ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 7 - Número 4 - 2015

Coren CE
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil
www.coren-ce.org.br
55 85 3105 7850

Coren CE
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

INDEXAÇÃO/INDEXATION

LATINDEX
Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de America Latina, El Caribe – España y Portugal - Dados: www.latindex.unem.mx

BDENF
REDALYC

EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR

Mirna Albuquerque Frota

EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

NACIONAL/NATIONAL

Alacoque Lorenzini Erdmann – UFSC, Florianópolis-SC
Ana Fátima Carvalho Fernandes – UFC, Fortaleza-CE
Ana Karina Bezerra Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE
Andrea Gomes Linard – UNILAB, Redenção-CE
Antonio Marcos Tosoli Gomes – UERJ, Rio de Janeiro-RJ
Augediva Maria Jucá Pordeus – UNIFOR, Fortaleza-CE
David Lopes Neto – UFAM, Amazonas-AM
Denise Guerreiro V. da Silva – UFSC, Florianópolis-SC
Dorisdaia Carvalho de Humerez – UNIFESP, São Paulo-SP
Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE
Fátima Lunna P. Landim – FIC, Fortaleza-CE
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – UNIFOR, Fortaleza-CE
Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC, Florianópolis-SC
Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – UNIFESP, São Paulo-SP
Isaura Setenta Porto – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ
Ivan França Júnior – USP, São Paulo-SP
Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR, Fortaleza-CE
Lorita Marlena Freitag Pagliuca – UFC, Fortaleza-CE
Lucilane Maria Sales da Silva – UECE, Fortaleza-CE
Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE
Márcia Maria Tavares Machado – UFC, Fortaleza-CE
Maria Albertina Rocha Diógenes – UNIFOR, Fortaleza-CE
Mariana Cavalcante Martins – UFC, Fortaleza-CE
Maria de Fátima A. S. Machado – URCA, Cariri-CE
Maria de Jesus C. Sousa Harada – Coren, São Paulo-SP
Maria do Socorro Vieira Lopes – URCA, Cariri-CE
Maria Itayra Padilha – UFSC, Florianópolis-SC
Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso – UFC, Fortaleza-CE
Maristela Inês Osawa Chagas – UVA, Sobral-CE
Marluce Maria Araújo Assis – UEFS, Salvador-BA
Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira – UNIFESP, São Paulo-SP
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE
Raimundo Augusto M. Torres – UECE, Fortaleza-CE
Rita de Cássia Chamma – COFEN, Brasília, DF
Rosimeire Ferreira Santana – UFF, Rio de Janeiro-RJ
Silvana Maria Mendes Vasconcelos – UFC, Fortaleza-CE
Sônia Maria Soares – UFMG, Belo Horizonte-MG
Thereza Maria Magalhães Moreira – UECE, Fortaleza-CE
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – UNIFOR, Fortaleza-CE
Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC, Fortaleza-CE

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Alcione Leite da Silva – Portugal/Brasil
Antonio José Nuñez Hernandez – Espanha
Denise Gastaldo – Canadá
Juan José Tirado Darder – Espanha
Maria Teresa Moreno Valdês – Espanha
Marta Lima Basto – Portugal
Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO

CONTENTS

1691 **Editorial**
Dra. Patricia Neyva da Costa Pinheiro

Artigos Originais

1693 Grupos de Pesquisa em Enfermagem no Nordeste Brasileiro acerca da Saúde do Trabalhador
Research Groups in Nursing in The Brazilian Northeast About Worker´S Health
Sabrina de Souza Gurgel, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Shérida Karanini Paz de Oliveira Ires Lopes Custódio, Érica Oliveira Matias e Fernanda Jorge Magalhães.

1700 Percepções de Adolescentes Quanto a Vacinação Contra Papilomavírus Humano
Perceptions Of Teenagers As The Vaccination Against Human Papillomavirus
Iara Martins Melo, José Jeová Mourão Netto, Maria Socorro de Araújo Dias e Iane Ximenes Teixeira.

1707 Avaliação da Introdução da Alimentação Complementar em Crianças de Zero a Seis Meses
Evaluation of the Introduction of Complementary Feeding in Infants Up to Six Months
Eveline Rodrigues da Silva, Rachel Abreu de Oliveira, Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho, Petra Kelly Rabelo de Sousa, Sara Taciana Firmino Bezerra e Riksberg Leite Cabral.

1713 Identificação das Fragilidades dos Enfermeiros Atuantes em Terapia Intensiva sobre a Manutenção do Potencial Doador
Identification Of Weaknesses Of Nurses In Intensive Care About Maintaining The Potential Donator
Jacqueline Fidelis da Cunha, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante, Laércia Ferreira Martins e Ligia Fernandes Scopacasa.

1718 O Método Mãe Canguru e a Assistência Humanizada: concepções maternas
Method Kangaroo Mother and Assistance Humanized: conceptions maternal
Conceição de Maria de Albuquerque, Camila Santos do Couto, Leudimar de França Dourado, Mirna Albuquerque Frota e Francisca Liliane Pereira da Costa.

1722 Avaliação de Tecnologia de Apoio Para Prevenção do Uso de Drogas Psicoativas entre Cegos
Assessment of Supporting Technology for Psychoactive Drugs Use Prevention Among Blind People
Kariane Gomes Cezario, Monaliza Ribeiro Mariano e Albertina Antonielly Sydney de Sousa.

SUMÁRIO

CONTENTS

1730 Sífilis Gestacional e Congênita como Indicador da Qualidade da Assistência Pré-Natal no Município de Cascavel-CE, Brasil
Syphilis Gestational And Congenital As Prenatal Care Marker At Cascavel-CE, Brazil
Emmanuella Carvalho Fonseca e Paula Sacha Frota Nogueira.

Artigos de Revisão

1737 Tecnologia e o Cuidado Intensivo em Enfermagem: Uma Revisão da Literatura
Technology and Intensive Care in Nursing: A Review of The Literature
Giovanna Randal Pompeu Silveira Veras, Francisca Alanny Araújo Rocha e Vanessa Mesquita Ramos.

1744 A Síndrome Alcoólica Fetal e os Agravos à Saúde do Recém-Nascido: revisão integrativa
Fetal Alcohol Syndrome And The Harms To Newborn Health: integrative review
Karla Maria Carneiro Rolim, Ana Gabriele Tavares Pessoa, Luzia Helen Zeferino de Castro, Fernanda Jorge Magalhães e Juliana Dantas de Oliveira.

1747 Institucional

1748 Palavra do Presidente

1749 Notícias

1760 Normas de Publicação

EDITORIAL

Dra. Patricia Neyva da Costa Pinheiro
Professora Associada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Post-doc in Global Community Health and Behavioral Sciences at Tulane University -USA. Bolsista de Produtividade em Pesquisa Nível 1 do CNPQ.

A Ciência vem evoluindo com as contribuições das pesquisas e investimentos em diversas áreas do saber. O pensamento crítico e os questionamentos acerca da realidade impulsionam novos conhecimentos e descobertas. As revistas de enfermagem crescem a cada dia, mostrando a produção do conhecimento cientifico da profissão, que tem como base "cuidar do próximo" nos diferentes cenários, seja na prevenção, promoção ou recuperação da saúde em todos os níveis de atenção à saúde. Neste panorama, destaco a tecnologia e a interdisciplinaridade.

A tecnologia por *ser uma atividade voltada para a prática* (Shall e Modena, 2015) *em que a espécie humana tem criado instrumentos desde a sua fase de coletores-caçadores, evoluindo de simples pedras e galhos de árvores talhados até os foguetes espaciais, rôbos avançados e outras máquinas sofisticadas* (Schall e Modena, 2005), tem o objetivo de otimizar o tempo, conferir qualidade, eficácia e eficiência ao que se pretende realizar. Dada a evolução no decorrer dos anos e sua magnitude foi incorporada as pesquisas e ações de enfermagem com a finalidade de aprimorar o cuidado, independente da sua classificação, seja tecnologia leve ou dura, dependente ou independente, ela se evidência na assistência, no ensino e na pesquisa.

Por outro lado, a interdisciplinaridade, definida por Piaget (1972) *como o Intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias ciências*, vem à tona como uma necessidade de várias áreas do conhecimento e do saber se complementarem, e com isso terem um resultado final de excelência. Barroso et al (2003) afirmam que *a integração de vários conhecimentos, possibilitando mudança de comportamento na clientela para o alcance do melhor nível de saúde, consequentemente, conquistando qualidade de vida*. Assim os vários olhares e conhecimentos ajudaram a ampliar o olhar crítico, clínico e científico, com isso, profissionais e clientes ganharam qualidade nos serviços prestados.

Por fim, a enfermagem, vem dispondo de mais subsídios para incorporar e assimilar conceitos e conhecimentos, desenvolver pesquisas e atuar na prática com a finalidade de realizar um cuidado de excelência, bem como divulgar tais conhecimentos por meio da produção cientifica, capacitação permanente e participação em eventos científicos nas diversas áreas do conhecimento.

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional (ReTEP), trata-se de um periódico cientifico que permite a divulgação do conhecimento produzido pela enfermagem nos diferentes cenários de atuação, com diversas abordagens e modalidades de configuração com artigos originais, de revisão e reflexão. Este número publica temáticas diversificadas, porém todas voltadas para melhorar a qualidade da assistência e o trabalho da enfermagem, apresentando os seguintes enfoques: **A enfermagem e seus grupos de pesquisa no Nordeste; estudos com sujeitos nas diferentes etapas do ciclo vital; e avaliação e uso de tecnologias no e para o cuidado nos espaços de atuação do enfermeiro**. Portanto, acredito que a ReTEP como veículo de divulgação das pesquisas tem contribuído com a ciência, atuado de forma competente e comprometida com o intuito de melhorar a qualidade da enfermagem brasileira.

Boas reflexões!

GRUPOS DE PESQUISA EM ENFERMAGEM NO NORDESTE BRASILEIRO ACERCA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

RESEARCH GROUPS IN NURSING IN THE BRAZILIAN NORTHEAST ABOUT WORKER´S HEALTH

Artigo Original

Sabrina de Souza Gurgel[1]
Francisca Elisângela Teixeira Lima[2]
Shérida Karanini Paz de Oliveira[3]
Ires Lopes Custódio[4]
Érica Oliveira Matias[4]
Fernanda Jorge Magalhães[4]

RESUMO

Objetivou-se analisar os grupos de Pesquisa em Enfermagem acerca da saúde do trabalhador atuantes no Nordeste Brasileiro, cadastrados no diretório do CNPq. Estudo descritivo, desenvolvido em diretórios de grupos de pesquisa vinculados ao CNPq, que atenderam aos critérios de inclusão: ser detectado na busca com os termos enfermagem do trabalho e/ou saúde do trabalhador; ser de instituição do Nordeste brasileiro; estar na grande área ciências da saúde e na área do grupo em Enfermagem. Identificaram-se 14 grupos de pesquisa, distribuídos em 10 instituições de ensino superior em enfermagem na Bahia, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco, Ceará e Sergipe. Identificaram-se 580 participantes, sendo 521 mulheres e 59 homens, dos quais havia pesquisadores (29%), estudantes (63%) e técnicos (8%). Constatou-se 46 linhas de pesquisa, variando de uma a oito por grupo, das quais 27 referem-se à saúde do trabalhador. Os grupos de pesquisa são fundamentais para a formação e qualificação de pesquisadores que investem em construção de conhecimento.

Palavras-chave: Enfermagem do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Grupos de Pesquisa.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the research groups in Nursing on workers' health in Northeast Brazil. Descriptive study, developed with CNPq directory of research groups, which met the inclusion criteria: be detected in the search to the terms of the nursing work and / or occupational health; be the Brazilian Northeast institution; be in the area of health sciences and group area in Nursing. They identified 14 research groups, distributed in 10 institutions of higher education in nursing in Bahia, Rio Grande do Norte, Paraiba and Pernambuco, Ceará and Sergipe. 580 were identified participants, 521 women and 59 men, which had researchers (29%), students (63%) and technical (8%). There are 46 lines of research, ranging from one to eight per group, of which 27 relate to workers' health. The research groups are essential to the training and qualification of researchers that invest in knowledge building.

Keywords: Occupational Health Nursing; Occupational Health; Research Groups.

[1] Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: sabrina_gurgel@yahoo.com.br
[2] Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).
[3] Doutora em Enfermagem pela UFC.
[4] Mestre em Enfermagem pela UFC.

INTRODUÇÃO

Por meio da pesquisa científica são realizados estudos relacionados aos mais variados temas, com elaboração e construção de descobertas que podem ser fundamentais para o crescimento científico e tecnológico nas diversas profissões e, principalmente, para o avanço do desenvolvimento de uma população em um país. As universidades desempenham importante papel neste desenvolvimento na formação de recursos humanos e na produção de conhecimento por intermédio de seus pesquisadores, principalmente, aqueles que fazem parte dos programas de pós-graduação *stricto sensu*[1].

Dentro das universidades, os grupos de pesquisa são considerados estratégias facilitadoras para tal desenvolvimento, já que são definidos como conjuntos de pessoas com níveis de formação diferentes, organizadas em torno do interesse pela mesma área temática e que possui à frente, um pesquisador responsável pelas atividades de coordenação e planejamento, o qual exerce papel de liderança, das pesquisas desenvolvidas no grupo[2]. Os integrantes destes grupos são pesquisadores, professores, doutores, mestres, especialistas, estudantes e profissionais de nível técnico ou superior com interesse em comum e atuam como as mesmas linhas de pesquisa.

Para regulamentar e construir uma base de dados com as informações sobre estes grupos de pesquisa, em atividade, no país, foi criado em 1992 o diretório de grupos de pesquisa, integrados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esse diretório possui três finalidades principais: ser um eficiente instrumento para o intercâmbio e a troca de informações; ser fonte inesgotável de infor-mações e ser um importante papel na preservação da memória da atividade científico-tecnológica no Brasil, contendo, portanto, dados dos estudos realizados desde a época da criação até a atualidade. Além disso, o diretório é uma importante e confiável fonte de dados atualizados a cada dois anos[3].

A inserção da enfermagem em atividades de pesquisa foi crucial para o desenvolvimento científico da profissão e dentre seus inúmeros temas de pesquisa escolheu-se abordar a saúde do trabalhador. Já que esta é expressa na Constituição Federal de 1988 como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) e surgiu como uma área da Saúde Coletiva em que se estudam as relações entre o trabalho, a saúde e o ambiente[4].

De modo a ressaltar a finalidade de implementar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS, a qual foi instituída com incorporação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e como eixo articulador os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)[5].

Porém, mesmo com todo o arcabouço jurídico legal que trata desse tema no SUS como: a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), a Norma de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), as portarias que discorrem sobre a RENAST, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, ainda observa-se como um desafio a materialização da saúde do trabalhador[6].

A saúde do trabalhador tem como objetivos promover e proteger a saúde do trabalhador mediante ações de vigilância e realização de diagnósticos; disponibilizar tratamentos e reabilitar os trabalhadores de forma integrada ao SUS, com exigência da atuação multiprofissional integrada com as ações de saúde ambiental[7].

Essa equipe multiprofissional atua na saúde do trabalhador por meio da epidemiologia, administração, saúde ocupacional e educação em saúde, monitorando os empregados no desenvolvimento de suas atividades laborais visando prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas[8]. Dessa forma, a enfermagem do trabalho surgiu da necessidade de inserção do profissional enfermeiro para atuar junto a esta equipe[9].

Destaca-se, portanto, a importância da atuação do enfermeiro nessa equipe, pois mesmo que interligada e complementada por diferentes saberes, a enfermagem pode ser amplamente definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades[10].

Diante desse contexto e da crescente preocupação com os agravos à saúde advindos do ambiente de trabalho, torna-se evidente o número de estudos científicos que visam uma melhoria da atenção à saúde dos trabalhadores e a prevenção de possíveis agravos. Para verificar esse crescimento de pesquisas na saúde do trabalhador, os grupos de pesquisa são de grande valia, uma vez que possuem os dados de seus estudos frequentemente atualizados na base corrente do diretório e acessível a todos que têm interesse em estudá-los[11].

Surgiu, então, o seguinte questionamento: quais os grupos de Pesquisa em Enfermagem acerca da saúde do trabalhador atuantes no Nordeste Brasileiro, cadastrados no diretório do CNPq? Espera-se que a resolução desse questionamento possa direcionar o desenvolvimento de pesquisa acerca da saúde do trabalhador, bem como favorecer o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde do trabalhador, conforme suas reais necessidades.

Têm-se como objetivo do estudo analisar os grupos de Pesquisa em Enfermagem acerca da saúde do trabalhador atuantes no Nordeste Brasileiro, cadastrados no diretório do CNPq.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e documental, de natureza quantitativa, desenvolvido a partir do acesso ao site do diretório de grupos de pesquisa do CNPq.

A população foi constituída por todos os diretórios de enfermagem cadastrados no CNPq, existentes no site: www.cnpq.br. Para compor amostra selecionaram-se os diretórios que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: aparecer na busca de enfermagem do trabalho e/ou saúde do trabalhador;

ser de instituição da região Nordeste do Brasil; ser da grande área ciências da saúde; e ser da área do grupo em Enfermagem.

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2013, seguindo os seguintes passos: acesso ao site institucional do CNPq (http: //www.cnpq.br); seleção do *link* Plataforma Lattes; Diretório dos Grupos de Pesquisa; Consultar Base Corrente; seleção da opção Buscar grupos; Consultar pelos seguintes termos: enfermagem do trabalho e saúde do trabalhador, os quais foram buscados separadamente com utilização do filtro "busca exata". Nos filtros para busca, na caixa de pesquisa Região selecionou-se Nordeste, na Grande área do grupo optou-se por Ciências da Saúde e na Área do grupo selecionou-se Enfermagem. Os demais campos de busca não foram alterados, mantendo-se a seleção já padronizada pelo site.

Para coleta de dados utilizou-se um formulário que contemplava: nome do grupo de pesquisa, ano de formação do grupo, área predominante, instituição vinculada, cidade/estado, número, sexo e categoria dos participantes, bem como as repercussões apresentadas pelo grupo e suas linhas de pesquisa.

Para organização e análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, especificando frequências absolutas e relativas. Destaca-se que os temas inter-relacionados foram discutidos conforme a literatura pertinente à temática.

Como se trata de uma pesquisa documental, cujo conteúdo disponibilizado é de caráter público, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. No entanto, cabe ressaltar que foram seguidos todos os preceitos éticos necessários para a análise e divulgação dos dados da pesquisa dessa natureza.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com os dados coletados no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, foram identificados 14 grupos de pesquisa na região do Nordeste brasileiro, os quais estavam distribuídos em dez instituições de ensino superior em enfermagem.

Constatou-se que o Nordeste brasileiro possuía um quantitativo de 14 grupos de pesquisa sobre saúde do trabalhador distribuídos da seguinte forma: Bahia (35,7%), Rio Grande do Norte (21,5%), Paraíba (14,3%), Pernambuco (14,3%), Ceará (7,1%) e Sergipe (7,1%).

De acordo com os dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), atualmente tem-se no Nordeste 13 programas de pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem. Os programas estão distribuídos da seguinte forma: três na Bahia; dois em Pernambuco, dois no Piauí e dois no Ceará; um em Alagoas, um no Maranhão, um no Rio Grande do Norte e um na Paraíba. Apenas Sergipe que não possui programas de pós-graduação em Enfermagem[12].

Os estados de Alagoas, Maranhão e Piauí não possuem grupos de pesquisa, sobre a saúde do trabalhador, cadastrados no diretório do CNPq, mesmo que em suas respectivas universidades tenham programas de pós-graduação. Fato este que converge com um estudo que afirma a interferência dos programas de pós-graduação e dos grupos de pesquisa na estreita relação com a divulgação científica[13], visto que nos locais onde eles existem há maior consolidação e impulso no trabalho dos grupos e, em contrapartida, fortalecem a pós-graduação, pois se configuram em espaços que comportam o cerne científico de pesquisadores.

Dessa forma, nesses três Estados que não possuem grupos de pesquisa observa-se uma discrepância em relação à quantidade de grupos de pesquisa encontrados na Região Sudeste, por exemplo, uma vez que, dentre outros fatores, como o desenvolvimento histórico da Enfermagem brasileira, as questões políticas e o desenvolvimento socioeconômico dos estados da região.

Destaca-se que todas as instituições com grupos de pesquisa sobre saúde do trabalhador cadastradas no diretório do CNPq são públicas. Pode-se atribuir essa informação ao fato de elas incentivarem a formação e produção científica dos seus discentes, docentes, tendo em vista o investimento das agências de fomento à pesquisa, o que pode favorecer a concentração das atividades científicas e programas de pós-graduação[14].

No que se refere ao ano de criação dos grupos de pesquisa em enfermagem sobre saúde do trabalhador, três grupos foram instituídos no período entre 1988 a 1999 e 11 entre 2000 e 2013. O mais antigo foi criado em 1988 na Universidade Federal da Bahia, corroborando com estudo no qual se percebeu que, na enfermagem brasileira, o início da formação dos Grupos ocorreu na década de 80, paralelamente ao crescimento dos Programas de Pós-Graduação, porém, a consolidação desses grupos aconteceu a partir da organização e sistematização efetuada pelo CNPq[15].

Além disso, observa-se que a regulamentação da saúde do trabalhador no Brasil se deu a partir da década de 80[4], contexto de transição democrática, iniciando-se uma nova forma de pensar o processo saúde-doença e o papel do trabalho.

O interesse dos pesquisadores em investir em pesquisa sobre a saúde do trabalhador aumentou a partir do ano 2000, em que 11 (78,6%) grupos de pesquisa em enfermagem sobre saúde do trabalhador no Nordeste brasileiro foram criados. Isso pode estar relacionado à característica da economia do Nordeste, pois há uma recente migração de diversas indústrias do centro-sul do país em direção à região nordestina, atraídas, principalmente, pelos incentivos fiscais oferecidos pelos governos locais[16].

Um dos aspectos que, também, pode sido influenciador para o aumento na criação dos grupos de pesquisa foi que, após o ano de 2000, houveram coexistência de epidemias, doenças profissionais clássicas e o surgimento de novas formas de adoecimento relacionadas ao trabalho advindo das mudanças nas práticas laborais frente à globalização, mo-

dernização da economia e reivindicações sindicais por melhores condições de trabalho[17].

