para os conceitos criados pelo teórico da teoria é o que fornece seu caráter particular (CHIN; KRAMER, 1995).

Para este artigo, optou-se pela análise dos conceitos da Teoria do Conforto e em um contexto de cuidado clínico de enfermagem. Uma busca na literatura acerca do conceito de conforto revelou que não existe um consenso quanto à definição

deste conceito, contudo é abordado como uma necessidade humana básica e, tendo em vista o foco atual de cuidados na promoção da saúde, e considerando a conexão entre o conforto e bem-estar, também o conforto deve ser considerado como um elemento indispensável do cuidado humano holístico, sendo um conceito de valor relevante para a enfermagem para as pessoas que estão sob seus cuidados (MALINOWSKI; STAMLER, 2002).

O significado de conforto é implícito e varia semanticamente enquanto verbo, sujeito, adjetivo, advérbio, processo e resultado, este conceito é multidimensional com diferentes definições para cada pessoa. Ademais, o conforto considerado resultado do cuidado de enfermagem é objeto real da Enfermagem (DOWD, 2004; SILVA *et al.*, 2011).

Já o conceito de cuidado clínico de enfermagem é um conceito em formação, mas que a priori constam de:

Práticas, intervenções e ações sistematizadas, de cuidado direto, desenvolvido pela equipe de enfermagem e dirigido ao ser humano, seja individualizado ou coletivo, fundamentado em evidências quantitativas e/ou qualitativas, com bases filosóficas, ética, estética, teórica, científica, técnica e política, considerando as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo de viver no continuum saúde-doença (REGIMENTO PPCCLIS, 2011).

Diante do exposto este artigo irá descrever os conceitos e definições da Teoria do Conforto aplicado a um contexto de cuidado clínico de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo descritivo-reflexivo acerca da utilização dos conceitos da Teoria do Conforto em um estudo que utilizou a referida teoria como fundamentação teórica para o cuidado clínico de enfermagem. Estudo realizado em novembro e dezembro de 2012 como

atividade da disciplina Fundamentos Teóricos do Cuidado Clínico em Enfermagem do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – nível Doutorado, da Universidade Estadual do Ceará em Fortaleza, Ceará.

Realizou-se inicialmente a leitura do livro “*Theory and Nursing*” de Peggy Chinn e Maeona Kramer que permitiu maior compreensão para o modelo de análise da elaboração de uma teoria, elegendo-se como prioridade, os componentes necessários para este artigo: conceitos e definições.

Escolheu-se o Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para busca do estudo a ser analisado. Para atender aos objetivos propostos, usou-se como palavras chaves para busca: Cuidado clínico de enfermagem e Teoria do Conforto de Kolcaba. Foi apresentado apenas uma dissertação de mestrado, intitulada: Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio.

Na sequência serão apresentados sucintamente a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba; o modelo de descrição da teoria de Chin e Kramer; a síntese da dissertação analisada; e a análise do conceito de conforto utilizado na teoria e na dissertação.

MODELO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE TEORIA DE CHIN E KRAMER

Para análise de uma teoria proposta por Chin e Kramer, as mesmas apresentam dois guias que podem ser aplicados em partes ou no todo. O guia de descrição considera seis aspectos: propósitos, conceitos, definições, relacionamentos, estruturas e suposições. Já o guia de análise crítica contém clareza, simplicidade, generalidade, acessibilidade e importância da teoria (CHIN; KRAMER, 1995).

Para este estudo, escolheu-se como componentes de análise “conceito e

definições”. Para o conceito, são averiguados nove questões que abrangem a existência de conceitos maiores e menores, sua organização, relações, ordenação, abstrações, empirismo, amplitude e limitações. Já o componente definição, aborda a definição dos conceitos quanto a explicitação, dedução, especificidade, generalidade, semelhanças e contradições (CHIN; KRAMER, 1995).

Os conceitos de uma teoria devem ser cuidadosamente analisados com vistas a melhor compreensão das relações em que estes se estruturam, deste modo, a descrição e compreensão da definição dos conceitos é crucial por caracterizar o propósito, estruturação, natureza da relação teórica, definições e pressupostos (CHIN; KRAMER, 1995).

SÍNTESE DA DISSERTAÇÃO ANALISADA

A dissertação selecionada teve como objeto o uso de tecnologias de cuidar para o conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio. Como objetivo geral, analisar a contribuição das tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio, mediado pelo referencial da Teoria do Conforto de Kolcaba e pela pesquisa-cuidado. Utilizou-se para isto o desenho qualitativo, caracterizado como uma pesquisa-cuidado. Os sujeitos do estudo foram nove mulheres admitidas com infarto agudo do miocárdio, no período de abril a junho de 2011, em um hospital de referência em Cardiologia de Sobral, Ceará, Brasil (PONTE, 2011).

Ocorreu um primeiro encontro na admissão, o qual perdurou em média seis horas, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a proposta do método e, seguidamente, ocorreu a implementação do cuidado com base nos quatro contextos de conforto proposto pela teoria: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Após, realizaram-se mais três encontros subsequentes de pelo menos quatro horas (PONTE, 2011).

As informações foram coletadas por meio de entrevista individual semiestruturada, formulário, diário de campo e observação participante. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos. As informações foram analisadas por meio da análise temática categorial de conteúdo. Considerou-se que a percepção do conforto depende da escolha de tecnologias de cuidar apropriadas a cada situação do cuidado clínico de enfermagem (PONTE, 2011).

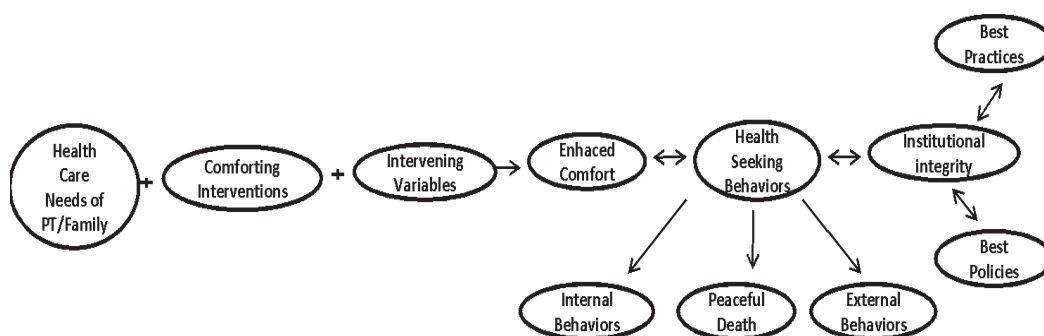
A TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

Os pressupostos desta teoria asseguram que os seres humanos possuem respostas holísticas à estímulos complexos; o conforto é resultado holístico desejável natural dos cuidados de enfermagem; os seres humanos buscam satisfazer suas necessidades básicas de conforto ou para que sejam satisfeitas; a melhora do conforto proporciona ânimo aos pacientes para que sejam implementados comportamentos de busca em saúde de sua escolha; os pacientes

que implementam estes comportamentos ativamente estão satisfeitos com os cuidados de saúde; a integridade institucional está norteado num sistema de valores orientados para as pessoas que recebem o cuidado (DOWD, 2004).

Na Teoria do Conforto, as enfermeiras identificam as necessidades de conforto das pessoas que estão sob seus cuidados e concebem medidas de conforto ao tempo em que avalia a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada. As atividades que promovem conforto são intensificadas e o paciente é preparado, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos de busca em saúde que podem ser internos, externos, ou para uma morte tranquila. Quando instituição e equipe de cuidados são preparados eticamente para a tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços, a teoria denomina integridade institucional, e inclui a satisfação do paciente, redução de custos, redução de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde. A Figura 1 apresenta estas etapas: (KOLCABA, 2003).

Figura 1 - *Conceptual Framework for Comfort Theory.*



Fonte: <http://www.thecomfortline.com>

A elaboração conceitual do fenômeno conforto considerou conhecimentos contidos em outras teorias de enfermagem, quais sejam o conceito de alívio, proposto por Ida Orlando; a compreensão de tranquilidade, proposta por Virginia

Henderson; o conceito de transcendência, sugerido por Josephine Paterson e Loreta Zderad; medidas de conforto de Watson; e Os comportamentos de busca em saúde de Rozella Schlotfeldt (KOLCABA, 2001).

ANÁLISE DOS CONCEITOS USADOS NA TEORIA E NA DISSERTAÇÃO

Existem dezoito conceitos apresentados na teoria, estes estão apresentados desde a definição de conforto, aos pressupostos e proposições.

O maior conceito usado na teoria é o de “*conforto*”, definido como uma experiência imediata sendo fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência humana físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (KOLCABA, 2003, p.14).

Para elaboração desta definição, Kolcaba (2003) construiu o conceito de “conforto” seguindo o modelo de análise de conceito de Walker e Avant (1998, 1995). Deste modo, seguiram-se as seguintes etapas: seleção do conceito; objetivos e propósitos de análise; identificação de todos os usos do conceito; identificação dos atributos definidores; desenvolvimento de casos (caso modelo, caso incerto, caso relacionado, caso inventado, caso contrário, caso ilegítimo e análise dos casos modelos); identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; e especificação do referencial empírico.

Na definição de conforto na referida teoria, identificou-se que há um conceito maior que é conforto, com sete subconceitos maiores organizados, quais sejam: alívio, tranquilidade, transcendência, contexto físico, contexto psicoespiritual, contexto sociocultural e contexto ambiental. Estes também são definidos conforme segue.

O “alívio” representa a sensação de ter uma necessidade de conforto satisfeita; “tranquilidade” caracteriza-se por um estado de calma ou de contentamento; e “transcendência” uma condição na qual a pessoa consegue suplantar um problema ou dor (KOLCABA, 2001).

Os quatro contextos de realização conforto são também definidos na teoria: “físico” está relacionado a sensações corporais e mecanismos homeostáticos, ou

seja, do equilíbrio do corpo; “psicoespiritual” está relacionado a consciência interna de si mesmo, o que inclui autoestima, autoconceito, sexualidade, significado na vida de alguém de uma ordem superior de existência e sua relação com ela; “sociocultural” envolve as relações interpessoais, familiares, e sociais, além de tradições familiares, rituais e práticas religiosas; e o “ambiental” que pertence a base externa da experiência humana, incluindo temperatura, iluminação, ruídos, odores, cor, mobiliário, paisagem, etc. (KOLCABA, 2001).

Nos postulados da teoria apresentam-se outros dez conceitos menores também presentes quais sejam: medidas de conforto, necessidades de cuidados de saúde, comportamentos de busca em saúde, integridade institucional, variáveis intervenientes, comportamentos internos, comportamentos externos, morte pacífica, melhores práticas e melhores políticas.

As “necessidades de cuidados de saúde” são necessidades em qualquer contexto de conforto que surgem a partir de situações de cuidados de saúde estressantes e que não são satisfeitas pelo suporte natural pelo sistema de suporte natural (KOLCABA, 2010).

As “medidas de conforto” é um conceito de Watson e na teoria, são intervenções de enfermagem que são planejadas e implementadas com vistas a satisfazer as necessidades de cuidados em saúde, estas tem o objetivo de melhorar o conforto imediato do paciente como meio de facilitar comportamentos de busca em saúde (KOLCABA, 2010).

As “variáveis intervenientes” são fatores que cada paciente traz para a situação em saúde e que tem impacto sobre o sucesso das intervenções, estes fatores não podem ser alterados pelos enfermeiros. São exemplos destas variáveis as experiências passadas, idade, postura, estão emocional, sistemas de apoio, prognósticos, finanças e a totalidade dos elementos da experiência do paciente (KOLCABA, 2010; DOWD, 2004).

Os “comportamentos de busca em saúde” são comportamentos em que os pacientes desenvolvem consciente ou inconscientemente com vistas ao bem-estar, criando um modelo de atividades que promovem conforto. Podem ser internos, externos ou uma morte pacífica. Esta definição usada na teoria é de Rozella Schlotfeldt (1975).

Os “comportamentos internos” ocorrem em nível celular ou dos órgãos tal como a cura, cicatrização, formação de células T, a oxigenação, entre outras. Já os “comportamentos externos” são os comportamentos observáveis, tais como autocuidado, permanência no hospital, deambulação, entre outros (KOLCABA, 2003).

A “morte pacífica” é definida na teoria como uma morte na qual os conflitos são resolvidos, os sintomas são bem conduzidos, e ocorre a aceitação por parte dos membros da família e do paciente, de modo a permitir que o mesmo “se vá” em silêncio e com dignidade (KOLCABA, 2003).

A “integridade institucional” é quando instituição e equipe de cuidados estão fazendo o melhor por seus pacientes, inclui satisfação dos pacientes, redução de custos, redução de morbidade e reinternações, estabelecendo “melhores políticas” e “melhores práticas” (KOLCABA, 2003).

Os conceitos maiores e menores possuem relação com o conceito maior com subconceitos que é o conforto, assim como os conceitos maiores possuem relação entre si em qualquer configuração, mas não possuem relação com os conceitos menores neste mesmo contexto. Os conceitos menores estão relacionados de modo ordenado.

Os conceitos menores estão organizados de maneira ordenada, e tem uma estrutura (Figura 1) que contém implicitamente os conceitos maiores, contudo, estes conceitos menores podem ser compreendidos fora desta estrutura.

As teorias de enfermagem usam quatro conceitos principais, enfermagem, pessoa, ambiente e saúde, que são os metaparadigmas, estes são o conteúdo central de uma disciplina

(HICKMAN, 2000). Com base no exposto, estes conceitos metaparadigmáticos também são definidos na teoria.

Os conceitos maiores são amplos em seus propósitos apesar de estarem extremamente relacionados ao tema conforto, estão organizados de maneira a definir o conceito de conforto, e podem ser organizados em qualquer configuração, todos estes foram definidos, como apresentado anteriormente.

Os conceitos menores também são amplos em seus propósitos e estão relacionados às proposições da Teoria do Conforto, contudo possuem uma ordenação lógica de organização. Os conceitos foram definidos, exceto “boas práticas” e “melhores políticas”.

São considerados conceitos abstratos em seus propósitos e definidos de modo geral: conforto, alívio, tranquilidade, transcendência, necessidades de cuidados em saúde, medidas de conforto, comportamentos de busca em saúde e integridade institucional. E são empíricos em seu propósitos e específicos em suas definições: os contextos de conforto: físico, psicoespiritual, sociocultural, ambiental; variáveis intervenientes, comportamentos internos, comportamentos externos e morte pacífica.

Os conceitos concretos são os que podem ser observáveis no cotidiano seja pelo visual, auditivo ou pelo sentido, são limitados por tempo e espaço, já os conceitos abstratos não são perceptíveis de maneira direta ou indireta, devendo ser definidos com termos de conceitos observáveis (MCEWEN; WILLS, 2009).

O equilíbrio entre os conceitos abstratos e os empíricos ocorrem quando se dá a definição e a junção dos conceitos para formar uma ordem lógica. Para isto, as definições apresentadas na teoria traz exemplos que ajudam na compreensão citando pacientes e ocorrências como definidos os conceitos considerados empíricos neste artigo.

Para quase todos os conceitos definidos há uma mesma definição em todos os materiais consultados e evidenciados da

Teoria: site, livro e artigos, exceto para “comportamentos de busca em saúde”.

Os conceitos definidos estão de acordo com o comum convencionado, ou seja, com o preconizado por outros autores, como no caso das teóricas Orlando, Henderson, Paterson e Zderad, Watson e Rozella Schlotfeldt.

Vale-se apresentar que vários conceitos usados na literatura da enfermagem são adaptados ou sintetizados de outras disciplinas (MCEWEN; WILLIS, 2009).

Conceitos da Teoria do Conforto na dissertação

Na pesquisa analisada foi apresentado um capítulo destacando a Teoria do Conforto e os conceitos usados nesta. Os conceitos maiores foram definidos conforme a teoria preconiza, contudo nem todos os conceitos menores foram definidos. O conforto norteou todo estudo na introdução, objetivos, revisão de literatura, metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

Os contextos de conforto “físico, psíquicoespiritual, sociocultural e ambiental” foram usados na terceira etapa do método de pesquisa-cuidado no estabelecimento entre as conexões de teoria, pesquisa e prática, assim como na apresentação dos resultados.

As “necessidades de conforto” foram abordadas na revisão de literatura, embasou a metodologia nas etapas da pesquisa-cuidado e fortaleceu os resultados.

As “variáveis intervenientes” foram citadas como conceito usado na teoria do Conforto, mas não foram definidas e nem adotadas na metodologia e para análise dos resultados. As mesmas ficaram implícitas quanto ao seu uso, pois observa-se na leitura e análise do estudo, o uso destas como norteador para estabelecer as conexões entre teoria, pesquisa e prática e na apresentação do perfil das participantes do estudo.

As “medidas de conforto” foram denominadas “tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto”. E foram as seguintes: controlar e aliviar desconforto precordial e sintomatologias clínicas; implementar cuidados gerais de enfermagem

e para melhorar conforto no leito; satisfazer as necessidades básicas; cuidar diferenciado no sítio de punção e na retirada do dispositivo intra-arterial; fortalecer a espiritualidade; esclarecer sobre o adoecimento; ajudar no enfrentamento da nova condição de saúde e nas situações de confusão mental e desorientação; implementar cuidados voltados a promover adaptação à unidade coronariana; proporcionar ambiente propício para conforto; favorecer ambiente descontraído; ficar disponível, adquirindo confiança, estabelecendo vínculo, fornecendo carinho para ser uma companhia agradável; viabilizar o encontro com as famílias, oferecendo-lhe apoio; estimular a interação e bom relacionamento com os profissionais do hospital; e conhecer a cultura da pessoa, adaptando-a na unidade coronariana (PONTE, 2011).

Os tipos de conforto “alívio, tranquilidade e transcendência” foram citados apenas no capítulo referente à Teoria do Conforto, mas não foram empregados no percurso metodológico e nos resultados, apesar de está subtendido.

Quanto aos “comportamentos de busca em saúde”, estes foram citados no referencial teórico como conceitos da teoria e apresentados brevemente que podem ser internos, externos ou para uma morte tranquila. Entretanto, durante a conexão da pesquisa, teoria e prática do cuidado na metodologia, Ponte (2011) relatou que “as atividades positivas foram intensificadas, e a pesquisada-cuidada foi sendo continuamente estimulada a participar”. Acredita-se que está implícito o emprego dos comportamentos de busca em saúde. Não houve a definição de tal conceito. Nos resultados e discussão também não houve menção ao referido termo, apesar de haver menção aos cuidados de conforto implementados.

Dentre as proposições da teoria, como exposto na metodologia, seguiram-se todas as etapas, exceto o último momento equivalente a “integridade institucional”, por ter sido considerada de caráter institucional, transcendendo o cuidado de enfermagem (PONTE, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, foi possível descrever o uso dos conceitos da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Observou-se os critérios adotados por Chin e Kramer possibilitaram na identificação dos componentes necessários para este estudo.

Já na aplicação da Teoria do Conforto no contexto de cuidado clínico de enfermagem, percebeu-se que alguns conceitos não foram definidos e não foram citados no decorrer do estudo, priorizando-se o conceito maior com subconceitos e quatro dos conceitos maiores, equivalentes aos contextos de conforto.