Soma-se a essas mudanças uma trajetória de expansão na formação de enfermeiros, em que há uma tendência expansionista de cursos e instituições, reflexo de políticas governamentais de ampliação de vagas e acesso ao ensino superior no Brasil[18]. Além disso, as transformações das condições de trabalho e da remuneração do pessoal de enfermagem produzem um efeito negativo, levando os profissionais a terem dupla jornada de trabalho. Destaca-se a desregulamentação da carga horária e de pisos salariais para a categoria que leva os profissionais a "aceitar" as condições impostas pelo mercado, motivando a criação de grupos para pesquisar esse processo.

De acordo com distribuição dos participantes dos grupos de pesquisa com enfoque na saúde do trabalhador da região Nordeste foram identificados 580 participantes nos grupos de pesquisa, em que 59 (10,2%) eram homens e 521 (89,8%) mulheres, ou seja, a quantidade de mulheres integrando os grupos de pesquisa é oito vezes maior que a quantidade de homens. Tais achados são corroborados com outro estudo que constatou que o número de integrantes dos grupos de pesquisa do Brasil voltados para a saúde do trabalhador forma de 67 mulheres e nove homens[11].

Observa-se a diversidade no número de pesquisadores em cada grupo, destacando-se os extremos entre "Estudos teóricos, práticos, históricos e culturais em saúde", vinculado à Universidade Federal de Sergipe, com 28 pesquisadores e outros sete diferentes grupos com mais de 40 pesquisadores.

Embora não haja uma definição em termos de quantos membros se consideraria como ideal num grupo de pesquisa, entende-se que os extremos são indesejáveis, ou seja, um grupo com poucos participantes poderá implicar numa produção também pouco significativa, mas não necessariamente[13]. Já um grupo muito grande poderá implicar em uma dificuldade de organização do grupo, dos estudos desenvolvidos e do planejamento das atividades coletivas.

Os recursos humanos constituintes, de acordo com o site do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, são pesquisadores, estudantes e técnicos. Dentre os participantes, identificou-se que 167 (29%) são pesquisadores, 366 (63%) são estudantes e 47 (8%) técnicos, ou seja, atuam na assistência à saúde da população, o que condiz com pesquisa feita ao perceberem que a maioria dos participantes são estudantes e a minoria são técnicos quando caracterizaram a produção científica dos grupos de pesquisa em educação em enfermagem das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil[19]. Assim, a participação dos estudantes em seus vários níveis de treinamento tem como uma das finalidades dar suporte ao líder e os pesquisadores do grupo, sendo, desse modo, compreendidos como massa crítica em formação[20].

Os grupos de pesquisa organizam-se em torno de linhas de pesquisa segundo uma regra hierárquica fundada na experiência e na competência técnico-científica dos pesquisadores. As linhas de pesquisa representam temas aglutinadores de estudos científicos que se fundamentam em tradição investigativa, de onde se originam projetos cujos resultados guardam afinidades entre si[21].

O número máximo de linhas de pesquisa identificadas por grupo de pesquisa foi oito e um grupo tinha apenas uma linha de pesquisa, totalizando 46 linhas de pesquisa. Os grupos apresentaram em sua maioria até cinco linhas de pesquisa, demonstrando delimitação e/ou especificidade no conhecimento investigado e produzido[22].

Ao analisar a produção do conhecimento em saúde do trabalhador no Brasil, dos 25 programas de pós-graduação em Enfermagem credenciado a CAPES apenas nove programas (36%) possuem linhas de pesquisa e disciplinas que abordam a enfermagem do trabalho, saúde do trabalhador e/ou saúde ocupacional[23]. Alguns programas, embora não apresentem linha específica de enfermagem do trabalho, apresentam em sua produção estudos sobre a relação saúde e trabalho.

O Grupo "Estudos teóricos, práticos, históricos e culturais em saúde" vinculado à Universidade Federal de Sergipe, foi criado em 2000, possui quatro linhas de pesquisa, quais sejam: *Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em saúde; História e saúde, e as linhas de pesquisa Formação e bioética; O trabalho em saúde; Formação de recursos humanos em saúde contemplando a saúde do trabalhador.*

O Grupo "Formação, Cuidado e Trabalho em Saúde/Enfermagem" foi criado em 2010, vinculado à Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, tendo a linha de pesquisa *Formação e Educação Permanente em Saúde/Enfermagem* referente à saúde do trabalhador e a linha mais abrangente *O cuidar em Saúde/Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano*.

O Grupo "Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem" vinculado à Universidade Federal da Bahia foi criado em 1988, tendo quatro linhas de pesquisa, como: *Violência, saúde, gênero e enfermagem; Mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; Saúde da mulher, relações de gênero e raça e integralidade do cuidado; Qualidade de vida e doença falciforme*; e uma linha de pesquisa voltada mais especificamente para a saúde do trabalhador, como *Políticas de saúde, organização de serviços e produção do conhecimento sobre mulher, gênero, trabalho e saúde*.

O "Grupo de estudos e pesquisa sobre o cuidar em enfermagem" criado em 1999 e vinculado à Universidade Federal da Bahia possui a linha de pesquisa *Quotidiano sobre o cuidar/cuidado e os cuidadores de enfermagem* interligada à saúde do trabalhador e mais sete linhas de pesquisa a saber:

A Enfermagem no cuidado ao paciente crítico e em Processo de Morte e no Morrer; Cuidados de Enfermagem Epidemiologia e gestão das doenças respiratórias; O Cuidar e os Cuidados de Enfermagem a pessoa em condições perioperatórias; O cotidiano da prevenção, do controle, do tratamento e dos cuidados de Enfermagem a mulheres com câncer ginecológico e de mama; O cuidar e o cuidado ao idoso na família e nas instituições de saúde; O cuidar e os cuidados de Enfermagem a homens e mulheres no processo de desenvolvimento humano; O cuidar de Enfermagem na saúde mental.

O Grupo "Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva" vinculado à Universidade Federal da Bahia foi criado em 2002 e possui suas quatro linhas de pesquisa relacionadas diretamente com a saúde do trabalhador, as quais sejam: *Análise da educação, trabalho e prática em saúde e enfermagem; Avaliação de políticas públicas e de sistemas e serviços de saúde; Epidemiologia e Enfermagem; Modelos assistenciais e de gestão em saúde e enfermagem.*

O "Grupo de Enfermagem: cuidar e saúde coletiva" criado em 2010, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, tem cinco linhas de pesquisa, quais sejam:

Criança e Adolescente; Gênero e Saúde; Saúde Mental; Saúde do Adulto, sendo a linha de pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde diretamente relacionada à saúde do trabalhador.

O "Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente" vinculado à Universidade Federal da Paraíba foi criado em 2007 e possui apenas a linha de pesquisa *Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde*.

O grupo "Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem" está vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi criado em 1994, tendo todas as linhas de pesquisa relacionadas especificamente com a saúde do trabalhador, como *Atenção à saúde dos grupos populacionais e de risco; Processo de trabalho em saúde e Produção de conhecimento.*

O grupo "Saúde e Trabalho", criado em 2006, está vinculado à Universidade Regional do Cariri e tem *Saúde e Trabalho e Saúde Mental* como linhas de pesquisas, sendo todas interligadas à saúde do trabalhador.

O grupo "Saúde mental e qualidade de vida no ciclo vital" vinculado à Universidade Federal de Pernambuco foi criado em 2007, tendo duas linhas de pesquisa, quais sejam: *A enfermagem no contexto da saúde mental e das dependências químicas; Saúde e transtornos mentais no ciclo vital; e a linha de pesquisa Tecnologia da Enfermagem na Promoção da Saúde*, contemplando mais especificamente a saúde do trabalhador.

O "Grupo de Estudos e Pesquisas em Epistemologia e Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem" está vinculado à Universidade de Pernambuco, tendo sido criado em 2007. Entre suas cinco linhas de pesquisa, apenas *Fundamentos do cuidar na saúde e enfermagem em promoção à saúde* não trabalha de forma direta com a saúde do trabalhador. As outras linhas de pesquisa são: *Identidade Profissional e História da Enfermagem; Políticas e Processo do cuidar na Saúde do Adulto, Idoso e Trabalhador e Segurança e Promoção da Saúde nas diversas formas do cuidar.*

O "Grupo de pesquisa em atividades hiperbáricas" criado em 2007, vinculado à Universidade Federal da Bahia, tem quatro linhas de pesquisa, quais sejam: *Cuidado a pessoas portadoras de lesões; Cuidados a pessoas submetidas à terapia hiperbárica; Epidemiologia das doenças disbáricas*, sendo a linha de pesquisa *Saúde do trabalhador exposto ao ambiente disbárico* diretamente relacionada à saúde do trabalhador.

O grupo "Núcleo de Pesquisa em Saúde e Enfermagem", vinculado à Universidade Federal de Campina Grande, foi criado em 2010 e tem duas linhas de cuidado que contemplam com mais afinco a saúde do trabalhador, como *Vigilância em Saúde e Avaliação das Políticas Públicas de Saúde e Meio Ambiente e Ética, Bioética e Exercício da Enfermagem. Além dessas, o grupo tem como linhas de pesquisa as citadas a seguir: Cuidar em Enfermagem e Saúde da Mulher; Cuidar em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente; Cuidar em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso; Estudos em Saúde Mental e Processo de cuidar em Enfermagem.*

O grupo "Saúde e Sociedade" foi criado em 2011 e está vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, tendo todas as linhas de pesquisa relacionadas especificamente com a saúde do trabalhador, como *Cuidar em saúde e enfermagem; Território, saúde e educação e Vigilância em saúde.*

Assim, corroborando com estudo feito sobre produção de conhecimento em um curso de mestrado em Enfermagem do Brasil em que as dissertações de mestrado apresentam uma distribuição não uniforme entre as linhas de pesquisa(24), no presente estudo também foi observado essa variação tanto nas linhas de pesquisa que trabalham diretamente com a saúde do trabalhador quanto as que trabalham indiretamente.

Ao realizar a leitura das repercussões dos grupos, presente na base corrente do diretório dos grupos de pesquisa, pôde-se encontrar grupos que apesar de não terem o nome voltado para a saúde do trabalhador, ao apresentar os resultados de seus estudos mostraram alguma relação dos mesmos com o tema em questão.

Assim, apresentaram repercussões bem variadas, totalizando 11 temas: história do trabalho, gestão, qualidade de vida do trabalhador, saúde do trabalhador feminino, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, saúde coletiva com foco para políticas públicas, saúde dos trabalhadores infantis e adolescentes, epidemiologia, saúde mental, doenças crônicas e condições de trabalho.

Dentre os temas apresentados, o mais abordado foi qualidade de vida dos trabalhadores. São necessárias oito categorias para contemplar a qualidade de vida no trabalho, tais como: remuneração justa e adequada, condições de trabalho, desenvolvimento de capacidades, oportunidade de crescimento, integração social, constitucionalismo, equilíbrio entre vida e trabalho, e relevância social do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados possibilitaram analisar os grupos de Pesquisa em Enfermagem acerca da saúde do trabalhador atuantes no Nordeste Brasileiro, cadastrados no diretório do CNPq, em que se pode identificá-los, descrever as características dos seus participantes e verificar as suas linhas de pesquisa.

Dessa forma, foram identificados 14 grupos de pesquisa na região do Nordeste brasileiro, distribuídos em 10 instituições de ensino superior em enfermagem. O estado do Nordeste brasileiro com maior quantitativo de grupos de pesquisa sobre saúde do trabalhador foi na Bahia (35,7%), seguido por Rio Grande do Norte (21,5%). Os estados de Alagoas, Maranhão e Piauí não possuem grupos de pesquisa sobre saúde do trabalhador, cadastrados no diretório do CNPq.

O número de linhas de pesquisa por projeto de pesquisa variou de um a oito, sendo constatadas 46 linhas de pesquisa, das quais 27 referem-se à saúde do trabalhador. Dessa forma, é importante considerar a relevância da atualização das informações dos grupos de pesquisa, pois ela subsidia a compreensão das instituições e pesquisadores quanto às limitações e potencialidades da temática saúde do trabalhador, assim como de outros assuntos de interesse público.

Portanto, observa-se que os grupos de pesquisa são imprescindíveis para a consolidação dos Programas de Pós-Graduação, bem como para a construção de novas abordagens teórico-metodológicas, colaborando diretamente na formação e qualificação de pesquisadores que investem em construção e divulgação do conhecimento, além de obter recursos provenientes de agências de fomento à pesquisa fortalecendo os Programas de Pós-Graduação.

Uma limitação do estudo diz respeito aos dados coletados via base de dados e não diretamente com os pesquisadores e coordenadores dos grupos, deixando dúvidas em relação a algumas linhas de pesquisa e repercussões apresentadas. Essas dúvidas poderiam ser esclarecidas ao fazer as perguntas diretamente aos integrantes dos grupos.

Diante dos resultados em que se observam desigualdades entre os estados no que se refere à quantidade de grupos de pesquisa do Nordeste, necessita-se de adoção de políticas indutoras que favoreçam o desenvolvimento e que equilibrem essas disparidades que conduzem a iniquidades.

Assim, espera-se que este estudo contribua para a divulgação dos grupos de pesquisa e do tema saúde do trabalhador. Além de Destacar a necessidade da realização de outros estudos sobre essa temática, visando ao desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil, contribuindo, dessa forma, para ampliação científica na área da Enfermagem. Sugere-se caracterizar as produções científicas dos Grupos de Pesquisa voltados à saúde do trabalhador para a consolidação da Enfermagem como uma profissão fundamentada e científica.

REFERÊNCIAS

1. França IX, Sousa FS, Souto RQ, Coura AS, Araújo AKF, Pagliuca LMF, et al. Ten years of the northeastern nursing network journal. Rev Rene: a dream come true. Rev Rene. 2011;12(1): 11-7.
2. Erdmann AL, Mello ALF, Andrade ER, Klock P. Funcionalidade dos grupos de pesquisa de administração/gestão/ gerência de enfermagem. Rev Rene. 2010; 11(2):19-26.
3. Pepe VLE, Noronha ABM, Figueiredo TA, Souza AAL, Oliveira CVS, Pontes Junior DM, et al. A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(3): 3341-50.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Leao LHC, Castro AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(3):769-78.
6. Evangelista AIB, Pontes AGV, Silva JV, Saraiva AKM. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. Rev Rene. 2011;12 (n. esp.): 1011-20.
7. Ministério da Saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): MS; 2001.
8. D'alencar ER, Lima MMR, Mendonça PML, Custódio IL, D'alencar BP, Lima FET, et al. Ações de educação em saúde no controle do sobrepeso/obesidade no ambiente de trabalho. Rev Rene. 2010;11(1): 172-80.
9. Duran ECM, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Conhecimento de enfermagem em saúde do trabalhador oriundo de dissertações e teses. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2007;28(3):416-23.
10. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(1): 223-30.

11. Gondinho MR, Greco RM, Gonçalves AMC. Enfermagem e Saúde do Trabalhador: análise dos grupos de pesquisa. Rev Rene. 2011; 12(4); 825-32.

12. Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil [página na Internet]. Brasília (DF); 2014. [acesso em 2014 jan 24]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/wiki?p_p_id=54_INSTANCE_eyJ6ivaAjeyD&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_54_INSTANCE_eyJ6ivaAjeyD_struts_action=/wiki_display/view&_54_INSTANCE_eyJ6ivaAjeyD_nodeName=Main&_54_INSTANCE_eyJ6ivaAjeyD_title=Glossário>.

13. Padilha MI, Borenstein MS, Carvalho MAL, Ferreira AC. Grupos de pesquisa em história da enfermagem: a realidade brasileira. Rev. esc. enferm. USP. 2012;46(1): 192-99.

14. Alexandre AMC, Maciel KF, Fernandes APP, Peres AM, Wolff LDG, Mantovani MF, Mazza VA, et al. Rede social de apoio no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. Texto contexto - enferm. 2011; 20(2): 241-46.

15. Backes VMS, Prado ML, Lino MM, Ferraz F, Reibnitz KS, Kanever BP, et al. Grupos de Pesquisa de Educação em Enfermagem do Brasil. Rev. esc. enferm. 2012; 46(2): 436-42.

16. Zeitoune RCG, Oliveira DR, Montalvão EA, Muniz HD. A formação dos profissionais de Enfermagem do Trabalho na perspectiva das instituições formadoras. Rev. enferm. UERJ. 2011;19(3): 420-25.

17. Paz PO, Kaiser DE. A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2011;32(1): 23-30.

18. Silva KL, Sena RR, Tavares TS, Der Maas LW. Expansão dos cursos de Graduação em Enfermagem e mercado de trabalho: reproduzindo desigualdades? Rev. bras. enferm. 2012; 65(3): 406-413.

19. Schveitzer MC, Backes VMS, Lino MM, Canever BP, Gomes DC. Grupos de pesquisa em educação em enfermagem: caracterização de três regiões brasileiras. Texto contexto - enferm. 2011;20(spe): 117-23.

20. Barbosa SFF, Sasso GTMD, Berns I. Enfermagem e tecnologia: análise dos grupos de pesquisa cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq. Texto contexto - enferm. 2009; 18(3): 443-48.

21. Schveitzer MC, Backes VMS, Prado ML, Lino MM, Ferraz F. Grupos de pesquisa em educação em Enfermagem: linhas de pesquisa e produção científica em três regiões do Brasil. Rev. bras. enferm. 2012;65(2): 332-38.

22. Borges LJ, Dos Santos SFS, Scherer FC, Benedetti TRB. Grupos de pesquisa sobre atividade física e envelhecimento no Brasil. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012;17(2): 114-20

23. Duran ECM. Produção do conhecimento em enfermagem em saúde do trabalhador no Brasil: análise do impacto dos resultados das pesquisas na formação de recursos humanos [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós- graduação em Enfermagem; 2006.

24. Do Prado ML, Rocha PK, Backes VMS, Reibnitz KS, Waterkemper R, Gomes DC. Produção de conhecimento em um curso de mestrado em enfermagem no brasil. Cienc. enferm. 2011;17(3): 43-50.

Recebido em: 09.09.2015
Aprovado em: 20.09.2015

PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES QUANTO A VACINAÇÃO CONTRA PAPILOMAVÍRUS HUMANO

PERCEPTIONS OF TEENAGERS AS THE VACCINATION AGAINST HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Artigo Original

Iara Martins Melo[1]
José Jeová Mourão Netto[2]
Maria Socorro de Araújo Dias[3]
Iane Ximenes Teixeira[4]

RESUMO

Objetivou-se examinar a percepção de adolescentes quanto à vacinação contra o papilomavírus humano. Estudo exploratório- descritivo, de abordagem qualitativa. Participaram 17 adolescentes do sexo feminino, entre 11 e 13 anos. A coleta ocorreu por meio de entrevista semiestruturada gravada. Os resultados apontam que os participantes do estudo detém conhecimento insatisfatório sobre a doença e a sua prevenção, bem como da relação entre câncer ginecológico e o vírus HPV. Quanto à vacinação, embora conheçam a finalidade é preocupante não relacionarem outros fatores, como reações adversas e a periodicidade da tomada. Apontam a família e os professores como principais incentivadores à vacinação e reconhecem a vacina como algo positivo. Conclui-se, portanto, o pouco conhecimento sobre o HPV e a vacinação circunscreve um cenário preocupante, pois pode se traduzir em risco para a infecção. Essa inferência nos leva a questionar as ações de educação em saúde voltadas ao adolescente.

Palavras-chave: Adolescente; Imunização; Papillomaviridae.

ABSTRACT

The objective was to examine the perception of adolescents in relation to vaccination against human papillomavirus. Exploratory-descriptive study with a qualitative approach. Participants were 17 female adolescents, between 11 and 13 years. The collection was through recorded semi-structured interview. The results show that the study participants has little knowledge of the disease and its prevention, as well as the relationship between gynecological cancer and HPV virus. As for vaccination, although aware of the purpose is of concern not relate other factors such as adverse reactions and the frequency of the outlet. They point to family and teachers as the main incentive to vaccination and recognize the vaccine as something positive. The conclusion, therefore, the lack of knowledge about HPV and vaccination circumscribes a worrying scenario, it can translate at risk for infection. This inference leads us to question the health education actions aimed at adolescents.

Keywords: Adolescent; Immunization; Papillomaviridae.

[1] Discente do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
[2] Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Hospital Regional Norte. E-mail: jeovamourao@yahoo.com.br
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UVA.
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UVA.

INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada uma fase crítica, pois é marcada por uma explosão de hormônios que acarreta uma série de transformações como: alteração da voz, crescimento dos pêlos, brotos mamários, menarca, entre outras. Surge também as curiosidades sobre a sexualidade, sem limites e desafiadores, estes passam a ter uma vida sexual ativa, e se expõem aos riscos de contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)[1].

As IST podem representar um sério problema na saúde dos adolescentes, porque são capazes de causar esterilidade, doenças inflamatórias pélvicas, câncer de colo uterino, além de interferir negativamente sobre a autoestima. Neste contexto, alguns fatores são apontados como responsáveis pelos índices de contaminação descritos, entre eles, a desinformação sobre o assunto e a falta de preparo familiar para orientar seus jovens sobre a sexualidade[2].

Os adolescentes são distintos entre si e lidam com sua sexualidade de forma diversa, assim, o uso de preservativo é o oposto da espontaneidade que se costuma atribuir ao sexo e a juventude. O estímulo ao uso do preservativo deve incluir a dimensão do erotismo e da praticidade, não apenas do medo[3].

No contexto das IST e a adolescência, o papilomavírus humano (do inglês *human papiloma virus*), conhecido também como HPV, é um vírus que se instala na pele ou nas mucosas e afeta tanto homens quanto mulheres. Atualmente, o HPV é a infecção sexualmente transmissível mais frequente que é transmitida pela relação sexual. Existem mais de 150 tipos diferentes de HPV, dos quais 40 podem infectar o trato genital[4].

O HPV pode ser classificado em dois tipos: de baixo ou de alto risco de desenvolver câncer. Existem 12 tipos identificados como de alto risco (HPV tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59), ou seja, que têm probabilidade maior de persistir e estarem associados a lesões pré-cancerígenas. O HPV dos tipos 16 e 18 causam a maioria dos casos de câncer do colo de útero em todo mundo (cerca de 70%). Eles também são responsáveis por até 90% dos casos de câncer de ânus, até 60% dos cânceres de vagina e até 50% dos casos de câncer vulvar. Os HPV de tipo 6 e 11, encontrados na maioria das verrugas genitais (ou condilomas genitais) e papilomas laríngeos, parecem não oferecer nenhum risco de progressão para malignidade[5].