Como limitações do estudo, na busca com as palavras-chaves, apenas um estudo adotou a referida teoria em um contexto de cuidado clínico de enfermagem. Assim, vale-se considerar a importância de novos estudos empíricos dentro desta temática, bem como estudos que analisem a teoria na prática do cuidado de enfermagem de modo geral, de maneira a ser discutido a relevância no emprego de teorias em pesquisas de enfermagem.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

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

REFERÊNCIAS

CHIN, P.L. KRAMER, M.K. **Theory and nursing – a systematic approach**. 4 ed. Missouri: Mosby, 1995.

DOWD, T. Katharine Kolcaba – Teoria do conforto. In: Tomey A.M., Alligood M.R. **Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5 ed. Lisboa: Lusociência, 2004.

HICKMAN, J.S. Introdução a teoria de enfermagem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

JAPIASSU, H. MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

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

KOLCABA, K. **Definitions of concepts in Kolcaba's middle range Theory of Comfort**. 2010. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/home/faq.html>. 10 Dec. 2012.

KOLCABA, K. **The comfort line**. 2010. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>. Acesso em: 22 maio 2010.

MALINOWSKI, A.; STAMLER, L.L. Comfort: exploration of the concept in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v.39, n.6, p. 599-606, 2002.

MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas para enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PONTE, K.M.A. **Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio**. 2011. 177p. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

RUSS, J. **Os métodos em filosofia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, M.N.A.; TONINI, T. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.2, p.357-60, 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ/PPCCLIS. **Regimento do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE**. Fortaleza, 2011. (mimeo)

PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DO IDOSO ESTOMIZADO: A REFORMA DO PENSAMENTO

Edaiane Joana Lima Barros¹, Giovana Calcagno Gomes², Elisabete Zimmer³, Daiani Modernel Xavier⁴

RESUMO: Os idosos com estomias, muitas vezes, podem recusar a aceitação de suas condições de saúde e, assim, tendem a rejeitar o tratamento, o que pode resultar no agravamento de sua deficiência. Enfatizar a arte de educar, a partir da educação em saúde na Enfermagem para o idoso com estomia, como princípio para o autocuidado, é o objetivo deste estudo. Realizou-se uma reflexão teórica, por meio de um levantamento bibliográfico definindo-se como temáticas a Enfermagem na dimensão educativa e complexa do idoso com estomia. A ostomia e o processo de envelhecimento, a partir do olhar da Complexidade. Percebeu-se que o idoso com estomia tende a não aceitar suas condições de saúde, rejeitando o tratamento. Para que a educação em saúde seja efetiva é necessário que o idoso com estomia saiba lidar com os conflitos, medos e sentimentos de negação quanto ao cuidado. Educar a pessoa idosa com estomia pode proporcionar-lhe a oportunidade de assumir e exercitar postura de respeito e entendimento acerca de si, considerando os processos individuais e familiares, subsidiando uma reforma do pensamento no cuidar em saúde.

Palavras-chave: Idoso; Estomia; Educação em saúde.

PROMOTION OF EDUCATION FOR SELF-CARE TO THE ELDERLY OSTOMY: THOUGHT REFORM

ABSTRACT: Elderly patients with stomas often may refuse to accept his condition and thus tend to reject the treatment, which may result in worsening of disability. To emphasize the art of education, as from the health education in nursing for the elderly with ostomy, as principle for self-care, is the goal of this study. We performed a theoretical reflection, through a bibliographical survey being defined as thematic the Nursing in the educational and complex dimension of the elderly with ostomy. The ostomy and the aging process, from the look of Complexity. It was noticed that the elderly with ostomy tends not to accept their health conditions, rejecting the treatment. In order for the health education to be effective it is necessary that the elderly with ostomy learn to deal with conflicts, fears and feelings of denial how much to the care. Educating the elderly person with ostomy can give you the opportunity to assume and to practice posture of respect and understanding of himself, considering individual and family processes, subsidizing a reform of the thought in the health care.

Keywords: Elderly; Ostomy; Health education.

¹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira responsável pelo Setor de Educação Permanente do Hospital Universitário Doutor Riet Miguel de Corrêas Jr. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: edaiane_barros@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elisabetezimmer@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: daiamoder@ibest.com.br

Recebido em: 03/01/2014 . Aceito em: 30/01/2014

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo sequencial, individual, irreversível e universal, acompanhado de perda gradativa das funções fisiológicas. É próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo pode torná-lo menos capaz de enfrentar o estresse do meio ambiente e a proximidade da morte (WILIS *et al.*, 2011). Assim, ao se tornarem idosos podem se deparar com processo cirúrgico, tornando-se uma pessoa com estomia, tendo que utilizar bolsa coletora aderida ao abdômen para a saída de fezes ou urina. Tal fato pode mostrar-se como algo penoso e sofrido.

Os idosos com estomias, muitas vezes, podem recusar a aceitação de suas condições de saúde e, assim, tendem a rejeitar o tratamento, o que pode resultar no agravamento de sua deficiência. Além do prejuízo ocupacional e social, diante das alterações decorrentes do processo de envelhecimento, eles podem perceber-se em situação interna de autoabandono, perda da autoestima, isolamento da sociedade e do ambiente familiar, por vergonha ou por acharem que poderão incomodar se pedirem ajuda.

O ser humano, desde a concepção até o envelhecimento, se depara com o paradigma de que a imagem corporal é influenciada pelos padrões estipulados pela sociedade e pela cultura que nos rodeia. A imagem corporal, assim, passa a ser idealizada quando se pensa na aparência física, podendo sofrer modificações naturais ou advindas de nova situação, como a estomia (CASSERO; AGUIAR, 2009). Frente à situação de incertezas trazidas pela estomia e aos eventos ligados ao envelhecimento, a pessoa tende a sentir-se limitada quanto ao seu próprio cuidado.

Essas dificuldades podem levar à inadequação dos mecanismos de enfrentamento diante do estresse ocasionado pela ostomização. Assim, a educação pode contribuir para a autoformação da pessoa, buscando ensiná-la a ter uma vida menos conflitante com si e com os outros e,

principalmente, a tornar-se cidadão (MORIN, 2004). A experiência de vida torna-se síntese, passado sintetizado e tornado disponível, como tradição, que não se reproduz, apenas, na singularidade do sujeito, mas na incorporação de sentidos aos objetos e, com isso, a experiência ajuda o sujeito a reconhecer os elementos recorrentes do próprio ambiente diário (OSWALD *et al.*, 2010). Para tanto, a educação passa a apresentar-se como elemento relevante no auxílio da incorporação de novas ações na vida cotidiana do idoso com estomia.

Alguns idosos, na busca pela superação para lidar com os eventos adversos da vida e com as demandas do cotidiano, oriundas do processo de estomização, passam a participarem em grupos específicos de educação em saúde. Fator motivador que os auxilia a se redescobrirem como seres humanos que, mesmo com estomia, podem tornar-se capazes de retomar as atividades de vida diária e autocuidado, bem como, reforçarem a relação de laços familiares.

A família passa a tornar-se parte da sobrevivência, desenvolvimento e proteção integral de seus membros, à medida que compartilha com a pessoa com estomia seu cotidiano, medos, necessidades e possibilidades de enfrentamento desse novo processo de viver. Nesse sentido, a família contribui como aporte afetivo e material, sendo capaz, por meio de sua presença, de servir de fonte motivadora para que seu familiar desenvolva habilidades e competências para seu autocuidado (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter reflexivo buscando-se enfatizar a importância da arte de educar, a partir da educação em saúde na Enfermagem para o idoso com estomia. Como princípio para o autocuidado na medida em que o profissional de enfermagem necessita reconhecer e elaborar um cuidado efetivo voltado às

necessidades e experiências manifestadas por esse idoso, bem como as suas limitações inerentes ao processo de envelhecimento, estimulando continuamente o seu autocuidado.

Utilizar-se-á, como embasamento teórico a Complexidade de Edgar Morin para compreender tal questão, realizando a interface entre a educação em saúde para o idoso com estomia e o olhar da complexidade como reforma para a mudança do pensamento.

Realizou-se um levantamento bibliográfico definindo-se como temáticas a Enfermagem na dimensão educativa e complexa do idoso com estomia; A ostomia e o processo de envelhecimento a partir do olhar da Complexidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das referências teóricas analisadas, desenvolveram-se as temáticas definidas, como apresentadas a seguir.

A Enfermagem na dimensão educativa e complexa do idoso com estomia

O estudo da complexidade se apresenta pela integração dos diversos modos de pensar, e não apenas por meio do pensamento linear, convergente e reducionista. Assim, podemos promover pensamento integrador de todos os elementos presentes no universo, e considerar a incerteza como parte constitutiva da vida e da condição humana. O ser humano passa a ser entendido como ser complexo, capaz de se auto-organizar e estabelecer relações com o outro em uma relação de alteridade, ao qual sujeito modifica seu meio ambiente através de suas percepções sobre o mundo (PETRAGLIA, 2001).

Educar em saúde para o cuidado do idoso com estomia necessita apresentar resultados que preconizem o domínio dos aspectos relacionados não somente à ostomia, mas ao processo de envelhecimento como todo. O ponto de

partida pode ser a utilização de métodos significativos para esse idoso, à medida que o aprender mostre-se como instrumento capaz de torná-lo estimulado, ao processo de se cuidar e compreender sua nova realidade.

Olhar para o idoso com estomia implica compreender as limitações inerentes à idade, somadas a realidade de uma doença instalada e, conseqüentemente, às perdas. Desde o diagnóstico de uma possível estomia até a cirurgia que irá efetivar a retirada da estrutura orgânica comprometida e construir uma alternativa para a saída das excretas, o idoso com estomia vai deparar-se com nova forma de auto-organização, junto ao meio social. A auto-organização perpassa como mecanismo, exercido pelos seres vivos (humanos), para manter sua autonomia, quando ele se vale de sua cultura e do meio em que está inserido (MORIN, 2004).