Estima-se que, mundialmente, há em torno de 600 milhões de pessoas infectadas. Entre 75% e 80% da população adquirem um ou mais tipos de HPV em algum momento da vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as IST estão entre as dez principais causas de procura por serviços de saúde no mundo[5]. No Brasil, acredita-se que de 9 a 10 milhões de pessoas sejam portadoras do vírus e que se registrem 700 mil novos casos a cada ano. Entre a população sexualmente ativa, estima-se que 80% vão contrair HPV durante a vida, causando doenças significativas[4].

Todos os anos, no mundo inteiro, 500 mil mulheres são diagnosticadas com a doença, das quais cerca de 270 mil morreram. A incidência de câncer de colo do útero é cerca de duas vezes maior em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos[6]. Em 2014 foram registrados 15.590 novos casos de câncer de colo uterino, com um risco estimado de 15 casos a cada 100 mil mulheres. Além de ser a quarta causa de morte de mulheres no Brasil. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, com o avanço da capacidade de realizar diagnóstico precoce, atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada in situ (lesão localizada). Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura[7].

Destaca-se que o comportamento sexual está se alterando ao longo dos anos, passa de um padrão tradicional, que privilegiava a sexualidade associada à reprodução, para a liberação sexual, com ênfase na satisfação sexual e no prazer. Há uma preocupação em se investir em prevenção na população juvenil, antecedente ao desencadeamento da vivência sexual, sobretudo no que concerne na alta prevalência da ocorrência do HPV e dos cânceres a ele associados[8].

Assim, a prevenção do desenvolvimento do HPV diz respeito ao tratamento e remoção das verrugas via/e cauterização, à prevenção do contágio desse vírus por meio da utilização das vacinas (bivalente e quadrivalente), além do uso de métodos de barreiras nas relações sexuais e cuidados higiênicos[8,9]. Nesse âmbito, ressalta-se a questão da persistência e do progresso da infecção pelo HPV, ao lado da possibilidade de reincidência, o que evidencia a importância da prevenção da infecção pelo vírus.

Recentemente, no Brasil, foi lançada a vacina quadrivalente que previne a infecção pelo HPV. Ela protege contra os subtipos 16 e 18 de alto risco para o câncer do colo do útero e contra os subtipos 6 e 11 responsáveis pelo aparecimento dos condilomas acuminados, verrugas conhecidas popularmente como cristas-de-galo, nos genitais masculinos e femininos[10,11,12]. A população alvo da vacinação contra o HPV é composta por adolescentes do sexo feminino, na faixa etária entre 11 e 13 anos de idade no ano da introdução da vacina (2014), na faixa etária de 9 a 11 anos no segundo ano (2015) e de 9 anos de idade do terceiro ano em diante (2016)[10].

No estudo de Novaes (2011)[13] quanto ao custo-efetividade da incorporação da vacina HPV no SUS, utilizando a metodologia PROVAC da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), concluiu que a vacinação é custo-efetiva no Brasil, o que subsidiou a tomada de decisão pelo Ministério da Saúde em adotar o esquema vacinal estendido, composto por três doses (0,6 e 60 meses).

O interesse pelo objeto de estudo surgiu a partir da vivência em sala de imunização em um Centro de Saúde da Família durante a primeira campanha de vacinação contra o HPV. Nesta ocasião, percebeu-se o quanto as adolescentes que procuraram o serviço para vacinação dependiam da equipe de enfermagem para sanar suas dúvidas quanto à vacina e ao HPV, bem como seus benefícios.

Tendo em vista essa problemática questiona-se: qual o conhecimento das adolescentes quanto à infecção pelo HPV e qual a percepção destas sobre a vacinação? Tendo como objetivo descrever a percepção de adolescentes quanto à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV).

Destarte, acredita-se que examinar atitudes e comportamentos, no contexto após vacinação do HPV, pode contribuir com a construção de saberes direcionados para a avaliação clínica destas. Assim, o estudo pode trazer uma contribuição importante para um melhor entendimento das percepções de adolescentes sobre o HPV e a vacinação, evidenciando implicações para o cuidado e subsidiando estratégias de enfrentamento.

RESULTADOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Neste tipo de estudo tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam[15]. No estudo de campo estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, de forma que o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois somente com essa imersão na realidade é que se podem entender as regras, os costumes e as convenções que regem o grupo estudado[16].

A população foi constituída por 14 adolescentes do sexo feminino, de 11 a 13 anos de idade, que estudavam em uma Escola de Ensino Fundamental do Município de Sobral/CE. Foram utilizados como critérios de inclusão: adolescentes de 11 a 13 anos de idade, que receberam a primeira dose da vacina do HPV e que estavam regularmente matriculados na escola. Como critérios de exclusão: adolescentes os quais os pais não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de informações foi realizada no período de maio a junho de 2015. Para esta, foi realizado um primeiro contato com as adolescentes a fim de apresentar o estudo, seus objetivos e realizar o convite para a sua participação. Após a confirmação do interesse, foi entregue o Termo de Assentimento e o TCLE para que estas levassem para seus responsáveis, para que estes permitissem a participação no estudo, realizando o agendamento da próxima visita, onde foram recebidos os termos assinados para que pudéssemos proceder à realização da entrevista. Utilizou-se entrevista semiestruturada para a coleta de informações. Estas entrevistas foram gravadas em equipamento eletrônico.

A análise das informações foi realizada por meio da análise temática, de forma que esta comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo, de forma que fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado[16].

O estudo obedeceu aos princípios da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foram incorporados, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, as quatro referências básicas da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça que serão descritas a seguir. Em respeito aos princípios éticos foram elaborados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento. O estudo obteve ainda o consentimento da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC), Secretaria de Educação do Município de Sobral e da Diretoria da Escola onde ocorreram as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Conhecimento sobre o HPV

Quando indagadas sobre o conhecimento prévio que possuíam sobre HPV, as adolescentes entrevistadas apresentaram respostas de conteúdos diferentes, mas que convergiam para a mesma ideia: o da relação da infecção com o câncer e com a atividade sexual. Embora se configurem em aspectos importantes da infecção pelo vírus, o conhecimento se mostrou frágil por não abranger os demais aspectos envolvidos na contaminação, como prevenção e tratamento. Tal observação se mostra preocupante, uma vez que a incidência e prevalência das infecções sexualmente transmissível (ISTs) durante a adolescência vêm aumentando nos últimos anos.

> *É uma doença transmitida através das relações sexuais (Adolescente 1).*
>
> *É um vírus que causa câncer no colo do útero (Adolescente 2).*
>
> *É uma doença muito grave que com o passar do tempo, quando não tratada, pode causar a morte (Adolescente 7).*

O Papilomavírus humano (HPV) é uma patologia que está presente nos altos índices de morbimortalidade no mundo inteiro, possui um elevado índice de infecção devido à diversidade de subtipos existentes. A falta de informações adequada sobre o HPV poderá favorecer ao desenvolvimento de pensamentos equivocados, os quais poderão interferir de forma negativa no comportamento dos adolescentes e de seus familiares. Essas concepções errôneas representam uma grande barreira para os profissionais de saúde, pois os valores culturais, as crenças estão muitos presentes na vida da população dificultando assim a abertura de novos caminhos para o conhecimento[17].

A transmissão do vírus, a investigação aponta a necessidade de disponibilizar informações relativas ao HPV em atenção às especificidades da doença, uma vez que as adolescentes demonstraram conhecimento insuficiente acerca de outros aspectos, como a forma de transmissão, pois sendo de etiologia viral, a transmissão do HPV dá-se nas formas sexual, por contato e pela via materno fetal (gravidez, intra e periparto)[18].

Sinaliza-se a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no contexto escolar, de acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a orientação sexual deve ser instituída como tema transversal nas disciplinas das instituições de educação básica, onde a escola é apontada pelo Ministério da Educação como um importante instrumento para veicular informação sobre formas de se proteger de IST.

No Brasil, ainda é grande a falta de orientação adequada aos jovens e adolescentes, principalmente em algumas regiões, como Norte e Nordeste, onde os índices de IST, com destaque ao HPV, são elevados[19]. Nestas regiões, algumas instituições de ensino, sobretudo, as da rede pública, sinalizam um preparo deficiente dos professores e demais profissionais, e ainda limitados recursos didáticos e humanos disponíveis para realização dessa tarefa.

O HPV acomete homens e mulheres afetando tanto a região genital como a extragenital. A infecção pode manifestar-se nas formas clínica, subclínica e latente7, sendo predominantes as formas subclínica e assintomática entre os homens. Assim, eles são considerados propagadores do vírus – o que não exclui a possibilidade de desenvolverem a doença[19]. A forma mais prevalente da infecção, entre as mulheres, é subclínica, e mais de 90,0% das infecções regridem espontaneamente[20].

A partir das entrevistas, pôde-se observar que as adolescentes não sabiam que o câncer de colo uterino tem como principal agente etiológico o HPV. Embora já tenham ouvido a expressão "exame de prevenção", não sabiam que o exame de Prevenção do Câncer Ginecológico (PCG) tem como um dos objetivos o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero.

Previne doenças (Adolescente 1).

Para que a mulher possa se prevenir (Adolescente 4).

Para prevenir do HPV (Adolescente 5).

Ao identificar características comportamentais relativas aos conhecimentos e atitudes sobre o exame de prevenção e infecção pelo HPV da população adolescente e avaliar as situações que a tornam vulneráveis, indica a necessidade de aprofundamento da temática, contribuindo com o debate e a intervenção em torno da saúde desta população.

O pouco conhecimento demonstrado pelas adolescentes corrobora para uma deficiência no acesso a informação ou ainda em atividades de educação em saúde adequadas sobre o HPV e o exame de prevenção do câncer ginecológico. Tal fenômeno pode interferir de forma negativa no comportamento e se traduzir em adoecimento. Tal inferência vai ao do estudo[20], quando refere que o cenário da atenção à saúde do adolescente no Brasil é permeado por profissionais que não estão capacitados para oferecer uma abordagem integral na atenção ao adolescente.

O Câncer do colo do útero é responsável por aproximadamente 260 mil mortes em 2005, sendo 80% delas nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama, com uma estimativa de 18.430 casos para 2011. Seu risco estimado é de 18 casos a cada 100 mil mulheres[21].

Neste contexto, o reconhecimento da importância do conhecimento sobre HPV e dos agravos associados emerge como um novo desafio no âmbito da saúde pública, levando em conta as especificidades das formas de transmissão e de manifestação ao longo da vida. Tal cenário suscita novas abordagens ao publico adolescente no sentido de melhor informar e educar quanto à realidade das IST, em especial o HPV.

O Papilomavírus Humano é fator necessário, ainda que não suficiente, para o desenvolvimento do câncer de colo do útero. Existem mais de 100 tipos de HPV, embora poucos sejam oncogênicos. Na maior parte dos casos, a infecção cura-se espontaneamente, ou seja, a persistência da infecção e a evolução para o câncer são raras. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (Papani-colau), por isso é importante a sua realização periódica. Quando essas alterações são identificadas e tratadas, é possível prevenir a doença em praticamente 100% dos casos[22].

Diante dos índices elevados de morbi-mortalidade por câncer de colo uterino, o governo brasileiro, por meio do Instituto Nacional do Câncer (Inca)/ Ministério da Saúde, desenvolveu, em 1997, o Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, chamado Programa Viva Mulher. A abordagem adotada pelo programa é o oferecimento do exame citopatológico e do tratamento ou acompanhamento das lesões detectadas[23].

O tratamento do câncer de colo de útero é mais efetivo quando a doença é diagnosticada na fase inicial, antes do aparecimento dos sintomas clínicos. Esse fato justifica a importância de estratégias para a detecção precoce desse tipo de câncer e de suas lesões precursoras. Dentre os métodos de diagnósticos(24), destaca-se o exame de Prevenção do Câncer Ginecológico (PCG), que consiste em uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para o sistema de saúde. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de câncer.

A educação em saúde representa uma estratégia importante na formação de comportamentos que promovam ou mantenham uma boa saúde[25]. É considerada uma prática social que contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, levando em conta a sua realidade. Estimula também a busca de soluções e a organização de ações individuais e coletivas[26]. É um recurso por meio do qual o conhecimento científico na área de saúde atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde[27].

Posto isso, verifica-se que a educação em saúde é forte aliada no objetivo de despertar mudanças de comportamento. Por intermédio dela, as usuárias do sistema de saúde podem adquirir

informação, refletir sobre suas práticas, bem como sobre a importância do exame ginecológico e da autovalorização. O desafio está em buscar um momento e um espaço para educar. Diante disso, a sala de espera se mostra como um local propício para passar informações relevantes à paciente, antes da consulta, e para compartilhar informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum[28]. Porém, essa prática deve estar aliada a outras estratégias que visem a promover e a facilitar a disseminação das informações de forma criativa e atraente ao maior número de pessoas possível.

Nesse contexto, acredita-se que o enfermeiro(a) possa contribuir para a mudança desta realidade através das atividades de educação em saúde. Quanto a enfermagem, esta possui uma importância peculiar para atuar nesses contextos, particularmente, por se tratar de uma profissão voltada para o cuidado das pessoas nas diversas fases da vida, pela facilidade que possui em se aproximar dos indivíduos e assisti-los em suas necessidades, compreendê-los e ajuda-los buscando a promoção da saúde e cidadania[29].

A prática educativa parece ser uma estratégia efetiva na prevenção do câncer, apontada por vários autores, e a atuação da enfermagem nesse contexto pode ser imperativa nas ações de informação sobre a saúde para auxiliar os indivíduos nas suas decisões[30]. Compreendemos que a atuação da enfermagem nas ações de promoção e prevenção do câncer é de extrema importância, sobretudo nas neoplasias femininas, em que devemos considerar todo o contexto de gênero e as características da enfermagem como uma profissão feminina, o que provavelmente facilita as relações de gênero.

Percepções sobre a vacinação para HPV

A informação pode não ser suficiente para uma mudança de comportamento, contudo, não deixa de ser ferramenta importante para tomada de consciência acerca de prevenir e contrair a doença e suas complicações. Assim, quando instigados a revelarem seus conhecimentos sobre a função da vacina, novamente, se desvela um cenário de respostas de conteúdo frágil.

As informações evidenciam a necessidade de se ampliar o acesso à informação para os adolescentes sobre os fatores de risco associados ao HPV e também ao comportamento sexual. Sobre a vacinação, embora conheçam sobre a finalidade da vacina, é preocupante a incipiência quanto a outros aspectos, como reações adversas e periodicidade da vacinação.

> *Protegendo de doenças (Adolescente 1).*
>
> *Protegendo cada um de nós do vírus (Adolescente 2).*
>
> *Ela tipo esconde o vírus, mas se a pessoa voltar a transar sem preservativo ela volta a pegar (Adolescente 4).*
>
> *Protege do câncer e de várias doenças (Adolescente 5).*

Assim, no contexto deste público, a forma de abordagem se mostra tão importante quanto o conteúdo a ser trabalhado, sendo preferíveis as atividades educativas que envolvam metodologias ativas. O desafio é desencadear movimentos de mudança nos serviços de saúde, tornando-os eficazes na produção do cuidado. Neste contexto, a abordagem ao adolescente deve ser diferenciada e utilizar-se de estratégias criativas de educação e promoção da saúde[30].

A prevenção do HPV ocorre, sobretudo, pelo o uso do preservativo nas relações sexuais. Outro fator a ser considerado é a interrupção da cadeia de transmissão, ou seja, pela prevenção da infecção propriamente dita e pela eliminação das lesões causadas pelo vírus. As vacinas são eficazes na prevenção da infecção por este vírus, quando administradas no início da vida sexual, pois os adolescentes e pré-adolescentes são sexualmente imaturos e adquirem boa resposta imune. Estas vacinas não alteram o curso da doença preexistente, porém protegem a mulher das cepas às quais não foi exposta[31].

Percebendo o risco

Sobre o questionamento de que a pessoa vacinada pode ter relações sem preservativos, pois já esta protegida, as adolescentes responderam de forma objetiva que se tratava de um questionamento falso. Acredita-se que o conhecimento sobre o risco de se contrair o HPV se dê pelas informações transmitidas pela TV, escola e a troca de conhecimentos entre amigos e familiares.

Adolescência é uma etapa crucial do desenvolvimento do indivíduo que marca a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade, considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[32] como a segunda década da vida - de 10 a 19 anos[33].

Nesta fase, ocorre a descoberta do prazer sexual seguida ou não da sexarca, podendo acarretar problemas na vida sexual e reprodutiva do adolescente, como a gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis. Observa-se fatores de risco, como o início sexual precoce e a multiplicidade de parceiros, além da baixa adesão ao uso da camisinha em suas relações sexuais, vulnerabilidades que resultaram em um aumento nos achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas, alterando-se de 3% na década de 70 para 20% na década de 90[34].

O sexo sem o uso de preservativos é outro problema a ser considerado na adolescência e constitui um dos fatores que ajuda a compreender o avanço da infecção do HIV na faixa etária de 13 a 24 anos – de 35%, em 2000, para 42,7%, em 2008. Estudo revelou que 1/3 dos 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo tem menos de 24 anos[35].

Influência a aderir à vacinação contra o HPV

Em relação a adesão a imunização contra o HPV. Nota-se que há uma preponderância para a participação da escola e da família neste processo, o que ratifica a influência e a importância destes atores no cenário de construção cognitiva do adolescente, se configurando como estruturantes para a qualidade de vida dos mesmos.

> *Para quando eu iniciar minha vida sexual não ter esse perigo, minha mãe que me influenciou a tomar a vacina (Adolescente 11)*

A minha vó que dizia, toma para ficar protegida (Adolescente 12)

Meu pai que trabalha no posto de saúde (Adolescente 13)

Estava sabendo dela antes de me vacinar através da escola (Adolescente 16)

Medo de pegar a doença, televisão passou muita propaganda, amigos e a escola dizendo q é importante tomar (Adolescente 17)

Sendo a adolescência também influenciada pelo ambiente familiar, social e cultural em que o adolescente se insere, a maturidade (social, mental e emocional) que ocorre no individuo para a entrada na fase adulta possui várias definições e reações culturais. Pois, através da diversificação cultural cada sociedade constrói o seu indivíduo adulto[36].

A escola não é somente o local onde as crianças e adolescentes desenvolvem aprendizagens e processos educacionais, mas onde adquirem relações interpessoais importantes para facilitar o desenvolvimento individual e social[37]. É responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais, representando um papel essencial no processo de socialização da criança e do adolescente. É capaz de juntar diversas comunidades de pares e promover a auto-estima e o desenvolvimento harmonioso entre os jovens, constituindo-se um espaço privilegiado de encontros e interações[38].

A família, desde os tempos mais antigos, corresponde a um grupo social que exerce influência sobre a vida dos seus membros, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém constante interação. Este é relevante na determinação e na organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar. Pode-se dizer, assim, que esta instituição é responsável pelo processo de socialização primária das crianças e dos adolescentes[39].

Vantagens/desvantagens da vacinação contra o HPV

Ao considerar que a escola e a família são os principais meios de adesão a vacinação contra o HPV. As entrevistas relatam na maioria das falas vantagens em relação a vacina, este fato pode estar relacionado a influencia recebida no âmbito escolar ou familiar.

Previne doenças, essas doenças podem levar a morte e doença na vagina. Não tem desvantagem (Adolescente 10)

A vantagens é que previne as doenças acho que nenhuma desvantagem (Adolescente 11)

Acho que nenhuma desvantagens, só vantagem, protege a mulher (Adolescente 12)

Ajuda contra a doença. Eu não senti nada , não tem desvantagem (Adolescente 13)

Vantagens é não ter perigo para pegar o câncer e as desvantagens foi sentir tontura e meu braço ficou dormente (Adolescente 15)

A vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante), vacina HPV quadrivalente, foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação em março de 2014, tendo como população alvo as meninas de 11 a 13 anos de idade. No ano de 2015 a oferta da vacina será ampliada para as meninas na faixa etária de 9 a 11 anos de idade e de 12 a 14 anos de idade que tenham iniciado o esquema vacinal em 2014 e por algum motivo não receberam a 2ª dose da vacina.

Outro aspecto relevante a ser esclarecido é que a vacina HPV quadrivalente é segura e os eventos adversos pós vacinação, quando presentes, são leves e autolimitados. Eventos adversos graves são raros, entretanto, quando acontecem necessitam de avaliação e assistência médica imediata. A aceitabilidade e adesão à vacinação contra HPV apresenta desafios para além dos habituais, e se referem a fatores individuais (aceitabilidade dos pais e dos próprios indivíduos vinculada a valores, crenças e informação sobre a epidemiologia do HPV, do câncer e da vacina e as possibilidades de acesso) e fatores externos (atitudes dos profissionais da saúde, fatores organizacionais, comunitários, econômicos e sociais)[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das iniciativas em termos de políticas de saúde voltadas à saúde das adolescentes, como as campanhas de conscientização e divulgação para realização da campanha da vacina contra o HPV, com acesso facilitado e gratuito, considera-se que este é um grupo altamente vulnerável às IST.

Sendo assim, são necessários investimentos no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde para modificar este quadro. Nesse sentido, é preciso que seja revista a educação sexual nas instituições de ensino para que essas ofereçam suporte com uma linguagem direta e apropriada, quebrando mitos e desmistificando tabus.

Embora as adolescentes tenham demonstrado o conhecimento sobre a finalidade da vacina, questões sobre a prevenção do HPV e tratamento, se mostram incipientes, o que é preocupante uma vez que pode se traduzir em risco para a infecção por estas adolescentes.

Embora esteja ocorrendo à vacinação, o conhecimento de aspectos estruturantes da vacinação e da infecção do HPV ainda se mostram frágeis nos discursos. Isso nos leva à reflexão sobre o protagonismo do adolescente neste contexto.

Esta mesma inferência nos leva a questionar as ações de educação em saúde voltadas ao adolescente fornecidas pela escola e pelos serviços de saúde: está ocorrendo educação em saúde quanto aos aspectos envolvidos na infecção pelo HPV? As informações fornecidas sobre a vacina são suficientes para subsidiar um juízo que favoreça a uma tomada de decisão consciente sobre se vacinar ou não?

Acredita-se que este trabalho pode e deve ganhar reforço através da parceria com as universidades públicas, mediante a práxis efetiva da indissociabilidade do ensino/pesquisa/extensão, possibilitando o diálogo entre a Universidade e a rede pública de ensino, a atualização da produção teórico-científica sobre a educação e o ensino pela academia, a preparação e aprendizado mais significativo e de extrema relevância para o estudante universitário, a formação contínua e transformadora dos professores em exercício na rede pública de ensino e a criação de uma perspectiva de formação humana integral e integrada as reais necessidades humanas, contribuindo para a construção de uma visão de mundo e mudança analisando as influências sociais, econômicas e culturais.

Como fragilidade ou dificuldade durante a realização do estudo, apontamos a pouca eloquência das adolescentes durante as entrevistas, pois embora acreditemos não ter comprometido o cerne do problema de pesquisa, tal fragilidade pode ter privado o estudo de outros aspectos que poderiam enriquecer o relatório final.

REFERÊNCIAS

1. Santos SMJ, Rodrigues JA, Carneiro WS. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Conhecimento de Alunos do Ensino Médio. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2009: 21(2): 63-68
2. Beserra EP Pinheiro, PNC, Barroso MGT. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. Escola Anna Nery. 2008: 12(3) 522-528.
3. Camargo EAI, Ferrari RAP. Adolescentes: Conhecimento sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciência saúde coletiva. 2009: 14(3): 937-946.
4. Guia do HPV. Entenda de vez os papilomavírus, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evita-los. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de (SP). Jul; 2013.
5. Maranhão AGK, Domingues CMAS, Matarazzo HCZ, Silva LG, Sirlene de Fátima Pereira , Valéria Giorgetti. Guia Prático sobre HPV: Perguntas e Resposta (BR). Dez; 2013.
6. Guerra, V. M.; Gouveia, V. V. Liberalismo / Conservadorismo sexual: proposta de uma medida de multi-fatorial. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 43-53, 2007.
7. Carvalho ALS, Barros SKS, Leitão NMA, Rianna NSN, Saiwori JSB, Pinheiro AKB. Sentimentos Vivenciados por Mulheres Submetidas a Tratamento para Papillomavirus Humano. Esc Anna Nery R Enferm 2007 jun; 11 (2): 248 – 53.
8. Sankaranarayanan, R. HPV vaccination: the promise & problems. Indian Journal Medical Research, New Delhi, v. 130, n. 3, p. 322-326, 2009.
9. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Informe Técnico Sobre a Vacina Papilomavírus Humano (HPV) na Atenção Básica Adaptado Pelo Programa Estadual De Imunizações-SC. Atualizado 10 Jan; 2014.
10. Center for Disease Control and Prevention (CDC). General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices(ACIP). MMWR 2006; 55 (RR15): 1–48.
11. Mullins TL, Zimet GD, Rosenthal SL, Morrow C, Ding L, Shew M, Fortenberry JD, Bernstein DI, Kahn JA. Adolescent perceptions of risk and need for safer sexual behaviors after first human papillomavirus vaccination. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Jan;166(1):82-8. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.186.
12. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem; 2002. p.290
13. Gil A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª Edição. São Paulo Editora Atlas S.A. 2002. 1. ed. 1987; 2. ed. 1989; 3. ed. 1991; 4. ed. 2002; 7a tiragem.
14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p., bibliografia. (Brochura) ISBN 85-271-0181-5
15. Queiroz AMA. CANO MA. T. ZAIA JE. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas - MG. Revista Brasileira Análise Clínica, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 151-157, 2007.
16. Einstein MH. Clinician's guide to human papillomavirus immunology: knowns and unknowns. Lancet Infectious Disease, Kidlington, v. 9, n. 6, p. 347-356, 2009.
17. Costa FHM. Estudo da prevalência de papilomavírus humano (HPV) em urinas de homens infectados pelo HIV-1 na cidade de São Paulo, Brasil. 2008. Tese (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, SP, 2008.
18. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. RJ; 2009. [Internet] Disponível: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa_2010. Acesso: ago; 2015.
19. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRAST). Ano VI nº 17; Dez; 2011.
20. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Caderno de Saúde Pública. 2007; 23(5):1061-1069.
21. Silva CMPC, Silveira ER, Gomes FMP, Cezimbra GSS. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 13. Brasília (DF); 2006. Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2006/0713
22. Campos JADB, Zuanon ACC, Guimarães MS. Educação em saúde na adolescência. Ciên. odontol. bras. Out-dez de 2003; 6(4):48-53.
23. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997; 31(2):209-213. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf.
24. Moraes MLC, Costa PB, Aquino OS, Pinheiro AKB. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):1144-51. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/ v10n4a27.htm.
25. Ruzzy MH, Grosmann E. Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades. Ministério da Saúde. Editora MS: DF, 2008. 1.ª edição – 2008 – ISBN 978-85-334-1500-3.
26. Pelloso SM, Boaventura E. Prevenção e cura: funções do enfermeiro na prática. Ciênc Cuid Saúde. 2002;1(1):15-16.
27. Crossetti MA. Avaliação da Atenção Integral à Saúde do Adolescente por Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro Rev. Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 430-435, out./dez. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555334&indexSearch=ID>. Acesso em: 02 set. 2015.
28. Rogers JL, Lois LJ, Luesley DM. Vaccines against cervical cancer. Curr Opin Oncol. 2008 Set; 20(5):570-4.
29. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação Mundial da Adolescência: resumo executivo. 2011. [Internet] Disponível em: <http://www.unicef.org>. Acesso em: 02 set. 2015.
30. Ruini C, Ottolini F, Tomba, Belaise C, Albieri E, Visani D, et al. (2009). School Intervention for Promoting Psychological Well-being in Adolescence. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40, 522-532.
31. Pratta EMM, Santos M A. Família e Adolescência: A Influência do Contexto Familiar no Desenvolvimento Psicológico de Seus Membros. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007.
32. Baptista I, Tomé G, Matos MG, Gaspar T, Cruz J. A Escola In MG. Matos, Sampaio D, Jovens com Saúde – Diálogo com uma geração (pp. 197-214). Lisboa; 2008.
33. Instituto Nacional de Câncer - INCA. HPV e câncer – Perguntas mais frequente. INCA: Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687#topo>. Acesso em: 22 jun. 2014.
34. Novaes HMD. Avaliação tecnológica de vacinas para a prevenção de infecção por papilomavírus humano (HPV): estudo de custo-efetividade da incorporação de vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações/PNI do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponivel on line em: http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/detEstudo.cfm?codigo=81&evento=6&v=true.
35. Organização Mundial da Saúde. Weekly epidemiological record, Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – Conclusions and Recommendations No. 21, 2014, 89: 221–236.
36. Santos AL , Cortez AS, Oliveira HSM, Fukuda LY, Antunes SS. A Influência da Mídia na Adolescência [Internet] http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/940/911. Acesso: 01 set de 2015.
37. Fonteles MPTN, Lima TS, Dodt RCM, Chaves EMC. Conhecimento das Adolescentes Sobre o Papilomavirus Humano (Hpv). Fort-CE. BR de 24 à 27 de junh de 2012. ISSN 2238-7242.
38. Pilecco, F. B.; knauth, D. R.; VIGO, Álvaro. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 27, n. 3, 2011.
39. Koerich Magda Santos, Baggio Maria Aparecida, Backes Marli Terezinha Stein, Backes Dirce Stein, Jacira Nunes Carvalho, et al. Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Contracepção: Atuação da Enfermagem com Jovens de Periferia. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):265-71.
40. Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):306-11.

Recebido em: 12.09.2015
Aprovado em: 29.09.2015

AVALIAÇÃO DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS MESES

EVALUATION OF THE INTRODUCTION OF COMPLEMENTARY FEEDING IN INFANTS UP TO SIX MONTHS

Artigo Original

Eveline Rodrigues da Silva[1]
Rachel Abreu de Oliveira[1]
Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho[2]
Petra Kelly Rabelo de Sousa[3]
Sara Taciana Firmino Bezerra[4]
Riksberg Leite Cabral[5]

RESUMO

Objetivou-se avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças de zero a seis meses. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados em outubro de 2013 por meio de formulários semiestruturados com 41 pais/cuidadores de crianças menores de seis meses. Apresentaram-se os dados através da estatística descritiva, correlacionando os achados com a literatura nacional. Verificou-se desinformação de pais/cuidadores acerca da alimentação complementar, confundido-a com a própria amamentação, ou com alimentos particulares e fortemente presentes na diária da família. Observou-se que mesmo as mães relatando terem recebido orientações durante o pré-natal e nas consultas de puericultura, ainda existiam dúvidas sobre alimentação complementar, denotando lacunas nas orientações. Urge, portanto, que profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família trabalhem interagindo com as famílias, procedendo ao *feedback* positivo entre o conhecimento adquirido e a interpretação deste.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar; Saúde da Criança; Aleitamento Materno.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the introduction of complementary feeding in infants up to six months. Descriptive study with quantitative approach, whose data collection occurred in October 2013 through semi-structured forms applied with 41 parents/caregivers of children under six months. We presented the data using descriptive statistics, correlating the findings with the national literature. We verified lack of information of parents/caregivers about complementary feeding, mistaken for breastfeeding, or with particular foods present in the family daily life. Even though mothers reported

[1] Discente do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

[2] Enfermeira. Doutoranda do Programa em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

[3] Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: manumfc2003@yahoo.com.br

[4] Enfermeira. Discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza e da UECE.

[5] Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Enfermeiro do Hospital Municipal João Elísio de Holanda - Maracanaú.

having received counseling during prenatal and childcare consultations, it was observed that there were still questions about complementary feeding, revealing gaps in the guidelines. Therefore, it is essential that health professionals of the Family Health Strategy teams work interacting with families, through positive feedback between the knowledge acquired and its interpretation.

Keywords: Feeding Behavior; Child Health; Breast Feeding.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi criado em 1994 e surgiu no Brasil como um método de reorientação do modelo assistencial, em que as equipes multidisciplinares atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde da comunidade[1].

Uma das ações da ESF diz respeito à atenção integral à saúde da criança, tratando-se de uma assistência individualizada, que consiste no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida, proporcionado bem-estar, tendo como objetivo a criança sadia.

Entre as várias dimensões do cuidado infantil, a alimentação assume papel fundamental, carregando em si componentes de ordem biológica e sociocultura. Uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno, de forma que nos primeiros seis meses de vida a demanda nutricional da criança deve ser prontamente atendida pelo aleitamento, recomendando que o mesmo seja exclusivo, sem chás, água, sucos, outros leites e qualquer outro tipo de alimento líquido ou sólido[2,3].

Outras vantagens também são citadas pelo Fundo das Nações Unidas Pela Infância, como o efeito protetor do leite materno contra alergias posteriores e infecções gastrointestinais específicas para as proteínas do leite de vaca, já que a criança ainda não possui maturidade gastrointestinal; melhor adaptação do bebê a outros alimentos; em longo prazo, o efeito protetor contra diabetes e linfomas, além de estar associado a uma menor probabilidade de ter cancro da mama[4].

Dentre as vantagens, apresenta-se também a proteção das mães para uma nova gravidez. No entanto, é fundamental que todas as orientações sejam cumpridas, como o aleitamento materno praticado em livre demanda, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida. Esta proteção pode prolongar-se até aos seis meses do bebê e enquanto a menstruação não voltar[3].

A despeito dos benefícios do leite materno, em muitos casos, mesmo as mães estando em perfeito estado de saúde, acabam realizando o desmame precoce, introduzindo cada vez mais cedo outros alimentos à dieta do bebê, que muitas vezes são incompatíveis à idade.

Estudo afirma que a baixa prevalência de amamentação exclusiva e o consumo precoce de alimentos sólidos acarretam risco potencial para saúde e desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta[5].

É relevante reiterar que muitas são as causas do desmame precoce, como decisão materna, motivação, apoio familiar e cultural, educação pré e pós-natal, conhecimentos e habilidades específicos sobre como amamentar, trabalho materno, condições do parto, lesões mamilares, prematuridade do bebê, dentre outras[6].

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria[7], a partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária introdução de alimentos complementares. Também é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento com maturidade fisiológica e neurológica, com atenuação do reflexo de protrusão da língua, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos. Além disso, produz as enzimas digestivas em quantidades suficientes, que as habilitam receber outros alimentos além do leite materno, denominado de alimentos complementares, possibilitando a introdução gradativa da alimentação familiar.

Alimentação complementar é definida como o processo iniciado quando o leite materno sozinho não é suficiente para atingir as necessidades nutricionais dos bebês, sendo necessário introduzir, paulatinamente, outros alimentos e líquidos, conjuntamente ao leite materno, até os dois anos ou mais[8].

O consumo de alimentos não nutritivos (ex. refrigerantes, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas industrializadas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares[9].

A prevalência de anemia mantém-se elevada no Brasil. Sabe-se que a anemia tem diversos fatores, mas a alimentação inadequada nos primeiros anos de vida tem sido fator determinante para o elevado índice em crianças[10].

Apesar dos benefícios do leite materno e das orientações quanto ao momento correto de se inserir a alimentação complementar, esta prática ocorre de forma particular e, muitas vezes, com alimentos não preconizados pela faixa etária.

A introdução precoce de outros alimentos (antes do sexto mês) pode estar associada a um aumento de episódios de diarreia, hospitalizações por doença respiratória, diminuição na absorção de minerais, como o ferro e o zinco, importantes para o crescimento e desenvolvimento infantil, e pelo maior risco de desnutrição, tanto pela possibilidade da hiperdiluição das fórmulas lácteas, como pela oferta inadequada de outros alimentos[11].

Em face do exposto, seguiu-se o seguinte questionamento: como tem ocorrido a introdução da alimentação complementar em crianças de zero a seis meses? Assim, objetivou-se avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças de zero a seis meses.

O interesse pelo tema surgiu a partir da vivência em uma unidade básica de saúde, em que as mães atendidas em consulta de puericultura relatavam a não adesão ao aleitamento materno e, consequentemente, introduziam cada vez mais cedo alimentos inadequados à dieta do bebê, aumentando assim, os índices de desnutrição, obesidade, infecções respiratórios, dentre outras.

Pretende-se com este estudo apontar a realidade vivenciada pelas mães, proporcionando, assim, oportunidade para aperfeiçoar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre o assunto, para que os pais de crianças de zero a seis meses sejam orientados quanto à importância de cada alimento e da idade correta em que eles devem ser inseridos.

Com isso, cabe ao enfermeiro conhecer as condições em que vive a família e a criança para que seja realizada orientação de acordo com a sua realidade, e caso esta possua indicação de alimentação complementar antes dos seis meses, seja proposto cardápio favorável à realidade familiar e que os alimentos ofertados sejam suficientes para suprir a demanda nutricional para essa faixa etária.

Diante do exposto objetivou-se avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças de zero a seis meses.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, o qual exige informações acerca do conhecimento dos pais sobre a alimentação complementar, em crianças de zero a seis meses e como este processo vem acontecendo.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de uma determinada população. É um estudo próprio para estudar opiniões, atitudes e crenças de uma população, apontando a existência de associação de variáveis e a natureza de suas relações[12].

Realizou-se uma pesquisa de campo em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, situada no Bairro Cristo Redentor, que realiza ações de prevenção, promoção e manutenção à saúde, realizando atividades de orientação junto às equipes de saúde para população, nos programas de saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde da criança, de onde foram coletados dados nas consultas de puericultura relacionadas à alimentação complementar.

Participaram 41 pais/cuidadores de crianças menores de seis meses que de alguma forma estivessem envolvidos na oferta da alimentação nas crianças e compareceu a consulta de puericultura no mês de outubro de 2013, período de coleta de dados. Como critério de inclusão, utilizaram-se apenas os pais/cuidadores maiores de 18 anos, que cuidassem de crianças menores de seis meses que já estivessem em alimentação complementar. Foram excluídos da pesquisa pessoas que cuidavam das crianças, mas que não eram responsáveis por sua alimentação.

Os dados foram apreendidos por meio de formulário semiestruturado que abordou assuntos relacionados à alimentação complementar, como o conhecimento dos pais/cuidadores sobre a alimentação complementar, descrição do cardápio geral ofertado pelos pais de crianças de zero a seis meses e identificação dos motivos referidos pelos responsáveis que motivaram iniciar a alimentação complementar. Apresentaram-se os dados através da estatística descritiva, correlacionando os achados com a literatura nacional.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, conforme parecer 409, 092 e CAAE: 19771713.2.0000.5618.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os 41 participantes da pesquisa responsáveis por crianças em alimentação mista foram questionados quanto ao conhecimento sobre a alimentação complementar, idade correta para iniciar a alimentação, alimentos a se ofertar, dificuldades enfrentadas por eles neste período, descrição do cardápio geral ofertado, e por que se iniciou esta alimentação.

Em relação ao conhecimento sobre alimentação complementar, os resultados apresentaram dissonância (Tabela 1) em relação ao que aponta o Ministério da Saúde, cuja alimentação complementar é definida por qualquer alimento que não o leite humano oferecido à criança amamentada[3].

Tabela 1. Conhecimento sobre alimentação complementar. Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

CONHECIMENTO	N	%
Todo alimento complementa quando a mama não supre a necessidade	15	36,58
Suco junto com a mama	7	17,07
Não sabem	6	14,63
Sopa	5	12,19
Leite fórmula	4	9,75
A mama	3	7,31
Qualquer tipo de alimento, além da mama	2	4,87
Comida em geral	1	2,43
Alimento após três meses	1	2,43

Os achados desta pesquisa apontam que as mães se mostraram desinformadas sobre a alimentação complementar, confundido-a com a própria amamentação, ou com alimentos particulares e fortemente presentes no senso comum sobre alimentação das crianças, como no caso da sopa e dos sucos.

Um padrão alimentar inadequado foi identificado nas crianças com pequena duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), introdução precoce de alimentos complementares e consumo de dieta desbalanceada. Este evento ocorreu apesar de as mães terem recebido orientações dos profissionais de saúde sobre diversos aspectos da alimentação infantil e suas crianças terem sido assistidas regularmente durante o primeiro ano de vida[13].

Assim, propõem-se a reflexão sobre a forma de discutir a informação, isto é, como está sendo compreendida, tendo em vista que muitos ainda desconhecem o que seja realmente a alimentação complementar.

Estudo observou que 50% das enfermeiras reconheciam o guia "10 Passos para a alimentação saudável" como ferramenta de ajuda na orientação de hábitos alimentares saudáveis, enquanto metade das profissionais relatou não ter conhecimento exato sobre a estratégia, 19,2% nunca ouviram falar a respeito[13].

Considerando a existência dos manuais do Ministério da Saúde e de estudos sobre a alimentação da criança pequena, questiona-se se as recomendações repassadas pelo profissional de enfermagem sobre o manejo da alimentação infantil sofrem influência de seus próprios hábitos culturais, ou se esses profissionais não procuram atualizações oriundas da literatura científica da área.

Ao ponderar o número de fatores que dificultam o estabelecimento de práticas alimentares saudáveis, o trabalho do enfermeiro nas unidades de saúde da família torna-se uma atividade desafiadora, exigindo deste saberes específicos e aprofundados sobre o tema.

Entretanto, apesar de uma parcela dos sujeitos pesquisados não conseguirem expressar corretamente o que seria a alimentação complementar, 68,29% sabem o momento ideal para iniciar a alimentação complementar (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento da idade para início da alimentação complementar. Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

IDADE PARA INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	N	%
6º mês	28	68,29
4º mês	6	14,63
1º mês	2	4,87
Não sabem	3	7,31
3º mês	1	2,43
Ao nascer	1	2,43

A idade mediana de introdução de alimentos no esquema alimentar tem sido a partir do quarto mês, sendo que chás, leite em pó e outros tipos de leite já ocorre no primeiro mês[14].

Segundo indicação do Ministério da Saúde, pode-se incluir alimentação complementar a partir dos seis meses, oferecendo de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais, pois o organismo da criança já está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno, que são chamados de alimentos complementares[3].

Acerca do quantitativo de pessoas que elegem o quarto mês como ideal para iniciar alimentação complementar, entende-se que se trata do período em que a maioria das mães trabalhadoras retornam a suas atividades laborais, trazendo consigo a introdução de outros alimentos ao invés da prática de armazenamento do leite para oferta ao bebê quando a mãe não está em casa.

Os sujeitos do estudo ao serem questionados quanto ao alimento que se deve ofertar, 48,78% apontaram o suco, 46,34% referiram que deveriam ser ofertadas frutas, em que maça, banana e pera apareceram preferencialmente. Entre os participantes do estudo, 41,46% citaram sopa, 7,31% iogurte ou todinho, 29,26% apontaram o leite industrializado ou em pó, e 9,75% dos participantes referiram não saber quais alimentos ofertar.

O padrão alimentar complementar apresenta-se inadequado por conta dos alimentos ministrados às crianças que são de baixo teor energético, bem como devido à diluição inadequada (leite de vaca em pó e in natura) e ao uso de preparações predominantemente líquidas e diluídas (caldos de arroz, feijão, vegetais ou legumes). A utilização de frutas e vegetais é limitada. As dietas têm pouca variabilidade, são pobres em vitaminas e sais minerais, não refletindo as opções locais de variação alimentar[15].

É evidente o risco nutricional de lactentes no primeiro ano de vida, com possíveis complicações em curto e longo prazo potencializadas pelo breve AME, introdução de alimentos industrializados, baixa ingestão de nutrientes, entre outros. Tais práticas favorecem o risco de desenvolvimento de doenças, como as cardiovasculares[16].

Quanto às dificuldades enfrentadas durante a introdução da alimentação complementar, 18 (43,90%) relataram desconhecimento sobre os alimentos que ofertar, 16 (39,02%) não ter dificuldades, 5 (12,19%) condições financeiras insuficientes, 3 (7,31%) pouca disponibilidade de tempo.