Entende-se que a ação educativa voltada ao autocuidado do ser humano idoso com estomia pode ser competência do(a) enfermeiro(a), o que requer a compreensão do contexto social desse idoso, suas dificuldades e facilidades quanto ao cuidado do estoma e de sua reintegração à sociedade. No contexto atual, a educação ocorre como maneira de instrumentalizar os idosos para vencerem os obstáculos impostos pela idade e pela sociedade, proporcionando-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscarem seu bem-estar físico, psíquico, emocional e social (GRANT *et al.*, 2013).

É relevante a preocupação com a possível evolução do declínio cognitivo e fisiológico que os idosos podem apresentar, em seu processo de envelhecer, associado à vivência de estar com uma estomia. Dessa forma, as queixas subjetivas, com relação a seu meio social, passam a ser reais e devem ser acolhidas dentro da nossa compreensão, como profissionais da saúde envolvidos na prática do educar/cuidar em enfermagem.

A condição de pessoa idosa com estomia implica em mudanças no estilo de vida, sendo importante que o processo

reabilitatório seja implementado, já na fase diagnóstica, visando restituir-lhe as atividades de convívio social e melhorar sua qualidade de vida diante do impacto de aquisição do estoma (FAUL *et al.*, 2010). A complexidade do cuidado de enfermagem, prestado ao idoso com estomia, remete à necessidade de compreender as modificações que ocorrem em sua vida e como ele vivencia todo esse processo, para maior aprofundamento sobre esse ser e intervenções adequadas (SIMUNOVIC *et al.*, 2010).

Para que a educação em saúde seja efetiva, é necessário que o idoso com estomia passe a saber lidar com os conflitos que surgem antes e depois da estomia, seus medos e sentimentos de negação quanto ao próprio cuidado. Os profissionais de enfermagem necessitam atentar para educar o idoso com estomia e procurar ajudá-lo a desenvolver sua autonomia, estimulando sua autoestima, a partir da reflexão acerca da mudança de hábitos, decorrentes do processo de envelhecimento ativo.

Assim, é necessária habilidade para adequar o cuidado, para esse segmento da população, promovendo educação capaz de contemplar a sua construção pessoal e, com isso, adentrar no mundo dos idosos (SKEPS *et al.*, 2013). Algumas estratégias de cuidados como: realização de orientações acerca do processo de adaptação e uso da bolsa coletora; cuidado com a estomia e com a alimentação adequada, além de encaminhamento e estímulo para a participação de um grupo de apoio, que possa ajudar os estomizados a conviverem com essa nova situação, que passa a integrar o todo que compõe o processo de viver da pessoa idosa, necessita ser identificado pelo enfermeiro (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

O ser idoso com estomia que participa da educação em saúde, de forma sistemática, tem a oportunidade de assumir e exercitar uma postura de respeito e entendimento acerca de si e de seus processos singulares, como um valor único,

considerando os processos individuais e familiares.

As mudanças nas representações de velhice, tempo e espaço impõem ao corpo, ao pensamento e à aprendizagem, novos vínculos e diferentes conceitos. Para o idoso com estomia, essas mudanças são evidentes e impostergáveis (POPEK *et al.*, 2010). Assim, o olhar psicopedagógico necessitará romper barreiras, procurando sintetizar as ações seja qual for à faixa etária. Pois, o trabalho psicopedagógico se apresenta através das relações sociais com o objetivo de reinserir e reciclar no meio social.

Algumas interrogações são lançadas: O que significa para o idoso aprender? O que significa para o idoso aprender a conhecer? Essas perguntas repousam sobre um cenário de contingências para o idoso, por apresentarem uma articulação entre o cognitivo-subjetivo e os recursos do ambiente, sendo os últimos, nem sempre acessíveis (MORIN; ALMEIDA; CARVALHO, 2007).

Compreende-se que a prática educativa seja uma das estratégias adequadas a ser implementada com grupos de pessoas em condições especiais de saúde, como os sujeitos com estomias e precisa ser direcionada de acordo com as necessidades sentidas e manifestadas. Assim, a Enfermagem se apresenta por meio da capacidade de perceber diferentes formas de aprender e de ensinar. Nesse processo de ensino-aprendizagem o ser que ensina modifica e é modificado por meio das singularidades dos outros sujeitos.

Ao deparar-se com esta nova situação, em que a doença transformou parte significativa dos seus hábitos de vivência, muitas vezes, sem tempo suficiente para prepararem-se psicologicamente e enfrentar as limitações advindas, o idoso com estomia apreende novas formas de autocuidado. Esse se torna momento oportuno para a Enfermagem realizar um trabalho de estimulação ao reconhecimento das potencialidades, contribuindo para desenvolvê-las.

A estomia e o processo de envelhecimento a partir do olhar da Complexidade

A complexidade pode se apresentar por meio de alguns princípios que permitem uma melhor compreensão da realidade. Assim, a complexidade surge por perceber a realidade como um fenômeno complexo, uma teia construída pelo indivíduo por meio das suas relações sociais e das suas relações com o meio ambiente. Dessa forma, o fenômeno complexo é ao mesmo tempo autônomo e dependente em relação ao meio, ao contexto, à cultura, entre outros.

Para um pensamento complexo se faz necessário a substituição de um pensar fragmentado por outro que está interligado. Morin, Almeida e Carvalho (2007, p.20), revelam que:

Esse reconhecimento exige que a causalidade unilinear e unidirecional seja substituída por uma causalidade circular e multirreferencial, que a rigidez da lógica clássica seja corrigida por uma dialógica capaz de conceber noções simultaneamente complementares e antagônicas, que o conhecimento da integração das partes ao todo seja completado pelo reconhecimento do todo no interior das partes.

O idoso, ao se deparar com uma estomia, além das manifestações do envelhecimento, passa a manejar essa nova realidade, suscitando vários sentimentos, reações e comportamentos, que são únicos. Quando submetido a esse tipo de procedimento que altera a sua autoestima e imagem corporal, o idoso se constituiu em um desafio para uma aprendizagem continuada em Enfermagem.

A partir disso, entendemos que a expectativa do idoso com estomia se modifica, conforme o período adaptativo em que ele se encontra. Aqueles que se submeteram a estomização recente parecem apresentar-se receosos quanto às dificuldades surgidas, porém com o passar do tempo, começam a acreditar em si e a se tornarem motivados a superá-las.

O contexto em que acontece a doença, as suas experiências de vida, relações sociais, relações familiares, bagagem de conhecimento, orientação de vida, crenças e valores pessoais podem afetar o significado do adoecer. A vivência de um câncer e de uma ostomia, que muda transitoriamente ou permanentemente a vida diária do idoso, pode constituir-se em momentos de aprendizagens da vida de uma pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujos significados foram construídos ao longo das suas experiências de vida (SUN *et al.*, 2013).

No decorrer do processo de aprendizagem ou desmistificação dos saberes pelo paciente com estomia, segue duas vias. A primeira caracteriza-se pela interna que passa pelo exame de si, a autoanálise e autocrítica, perpassando toda uma trajetória já introjetada, dependendo menos das informações do que da forma em que está estruturado o modo de pensar. E a última remete a externa baseada na introdução ao conhecimento de acordo com a cultura em que o sujeito está inserido (MORIN, 2004).

Percebem-se esses enfrentamentos quando, por exemplo, o idoso com estomia, internamente apresenta suas particularidades, trazendo consigo concepções acerca de seu processo saúde-doença, do seu corpo, de sua identidade, entre outros, fazendo com que manifeste, muitas vezes, uma visão negativa de si. A partir da educação em saúde ele pode apreender novos conhecimentos em um cenário educativo.

O trabalho de grupo, direcionado aos idosos com estomias, torna-se estratégia usada na educação em saúde como oportunidade de promoção e mobilização dessas pessoas, na busca de informações acerca de seu processo saúde-doença. O binômio saúde-doença quando alterado pela estomização leva à necessidade do estímulo ao autocuidado e à autoestima.

A aprendizagem de novos conhecimentos, atualização e participação

em grupos geram competências, mantendo a funcionalidade, flexibilidade e possibilidade de novas adaptações (PETRAGLIA, 2001). Nesse intuito, torna-se relevante que a pessoa idosa com estomia participe de grupos educativos, pois ela passa a vislumbrar um novo olhar acerca de seu processo saúde-doença, produzindo novas interpretações e promovendo meios de assegurar seu bem-estar, por meio da identificação das mesmas e/ou outras dificuldades em outros seres humanos estomizados (BARROS, 2007).

Além disso, os enfermeiros podem, por meio das atividades de grupo ou ações assistenciais, desmistificar o processo de estomização, junto ao processo de envelhecimento. Como forma de contribuir, com essa terapêutica, tornam-se relevante a construção de ações voltadas às orientações para o desenvolvimento de pessoas autônomas e estimuladas na promoção e recuperação de sua saúde.

A aprendizagem resulta em mudanças que se operam no corpo e nas atitudes das pessoas. Ela proporciona conhecimento e autoconhecimento, possibilitando ao idoso com estomia comunicar-se, num mundo em constante transformação, por meio da autonomia revelada pela educação. Além disso, permite o aumento da autoconfiança e da independência, aumentando a atuação do idoso e sua contribuição para a sociedade (PETRAGLIA, 2001). Torna-se necessário articular a aprendizagem continuada, não apenas em ação educativa por si, mas na apreensão de dois conceitos intrínsecos, direcionados a explicação e a compreensão.