Quando questionados sobre o que motivou a iniciar a alimentação complementar, relataram que a mama não satisfazia a criança (39,02%), 2 (4,87%) porque estudavam, 10 (24,39%) por conta do trabalho, 2 (4,87%) estavam com as mamas ingurgitadas, 2 (4,87%) não tinham leite,1 (2,43%) porque passou um tempo internada e quando voltou a criança não aceitou mais a mama, 4 (9,75%) por recomendações pediátricas, 1 (2,43%) para deixar a criança mais calma, 3 (7,31%) o leite era fraco, 1

(2,43%) não tinha bico do peito, 2 (4,87%) leite empedrou, 1 (2,43%) não pegou o peito, 1 (2,43%) porque ele sentia sede.

Diversas dificuldades de manutenção do aleitamento maternos são reais, como problemas decorrentes de rejeição pela criança, retorno ao trabalho, achar que o leite é fraco, adoecimentos da mãe e/ou do bebê como causa entre outros[14].

Evidências científicas parecem apontar para importância dos mitos e das crenças como possíveis causas que justificam a complementação precoce, de acordo com as mães. Segundo essa lógica, os mitos e as crenças sobre o aleitamento materno: "leite fraco", "pouco leite", "o bebê não quis pegar o peito", "o leite materno não mata a sede do bebê" e "os seios caem com a lactação", evidenciam a insegurança da mulher ante questões do cotidiano materno durante a amamentação, como a produção de leite materno de qualidade e em quantidade suficiente para o bebê; o choro da criança que, em geral, é associado à fome; a época correta para introdução de água e/ou outros líquidos para o bebê, dentre outros aspectos[17].

Observa-se que entre as razões apresentadas a sua maioria é passível de intervenções educativas e cuidados básicos da equipe de saúde (leite fraco, lei empedrou, não pegou o peito). Oportuniza-se repensar o trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família, não apenas do enfermeiro, profissional fundamental no cuidado a criança, como também dos outros profissionais que constituem a equipe, devendo, assim, trabalhar, interdisciplinarmente, na busca do cuidado ampliado, minimizando os desmames precoces desnecessários, fortalecendo, assim, a saúde das crianças.

Conhecer o cotidiano materno e o contexto sociocultural a que elas pertencem, dúvidas, medos e expectativas, bem como mitos e crenças referentes ao aleitamento materno, torna-se fundamental para uma prática que considera o outro, e que cuida, acolhendo inclusive o que lhe é proveniente do senso comum, procurando fornecer informações para que a escolha pelos alimentos da criança seja realizada de forma consciente.

Apresenta-se adiante um resumo do cardápio alimentar diário, segundo referência dos participantes do estudo (Tabela 3).

Tabela 3. Consolidado do cardápio ofertado as crianças menores de seis meses pelos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2013.

CARDÁPIO ALIMENTAR DIÁRIO	N	%
MANHÃ		
Mingau	18	43,90
Mama	14	34,14
Leite Formula	6	14,63
Leite	3	7,31
LANCHE DA MANHÃ		
Suco	17	41,46
Fruta	5	12,19
Leite	5	12,19
Sopa	3	7,31
Danone	2	4,87
Chá	1	2,43
ALMOÇO		
Mingau	11	26,82
Mama	9	21,95
Sopa	8	19,51
Leite	8	19,51
LANCHE DA TARDE		
Suco de Frutas	18	43,90
Frutas	9	21,95
Mama	8	19,51
Danone	1	2,43
Chá	1	2,43
Á NOITE		
Mingau	12	29,26
Sopa	9	21,95
Leite	9	21,95
Mama		21,95

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há discordâncias entre o que é preconizado e orientado e a realidade vivida pelas crianças atendidas na rede de atenção básica. Observou-se que mesmo as mães comparecendo as consultas de puericultura, não demonstraram deter

informações sobre alimentação complementar, o que evidencia lacuna sobre como foram repassadas essas orientações, se de forma adequada, superficial ou não foram interpretadas de forma correta, por parte dos familiares que, na maioria das vezes, já utilizam orientação fundadas em crenças e mitos, de acordo com hábitos culturais e que não podem ser de todo desprezadas.

Em virtude disso, torna-se necessário repensar as atribuições dos profissionais de saúde das equipes da ESF, para que este trabalhe interagindo com as famílias, com feedback positivo entre o conhecimento adquirido e a interpretação deste, ressaltando a importância de uma capacitação destes quanto à temática.

Conclui-se, portanto, que embora seja atribuição dos profissionais de saúde a adoção de práticas educativas junto à sociedade e divulgação dos conhecimentos atuais para promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança, muito depende também das políticas governamentais, tendo em vista que a alimentação e a nutrição são direitos da criança e da mãe. Cabe ao Estado garantir em quantidade e qualidade adequadas, além de práticas alimentares saudáveis e respeito à cultura do povo, visto que o desafio encontrado é repensá-lo de forma correta, necessitando, assim, de um planejamento estratégico para divulgá-las.

REFERÊNCIAS

1. Dias LT, Nascimento DDG. Marcolino FF. Childhood feeding care as seen by family health professionals and family carers. Rev APS. 2010; 13(3):266-76.
2. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Rev. Nutr. 2010; 23(3):475-86.
3. Ministério da Saúde (Br). Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa, 2008.
5. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Praticas de alimentação complementar nos primeiros anos de vida e fatores associados. Rev. Nutr. 2010; 23(6):983-92.
6. Diogo EF, Souza T, Zocche DA. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. Enferm Foco. 2011; 2(1):10-13.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. 2. ed. São Paulo: SBP, 2008.
8. Vargas VS, Soares MCF. Relação entre introdução precoce de alimentos, condições socioeconômicas familiares e doenças respiratórias. RBPS. 2010; 23(3):268-77.
9. Ministério da Saúde (Br). Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
10. Bortolni GA, Vitolo MR. Importância das praticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. Rev. Nutr. 2010; 23(6):1051-62.
11. Ministério da Saúde (Br). Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
13. Alves TD, Pereira GA, Bonfim SFSF, Javorski M, Vasconcelos MGL, Leal LP. Practice of nurses in the manipulation of children's feeding under 1 year old. Rev enferm UFPE on line, v.5, n.sp., p.2651-59, 2011. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2388. Acesso em: 15 dez. 2014.
14. Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, Silva MMS. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(n.esp. 2):1705-09, 2011.
15. Santos CS, Coriolano MWL, Sette GCS, Lima LSL. Alimentação Complementar do Lactente: Subsídios para a Consulta de Enfermagem em Puericultura. Cogitare Enferm. 2010; 15(3):536-41.
16. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. J Pediatr. 2010; 86(3):196-201.
17. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2461-68.

Recebido em: 11.10.2015
Aprovado em: 22.10.2015

IDENTIFICAÇÃO DAS FRAGILIDADES DOS ENFERMEIROS ATUANTES EM TERAPIA INTENSIVA SOBRE A MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

IDENTIFICATION OF WEAKNESSES OF NURSES IN INTENSIVE CARE ABOUT MAINTAINING THE POTENTIAL DONATOR

Artigo Original

Jacqueline Fidelis da Cunha[1]
Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante[2]
Laércia Ferreira Martins[3]
Ligia Fernandes Scopacasa[4]

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as fragilidades de conhecimento dos enfermeiros atuantes na terapia intensiva sobre a manutenção de potenciais doadores de órgãos. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa, com profissionais enfermeiros da instituição sede da pesquisa, situada em Fortaleza/Ceará, entre setembro-outubro de 2015. Dos 18 participantes, os dois itens nos quais 100% dos enfermeiros demonstram ter conhecimento são a manutenção da temperatura ideal e exames a serem realizados, porém 38% apresentam fragilidades, não demonstrando conhecimento sobre a monitorização da Pressão Arterial Média e 44% sobre o uso das drogas vasoativas. Este estudo evidenciou que apesar desta população de enfermeiros serem experiente em terapia intensiva esta deficiência pode interferir na qualidade da assistência ao paciente potencial doador de órgãos. Recomenda-se a capacitação destes profissionais sobre o assunto, bem como no treinamento do protocolo de manutenção do potencial doador de órgãos da Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

Palavras-chave: Morte Encefálica; Doadores de Tecidos; Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Conhecimento.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the weaknesses of knowledge of nurses in intensive care on care of potential organ donors. This is a descriptive exploratory study quantitative in nature, with professional nurses of the institution search headquarters, located in Fortaleza-Ceará, between September-October 2015. Of the 18 participants, the two items in which 100% of nurses demonstrate knowledge are maintaining the ideal temperature and examinations to be performed, but not demonstrating weaknesses exhibit 38% awareness of mean arterial pressure monitoring and 44% on the use of vasoactive drugs. This study showed that despite this population of nurses being experienced in the intensive care unit this deficiency may interfere with the quality of patient care of potential organ donator. It is recommended the training of these professionals on the subject as well as in the training of potential organ

[1] Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNIFOR. E-mail: jacfidelis@hotmail.com

[2] Enfermeira graduada pela UNIFOR. Especialista em Cardiologia Modalidade Residência pela UNIFESP. Mestre em Ciências pela UNIFESP.

[3] Enfermeira graduada pela UECE. Mestre do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS da Universidade Estadual do Ceará (UECE) na linha de pesquisa Gestão e Gerência do Trabalho e do Cuidado Clínico em Enfermagem.

[4] Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Enfermagem do Trabalho (2013). Mestre em Enfermagem pela UFC. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNIFOR. Doutoranda em Enfermagem pela UFC.

donor maintenance of the Brazilian Association of critical care medicine.

Keywords: Brain Death; Tissue Donors; Intensive Therapy; Nursing Care; Knowledge.

INTRODUÇÃO

Atualmente os transplantes são considerados os procedimentos mais fascinantes da medicina[1]. É uma alternativa terapêutica eficaz que proporciona aos receptores, que se encontram em estado terminal e irreversível da função renal, cardíaca, hepática, pulmonar e pancreática, uma melhora na qualidade e expectativa de vida[2].

O processo de doação inicia-se no momento em que se identifica o potencial doador, uma vez diagnosticado com Morte Encefálica (ME)[1].

Segundo os dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)[3] no Brasil durante o primeiro semestre de 2015 houve 4.715 potenciais doadores de órgãos, e 1.356 doadores efetivos.

O cuidado prestado ao paciente com diagnóstico de Morte Encefálica tem como objetivo manter a viabilidade dos órgãos para transplante até o momento de extração e possibilitar que ele se torne um doador com órgãos transplantados[4]. O doador é visto como uma fonte de órgãos[5]. A equipe multidisciplinar tem consciência de que o doador está morto e o cuidado oferecido tem como objetivo manter a qualidade dos órgãos que serão disponibilizados para transplante[6].

O enfermeiro que atua em terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas decorrentes da ME, para que, junto com a equipe médica, possa conduzir o manuseio adequado do potencial doador[7], a fim de manter a viabilidade dos órgãos.

A manutenção do potencial doador inclui diversas fases no seu processo, que vai desde o seu reconhecimento à confirmação, assim como as formalidades estabelecidas em leis, a detecção precoce de possíveis complicações e manuseio imediato, para preservação dos órgãos[1].

Os profissionais de terapia intensiva devem estar cientes de que existe correlação direta entre a excelência da manutenção do potencial doador e o sucesso do transplante. Logo, qualquer atraso no reconhecimento de alterações no doador, pode resultar em má perfusão dos órgãos, parada cardíaca e inviabilidade dos órgãos.

Considerando a importância de que no Brasil em 2014 existiam 38.350[8] pacientes em lista de espera para transplantes, e da participação e contribuição dos profissionais enfermeiros na manutenção do doador de órgãos para a viabilidade dos órgãos e efetivação do transplante com consequente diminuição dos pacientes em fila de espera, o objetivo deste estudo é identificar as fragilidades de conhecimento dos enfermeiros atuantes na terapia intensiva sobre a manutenção de potenciais doadores de órgãos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa. Realizado em um hospital da rede pública de referência em urgência e emergência da cidade de Fortaleza-Ceará.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro e outubro de 2015 por meio de um instrumento elaborado pelos autores. Este compreende informações como: idade, sexo e o tempo que trabalham na instituição, e uma avaliação teórica com 11 questões, quatro possíveis respostas para cada questão, destas apenas uma alternativa era correta.

Foram incluídos na pesquisa 18 enfermeiros atuação na terapia intensiva da referida instituição. Foram excluídos os profissionais que gozassem de período de férias ou licença médica, maternidade ou sem vencimentos durante o período de coleta de dados. O preenchimento do instrumento teve um tempo estimado de 15 minutos para cada sujeito e foi realizado durante o turno de trabalho.

Para cada acerto foi atribuído um ponto. O escore total do teste de conhecimento correspondeu à soma de todas as respostas corretas. São considerados com fragilidades aqueles que apresentam conhecimento inferior a 50% de acertos. Os dados foram apresentados por meio da frequência absoluta e percentual e foram organizados através de tabelas. O banco de dados foi montado a partir do programa *Excel for Windows*.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), antes do início da coleta de dados, respeitando os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, fundamentados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o parecer nº 1.228.523/15 e da instituição onde foi realizado sob o parecer nº 1.267.505/15.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a coleta de dados, muitos profissionais se recusaram a participar do estudo, relatando não haver interesse em cuidar desse público, o que de acordo com as pesquisas, diminuem significativamente o número de potenciais doadores, sobretudo, doadores efetivos, o que influencia no sucesso do transplante.

Caracterizando a população dos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estudada, observou-se a prevalência do sexo feminino (Tabela 1).

De acordo com o perfil dos entrevistados observou-se que esses dados podem influen-ciar nos resultados da pesquisa. Profissionais que trabalham bastante tempo na área demonstram uma desmotivação e cansaço em lidar com potenciais doadores. Os que trabalham em UTI pediátrica foram os que em menor porcentual tiveram interesse em participar do estudo, refletindo no cuidado a esse público

Tabela 1. Perfil dos Enfermeiros entrevistados.

VARIÁVEIS	N	%
IDADE DOS ENTREVISTADOS		
< 50 anos	18	43,90
51 – 60 anos	14	34,14
>60 anos	8	14,63
TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO		
21 anos	18	43,90
22 anos	10	34,14
TIPO DE UTI		
Adulto		
Pediatrica	14	
4	78	
TOTAL	**18**	**100**

Tabela 2. Perfil dos Enfermeiros entrevistados.

% DE ACERTOS POR QUESTIONÁRIO	%
Questionário 1	10(91%)
Questionário 2	9(82%)
Questionário 3	9(82%)
Questionário 4	10(91%)
Questionário 5	10(91%)
Questionário 6	9(82%)
Questionário 7	8(73%)
Questionário 8	8(73%)
Questionário 9	10(91%)
Questionário 10	8(73%)
Questionário 11	10(73%)
Questionário 12	8(73%)
Questionário 13	8(73%)
Questionário14	11(100%)
Questionário 15	10(91%)
Questionário 16	10(91%)
Questionário 17	5(45%)
Questionário 18	4(36%)

Na Tabela 2, pode-se observar que os entrevistados possuem um bom nível de conhecimento, visto que a maioria 88,8% acertou mais que 70% das questões.

Tabela 3. Distribuição percentual e absoluta da frequência de acertos e erros por questões norteadoras. Fortaleza,-CE-2015.

QUESTÕES	ACERTOS
Tempo adequado para manter viáveis os órgãos	14(78%)
Temperatura corporal ideal	18(100%)
Exames laboratoriais	18(100%)
Monitorização PAM	6(38%)
Meta pressórica mínima	12(67%)
Cuidados de enfermagem na hipertensão intracraniana	16(89%)
Agentes Vasopressores e inotrópicos	8(44%)
Prevenção arritmias cardíacas	16(89%)
Parada Cardiorrespiratória e remoção ao Centro Cirúrgico	16(89%)
Ventilação mecânica	12(67%)
Suporte nutricional	12(67%)

A tabela 3 evidencia as maiores fragilidades encontradas na população entrevistada. Dos enfermeiros em questão, somente 34% demonstraram conhecimento sobre a monitorização correta da Pressão Arterial Média (PAM) e somente 39% sobre quais são os agentes vasopressores e inotrópicos a serem utilizados durante a ressuscitação hemodinâmica do potencial doador de órgãos e sua dose máxima.

A Tabela 4 e 5 demonstram que as alternativas erradas mais selecionadas pelos participantes do estudo foram às relacionadas a monitorização da pressão arterial média e o uso de agente(s) vassopressores e inotrópicos a serem utilizados durante a ressuscitação hemodinâmica do potencial doador e suas doses máximas.

Tabela 4.Distribuição percentual e absoluta da questão norteadora 4 – sobre a monitorização da Pressão Arterial Média. Fortaleza,CE – 2015.

ALTERNATIVAS FALSAS	RESPONDERAM ESTE ITEM
Pode ser feita de forma não-invasiva, sendo precisa em situações de choque, sendo recomendado por diversas sociedades e organizações internacionais para manutenção do potencial doador.	14(78%)
Pode ser feito com a não-invasiva e a invasiva, pois ambas facilitam a coleta seriada de amostras sanguíneas para realização de gasometrias arteriais e permitem a utilização de parâmetros dinâmicos fluido-responsividade como a variação respiratória da pressão de pulso arterial.	8 (42%)
Pela pressão arterial invasiva, mesmo que esta não sirva para um melhor acompanhamento da instabilidade hemodinâmica no tratamento do potencial doador.	2 (10%)

Tabela 5. Distribuição percentual e absoluta da questão norteadora 7 – sobre os agente(s) vassopressores e inotrópicos a serem utilizados durante a ressuscitação hemodinâmica do potencial doador e suas doses máximas. Fortaleza,CE – 2015.

ALTERNATIVAS FALSAS	RESPONDERAM ESTE ITEM
Noradrenalina ou epinefrina ou dopamina podem ser utilizadas e não precisam ser ajustadas para manter a PA alvo e o fluxo tecidual global, e devemos ter cuidado em doses altas em potenciais doadores de coração, parecem diminuir as chances de sucesso do transplante deste órgão.	5 (28%)
Iniciar dobutamina quando não houver comprometimento da contratilidade cardíaca. A terapia beta-agonista em altas doses (> 10 ug/kg/min) pode comprometer o sucesso do transplante cardíaco, mas não o contraindica.	2 (11%)
Iniciar catecolaminas vasopressoras (noradrenalina, adrenalina ou dopamina) para manter a PAM > 65 mmHg ou a PAS > 90 mmHg. Há limite de dose.	3 (17%)

DISCUSSÃO

Ressalta-se que as alterações fisiológicas desencadeadas pela morte encefálica, quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente, tornam-se as principais causas da não efetivação dos transplantes de órgãos e tecidos. Alguns autores[9,10] afirmam que uma das causas que inviabiliza a transplantação deve-se ao conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde sobre a fisiologia e fisiopatologia da morte encefálica, e consideram como aspecto fundamental no cuidado ao potencial doador, a assistência sistematizada respaldada na avaliação clínica, no diagnóstico precoce de ME, no reconhecimento das alterações fisiológicas decorrentes desse processo, no planejamento do tratamento adequado, na implementação de cuidados, na evolução e na reavaliação de condutas e tratamentos, além de trabalho educativo permanente.

Desse modo, para ocorrer a doação de órgãos e tecidos para transplantes, necessita-se de entrosamento multiprofissional. Cada equipe com suas responsabilidades técnicas, éticas e grau de importância que lhe cabe, com colaboração integral, atendendo para as necessidades do paciente e seus familiares. Portanto, precisa-se de interação entre os profissionais de diferentes hospitais, sejam eles captadores ou transplantadores, para que o processo flua de modo a satisfazer todas as partes envolvidas[11].

Das questões levantadas no estudo, foram encontradas duas fragilidades de conhecimento: a maneira na qual deve ser feita a monitorização da Pressão Arterial Média e o uso de agente vasopressor e inotrópico a ser utilizados durante a res-

suscitação hemodinâmica do potencial doador de órgãos e sua dose máxima.

Percebe-se com este fato que as fragilidades encontradas, não são exclusivas de potenciais doadores, e sim de todos os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Todos os enfermeiros que trabalham em terapia intensiva devem saber como fazer a monitorização da PAM, e conhecer sobre drogas vasoativas, seus mecanismos de ação, diluições, via de administração e cuidados de enfermagem com essas drogas.

A monitorização da Pressão Arterial Média (PAM) é considerada o principal desafio no tratamento do potencial doador, sendo a hipotensão um problema comum que leva a diminuição da perfusão dos diversos órgãos. A aferição da pressão arterial não-invasiva é imprecisa em situações de choque. Há diferença significativa entre o método não-invasivo e a medida direta, sobretudo quando existe aumento da resistência vascular sistêmica. Pressão arterial invasiva é um método seguro e essencial para guiar a terapia hemodinâmica sendo recomendado por diversas sociedades e organizações internacionais para manutenção do potencial doador. Além disso, o acesso arterial facilita a coleta seriada de amostras sanguíneas para realização de gasometrias arteriais e permite a utilização de parâmetros dinâmicos de fluido-responsividade, como a variação respiratória da pressão de pulso arterial (ΔPp). Esta é recomendação forte a monitorar a pressão arterial de forma invasiva em todos os potenciais doadores falecidos[5].

Estudo realizado(12), analisou os valores pressóricos médios (PAM de 88,02±17,02mmHg, variando de 49 a 136,66mmHg) obtidos e a utilização da droga vasoativa em grande número de doadores (92,7%), constatou-se que o uso de medicações vasopressoras nos potenciais doadores pode ter sido exagerado e/ou indiscriminado, já que boa parte dos valores de PAM encontrada neste estudo foi superior ao recomendado pela literatura.

Diante disso, pode-se inferir que a deficiência no conhecimento dos profissionais que atuam na UTI, no qual os enfermeiros se incluem, pode corroborar com falhas acerca da ressuscitação hemodinâmica com agente vasopressor e inotrópico e manuseio adequado da PAM, o que prejudica a qualidade dos órgãos para o transplante[5].

A partir do exposto, constata-se a premência de um treinamento específico que venha suprir esta defasagem de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos enfermeiros pesquisados apresentou um bom conhecimento acerca da manutenção do potencial doador de órgão, haja vista que apenas dois não atingiram a 50% de acerto no questionário. Da amostra selecionada, a maioria possui conhecimento quanto ao tempo adequado para manter viáveis os órgãos, a temperatura corporal ideal, os exames laboratoriais necessários, a prevenção de arritmias cardíacas, parada cardiorrespiratória, remoção ao centro cirúrgico, uso da ventilação mecânica, suporte nutricional, cuidados de enfermagem na hipertensão intracraniana e meta pressórica mínima.