A explicação consiste em considerar o objeto de conhecimento apenas como um objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de elucidação, cujo comportamento passa a ser justificado por causalidade mecânica e determinista, sendo insuficiente à compreensão humana. A compreensão comporta processo de identificação e de projeção do sujeito a sujeito, em processo intersubjetivo, necessitando de abertura e generosidade (MORIN, 2004).

Participar da educação de idosos pode

ser o caminho para o alcance de novos níveis de percepção, de conhecimento e de ação. Faz-se desejável ter-se, pelo menos, a intenção de propiciar ao idoso com estomia um ambiente fecundo de aprendizagem, recriando antigos conhecimentos e criando novas respostas para modelos estigmatizantes de velhice e novas perguntas para enfrentar a velhice de forma mais feliz, ajudando o idoso com estomia a assimilar os conhecimentos, ampliando sua visão de mundo e suas possibilidades de inserção (SANTOS, 2003).

Torna-se importante enfatizar que o educar/cuidar em Enfermagem permite olhar singular às necessidades do idoso com estomia e aplicar medidas educativas/cuidativas adequadas, com a finalidade do autocuidado. A ação educativa passa a não estar centrada apenas na orientação do idoso com estomia para o cuidar da estomia, mas em procurar contextualizar a promoção e reabilitação constante dessa pessoa, com a finalidade de articular os saberes e vincular as suas vivências na forma de cuidar, estimulando sua participação ativa na busca por conhecimentos pertinentes às suas necessidades.

O conhecimento pertinente é aquele que se torna capaz de situar a informação em seu contexto e, se possível, no conjunto global, ou seja, necessita mobilizar não apenas uma cultura diversificada, mas também a atitude geral do espírito humano para propor e resolver problemas, necessitando para tanto a reforma das práticas educativas (MORIN, 1999).

Reformar o pensamento pressupõe a reflexão consciente sobre si e sobre o mundo, como forma de compreender a complexidade das relações entre o homem e o meio ambiente. Assim, a compreensão de si e do outro, nas mais diversas relações socioambientais, permite que os indivíduos se percebam como sujeitos, ou seja, sujeitos que constituem a sociedade, ao mesmo tempo, em que a sociedade os constitui.

A reforma do pensamento deve se apresentar, de acordo com Morin (2007, p.21), a partir de “um pensamento do

contexto e do complexo”. Dessa forma, o pensamento contextualizado busca as relações e interretroações entre os fenômenos e seus contextos. E, através do mesmo pensamento, complementa-se que:

O complexo requer um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais, realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas [...], que respeite a diversidade, ao mesmo tempo que a unidade, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca entre todas as partes (Morin, 2007, p.21).

A reforma das práticas educativas e do pensamento constitui empreendimento histórico, não sendo rapidamente efetivada (MORIN, 2000). Com isso, pensamos que romper a barreira da doença e agir por meio de aprendizagem continuada revela-se como caminho longo, mas possível, quanto o idoso com estomia. Entende-se que esse percurso torna-se importante para seu processo de viver, pois conforme com Morin (2007, p.20) “a atitude de contextualizar e globalizar é uma qualidade fundamental do espírito humano que o ensino parcelado atrofia e que, ao contrário disso, deve ser sempre desenvolvida”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contribuir para a educação do idoso com estomia implica no desenvolvimento de desafios complexos: novas habilidades psicomotoras e atitudes para com o cuidado de si como um todo e do estoma como parte, no seu contexto individual único e múltiplo. Independente da estomização apresentar-se como temporária ou definitiva, esse processo demandará mudanças na sua vida, requerendo, assim, cuidado especializado de enfermagem, por meio da reflexão crítica e atuação efetiva junto ao idoso, sua família e comunidade.

A ênfase no autocuidado torna-se alternativa para possibilitar que o idoso com estomia participe ativamente do tratamento,

estimulando-o à responsabilidade na continuidade dos cuidados após a estomização, contribuindo na sua reabilitação constante. Torna-se necessário desenvolver um trabalho educativo/cuidativo que aumente a autoestima e minimize o sentimento de solidão e abandono desse.

Uma das alternativas de reintegração social do idoso vincula-se ao possibilitar e promover sua inserção em grupo educativo, como alternativa de afetividade e reconstrução coletiva do conhecimento. Dessa forma, a complexidade surge, através de fenômenos e relações emergentes, através de diversas combinações de elementos, podendo surgir o novo.

Há necessidade que permitamos que o idoso com estomia, com suas características próprias, tenha acesso à assistência integral física, psíquica e emocional. Assim, considerando o entendimento quanto à importância do processo familiar conjunto, fortalecendo os mecanismos que cooperam para uma melhor aceitação do seu processo saúde-doença.

Assim, entende-se que o ser condiciona o conhecer que, ao mesmo tempo, condiciona o ser. Acredita-se que lançar um olhar complexo acerca da educação para o cuidado do idoso com estomia, por meio da prática educativa dialógica, torna-se oportunidade de abordar conhecimentos essenciais para ação em que este sujeito se identifique como autocuidador, superando limites e reformando seus conhecimentos.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

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

REFERÊNCIAS

BARROS, E.J.L. **O idoso estomizado sob a ótica da complexidade**. 2007. 136 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade

- Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007.
- BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C.; ERDMANN, A.L. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.4, p.595-601, 2008.
- CASSERO, P.A.S.; AGUIAR, J.E. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. **Saúde e Pesquisa**, v.2, n.2, p.23-27, 2009.
- FAUL, L.A. *et al.* Improving survivorship care for patients with colorectal cancer. **Cancer Control: journal of the Moffitt Cancer Center**, v.17, n.1, p.35-43, 2010.
- GRANT, M. *et al.* Development of a chronic care ostomy self-management program. **Journal of Cancer Education**, v.28, n.1, p.70-78, 2013.
- MORIN, E. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128p.
- MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade:** a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN, 1999.
- MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez, 2000.
- MORIN, E.; ALMEIDA, M.C.; CARVALHO, E.A. **Educação e complexidade:** os sete saberes e outros ensaios. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- OSWALD, F. *et al.* Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? **The Gerontologist**, v.51, n.2, p.238-250, 2010.
- PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin:** a educação e a complexidade do ser e do saber. 6.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- POPEK, S. *et al.* Overcoming challenges: life with an ostomy. **The American Journal of Surgery**, v.200, n.5, p.640-645, 2010.
- SANTOS, S.S.C. **O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin.** 2003. 200 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2003.
- SIMUNOVIC, M. *et al.* The cluster-randomized quality initiative in rectal cancer trial: evaluating a quality-improvement strategy in surgery. **Canadian Medical Association Journal**, v.182, n.12, p.1301-1306, 2010.
- SKEPS, R. *et al.* Changes in body mass index and stoma related problems in the elderly. **Journal of Geriatric Oncology**, v.4, n.1, p.84-89, 2013.
- SOUZA, J.L.S., GOMES, G.C., BARROS, E.J.L. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.4, p.550-555, 2009.
- SUN, V. *et al.* Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. **Journal Wound Ostomy & Continence Nursing**, v.40, n.1, p.61-72, 2013.
- WILES, J.L. *et al.* The Meaning of “Aging in Place” to Older People. **The Gerontologist**, v.52, n3, p.357-366, 2011.

CONTRIBUIÇÕES DE MADELEINE LEININGER PARA O CURRÍCULO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Josiane Bernart da Silva Ferla¹

RESUMO: No princípio de um terceiro milênio o ser humano continua a experienciar algumas necessidades consideradas extremamente antigas, contudo ainda prevalentes: a educação e a saúde. Levando em consideração tais conceitos, temos que, para cada situação em enfermagem podemos identificar uma diversidade de teorias que propiciaram e continuam propiciando uma base científica sólida sobre a qual se aplica e se explica a abordagem do atendimento de enfermagem, especificamente durante o processo de formação desse profissional. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger, por sua vez, elenca a importância da percepção e compreensão das similaridades e das diferenças dos sujeitos nas culturas, a fim de proporcionar o cuidar e o cuidado, como domínio predominante e essencial no que se refere à enfermagem. Nesse contexto de educação e multiculturalismo, o objetivo deste estudo se dá na análise das contribuições da teoria do cuidado cultural, de Madeleine Leininger, para o currículo de formação do enfermeiro, tendo como subsídio as teorias de currículo propostas por Moreira e Silva, onde percebemos a presença do cuidado como elo entre saúde e educação.

PALAVRAS-CHAVE: Educação; Currículo; Cultura; Enfermagem transcultural; Teoria de enfermagem.

CONTRIBUTIONS OF MADELEINE LEININGER CURRICULUM FOR TRAINING OF NURSES

ABSTRACT: At the beginning of the third millennium the human continues to try same needs that are considered extremely old but still used: education and health. Considering these concepts, for each situation in nursing it is possible to identify some diversity of theories that consist in a hard scientific base that explains how works the nursing care, especially during the upbringing for the professionals. The diversity and universality of cultural care of Madeleine Leininger shows how important are perceptions and comprehension of similarity and differences between people in different cultures, providing care and caring as essential in nursing. Following this education context and different cultures the objective of this study is based on analyses of cultural care theory of Madeleine Leininger for the curriculum in the process of nurse upbringing, based on curriculum theory proposed by Moreira e Silva, where we realize that care is a link between health and education.

KEYWORDS: Education; Curriculum; Culture; Transcultural nursing; Nursing theory.

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE); Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva pela São Camilo Cedas – RS; Mestre em Educação na linha de pesquisa Práticas Pedagógicas: elementos articuladores, pela Universidade Tuiuti do Paraná. Docente do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Paraná - Câmpus Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: jbferla@yahoo.com.br

Recebido em: 10/01/2014 . Aceito em: 11/02/2014

INTRODUÇÃO

Todo processo educativo permite grandes reflexões sobre o ser humano e, conseqüentemente, sobre a sociedade. Assim, as discussões em torno das noções de diversidade, diferença e identidade têm ocupado grandes espaços no âmbito das teorizações culturais contemporâneas.

No campo da Educação, isso é visível nos debates e pressupostos em torno de possíveis desdobramentos curriculares das perspectivas multiculturalistas, nas quais o aprender a viver junto representa um desafio, uma vez que isso engendra compreender e aceitar o outro em suas particularidades, respeitando a diversidade do mundo e daqueles que nele vivem.

Nesse sentido, entre outros significados, segundo Moreira (2002), o multiculturalismo tem sido utilizado para indicar o caráter plural das sociedades contemporâneas, e cuja qual constitui condição inescapável do mundo atual, aonde se pode responder de diferentes formas, mas não se pode ignorar. Também na Enfermagem e, especificamente, nas teorizações sobre o cuidado, tal discussão vem sendo colocada, mesmo que em outro *locus* teórico, podendo-se citar como exemplo a Teoria Transcultural do Cuidado, de Madeleine Leininger².

Tal necessidade de análise se deve à teoria do cuidado transcultural estar inserida dentro de um processo de formação, portanto curricular, do profissional enfermeiro, uma vez que o multiculturalismo se vê impreterivelmente presente no contexto dessa profissão e, portanto, deve ser entendido como uma forma de contribuição dentro de uma perspectiva de cuidado humanizado.

Pode-se destacar que a Teoria de Leininger foi desenvolvida a partir da Antropologia, porém, reformulada para a Enfermagem Transcultural, com perspectivas

de cuidado humanizado. Dessa forma, ao refletir o significado cultural de cuidado humanizado, tendo a cultura como um sistema de significados por meio do qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo, aprendendo a viver nele, é possível identificar a inserção da enfermagem no que se refere à responsabilidade e o compromisso ético e profissional de resgatar o sentido do seu agir, entendendo a possibilidade da conscientização de que o ser humano é capaz de buscar a si mesmo e, por conseguinte, buscar o outro.

Com base em tais considerações, tem-se como objetivo desse estudo refletir sobre as contribuições da teoria do cuidado transcultural, de Madeleine Leininger, para o currículo de formação do enfermeiro, tendo como subsídio as teorias de currículo propostas por Moreira e Silva.

No tocante ao método, trata-se de uma reflexão teórica realizada a partir de levantamento bibliográfico da literatura correlata em periódicos, teses e materiais disponíveis *on line*, tendo como eixo norteador os descritores: Educação, Currículo, Cultura, Cuidado Transcultural, Madeleine Leininger.

A partir dos achados no estado da arte foram identificadas duas categorias reflexivas, sendo que na primeira se fez uma breve explanação sobre o Multiculturalismo e Educação baseado em Moreira e Silva, a qual serviu como pano de fundo para a segunda etapa da reflexão, que teceu considerações acerca da Teoria de Madeleine Leininger para o currículo de formação do Enfermeiro e sua influência sobre tudo que envolve os protagonistas do cuidado de enfermagem.

Multiculturalismo e educação em Moreira e Silva

Entende-se que as sociedades contemporâneas são heterogêneas,

² Madeleine Leininger – Graduiu-se em 1948; Em 1950 conseguiu seu grau de Bacharel em Ciências, no Benedictine College; no ano de 1953, conseguiu seu grau de Mestre em Enfermagem, na Catholic University, em Washington; e, no ano de 1965, obteve o grau de Doutora em Antropologia, na University of Washington, Seattle.

compostas por diferenciados grupos humanos, interesses contrapostos, identidades e classes culturais em constante conflito. Assim, Silva e Moreira (2001 citado por SAMPAIO; CHAGAS, 2007, p. 6) colocam que a escola não opera num vazio, em que a cultura transmitida não caia em mentes sem significações anteriores; dessa forma, aqueles que aprendem dentro da educação escolarizada são pessoas com uma linguagem prévia de significações, crenças, atitudes, valores e comportamentos que foram *a priori* adquiridos por meio da interação com outros e da inserção no contexto ao qual vivenciam.

Desse modo, as ideias multiculturalistas discutem como entender e mesmo resolver os problemas e conflitos gerados pela heterogeneidade cultural, política, religiosa, étnica, racial, comportamental, econômica, não havendo como fugir dessa perspectiva com a qual há que se conviver, ou seja, “a diferença é um dado da realidade humana” (MOREIRA, 2002, p. 22).

Nesse sentido, de acordo com Silva (2005), Henry Giroux é um dos personagens que voltou seus estudos para temáticas e direções relacionadas à cultura popular. Dentro dessa perspectiva aponta, de forma negativa, para a racionalidade técnica e utilitária, bem como aos indícios positivistas dominantes no currículo. Além disso, Giroux é igualmente crítico, segundo Silva (2005), das vertentes da crítica educacional inspiradas na fenomenologia e nos modelos interpretativos de teorização social. Isso porque acredita que tais análises não oferecem “suficiente ou nenhuma atenção às conexões entre, de um lado, as formas como essas construções se desenvolvem no espaço restrito da escola e do currículo e, de outro, as relações sociais mais amplas de controle e poder” (SILVA, 2005, p. 53).

Ainda segundo Silva (2005), Henry Giroux vislumbra a pedagogia e o currículo através de uma noção de política cultural, o que acaba por envolvê-la numa teia de significados e valores culturais. “O currículo não está simplesmente envolvido com a transmissão de “fatos” e conhecimentos

“objetivos”, diz ele; O currículo é um local onde, ativamente, se produzem e se criam significados sociais” (SILVA, 2005, p.55), estando, dessa forma, conectados à relações de poder e desigualdade, ou seja, cultura e poder andam de “mãos dadas”. Giroux ainda coloca que “uma nova espécie de currículo deve abandonar sua pretensão de ser livre de valores. Reconhecer que as escolhas que fazemos com respeito a todas as facetas do currículo e pedagogia são carregadas de valor significa nos libertarmos de impor nossos próprios valores aos outros” (GIROUX, 1997, p.8).

Sob uma perspectiva de proposições pós-críticas de currículo, no que concerne à temática em estudo, cita-se o que Silva (2005) traz como currículo multiculturalista, em cujo qual deva-se destacar a diversidade das formas culturais do mundo contemporâneo, onde tal perspectiva encontra-se fortemente marcada no processo de formação do enfermeiro, quando se refere à Teoria do Cuidado Transcultural, tendo em vista o cuidado humanizado à todos.

Segundo Silva (2005), o multiculturalismo é um movimento dinâmico, em cujo fenômeno podemos encontrar certamente ambiguidades, tal como a cultura contemporânea, podendo ser entendido, defendido ou refutado de diversas formas, e, certamente o é, o que acaba por representar um importante instrumento de luta política entre dominados e dominadores.

De qualquer forma o multiculturalismo não pode ser compreendido como uma dinâmica de classe, que leva em consideração o acesso ao currículo hegemônico, mas deve contemplar as relações sociais que se estabelecem e que alteram essa dinâmica das relações humanas de tal forma que possibilite pensar o indivíduo enquanto ser humano inserido dentro de um determinado contexto e não fora dele, de modo que a proporcionar um repensar epistemológico que vislumbre tal perspectiva.

Destarte, segundo Sacristán (2002 *apud* CANDAU; LEITE, 2006, p. 2): “não convém anunciar esses problemas como

sendo novos, nem lançá-los como moda, perdendo a memória e provocando descontinuidades nas lutas para mudar as escolas”. A educação deve ser pensada de forma a permitir a condição de se viver como sujeitos, a fim de que cada um compreenda a si mesmo e respeito mútuo. Afinal, o sistema educacional, de um modo geral, é o lugar aonde se situam as culturas e as diversificadas formas onde os sujeitos são capazes de dar sentido às suas vidas, construir seus sentimentos, valores, pensamentos, crenças, conhecimentos e práticas.

É necessário repensar a relação escola - universo cultural do aluno, uma vez que consiste em buscar caminhos que valorizem as especificidades individuais e coletivas, além de oferecer a este a oportunidade de analisar a forma como foi articulada, e ainda o é, historicamente a diversidade cultural no processo educacional.

O processo de ensino e aprendizagem desenvolvido dentro das universidades exerce um papel social de importância ímpar que, segundo Opitz *et al.* (2008, p. 315), constitui a determinação das transformações nos sistemas sociais, político, econômico e cultural da sociedade.

Opitz *et al.* (2008, p. 315) ainda nos coloca que:

De acordo com cada época e cada momento histórico, o papel do ensino nas instituições foi se transformando, e, assim, a universidade foi e é solicitada a enfrentar novos desafios e mudanças. O caráter de padrão da universidade que ensinava o tradicional, ou seja, teológico-jurídico-filosófico vai desaparecendo e abre-se ao humanismo a às ciências, realizando uma verdadeira transição para os padrões da universidade moderna do século XXI.

Tem-se, portanto, diante das considerações feitas até então, que um currículo que tenha em seu cerne uma perspectiva multicultural deve “apagar” antigas fronteiras entre instituições e, como menciona Silva (2005, p. 141), esferas anteriormente consideradas como distintas

e separadas, abarcando a heterogeneidade como uma definição da identidade cultural e social de cada sujeito.

Sob tal perspectiva e tendo em vista o objetivo desse estudo, há que analisar as contribuições da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger para o currículo de formação do enfermeiro, cujo enfoque é dado à diversidade cultural dentro de um contexto de cuidado em enfermagem.

A contribuição da Teoria de Madeleine Leininger para o currículo de formação do enfermeiro

Em seus pressupostos, Leininger traz algumas definições para o que considera como cultura, valor cultural, diversidade cultural, saúde e cuidar/cuidado. A compreensão destes termos é necessária pois contribuem de forma significativa para melhor delinear o currículo de formação do enfermeiro sob uma perspectiva multiculturalista, voltado ao cuidado humanizado.