Fragilidades de conhecimento foram detectadas quanto à monitorização da Pressão Arterial Média (PAM) e o uso dos agentes vasopressores e inotrópicos nos potenciais doadores, apesar desta população de enfermeiros ser experiente em terapia intensiva, esta deficiência dos profissionais pode interferir na qualidade da assistência ao paciente potencial doador de órgãos.

Recomenda-se a capacitação destes profissionais sobre o assunto, bem como no treinamento do protocolo de manutenção do potencial doador de órgãos da AMIB. Sugere-se a continuidade dos estudos nesta temática, além da necessidade de ações no sentido de incluir tais conhecimentos no currículo dos cursos de graduação em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Martins AC, Costa IR. A importância do enfermeiro frente à doação e manutenção de órgãos e tecidos [dissertação]. Barbacena: Universidade Presidente Antônio Carlos; 2012. Disponível em: http://www.unipac.br/bb/tcc/tcc-05cb80c095dcc4d8cab437dac41de2f1.pdf.
2. Fonseca ATA, Costa VAS, Nogueira EC. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e tecidos: registros de um hospital de Sergipe. JBT J Bras. Transpl. 2011; 14(1): 1460-1465. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2011/1.pdf.
3. Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Doações de órgãos no Brasil, entre janeiro a junho de 2015. São Paulo: ABTO- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2015. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/rbt2015-1sem-lib2907.pdf.
4. Morais EL. Vivência de Enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-10092013-184153/pt-br.php.
5. Westphal GA, Filho MC, Vieira KD, Zaclikevis VR, Bartz MCM, Wanzuita R, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2011; 23(3):255-268. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a03.pdf.
6. Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplantes de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. Rev. Bras. Enf. 2010; 63(2):274-278. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/16.pdf.
7. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev. Bras. de Enf. 2008; 61(1):91-97. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf.
8. Ministério da Saúde lista de espera por local [Página da Internet]. (BR): MS; 2015[acesso em 2015 nov. 19]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/02/Lista-de-espera-por-local-todas-uf.pdf.
9. Domingos GR, Boer LA, Possamai FP. Doação e captação de órgãos de pacientes com morte encefálica. Enferm Bras. 2010; 9(4):2016-2012.
10. Guimarães JB, Barbosa NM, Batista MA, Passos XS. Conhecimento dos enfermeiros sobre condutas na prevenção, manutenção e no controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos. J Health Sci. Inst. 2012; 30(4):365-368. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p365a368.pdf.
11. Torres GV, Vasconcelos QLDA, Pontes VO, Mendonça AEO, Freire ILS. Atuação e conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes [dissertação] . Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/14827?locale=pt_BR.
12. Rodrigues SLL, Escobar FNJB, Costa SLA, Sebastião A, Lessa ZHJ, Ferreira BIFS, et al. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. Rev. bras. ter. intensiva. 2014; 26(1):21-27.

Recebido em: 03.10.2015
Aprovado em: 17.10.2015

O MÉTODO MÃE CANGURU E A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: CONCEPÇÕES MATERNAS

METHOD KANGAROO MOTHER AND ASSISTANCE HUMANIZED: CONCEPTIONS MATERNAL

Artigo Original

Conceição de Maria de Albuquerque[1]
Camila Santos do Couto[2]
Leudimar de França Dourado[3]
Mirna Albuquerque Frota[4]
Francisca Liliane Pereira da Costa[5]

RESUMO

Objetivou-se identificar o conhecimento das puérperas acerca dos benefícios que o método mãe canguru e investigar as orientações realizadas a respeito do método sob a concepção materna. Estudo descritivo, incluindo doze puérperas, cujos filhos nasceram com baixo peso ou prematuros. A coleta foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, no período de março e abril de 2015. Foi realizada análise temática do conteúdo, e a partir disso, emergiram as categorias: conhecimentos maternos relacionados aos benefícios do método canguru; orientações prestadas às usuárias acerca do método; e a inserção materna no cuidado prestado por meio do método. Averiguaram-se os conhecimentos maternos acerca dos benefícios promovidos pelo método canguru e observaram-se lacunas relacionadas. A atuação dos profissionais de saúde é relevante, por prestar um cuidado humanizado e acolhedor, esclarecendo às mães e à família, acerca de possíveis dificuldades encontradas no cotidiano.

Palavras-chave: Método Canguru; Relações Mãe-Filho; Recém-Nascido.

ABSTRACT

This study aimed to identify the knowledge of mothers about the benefits that the kangaroo mother method and investigate the instructions given on the method under the maternal conception. We conducted a descriptive study, including twelve mothers whose children were born underweight or premature. Data collection was conducted through semi-structured interviews between March and April 2015. The analysis was carried out through thematic analysis of content. Emerged categories: maternal knowledge related to the benefits of kangaroo method; guidelines provided to users about the method; and maternal insertion in the care provided by the method. Maternal knowledge were investigated about the benefits promoted by the kangaroo method and were observed related gaps. The role of health professionals is of utmost importance, for providing a humanized and welcoming care, clarifying to mothers and family, about possible difficulties encountered in daily life.

[1] Enfermeira. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

[2] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela UNIFOR. E-mail: cmlcouto@gmail.com.

[3] Enfermeira. Graduada pela UNIFOR.

[4] Enfermeira. Pós Doutora em Saúde Coletiva Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.

[5] Enfermeira. Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

Keywords: Kangaroo-Mother Care Method; Mother-Child Relations; Newborn.

INTRODUÇÃO

A maternidade, um dos momentos mais esperados pela mulher, se configura um período no qual a busca por uma gestação tranquila e sem intercorrências é almejada. No entanto, a ansiedade pela chegada do recém-nascido (RN) se torna inevitável. Estas expectativas para essa nova fase da vida surgem não só a partir da mãe, mas por toda a família.

A prematuridade e o baixo peso emergem, nesse contexto, como fatores que podem influenciar na separação do binômio mãe-filho, visto que o RN é encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), pela necessidade de cuidados específicos. Esta separação, por vezes, gera sofrimento materno e familiar.

O recém-nascido pré-termo, com idade gestacional inferior a 37 semanas, necessita passar pela separação materna e ser cuidado por profissionais de saúde, no entanto, essa não deve impedir a proximidade da mãe e dos familiares. A presença dos pais proposta pelo Método Canguru e a participação em atividades na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estimulam uma aproximação maior entre a equipe de saúde e a família[1,2].

Nessa realidade, enfatizam-se as estratégias propostas que visam humanizar assistência e estreitar o vínculo da família com o RN, como: o acompanhamento do pai, esclarecimento de dúvidas relacionadas aos cuidados com o bebê e o incentivo ao aleitamento materno[3]. Assim, cabe à equipe de enfermagem propiciar um vínculo saudável entre mãe, família e filho, envolvendo os pais na assistência sempre que possível, inserindo-os nos cuidados prestados e mantendo-os informados quanto ao tratamento.

O método mãe canguru surgiu como uma proposta para a melhoria do cuidado prestado ao RNPT na Colômbia, no ano de 1979. Preconizou-se, inicialmente, que o RN receberia alta hospitalar precoce e acompanhamento ambulatorial, com a condição de que no domicílio o contato pele a pele na posição canguru fosse mantido[2]. Assim, a relevância do método é ratificada, visto que o mesmo promove esse contato entre o binômio mãe-filho[1].

A implantação do método mãe canguru no Brasil visa promover a atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso. Dentre as finalidades estão: reduzir as taxas de mortalidade infantil entre RN prematuros e de baixo peso, promover um incremento na qualidade de vida e facilitar o estabelecimento do vínculo reduzindo o risco de abandono. Nesse contexto, pontuam-se as vantagens do método: estimulo ao aleitamento materno em livre demanda, promoção de melhor sucção ao seio, estabilização dos sinais vitais, incremento na confiança da mãe no manuseio do recém-nascido e redução do tempo de internação[2,4].

O Ministério da Saúde[2] preconiza que este método deve ser dividido em três fases. A primeira acontece ainda no pré-natal para que seja possível identificar fatores de risco para o feto com possibilidade de nascer com baixo peso ou prematuro. Na segunda fase o recenato recebe cuidados na UTIN até que seu estado clínico seja estabilizado para que ele seja encaminhado para a enfermaria canguru. Nesta fase a mãe irá adquirir mais segurança ao segurar seu filho e receberá orientações acerca dos cuidados com o RN. A terceira fase inicia-se após a alta hospitalar, momento no qual a criança terá acompanhamento ambulatorial ou domiciliar nas primeiras 48 horas após alta e, posteriormente, acompanhamento semanal.

Esse método possibilita a assistência humanizada ao recém-nascido e a mãe, no qual ocorre um contato precoce entre ambos, diminui o sofrimento emocional. Diante do exposto, surgiu o interesse em conhecer a percepção materna com relação ao método canguru, tendo em vista que a compreensão materna sobre os benefícios advindos do método. Nessa realidade, objetivou-se identificar o conhecimento das puérperas acerca dos benefícios que o método mãe canguru e investigar as orientações realizadas acerca do método sob a concepção materna.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi um hospital de nível de assistência secundária situado no município de Fortaleza-Ceará-Brasil. Elegeu-se tal instituição, haja vista, possuir perfil secundário na assistência materno-infantil.

Participaram da pesquisa doze puérperas que realizaram partos na referida instituição. Adotou-se como critérios de inclusão: puérperas de parto normal ou cesárea, maiores de dezoito anos e mães de neonatos prematuros ou de baixo peso internados na enfermaria canguru. Nessa realidade, a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade e que a amostragem é considerada adequada quando possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões[5].

A coleta ocorreu nos meses de março e abril de 2015, mediante aplicação de entrevista semiestruturada após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se o gravador de voz, com autorização dos participantes, com o intuito de apreender as falas. Destaca-se que as informações obtidas nas entrevistas foram transcritas e analisadas, categorizando os resultados permitindo a produção de ideias e hipóteses de acordo com as respostas das mesmas.

Dessa forma, utilizou-se a análise temática do conteúdo, tal procedimento distribui-se em três etapas: a pré-análise; exploração do material; e tratamento e interpretação dos resultados obtidos[5]. A organização dos dados avalia as respostas dos participantes, a fim de permitir a análise adequada, assim, os dados são agrupados em categorias temáticas.

Aos participantes foram elucidados os componentes éticos, de acordo com o preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 466/12[6]. Ressalta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob Parecer de nº 559.378.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura e análise das entrevistas em busca de validação de dados e agrupamento dos mesmos para identificação dos núcleos temáticos. Estabeleceram-se as categorias seguintes: conhecimentos maternos relacionados aos benefícios do método canguru; orientações prestadas às usuárias acerca do método; e a inserção materna no cuidado prestado por meio do método.

Conhecimentos maternos relacionados aos benefícios do método canguru

Quanto ao conhecimento acerca do tema a maioria das mães desconhece os benefícios que o método mãe canguru traz para o bebê, apenas a minoria apresentou algum conhecimento acerca do método.

> *Acho que é por que a criança fica direto com a mãe recebendo o calor da mãe, deve ser isso (P2).*
>
> *Um dos benefícios do qual eu fiquei sabendo é o ganho de peso (P4).*
>
> *Acho que é pra gente ajudar na saúde dele (recém-nascido) (P5).*
>
> *Bom eles dizem que é pra melhorar né, pra engordar mais rápido e a gente acompanha mais a criança. Porque ele ficando na incubadora, a gente não acompanha muito. É bom pra aprender a cuidar mais rápido (P9).*

Percebe-se que, embora os benefícios sejam de clara existência para as participantes, as mesmas não demonstraram conhecimento aprofundado, ou seja, supõe-se que as puérperas não foram orientadas de modo efetivo acerca do método. Esta realidade requer maior enfoque, visto que a mãe precisa ser instruída e estar ciente dos benefícios deste método para o binômio mãe-filho.

O nível de conhecimento materno acerca do método mãe canguru, contribui no cuidado prestado ao RN que está internado na enfermaria canguru, pois estes precisam de uma assistência direcionada. Entende-se que quanto maior for o nível de conhecimento materno, maior será a segurança em cuidar o filho no domicílio e menor o risco desse neonato voltar a precisar de cuidados hospitalares. O profissional de enfermagem deve atuar, sobretudo, como educadores, pois estão em contato direto com as mães e com os RN.

Acerca dos diversos benefícios, ressalta-se que o método facilita o contato entre mãe e filho, transmite atenção, carinho e calor pelo contato pele-a-pele[7]. Por meio do contato direto o recenato, a sua alimentação é favorecida, fortalece e estreita o vínculo entre a mãe e o bebê, bem como promove a recuperação e a saúde para o neonato.

Dentre outras vantagens do MMC tem-se o aumento do vínculo afetivo mãe e filho, diminuição do tempo de internação, maior competência e segurança dos pais ao manipularem seu filho, diminuição de infecção hospitalar e estímulo ao aleitamento materno que é de fundamental importância para esses bebês[8].

Orientações prestadas às usuárias acerca do método

Os profissionais de saúde são importantes agentes educadores e facilitadores de orientações para as mães que estão vivenciando uma realidade antes desconhecida, cuidar de um filho prematuro, o conhecimento pode contribuir para diminuir suas angustias. As mães com frequência se sentem desamparadas pelos profissionais que as acompanham, relatam uma carência de comunicação acerca do estado de saúde do seu recenato.

> *Ninguém me disse nada. Eu fico aqui assim, porque acho que é bom. Mas não tenho informação (P1).*
>
> *Eles deviam explicar a situação, para não deixar a gente com tanto medo né? (P5).*
>
> *Eu acho que falam mais da questão da alimentação, mas sinto falta de mais informações que a gente precisa saber como mãe. Não sei quase nada desse projeto (método). Eu quase não recebi orientação. O que me falaram realmente é que é bom, mas não explicam o que é esse bom. (P4).*
>
> *Falaram que é para o bebê sair mais rápido, mas até agora não estou vendo essas vantagens não. Queria receber mais informação. (P9).*

A relevância da atuação do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde na promoção do método canguru, visto que estes profissionais são capazes de favorecer mudanças na percepção materna relacionada ao cuidado do recém-nascido prematuro e de baixo peso[9]. Enfatiza-se que para a adesão ao método, a mãe deve desejar participar e ter disponibilidade de tempo. Portanto, a equipe de saúde deve sempre propor e nunca impor o conhecimento da técnica[10].

Compreende-se que é importante que o profissional de enfermagem esteja presente no cotidiano dessas mães e possa vivenciar junto delas a proposta do método mãe-canguru. Cabe a estes, agentes transmissores de conhecimento, treinar e repassar informações para que as mães possam cuidar dos seus filhos. A inserção do enfermeiro transcende a "simples" assistência, visto que engloba o cuidar holístico, envolve o RN e a família, com a finalidade de favorecer a criação de um vínculo entre ambos, fornecendo colaboração e apoio sempre que necessário.

A inserção materna no cuidado prestado por meio do método

Na perspectiva das contribuições do método mãe-canguru, em termos assistenciais, enfatiza-se a dimensão educativa e sociocultural dos cuidados oferecidos aos familiares recenato. A equipe de enfermagem, nesse contexto, incrementa a assistência com incentivos e orientações, de forma a contribuir com a recuperação precoce deste neonato[9,11].

A importância do cuidado materno está inserido no cotidiano das mães que vivenciaram o método mãe canguru, se dedicam exclusivamente em atender as necessidades dos recém-nascidos, tanto na unidade canguru, quanto no domicilio após a alta.

> *Pelo pouco que eu já estive com ele eu gostei bastante. A minha preocupação é que ele ganhe peso, para levar ele*

para casa mais rápido. Por isso que eu quis realmente ficar com ele. (P4).

Assim, apesar de pouco tempo, já posso cuidar dela e fazer coisas que antes eu não fazia. É bom por que você tem uma atenção voltada para você e sua criança. (P6).

Aqui a gente aprender a cuidar mais rápido. Me sinto importante, cuidado dele, tendo ele pertinho. (P9).

Ela disse para ela ficar assim no peito para ela ganhar peso mais ligeiro. (P11).

Eu já limpo ela quando fica sujinha, dou o banhozinho, mas ela ainda está na sondinha, então não dou de mamar ainda. (P12).

O método canguru é amplo em benefícios para a puérpera e, sobretudo, para a criança, dentre outros fatores, promove uma vivência única, deixando-as próximas de seus bebês de um modo semelhante ao intra-útero[12]. Este contato favorece o aleitamento materno, corroborando com os relatos, pela facilidade do RN em buscar o seio por meio da posição do método, tornando-o efetivo graças à proximidade, permitindo, que as mães sejam integralmente inseridas no processo de recuperação do filho, por meio da vivência no MC.

Quando a progenitora se conscientiza do estado de saúde do seu filho, ela compreende a importância da sua participação, para a melhoria da saúde do RN e para a alta da UTIN. Desse modo a mãe, se faz mais presente, por meio de visitas e colabora, ainda, com assistência prestada ao seu filho.

As orientações prestadas à mãe relacionada ao processo de cuidar, promove mudanças na sua percepção, visto que é esclarecida a sua relevância na melhora do estado de saúde do filho, assim ela se dedica a proposta do método com mais perseverança[13]. Dessa forma, faz-se necessário empoderar essas mães visando que estejam perto e prestem cuidados aos seus filhos durante a sua permanência na unidade canguru.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conhecimentos maternos acerca dos benefícios promovidos pelo método canguru apresentam lacunas. Dentre os benefícios apontados pelas participantes têm-se: a promoção de calor e do aleitamento materno, o ganho de peso, a possibilidade de cuidar do filho e de receber alta hospitalar mais rápido. Assim, o conhecimento referido mostrou-se superficial, sobretudo, quando investigadas as orientações prestadas pelos profissionais de saúde acerca deste.

As puérperas demonstraram insegurança e insatisfação diante das orientações transmitidas. Estas foram caracterizadas como incompletas ou superficiais. Ressalta-se a relevância de empoderar a genitora com informações e orientações pertinentes para que se sinta parte do contexto que promoverá a melhora do estado de saúde de seu filho.

Conclui-se, portanto que a participação da mãe, família e profissionais de saúde é relevante para o sucesso do método mãe canguru. Estimular uma relação pautada na confiança entre todos que estão envolvidos, facilita o aprendizado e promove autonomia do cuidador quanto a assistência prestada. Assim, compreende-se a que primazia de uma atenção humanizada no método canguru voltada para os recém-nascidos e para as mães carecem de uma equipe de saúde capacitada para prestar suporte assistencial holístico.

REFERÊNCIAS

1. Souza ABG. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. 2 ed. Editora Atheneu; 2014.
2. Ministério da Saúde (Br). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método canguru – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
3. Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na pratica materno neonatal. São Paulo: Guanabara; 2008.
4. Almeida CM., Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. Rev. Bras. Fisioter. 2007; 1(11):1-5.
5. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
6. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 dez/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Brasília, 2012.
7. Santos LM, Morais RA, Miranda JOF, Santana RCB, Oliveira VM, Nery FS. Maternal Perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. Rev. Pesq. Cuid. Fund. 2013; 5(1):350-354.
8. Ferreira NAES, Souza MCMR. O método mãe-canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. NBC - Periódico Científico do Núcleo de Biociências. 2011; 1(1):1-8, 2011.
9. Arivabene JC, Tyrrel MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enferm. 2010; 18(2):130-136.
10. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Rev. Nutr. 2008; 21(3):293-302.
11. Eleutério FRR, Rolim KMC, Campos ACS, Frota MA, Oliveira MMC. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(4):439-446.
12. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. Rev. Gaúcha Enfer. 2010; 31(1):48-54.
13. Maia JA, Oliveira MP, Furtado SS, Silva LM, Pereira MLB. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. Enferm. Foco. 2011; 2(4): 231-234.

Recebido em: 03.10.2015
Aprovado em: 17.10.2015

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA DE APOIO PARA PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS PSICOATIVAS ENTRE CEGOS

ASSESSMENT OF SUPPORTING TECHNOLOGY FOR PSYCHOACTIVE DRUGS USE PREVENTION AMONG BLIND PEOPLE

Artigo Original*

Kariane Gomes Cezario[1]
Monaliza Ribeiro Mariano[2]
Albertina Antonielly Sydney de Sousa[3]

RESUMO

Objetivou-se descrever a avaliação de uma tecnologia de apoio desenvolvida por enfermeiros para prevenção do uso de drogas psicoativas entre pessoas cegas. Trata-se de um estudo de avaliação de tecnologia do qual participaram seis especialistas, sendo três em drogas psicoativas e três em educação de pessoas cegas. Construíram-se instrumentos de avaliação versando sobre o referido conteúdo e aspectos pedagógicos, com itens valorados de um a quatro, sendo esta última a maior nota. Os especialistas em conteúdo apontaram para a qualidade do conteúdo da tecnologia, contudo sugeriram correção ortográfica, aprimoramento de conceitos e clarificação de termos técnicos. Por sua vez, os especialistas em aspectos pedagógicos consideraram a tecnologia promotora da acessibilidade às informações para pessoas cegas. Julgou-se a tecnologia desenvolvida como estratégia viável para promoção da saúde e prevenção do uso de drogas psicoativas entre pessoas cegas.

Palavras-chave: Tecnologia Biomédica; Drogas Ilícitas; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to describe the evaluation of an assistive technology developed by nurses to prevent the use of psychoactive drugs among blind people. It is a technology assessment study which was attended by six experts, three in psychoactive drugs and three in education of blind people. Assessment tools were constructed dealing in those contents and pedagogical aspects, with items valued from one to four, the latter one being the highest score. The content experts pointed to the quality of the content of technology, but suggested spelling correction, improvement of concepts and clarification of some technical terms. In turn, experts in pedagogical aspects considered the technology as promoting accessibility to information for blind people. The technology

* Extraído da dissertação de mestrado intitulada "Avaliação de tecnologia assistiva para cegos: enfoque na prevenção ao uso de drogas psicoativas", da Universidade Federal do Ceará, defendida em 2009 (110 pg).

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

[3] Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.
E-mail: albertina_sousa@hotmail.com.

was judged developed as a viable strategy for promoting health and preventing the use of psychoactive drugs among blind people.

Keywords: Biomedical Technology; Street Drugs; Nursing.

INTRODUÇÃO

As drogas psicoativas constituem fenômeno de alcance global e se apresenta como um problema de saúde pública na atualidade[1]. Em distintas realidades, tem relação direta com índices de acidentes de trânsito, desemprego, evasão escolar, transtornos físicos e psíquicos, além de relação com a violência doméstica[2-4].