Segundo Madeleine Leininger (1988 *apud* GEORGE, 1993, p. 287), tem-se como significado de cultura os valores, crenças, normas e práticas de vida de um grupo e que são apreendidos, compartilhados e transmitidos, de forma a orientar pensamentos e ações, tendo, portanto, com base na premissa acima, o conceito de valor cultural, em que se identificam maneiras desejáveis de conhecimento e ação. Como diversidade cultural, entende-se uma “variação de significados, padrões, valores e símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida, ou para enfrentar a morte”. Já a saúde é aqui concebida como um “estado de bem-estar”, que foi culturalmente definido como a capacidade que os indivíduos possuem de realizar seus afazeres cotidianos, de acordo com o que se considera culturalmente satisfatório.

Com relação ao cuidar/cuidado, estes constituem pressupostos essenciais à sobrevivência dos homens, bem como para

o “desenvolvimento de suas habilidades para lidar com acontecimentos graves e frequentes da vida, inclusive as doenças, as deficiências e a morte” (GEORGE, 1993, p. 288). Pode-se dizer, ainda, que as maneiras onde se expressam os cuidados possuem sentidos diferentes, em diferentes contextos culturais, porém com uma intencionalidade semelhante, a garantia da continuidade da vida do grupo ao qual se refere.

Para a Enfermagem e, conseqüentemente, para o currículo de formação do enfermeiro, a contribuição de Madeleine Leininger se deve à criação da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, por volta dos anos de 1970, reportando-se ao oferecimento de cuidados de enfermagem no contexto de outra cultura (TIMBY, 2001, p. 84). Tal teoria é aqui considerada como uma teoria de base interativa, ou seja, necessita de uma forte arcabouço de conhecimentos acerca das interações, conhecimentos estes adquiridos durante a formação profissional, uma vez que a condição para o ensino da saúde tem relação com a capacidade que o enfermeiro possui para interagir com o indivíduo.

Durante a metade da década de 1950, segundo George (1993), Leininger vivenciou o que ela chamou de choque cultural, enquanto trabalhava em um lar de orientação de crianças perturbadas, aonde observou diferenças repetidas de comportamento entre as crianças e concluiu que essas diferenças possuíam base cultural. No que concerne à enfermagem, ela concluiu que a ausência desse conhecimento das culturas das crianças constituía uma ponte para compreensão nas variações de cuidado aos indivíduos. Tal experiência levou ao desenvolvimento de um novo campo da enfermagem, no qual Leininger utilizou, pela primeira vez, os termos “enfermagem transcultural”, “etno-enfermagem”, e “enfermagem cross-cultural”, nos anos de 1960, constituindo este um subcampo que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas quanto às práticas de cuidado

no processo saúde-doença. Assim, George (1993) afirma que:

Leininger construiu sua teoria de enfermagem transcultural com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. Com base em tal premissa, o cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural no qual ele deve ser propiciado e desenvolve-se a partir dele (GEORGE, 1993, p. 287).

Segundo Braga (1997), a abordagem do cuidado cultural pode ser definida como a área legítima e forma de estudo, pesquisa e prática focalizada no cuidado culturalmente baseado nas crenças, valores e práticas para ajudar as culturas e subculturas a manter ou recuperar sua saúde (bem-estar) e enfrentar as doenças ou a morte de uma maneira benéfica e culturalmente congruente.

Entendendo que a premissa da teoria de Leininger baseia-se no cuidado de enfermagem, pode-se visualizá-la, segundo Waldow (2001), não como uma ideia de execução de algum procedimento realizado pela enfermagem, mas como um processo que envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários, dependendo do momento, da situação e da experiência. Sendo assim, por se tratar de um processo, não há preocupação com um fim. Trata-se, pois, de uma ação interativa, cuja ação e comportamento, está calcada em valores e no conhecimento do ser que cuida *para* e *com o ser* que é cuidado e que passa também a ser cuidador. Nessa perspectiva, o cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser e de expressar; é uma postura ética e estética frente ao mundo (WALDOW, 2001, p. 129).

Em seus estudos, Leininger (1991 *apud* WALDOW, 2001, p. 34), constatou que as pessoas desenvolvem comportamentos de

cuidar o outro e a forma como se expressam está intimamente ligada a padrões culturais. Dessa forma, o conhecimento dos hábitos, padrões e comportamentos de cuidar auxiliam na forma como se desenvolverá o processo de cuidar, uma vez revelados pela cuidadora, cujo qual só poderá se dar diante de uma teia de conhecimentos específicos destinados à formação do profissional enfermeiro.

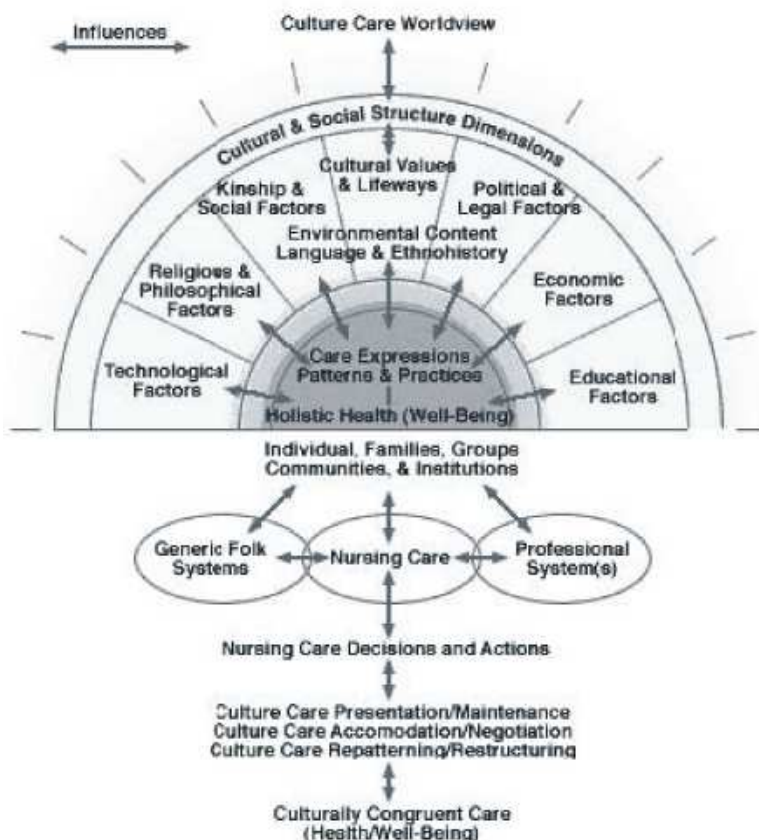
Segundo Timby (2001), o cuidado culturalmente sensível requer a aceitação de cada paciente como indivíduo, bem como o conhecimento dos problemas de saúde que afetam determinados grupos culturais, tendo como exigência, também, o planejamento dos cuidados em conformidade com o sistema de crenças de saúde do paciente para que sejam alcançados os melhores resultados.

Sendo assim, cabe ao enfermeiro a aceitação da pluralidade cultural, referindo

esta aos valores, crenças e práticas de treinamento grupais, no intuito de lidar com as variações biológicas, que se referem à raça e a etnicidade, que constitui o elo ou a ligação que um indivíduo sente por seu país de nascimento ou pelo local de origem de ancestrais, e que devem ser levados em consideração quando se pensa em uma assistência considerada humanizada, individualizada e que tenha seus desígnios ancorados no sujeito como ser que necessita de cuidado.

Tendo em vista alguns pressupostos ora mencionados, faz-se necessária uma breve explanação acerca do que Leininger chamou de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado, representada no Modelo *Sunrise* (figura 1). Esse modelo é a descrição dos componentes da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de cuidado (GEORGE, 1993, p.289).

Figura 1 – Modelo *Sunrise*



Fonte: Oriá, 2007.

Tal modelo constitui uma estrutura significativa dos anseios de Leininger para os conhecimentos, por ela considerada como visão de mundo, para o planejamento e a execução do cuidado, tendo em vista bases culturais coerentes. O Modelo *Sunrise*, conforme afirma George (1993), pode ser entendido com tendo quatro níveis; os níveis de 1 a 3 oferece a base necessária de conhecimento para o planejamento e execução do cuidado, de acordo com o que se deseja ou a quem se destina; o nível 4 constitui, portanto, o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem. Segundo o autor, Leininger salienta que este modelo não constitui uma teoria, mas uma forma de auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde do indivíduo, família e sociedade.

Corroborando com o exposto até então, pode-se observar que a Teoria de Madeleine Leininger vislumbra o reconhecimento e a importância da cultura, bem como sua influência sobre tudo que envolve os protagonistas do cuidado de enfermagem, ou seja, a maneira como se deve dar seu processo formativo.

Tem-se, portanto, que ao longo dos tempos, Madeleine Leininger tem revelado à comunidade científica que a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural pode e deve ser aplicada nas diversas disciplinas, cujos conteúdos inserem-se dentro de um currículo de formação do Enfermeiro, devendo estes coincidir com o disposto na Resolução CNE/CES nº3, de 7 de novembro de 2001, referentes às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem (CNE, 2001). Tais diretrizes definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, devendo ser qualificado dentro de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico pautado em princípios éticos.

Este preparo, segundo Hohl (2006) requer posicionamento competente para que se possa corresponder de forma adequada à demanda social, atendendo sempre aos

princípios éticos e humanos, ou seja, o enfermeiro deve estar apto a apreender tais conhecimentos no seu processo formativo visando um cuidado humanizado dentro de princípios técnico-científicos coerentes.