Estima-se que um total de 246 milhões de pessoas, ou uma em cada 20 pessoas com idades entre 15 e 64 anos, usou drogas ilícitas em 2013. A magnitude desse problema se torna mais evidente quando se considera que mais de um em cada 10 usuários de drogas apresentam problemas decorrentes do uso dessas substâncias, como transtornos psíquicos ou dependência, além do elevado índice de infecção por HIV (estimativa de 1,65 milhões de pessoas em 2013)[5].

Esses dados refletem um pesado fardo para os sistemas de saúde pública em termos de prevenção, tratamento e cuidados de transtornos relacionados ao uso de drogas e suas consequências para a saúde. Além disso, salienta-se que apenas um em cada seis usuários de drogas no mundo que apresentam problemas relacionados ao uso dessas substâncias tem acesso ao tratamento, tendo em vista que muitos países tem um grande déficit na prestação de serviços[5].

Percebe-se, pois, que o problema da drogadicção não escolhe classe social, faixa etária, momento histórico ou grupo étnico, e pode atingir, inclusive, indivíduos com limitações físicas e sensoriais. Ou seja, qualquer sujeito, diante de condições favoráveis, pode desenvolver algum tipo de vício ou dependência. Dessa forma, é relevante que, ao se pensar sobre o cuidado com pessoas que fazem uso de drogas, deva-se buscar estratégias que atendam às particularidades da pessoa com deficiência[6].

Em um estudo que buscou compreender a percepção de pessoas cegas sobre as drogas, evidenciou-se que os participantes sabiam pouco sobre as características, os efeitos e as consequências dessas substâncias, mas percebiam o uso como um problema de saúde pública, gerador de prejuízos tanto à sociedade quanto ao usuário. Além disso, o estudo revelou que todos os participantes da pesquisa já tiveram contato com as drogas em algum momento de suas vidas, seja no âmbito pessoal ou familiar[7].

Apesar da limitação de acesso às informações, os cegos detem algum conhecimento acerca das drogas, já que a comunicação com eles se processa por meio dos seus sentidos remanescentes, ou seja, olfato, audição e tato. Assim, o deficiente visual necessita de recursos diferenciados, capazes de propiciar criação de condições adequadas para o desenvolvimento das suas potencialidades, visando ao exercício consciente da cidadania[8]. No âmbito da saúde, deve-se garantir a autonomia e o direito de acesso às informações desses sujeitos.

Diante do cenário atual de inovações tecnológicas na saúde, uma parcela da população ainda convive com a dificuldade de acesso a esses benefícios. No caso das pessoas com deficiência, particularmente a visual, a acessibilidade aos serviços e às informações é, muitas vezes, limitada, o que pode comprometer as estratégias de promoção da saúde. Isso pode dificultar, para esta clientela, a possibilidade de escolhas para decidir sobre sua saúde, principalmente quando estão em pauta temas delicados de se discutir na família e na escola, como é o exemplo das drogas[9].

Nessa perspectiva de atenção integral à prevenção do uso de drogas psicoativas, concebe-se a participação da enfermagem na prestação de suporte social, individual e comunitário. Essa constatação motiva o investimento em capacitação e experiências práticas com vistas à promoção da saúde e educação da clientela sob seus cuidados. Em relação ao cuidado com a pessoa cega, particularmente, os enfermeiros podem desenvolver tecnologias de apoio ou assistiva (TA), definida como produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços para promoção da saúde de pessoas com deficiência e idosos, desenvolvidas conforme suas necessidades específicas, objetivando sua qualidade de vida e autonomia[10].

As tecnologias de apoio para pessoas cegas devem considerar suas necessidades especiais e se embasar em recursos que explorem aspectos auditivos e táteis para uma educação em saúde mais efetiva. Entre esta clientela, assim como entre as pessoas videntes, o uso de dispositivos de acesso à Internet melhorou a acessibilidade às informações sobre saúde em geral, proporcionando também um meio de acesso dos cegos às temáticas em saúde[6, 11, 12].

Desse modo, ao se desenvolver tecnologias de apoio, fica evidenciada a importância de sua avaliação por especialistas antes da difusão da mesma junto à clientela alvo. A sua relevância está em verificar se as características do produto avaliado, no caso uma TA, estão em conformidade com aquilo a que a tecnologia se propõe, com vistas a se obter um resultado o mais favorável possível no contexto da aplicação.

Diante do exposto, este estudo objetivou apresentar a avaliação, por especialistas, de uma TA de enfermagem desenvolvida para pessoas cegas no âmbito da prevenção do uso de drogas psicoativas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de avaliação caracterizado por procedimentos metodológicos destinados a descobrir como funciona certo programa, tratamento, prática ou política, com vistas à qualidade da atenção em saúde e enfermagem. O desenvolvimento da tecnologia de apoio avaliada neste estudo foi orientado conforme o referencial metodológico. Segundo o método proposto, para ter garantia de validade de um instru-

mento, depois de operacionalizado, ele deve ser testado, sendo uma das etapas necessárias a esta validação a análise do mesmo por especialistas.

Logo, procedeu-se a avaliação por especialistas da tecnologia "Drogas: reflexão para prevenção", desenvolvida em estudo anterior[10] e construída no Laboratório de Comunicação em Saúde (Labcom_Saúde) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-Brasil.

A primeira etapa do estudo consistiu de uma ampla revisão da literatura científica acerca de drogas psicoativas, com vistas a dar fundamentação teórica para a construção da ferramenta tecnológica. A segunda etapa, apresentada neste artigo, consistiu na avaliação, por experts, da tecnologia de apoio disponibilizada na página virtual do Labcom_Saúde, por meio de instrumentos específicos.

Procedeu-se à escolha de dois tipos de especialista, que obedeceu aos seguintes critérios: 1) *especialistas em drogas psicoativas*: enfermeiro com titulação de doutor na área específica ou relacionada às drogas psicoativas, com publicações referentes à temática nos últimos três anos, e atuando ou ter atuado na assistência de enfermagem no contexto das drogas psicoativas; 2) *especialistas em educação da pessoa cega*: qualquer profissional com titulação mínima de especialista e que atendesse aos demais critérios dos especialistas em drogas psicoativas. A justificativa referente à diferenciação de critério de titulação entre os especialistas em educação da pessoa cega se deu em face do número reduzido de profissionais nesta área com pós-graduação *stricto senso* e consequente perfil de produção acadêmica dos últimos três anos.

A busca dos participantes foi realizada de forma distinta: para os especialistas em drogas psicoativas, procedeu-se a pesquisa dos currículos na base dos doutores na plataforma *Lattes*, utilizando-se os termos "enfermagem" e "drogas psicoativas" no campo "assunto"; para os especialistas em educação da pessoa cega, a busca dos sujeitos foi realizada segundo indicações de instituições especializadas no cuidado e apoio social a esta clientela.

O levantamento dos currículos revelou 15 especialistas em drogas psicoativas, os quais foram convidados a participar do estudo, via correio eletrônico fornecido na própria plataforma *Lattes*. Já os cinco especialistas em educação da pessoa cega indicados foram contatados por telefone, com posterior formalização do convite à pesquisa, também por correio eletrônico. Do total de 20 especialistas identificados, apenas seis aceitaram participar do estudo, sendo metade deles composta de especialistas em drogas psicoativas, e a outra metade de especialistas em educação da pessoa cega. O quantitativo de três especialistas para cada enfoque se alinha a proposta da constituição de número ímpar de especialistas com vistas a evitar empates na avaliação[13].

Após a eleição dos profissionais, os instrumentos de avaliação foram entregues e recolhidos por via eletrônica. Para cada grupo de especialistas foi concedido um instrumento específico: para os de drogas psicoativas, o instrumento era composto por 27 itens acerca do conteúdo, objetivos, estrutura, apresentação e relevância da tecnologia de apoio; para os de educação da pessoa cega, o instrumento era composto por nove itens, os quais versavam sobre acessibilidade, autonomia, aprendizagem e estímulo à pessoa cega. Para cada item, os profissionais deveriam atribuir uma única valoração de *adequado, parcialmente adequado, inadequado ou não se aplica*, conforme a sua apreciação. É relevante salientar que, em ambos os instrumentos, havia espaço para avaliações descritivas, caso os profissionais considerassem necessário.

As contribuições dos especialistas foram agrupadas em quadros e suas considerações descritivas transcritas literalmente para melhor apreciação. Objetivando dar melhor visualização aos resultados, as tabelas foram construídas com associação das respostas aos itens a números, sendo o (1) adequado, (2) parcialmente adequado, (3) inadequado e (4) não se aplica.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com parecer nº 20/09 e obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes da pesquisa formalizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O primeiro grupo, composto pelos três especialistas em drogas psicoativas, era formado por enfermeiros do sexo feminino e com doutorado em enfermagem psiquiátrica. Todas as profissionais exerciam a docência, incluindo atividades de orientação de pós-graduandos e ampla produção científica sobre o tema. A esse grupo foram confiadas as avaliações de conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia de apoio, conforme instrumento supracitado.

O resultado da avaliação de conteúdo da tecnologia pelos especialistas teve como proposições de ajuste: diminuição do tamanho do texto e substituição de termos técnicos por linguagem coloquial; fortalecimento de conceitos relativos às drogas psicoativas; revisão ortográfica; reforço na inclusão de determinantes biológicos, psicossociais e socioculturais referentes ao uso de drogas; e problematização do texto com inclusão de situações práticas. Na tabela 1 é apresentado o resumo desta avaliação.

A esta primeira parte da avaliação, procederam-se as seguintes alterações: revisão de português com especialista na área, substituição de termos técnicos por termos de linguagem coloquial e acessível, retirada de parte do texto que diferenciava os tipos de drogas, reorganização da introdução, e reforço dos conceitos ainda carentes de aprimoramento, a saber: definição de drogas, destaque aos fatores sociais que predispõem ao uso, problematização do texto e reorganização da sequência lógica do conteúdo.

Tabela 1. Avaliações do conteúdo da tecnologia de apoio: enfermeiras especialistas em drogas psicoativas. N=3

ITENS DO INSTRUMENTO	NOTA/FREQUÊNCIA			
	1 Adequado	2 Parcialmente adequado	3 Inadequado	4 Não se aplica
Introdução que contextualiza a problemática	1	2	-	-
Define corretamente o conceito de droga	1	2	-	-
Cita as origens das drogas	2	-	-	1
Diferencia drogas lícitas e ilícitas	3	-	-	-
Diferencia os tipos de uso de substâncias químicas	1	1	-	1
Descreve as principais drogas psicoativas, suas características e efeitos relacionados	2	1	-	-
Traz conteúdo reflexivo	2	1	-	-
Aborda fatores sociais que predispõem ao uso de drogas	2	1	-	-
Aborda fatores familiares que predispõem ao uso de drogas	2	1	-	-
Reflexão sobre os prejuízos causados pelas drogas	2	1	-	-
Traz conteúdo que motiva o diálogo	1	1	1	-
Esclarece dúvidas sobre a temática	1	2	-	-
Ressalta a importância da problemática	1	2	-	-

Quanto à avaliação da estrutura e apresentação da tecnologia de apoio (Tabela 2), esta se mostrou inconsistente, tendo em vista que alguns itens foram julgados parcialmente adequados e, em relação a outros, não houve consenso entre as especialistas, ficando clara a necessidade de revisar aspectos do conteúdo por meio de nova avaliação.

Na nova avaliação, cada especialista fez distintas considerações. A primeira julgou todos os tópicos do instrumento de avaliação como adequados, deduzindo-se que as alterações sugeridas e efetivadas atenderam plenamente aos objetivos. A mesma mencionou que a inclusão de fatores de risco e proteção referentes às drogas tornou o texto extremamente rico. Ainda assim, esta profissional sugeriu mais algumas alterações referentes ao conteúdo, como a substituição de termos nas seções nas quais eram abordadas as drogas denominadas anfetaminas e hipnóticas.

Já a segunda especialista fez sugestões no texto e substituiu termos considerados técnicos. Finalmente, a terceira especialista não acrescentou nenhum aspecto digno de nota e ratificou que todos os itens se encontravam com conceito de adequado.

Com a observação das avaliações desta segunda etapa, as especialistas entraram em acordo quanto à valoração dos itens de conteúdo, os quais foram classificados todos como adequados. Desta forma, pôde-se concluir a validade do conteúdo trabalhado e procedeu-se à avaliação de aspectos pedagógicos, que foi realizada pelos especialistas em educação da pessoa cega.

Esse grupo de participantes também foi formado por três pessoas do sexo feminino, sendo uma professora de educação física e duas pedagogas, com especialização, respectivamente, em Psicomotricidade e Educação Especial com ênfase na

Tabela 2. Avaliações da estrutura/apresentação da tecnologia de apoio: enfermeiras especialistas em drogas psicoativas. N=3

ITENS DA ESCALA	NOTA/FREQUÊNCIA			
	1 Adequado	2 Parcialmente adequado	3 Inadequado	4 Não se aplica
É apropriada para mulheres e homens	2	1	-	-
As informações estão corretas	-	-	-	2
As informações estão claras e os termos compreensíveis	1	1	1	-
O tamanho do texto está adequado	1	1	1	-
A sequência do conteúdo proposto é lógica	1	1	1	-
Aborda os principais tópicos referentes à prevenção ao uso de drogas psicoativas	-	2	1	-
A linguagem está bem estruturada para um público leigo	1	1	1	-
Evita expressões de discriminação ou preconceito	2	1	-	-
Enfatiza o aspecto-chave que deve ser reforçado	1	1	1	-
Permite a transferência e generalização da aprendizagem	2	1	-	-
Esclarece ao público sobre questões	1	1	1	-
Incentiva a reflexão sobre o assunto	2	1	-	-
Retrata aspectos necessários ao esclarecimento da família	2	1	-	-

pessoa cega e todas com experiência prática na área da pessoa com deficiência visual.

A avaliação da tecnologia de apoio por esse segundo grupo revelou contribuições que versaram acerca da criação de mais mecanismos de interação entre a pessoa cega e a tecnologia, bem como a inserção de um arquivo de áudio na introdução do texto para despertar ainda mais a atenção do leitor cego. Todas congratularam a iniciativa da pesquisa em virtude da relevância da problemática na atualidade.

As três especialistas julgaram todos os aspectos pedagógicos referentes à educação especial, tanto no que é relacionado com sua relevância junto à clientela cega, quanto às questões de acessibilidade e adequação do nível de exigência de uso do computador. Conforme julgamento, a tecnologia despertava interesse, estimulava a aprendizagem e incentivava a autonomia dos usuários. A avaliação dos aspectos pedagógicos da tecnologia de apoio pelos especialistas se encontra na tabela 3.

Apesar do consenso das três especialistas em não apontar para a necessidade de uma nova etapa de avaliação, acataram-se e implementaram-se as sugestões dadas pela terceira especialista, que também era cega. Gravou-se uma chamada em áudio, que foi inserida na parte introdutória do texto da tecnologia com vistas a torná-la mais atraente ao público alvo do estudo. Outro ponto essencial foi o aprimoramento dos sintetizadores de voz de acesso à página bem como a realização de testes com outros internautas cegos, que, após acessarem o site e, consequentemente, a pesquisa, consideraram-na acessível. Esses ajustes foram mediados por um especialista em tecnologia educacional com ênfase em pessoas com deficiência visual, contratado para construção e manutenção do site que alojava a referida tecnologia de apoio.

Uma vez concluído, o conteúdo apresentou linguagem reflexiva, estimulando o diálogo e contemplando os aspectos psíquicos e sociais, relações familiares, principais drogas psicoativas e suas características gerais. Seu conteúdo na ínte-

Tabela 3. Avaliações dos aspectos pedagógicos da tecnologia de apoio: especialistas em educação especial. N=3

ITENS DA ESCALA	NOTA/FREQUÊNCIA			
	1 Adequado	2 Parcialmente adequado	3 Inadequado	4 Não se aplica
Ressalta a importância do conteúdo que se aborda entre pessoas cegas	3	-	-	-
Desperta interesse e curiosidade	3	-	-	-
Está adequada e pode ser usada como educação em saúde a distância	2	1	-	-
Contribui e estimula a aprendizagem	3	-	-	-
Incentiva a autonomia, por ser um método auto instrucional	3	-	-	-
Está acessível para o usuário cego	2	1	-	-
A tecnologia está adequada para a clientela-alvo	2	1	-	-
A tecnologia não reflete nenhum tipo de discriminação ou preconceito	2	1	-	-

gra está disponível na página do Laboratório de Comunicação em Saúde, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (www.labcomsaude.ufc.br), no campo "materiais educativos".

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, observa-se que a possibilidade de atuação da enfermagem, no contexto das drogas psicoativas, tem sido ampliada sobremaneira na constituição de parcerias entre universidades e organismos internacionais. Este ganho profissional contribui, paulatinamente, para a superação do modelo biomédico hegemônico de concepção desta problemática de saúde pública que, muitas vezes, dificulta a implementação de novas possibilidades de atuação pelos outros profissionais.

Em acréscimo a estas reflexões, as políticas sobre drogas no Brasil tem como pilares de suas preconizações quatro importantes diretrizes, que são: a intersetorialidade, a atenção integral, a promoção e a proteção da saúde, que devem estimular as iniciativas em saúde nesta área. No que tange à promoção da saúde, ao se reforçar ainda mais esta perspectiva, percebe-se maior articulação entre assistência e produção para as tecnologias desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, com vistas ao atendimento das necessidades da população[9].

O uso das tecnologias em saúde pode contribuir para a promoção do cuidado integral, porém, por se tratar de um meio de fornecimento de informações em saúde, inclusive para fundamentar recursos educativos em saúde, é essencial a avaliação do referido material no intuito de verificar suas características e possibilidades. Isto é relevante, sobretudo, no que concerne à temática das drogas psicoativas, pois tão importante quanto produzir a estratégia educativa é, igualmente, avaliá-la[14].

Para tal avaliação é importante a figura de uma autoridade especialista que tenha poder para julgar e sentenciar aspectos relacionados a certa área de estudo ou ramo de uma profissão. Salienta-se que há certo desacordo na terminologia para denominar os profissionais que colaboram como avaliadores de pesquisas, podendo ser citadas diversas nomenclaturas, tais como: perito, expert, especialista e juiz. Esta indefinição também se repete nos critérios de escolha destes avaliadores.

No âmbito da enfermagem, a literatura relata que a escolha dos avaliadores deve levar alguns pontos em consideração, tais como: tempo de prática profissional, grau de titulação acadêmica, produção científica, ou, de modo ideal, uma combinação destes itens, os quais constituem a tríade conhecimentos, habilidades e experiência na área. Outro aspecto importante é o reconhecimento da qualificação profissional por outros profissionais da área, por um exame de certificação ou, ainda, pelo renome do trabalhador em sua instituição de atuação. Ademais, a indicação de um profissional por outros da sua área, para colaborar em uma pesquisa, sinaliza sua competência[15].

No que tange à avaliação da tecnologia feita pelas especialistas, foi consenso a necessidade de adequação da linguagem, tanto em relação à clarificação de termos técnicos quan-

to à revisão do português. Estas considerações foram fundamentais por apontarem a necessidade do aprofundamento de uma linguagem mais próxima aos futuros leitores deste conteúdo: em sua maioria, pessoas leigas e sem conhecimento específico na área da saúde.

A avaliação de métodos e tecnologias para a educação em saúde de acordo com o universo cultural e vocabular da clientela a ser atendida, ou seja, com vistas às demandas dos seus potenciais usuários, permite melhor aproveitamento da sua finalidade e até o seu aperfeiçoamento. Constitui até mesmo estratégia se ela englobar no contexto da referida tecnologia a diversidade das experiências individuais e coletivas dos seus clientes[12].

Preconiza-se que as mensagens e conteúdos utilizados em tecnologias e materiais educativos em saúde sobre drogas psicoativas, além de possuírem conteúdo atual e adequado cientificamente, devem estar direcionados para as carências do seu público-alvo em seus mais diversificados aspectos. Sobre a linguagem dos materiais relativos à prevenção do uso abusivo de drogas, recomenda-se que é necessário conhecer as necessidades da população; deve-se ir a campo, ver a realidade, falar com as pessoas e escutá-las[16].

No tocante à prevenção do uso de drogas, inclusive, estimula-se o trabalho voltado a grupos homogêneos, pois se pressupõe que os indivíduos possuam vivências semelhantes em relação às experiências constituintes do ciclo vital. Isso culmina, de certa forma, num processo de facilitação de intervenções educativas e preventivas[17].

Deste modo, como apontado na pesquisa que precedeu e motivou este estudo, a qual foi desenvolvida com um grupo de mulheres e homens cegos do Nordeste do Brasil, revelou que quase todos os participantes já vivenciaram situações cujo padrão de uso de substâncias variou desde o experimental ao nocivo, com grande ênfase no consumo de álcool. Ainda, dentre os fatores motivadores desta prática, estava a influência de amigos e familiares diante do uso de substâncias[7].

Conforme as avaliações dos especialistas em abordagem às drogas psicoativas constatou-se que os pontos mais enfatizados para aprimoramento do conteúdo da tecnologia de apoio deste estudo foram os determinantes psicossociais e familiares, considerados como fatores de risco e proteção. O reforço a este conteúdo, segundo os profissionais, permitiria uma expansão da compreensão da problemática envolvida neste contexto.

Ressalta-se que a abordagem e a prevenção ao uso de drogas psicoativas não devem se concentrar somente na questão da droga em si, mas com os prejuízos biológicos e legais para o usuário. Para promover uma abordagem preventiva realmente eficaz, é indispensável a agregação das questões mais subjetivas relacionadas à vida dos indivíduos, perpassando sua vivência na família, escola, universidade, trabalho e mídia. Aliado a todos estes cenários ainda se tem o contexto histórico e cultural no qual as pessoas estão inseridas[3].

Logo, para promover saúde no contexto do uso e abuso de substâncias psicoativas, é essencial tanto a detecção quanto a intervenção sobre os fatores de risco relacionados com esta prática. Com essa iniciativa, espera-se menor probabilidade de ocorrência da dependência química, que é o estágio mais grave dentro de toda esta perspectiva[16]. Depreende-se que a família, as diversidades socioeconômicas (compreendendo moradia e acesso a bens sociais), a educação, dentre outros quesitos devem ser considerados quando se aborda o tema das drogas.