Sendo assim, o processo formativo do enfermeiro deve ser capaz de dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício da atuação profissional que compreenda a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas. Destarte faz-se mister incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional, além do estabelecimento de relações em contextos sociais, reconhecendo sua estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões, ou seja, sua cultura, muito embora se perceba ainda uma prevalência, no currículo em Enfermagem, um condicionamento prático de técnicas e procedimentos, que ainda retardam as possibilidades de progresso ou avanço quanto a uma perspectiva de cuidado humanizado, porém sem deixar de lado sua cientificidade.

É notório, pois, de acordo com Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007), há evidência da aplicação da teoria de Madeleine Leininger em diversas esferas da enfermagem, especialmente na administração, educação, pesquisa e saúde mental. Há, conforme estudos destes autores, uma prevalência grande das produções acerca da temática cultura em enfermagem, além de um elevado índice de utilização do referencial teórico proposto por Leininger em teses e dissertações, especialmente no que tange aos estados de Santa Catarina e Ceará.

Os mesmos autores acrescentam que, na concepção de Madeleine Leininger, a utilização da teoria pode proporcionar benefícios, não só para a comunidade em que se aplica a teoria, mas para a sociedade de uma forma geral. É a partir dessa premissa também que Leininger defendeu a tese de que conhecer, compreender e cuidar do outro, a partir de sua realidade cultural, constitui fator essencial para o estabelecimento da harmonia e da paz

mundial. Portanto, integrar os conteúdos que pressupõem a teoria do cuidado Transcultural na formação do Enfermeiro pode propiciar mudanças na visão do ensinar e do cuidar em Enfermagem, aspectos estes que devem ser contemplados em um currículo de formação sob uma perspectiva multicultural e, portanto, mais humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação e a saúde, como elementos essenciais à vida humana, caracterizam-se como processos que possuem dimensões individuais e coletivas, vivenciados de forma pessoal, porém determinadas em relações socialmente estabelecidas. Nesse sentido, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger, se faz importante em se tratando do currículo de formação do enfermeiro.

Ao refletir sobre o significado cultural de cuidado humanizado, tendo a cultura como uma teia de significados por meio dos quais os sujeitos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver nele, infere-se que a enfermagem tem a responsabilidade e o compromisso ético de resgatar o sentido do seu agir por meio do cuidado; cuidado este sistematizado e sustentado cientificamente.

Destarte, ao analisar as contribuições da teoria do cuidado transcultural para o currículo de formação do enfermeiro, pode-se constatar a presença do cuidado como elo entre saúde e educação. Perspectiva esta alinhada com as diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em Enfermagem de 2001, que prevê o perfil de um profissional engajado dentro de um contexto de diversidade, especialmente cultural, e, portanto, devendo ser qualificado para uma perspectiva multiculturalista de ensino e saúde.

Compreende-se, assim, o cuidado à saúde como um fenômeno dotado de complexidade construído na e pela cultura, seja no modo como os indivíduos vivem, interagem ou se organizam no cotidiano.

Torna-se, pois, inconcebível separar cuidados que visam à educação de cuidados que promovam a saúde, mesmo porque trata-se muito mais do que uma questão cognitiva meramente, mas a construção do conhecimento individual e coletivo que nos faz ser o que somos enquanto sujeitos e nos proporciona ter uma identidade concreta.

Por fim, acredita-se que diagnósticos situacionais e estudos de campo, contemplados em diferentes cenários/currículos nas Universidades, com vistas à essa Teoria, em especial, possam ser capazes de direcionar o processo formativo do enfermeiro para além da técnica, mas para uma formação mais ética, humanizada e preocupada com a essência de toda uma construção histórica que vem se despedaçando e descaracterizando ao longo dos anos: o verdadeiro significado do “cuidado humano”.

REFERÊNCIAS

- BRAGRA, C.G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 31, n.3, p. 498-516, 1997.
- CANDAU, V.; LEITE, M. **Diálogos entre diferença e educação**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.
- CNE - CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37 (11).
- GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIROUX, H. Rumo a uma nova sociologia do currículo. *In*: GIROUX, H.

Os professores como intelectuais.
Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 43-53.

HOHL, M. Integrando conteúdos:
visualizando o ensinar a cuidar. *In:*
BEHRENS, M.A.; GISI, M.L. (Orgs.)
Educação em enfermagem: novos
olhares sobre o processo de formação.
Curitiba: Champagnat, 2006. p. 73-117.

MARANHÃO, D.G. O cuidado como elo
entre saúde e educação. **Cadernos de**
Pesquisa, n. 111, p.115-133, 2000.

MOREIRA, A.F.B. Currículo, diferença
cultural e diálogo. **Educação e**
Sociedade, v. 23, n. 79, p. 15-38, 2002.

OPITZ, S.P. *et al.* O currículo integrado
na graduação em Enfermagem: entre o
ethos tradicional e o de ruptura. **Revista**
Gáucha de Enfermagem, v.29, n.2, p.
314-319, 2008.

ORIA, M. O.B.; XIMENES, L. B.;
PAGLIUCA, L. M. F. (Orgs.). Sunrise
model: análise a partir da perspectiva de
Afaf Meleis. **Revista de Enfermagem**
UERJ, v. 15, n. 1, p. 130-135, 2007.

SAMPAIO, J.A.C.; CHAGAS, V.G.
Educação, currículo e diversidade
cultural. *In:* I Encontro Regional de
Ciências e Tecnologia. Projetando Novas
Idéias. 2007, Tauá-CE.

SILVA, T. T. **Documentos de**
identidade: uma introdução às teorias de
currículo. 2. ed. Belo Horizonte:
Autêntica, 2005.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades**
fundamentais no atendimento de
enfermagem. 6. ed. Porto Alegre:
Artmed, 2001.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o**
resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre:
Sagra Luzzatto, 2001.

Revista Cadernos de Ciência e Saúde

APRESENTAÇÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista **Cadernos de Ciência e Saúde** é uma publicação multidisciplinar na área da saúde de periodicidade trimestral.

Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde.

Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

MISSÃO DA REVISTA

Divulgar resultados de pesquisas na área das ciências da saúde que contribuam para a prática profissional e para o avanço do conhecimento científico.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS ARTIGOS

A revista adota o sistema de avaliação por pares (*Double blind peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes de revisores e autores. Os pareceres/avaliações emitidos pelos revisores são apreciados pelos editores em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Os artigos submetidos, que atendem às “instruções aos autores” e que se enquadrem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos

consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

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

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

REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

Os **Cadernos de Ciência e Saúde** apoiam as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE. Ressalte-se a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em

acesso aberto. Nessa perspectiva somente serão aceitos para publicação os artigos referentes a pesquisas clínicas que apresentem o protocolo de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser inserido no final do resumo do artigo.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

CATEGORIAS DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

1.7 Reflexão teórica (até 18 páginas e 3 ilustrações);

1.8 Atualização (até 20 páginas);

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

3. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum

outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde).

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

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

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

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

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

7. **Ainda na folha de rosto** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de

doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

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

Artigos de pesquisa – para os de pesquisa, o resumo deve conter entre 160 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo a **introdução**, os **objetivos** do estudo ou investigação, os **métodos** empregados, os principais **resultados** e as principais **conclusões**. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>).

As palavras-chaves devem iniciar com a primeira letra em maiúscula e devem ser separadas por ponto e vírgula (;). Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;

Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula e isso tem que ser respeitado.

Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As *keywords* devem seguir o *Medical Subject Headings* (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

As expressões “**PALAVRAS-CHAVE:**” e “**KEYWORDS:**” devem estar em maiúsculo e em negrito.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser

narrativo, entre 200 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

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

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

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

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

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

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

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

No corpo do texto as citações com mais de três autores devem ser elaboradas utilizando-se o primeiro autor seguido da expressão “*et al.*” que deve estar em itálico. Exemplo: (SANTOS *et al.*, 2011) ou Santos *et al.* (2011).

Quando o artigo for de pesquisa qualitativa e conter falas dos sujeitos de pesquisa deve-se obedecer à seguinte norma: as falas devem estar dispostas no texto **sem recuo** de 4cm da margem e em itálico. Não deve-se usar aspas.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas.

Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são

responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os nomes dos autores devem estar em formato abreviado em todas as referências. As referências de artigos de periódicos devem conter o nome do periódico escrito por extenso. Abreviaturas não devem ser utilizadas nos nomes dos periódicos. A cidade do periódico deve ser omitida na elaboração da referência. Deve-se incluir sem cortes a página inicial e a final do artigo.

Para destaque de nomes dos periódicos, títulos de livros e outros destaques necessários nas referências deve se usar a fonte em **negrito**.

Os autores devem utilizar preferencialmente referências atuais dos

últimos 5 anos. As referências antigas podem ser utilizadas se forem imprescindíveis para a escrita do trabalho e deve se limitar a menos que 30% do total de referências do artigo.

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

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

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

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses.

Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho “TÍTULO DO ARTIGO” para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em

qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista **Cadernos de Ciência e Saúde**.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

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

PADRÕES PARA REFERÊNCIAS:

Artigos de periódicos:

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

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Artigos de periódicos em meio eletrônico:

XAVIER-GOMES, L. M.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.4, p.779-786, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PEREIRA, B.F.B. *et al.* Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400025&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2013.

XAVIER-GOMES, L.M. *et al.* Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.12, p.89-95, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-89.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2013.

Livros:

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

Capítulos de livros:

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

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

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

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

Dissertações e teses:

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

CAMARGO JUNIOR, K. R. A **construção da Aids**. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993.

229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Jornais:

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

Referência legislativa:

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da

administração direta e das autarquias do Estado e das providências correlatas. **Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos:

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

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

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

MOURA, G. A. C. **Citações e referências a documentos eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.