Apesar da importância de se levar em conta todos esses fatores, ainda se verifica, em parcela significativa das intervenções, um excesso de preocupação no que se refere aos aspectos físicos e biológicos em detrimento daqueles outros que, comprovadamente, influenciam na adesão ao consumo de substâncias. Ressalta-se, porém, que uma análise ao modelo tecnicista de assistência em saúde no momento do desenvolvimento de intervenções pode ampliar as discussões e promover uma visão mais crítica e criteriosa neste contexto[6].

Toda a complexidade refletida e constatada diante da temática sobre as drogas psicoativas e suas implicações, permite concluir que a divulgação de informações em saúde sobre este assunto é essencial na atenção integral em saúde da população e tais informações devem contemplar os aspectos multidimensionais dos sujeitos e dos seus contextos de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos especialistas permitiu agregar melhorias à tecnologia de apoio avaliada, adaptando aspectos do conteúdo ao fornecimento adequado de informações sobre drogas psicoativas para o público leigo. Desta forma, espera-se que a tecnologia possa atingir as diversas instâncias que envolvem o contexto do uso/abuso de substâncias entre os deficientes visuais em uma perspectiva preventiva, e funcionar como dispositivo de cuidado a ser utilizado não só por enfermeiros, mas por outros profissionais de saúde.

Apesar de o estudo ter se limitado à avaliação da tecnologia de apoio no que tange ao seu conteúdo, fora do contexto de uma estratégia educativa propriamente dita, salienta-se que este passo pode incitar novos estudos quanto à aplicação do conteúdo dentro de abordagens específicas e avaliá-las como um todo.

Assim, conclui-se que o enfermeiro pode e deve adotar estratégias diversificadas para a promoção da saúde no tocante ao uso de drogas psicoativas, destacando-se o uso das tecnologias de apoio, as quais devem ter conteúdo cientificamente adequado. Junto a isto, devem-se firmar parcerias, inovar as estratégias de cuidado e reconhecer as características específicas de cada clientela a ser abordada.

REFERÊNCIAS

1. Forray A, Sofuoglu M. Future pharmacotherapies for substance use disorders. Br. J. Clin. Pharmacol. 2012 Fev; 77(2):382-400.
2. Jorge MSB, Quindere PHD, Yasui S, Albuquerque RA. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013 Out; 18(10):2909-18.
3. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, Souza FMT, Dias CCV. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. Psicol. estud. 2013 Abr-Jun; 18(2):269-79.
4. Trigueiro TH, Labronici LM. A Dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher: estudo exploratório. Online Braz. J. Nurs. [internet] 2011 Mai-Ago; 10(2). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3266.
5. United Nations. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2015. United Nations publication: 2015. [acesso em 2016 Jan 01]. Disponível em: http://www.unodc.org/wdr2015/.
6. Mariano MR, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Educative game on drugs for blind individuals: development and assesment. Rev. Esc. Enferm USP. 2013 Ago; 47(4):930-36.
7. Pagliuca LMF, Cezario KG, Mariano MR. A percepção de cegos e cegas diante das drogas. Acta Paul. Enferm. 2009 Fev; 22(4):404-11.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): MS; 2010.
9. Mariano MR. Validação de jogo educativo tátil para deficientes visuais sobre drogas psicoativas [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2014.
10. Cezario KG, Pagliuca LMF. Tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007 Dez; 11(4):667-81.
11. Carvalho AT, Silva ASR, Pagliuca LMF. Accessility in virtual moodle learning environment: literature review. Rev. Enferm. UFPE on line. 2013 Mar; 7(esp):969-76.
12. Cezario KG, Abreu MSV, Pagliuca LMF. Complementary feeding for infants: adaptation and assessment of support technology for portuguese blind parents. Rev. Enf. Ref. (Coimbra). 2014 Dez; 4(3):37-44.
13. Pasquali L. Instrumentação Psicológica. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
14. Corradi-Webster CM, Ésper LH, Pillon SC. A enfermagem e a prevenção do uso indevido de drogas entre adolescentes. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(3):331-34.
15. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Rev Rene, Fortaleza. 2011 Abr-Jun; 12(2):424-31.
16. Ministério da Saúde (BR). Crack, é possível vencer. Brasília (DF): MS; 2012. [acesso em 2015 Mar 06]. Disponível em: http://www.mprn.mp.br/portal/transformando-destinos-arquivos/cartilhas-e-materiais-para-estudo/cartilhas/3139-crack-e-possivel-vencer/file.
17. Buchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009 Jan-Fev;14(1):267-73.

Recebido em: 03.10.2015
Aprovado em: 17.10.2015

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA COMO INDICADOR DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, CEARÁ, BRASIL

SYPHILIS GESTATIONAL AND CONGENITAL AS PRENATAL CARE MARKER AT CASCAVEL, CEARÁ, BRAZIL

Artigo Original

Emmanuella Carvalho Fonseca[1]
Paula Sacha Frota Nogueira[2]

RESUMO

Objetivou-se analisar a situação da sífilis congênita e da sífilis em gestantes no município de Cascavel-CE nos últimos cinco anos. Trata-se de um estudo retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa. Verificou-se que entre os anos de 2010 e 2014 foram notificados 75 casos de sífilis no município de Cascavel, desses 60 (73,1%) correspondem a Sífilis em Gestante (SG) e 15 (26,9%) apresentaram caso de Sífilis Congênita (SC) como desfecho da gestação. Apesar de ser uma doença conhecida, ter um agente etiológico bem definido, tratamento eficaz e de baixo custo, é grande a proporção de gestantes infectadas que não são sujeitas a terapêutica conforme recomenda o Ministério da Saúde em relação ao controle e prevenção da transmissão vertical. Esse estudo destaca pontos frágeis da prevenção da sífilis, tais como: o tratamento inadequado da gestante, a não realização do tratamento do parceiro, e o preenchimento inadequado das fichas de investigação, dentre outros.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Saúde Pública; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the situation of congenital syphilis and syphilis in pregnant women in Cascavel-EC in the past five years. It is a retrospective and documentary study with a quantitative approach. It was found that between the years 2010 and 2014 were reported 75 cases of syphilis in the city of Cascavel, 60 of these (73.1%) account for Syphilis in Pregnancy (SG) and 15 (26.9%) presented the case of Syphilis congenital (SC) as an outcome of pregnancy. Despite being a known disease, have a clear etiological agent, effective treatment and cost, there is a great proportion of infected pregnant women who are not subject to treatment as recommended by the Ministry of Health in relation to the control and prevention of vertical transmission. This study highlights weaknesses prevention of syphilis, such as the inappropriate treatment of pregnant women, the non-operation of partner treatment, and the inadequate completion of the investigation records, among others.

Keywords: Syphilis; Congenital; Public Health; Nursing.

[1] Enfermeira. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – Escola de Saúde Pública. Fortaleza – CE. E-mail: emmanuella_cf@hotmail.com
[1] Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

INTRODUÇÃO

Conhecida há mais de 500 anos, a sífilis é uma doença que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*, e o homem é o único hospedeiro, transmissor e reservatório. A principal via de transmissão é a sexual, porém, pode acontecer por meio de transfusão de sangue contaminado, contato com lesões muco cutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária ou pelo canal do parto (transmissão vertical), o que configura a Sífilis Congênita (SC)[1].

Essa doença pode ocorrer em qualquer fase da gestação, podendo causar efeitos danosos, tanto para mãe como para o feto, caso não seja diagnosticada e tratada precocemente. As alterações fisiopatogênicas observadas na gestante são as mesmas que ocorrem na mulher que não se encontra grávida. A infecção é grave e quando não tratada, pode desencadear distúrbios dermatológicos, neurológicos, ósseos e cardiovasculares. Uma de suas consequências para o concepto seria prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, além de lesões neurológicas, má-formação, aborto ou morte do bebê[2,3,4].

A SC é uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro. A política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (MS) inclui como uma de suas metas a redução da transmissão vertical da sífilis[5].

De acordo com informes do Ministério da Saúde, no Brasil, entre 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) 57.700 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Só em 2011 o número total de casos notificados foi de 14.321. No período de 1998 a 2011, o número de óbitos por SC, declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi de 1.780. A luta pelo controle da SC vem ocorrendo ha anos, mas ainda assim estima-se um sub-registro em torno de 67%[6].

Para alcançar a redução da transmissão vertical da sífilis e monitorar os casos, foram estabelecidas estratégias do MS que incluem a instituição de programas de incentivo ao rastreamento da sífilis no pré-natal, realização de campanhas educativas e rastreamento, divulgação de manuais de orientações para profissionais de saúde, e a obrigatoriedade da notificação compulsória da doença[7].

No Ceará, de 2001 a 2013 foram notificados e investigados 5.953 casos de SC em menores de um ano de idade. Percebe-se que a realidade é semelhante à nacional quanto à incidência desse agravo, pois, entre os anos 2001 e 2006, foram notificados 1.203 casos de sífilis congênita, com maior incidência no ano de 2006, no qual foram notificados 451 casos novos. No ano de 2012 foram notificados e investigados um total de 965 casos de sífilis congênita com uma taxa de incidência de 7,6 / 1.000 nascidos vivos[8,9].

A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é superior a 70% quando elas se encontram nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 10 a 30% nas fases latente ou terciária. Quando detectada a doença deve ser notificada à vigilância epidemiológica, tornando-se esta atribuição uma das responsabilidades dos serviços de saúde pública. Portanto, é importante redobrar a atenção durante o pré-natal para que haja prevenção hábil da transmissão vertical para feto[9,10].

O MS preconiza como estratégia para a redução da SC, a realização de, no mínimo, dois testes sorológicos durante a gravidez, sendo o primeiro realizado preferencialmente na primeira consulta e o segundo no terceiro trimestre da gestação (em torno da 28ª semana gestacional). Deve-se realizar, ainda, triagem para sífilis na admissão para parto ou aborto. Tal fato é justificado pela alta prevalência da sífilis nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento[1].

A penicilina é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis e a avaliação clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. Por isso, o MS recomenda o tratamento com 2.400.000 UI, IM, dose única de penicilina benzatina para a sífilis primária, 4.800.000 UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e sífilis latente, tardia ou de duração indeterminada Penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI. Para as gestantes com alergia a penicilina, evento muito raro, a recomendação é dessensibilizar e utilizar penicilina, única droga que trata o feto[11].

As ações direcionadas a eliminação da sífilis congênita dependem, invariavelmente, da qualidade da assistência à saúde, e do acesso às gestantes ao pré-natal, destacando o papel dos profissionais da saúde em produzir informações, esclarecer e incentivar as famílias e os pacientes, sobre os tratamentos e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Para tanto, é necessário que estes possuam conhecimento e habilidades para tal tarefa[12].

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica tem o relevante papel de prevenir e cuidar das possíveis intercorrências maternas e perinatais, realizar ações direcionadas à eliminação da sífilis por meio de atividades de educação em saúde, abordar tópicos sobre o uso regular de preservativos, diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e parceiros e realização do teste diagnóstico em mulheres com intenção de engravidar[9].

Diante da relevância da SC no campo da saúde pública e da necessidade de se conhecer a realidade de cada local, o presente estudo tem como objetivo analisar a situação da Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita no município de Cascavel-CE nos últimos cinco anos, destacando a sua importância como indicador de qualidade na assistência ao pré-natal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Município de Cascavel, situado na região do litoral leste do Ceará, Brasil. Este possui uma população de aproximadamente 69 mil habitantes, distribuídos na área rural e área urbana, contando com 20 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) o que corresponde a uma cobertura de 85%, uma policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital filantrópico pólo da assistência materno infantil.

A amostra foi composta de todos os 75 casos notificados de Sífilis Materna e Sífilis Congênita no município de Cascavel nos últimos cinco anos, no período de 2010 a 2014, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para a coleta de dados, realizada no período de março a abril de 2015, utilizou-se um roteiro estruturado, baseado nas fichas de notificação de SG e SC, contendo as seguintes variáveis: unidade de saúde (ou outra fonte notificadora); dados relativos ao RN/criança, como a idade, sexo, raça/cor; antecedentes epidemiológicos da gestante / mãe, dentre eles, idade, raça/cor, ocupação, escolaridade, realização de pré-natal na atual gestação, diagnóstico de Sífilis Gestacional, esquema de tratamento, parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante, diagnóstico clínico, presença de sinais e sintomas, e a evolução do caso.

Os dados coletados foram armazenados no programa *Excel for Windows* versão 2007, analisados com o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, onde fora aplicada análise descritiva e comparativa dos dados.

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo aprovado sob o protocolo nº 973.464[13].

RESULTADOS

Verificou-se que entre os anos de 2010 e 2014 foram notificados 75 casos de sífilis no município de Cascavel, desses 60 (73,1%) correspondem a Sífilis em Gestante (SG) e 15 (26,9%) apresentaram caso de Sífilis Congênita (SC) como desfecho da gestação.

Em relação à idade das gestantes com sífilis, a média foi de 23,8 anos, constatando-se que 19 (31,6%) das gestantes infectadas encontravam-se na faixa etária de 10 a 20 anos, 35 (58,3%) de 21 a 30 anos, e 06 (10,1%) entre 30 e 39.

Em cinquenta e dois casos (86,5%) o diagnóstico da infecção materna pelo treponema foi realizado ainda no pré-natal, 19 (31,6%) encontrava-se no 1° trimestre, 20 (33,3%) no 2º trimestre e 13 (21,6%) no 3º trimestre, entretanto, de modo preocupante, em 08 gestantes (13,5%) não foi possível observar em que período foi diagnosticado sífilis gestacional, tendo em vista que foram marcadas como item ignorado na ficha do SINAN.

Fato semelhante ocorreu no registro da escolaridade dos casos, pois 20 (36,6%) apresentavam esse dado como ignorado. A escolaridade variou do analfabetismo até o ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), com predominância da 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF) (antigo ginásio ou 1º grau), (14 - 23,3%), seguido de 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) e ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) ambas com 06 (10,0%) registros.

Quanto à área de moradia, 27 (45%) residiam na zona urbana, 25 (41,5%) em zona rural e oito (13,5%) não apresentavam registro da informação.

A ocupação registrada nas fichas foram dona de casa (65,0%), vendedora (5,0%), estudante (5,0%), costureira (3,4%), e outros (5,0%), onde incluíram-se agricultora, auxiliar de produção e recepcionista. Destaca-se que 16,6% das fichas apresentaram informação ignorada.

Das sessenta gestantes com diagnóstico de sífilis na gravidez, havia informação sobre a forma clínica de vinte e oito (46,7%) delas. A classificação clinica mais presente foi à classificação primária (26,6%), seguida pela terciária (18,5%) e depois pela secundária (1,6%). Trinta e duas (53,3%) gestantes com notificação de sífilis na gravidez no SINAN (que contém campo para essa informação) apresentavam a forma clínica registrada como ignorada (Tabela 1).

Em 56 casos (93,4%) o teste não treponêmico no pré-natal foi realizado, sendo que 55 (91,8%) o resultado foi reagente e apenas uma caso foi não reagente, entretanto, em quatro gestantes (6,6%) o item ignorado foi preenchido. Com relação ao teste treponêmico no pré-natal, 11 casos (18,5%) reagente, dois casos (3,4%) não reagente, 14 casos (23,3%) não foi realizado e 33 casos (54,8%) ignorados.

Além disso, em relação às gestantes que tiveram acompanhamento pré-natal, o tratamento da SF gestacional foi realizado com a Penicilina G benzantina, para a prevenção de sífilis congênita em 52 casos (86,6%). Em dois (3,4%) casos, apesar de as gestantes terem sido tratadas foram utilizados outros esquemas de tratamento, e seis casos (10,0%) constam na ficha do SINAN como tratamento não realizado e ignorado o que leva a suspeitar de insucesso da terapêutica clássica com penicilina. Em doze casos (20%) o parceiro sexual foi tratado, em seis (10,0%) não houve tratamento e em grande parte das fichas (70,0%) esse tópico foi assinalado como ignorado.

Dos 75 casos notificados e analisados, 22 (29,3%) correspondem a Sífilis Congênita (SC). Nenhum caso grave de óbito fetal foi localizado no SINAN.

Quanto à idade do recém-nascido, cinco fichas foram excluídas por conta do não preenchimento do dado. É válido destacar que o período de idade variou de 10 horas a 17 dias de vida, onde os períodos prevalentes foram de um a dois dias de vida e mais de três dias de vida, ambos com sete (41,1%) casos. O sexo feminino foi maioria nos casos com 12 (54,5%) registros, sexo masculino com nove (41,0%) e um (4,5%) caso ignorado.

Tabela 1. Dados complementares dos casos notificados de SG no município de Cascavel-CE, no período de 2010 a 2014.

VARIÁVEIS	N	%
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA		
Primária	16	26,6
Secundária	01	1,6
Terciária	11	18,5
Ignorado	32	53,3
TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL		
Reagente	55	91,8
Não reagente	01	1,6
Ignorado	04	6,6
TESTE TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL		
Reagente	11	18,5
Não reagente	02	3,4
Não realizado	14	23,3
Ignorado	33	54,8
ESQUEMA DE TRATAMENTO PRESCRITO À GESTANTE		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	17	28,3
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	05	8,3
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	30	50,0
Outro esquema	02	3,4
Não realizado	02	3,4
Ignorado	04	6,6
PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE		
Sim	12	7,2
Não	06	10,0
Ignorado	42	82,8

Tabela 2. Antecedentes maternos relacionados aos casos notificados de SC no município de Cascavel-CE, no período de 2010 a 2014.

VARIÁVEIS (N=22)	N	%
IDADE		
10 – 20	09	40,9
21-30	08	36,3
31-40	05	22,8
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	00	00
1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	01	4,5
4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	03	13,6
5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	07	31,8
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	02	9,1
Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	00	00
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	03	13,6
Ignorado	06	27,4
REALIZOU PRÉ-NATAL NESTA GESTAÇÃO (N=22)		
Sim	22	100,0
Não	-	-
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA (N=22)		
Ignorado	04	6,6
PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE		
Durante o pré-natal	18	82,0
No momento do parto/ curetagem	01	4,5
Após o parto	02	9,0
Ignorado	01	4,5

VARIÁVEIS (N=22)	N	%
TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PARTO(N=22)		
Reagente	20	91,0
Não realizado	02	9,0
TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO (N=22)		
Reagente	01	4,5
Não reagente	08	36,5
Ignorado	13	59,0
ESQUEMA DE TRATAMENTO (N=22)		
Adequado	10	45,5
Inadequado	08	36,5
Não realizado	02	9,0
Ignorado	02	9,0
PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE (N=22)		
Sim	22	100,0
Não	-	-
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA (N=22)		
Sim	12	54,5
Não	08	36,5
Ignorado	02	9,0

Observou-se maior prevalência de sífilis na gestação em mulheres de menor classe econômica e escolaridade. Em relação à idade das gestantes com sífilis, a média foi de 24,8 anos, constatando-se que 09 (40,9%) das gestantes infectadas eram adolescentes (≤20 anos). Oito (36,3%) encontravam-se na faixa etária de 21-30 anos, 05 (22,8%) entre 30 e 39.A escolaridade variou do ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), com predominância da 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF) (antigo ginásio ou 1º grau)(07- 31,8%), seguido de 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) e ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) respectivamente com 03 (13,6%) registros.

Ressalta-se que em todos os casos (100%), as mães realizaram acompanhamento pré-natal. Dezoito (82,0%) gestantes apresentaram diagnóstico de sífilis na gestação, uma (4,5%) recebeu esse diagnóstico na admissão para o parto, duas (9,0%) receberam após o parto e uma (4,5%) a informação foi ignorada/não preenchida.

Em 20 casos (91,0%) o teste não treponêmico no parto foi realizado, e nos outros dois (9,0%) o teste não foi realizado. Com relação ao teste treponêmico no parto, apenas 01 casos (4,5%) reagente, oito casos (36,5%) não reagentes, e 13 casos (59,0%) ignorados.

Consta ainda informação sobre esquema de tratamento adequado de dez (45,5%) gestantes, oito esquemas de tratamento inadequados (36,5%), dois tratamentos não realizados, (9,0%) e dois ignorados (9,0%).

Tabela 3. Características clínicas dos casos notificados de SC no município de Cascavel-CE, no período de 2010 a 2014.

VARIÁVEIS (N=22)	N	%
DIAGNÓSTICO CLÍNICO		
Assintomático	20	91,0
Ignorado	02	9,0
ESQUEMA DE TRATAMENTO		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 Ul/Kg/dia - 10 dias	19	86,5
Penicilina G procaína 50.000 Ul/Kg/dia - 10 dias	01	4,5
Ignorado	02	9,0
EVOLUÇÃO DO CASO		
Vivo	14	63,5
Ignorado	08	36,5

O diagnóstico clínico dos recém-nascidos foi assintomático em 91,0% dos casos e nos outros dois (9,0%) casos foram ignorados.

Ressalta-se que dos 75 casos notificados de SG, 22 estavam relacionados a notificações de SC, destas apenas 19 (86,5%) realizaram tratamento adequado com Penicilina G procaína 100.000 Ul/Kg/dia - 10 dias, um(4,5%) realizaram tratamento com Penicilina G procaína 50.000 Ul/Kg/dia - 10 dias e dois (9,0%) não realizaram tratamento ou tiveram este item ignorado. Quanto ao parceiro, 12 (54,4%) realizaram tratamento concomitante.

Por fim, em 14 (63,5%) dos casos de SC estudados, os recém-nascidos evoluíram com vida, e os demais (36,5%) foram registrados como ignorado.

DISCUSSÃO

Apesar de a sífilis ser uma doença antiga e que tenha agente etiológico bem definido, tratamento eficaz e de baixo custo, estabelecido desde 1943, é grande a proporção de gestantes infectadas que não realizaram tratamento conforme recomenda o Ministério da Saúde em relação ao controle e prevenção da transmissão vertical[8,14].

Os achados deste estudo apontam que a sífilis no período gestacional ocorre em mulheres jovens (média de idade de 25 anos), com pouca escolaridade e baixa renda, resultado semelhante ao de outros estudos, indicando maior vulnerabilidade social, o que torna o controle da sífilis um desafio nessa população[15,16].

Observou-se que os percentuais referentes à realização do pré-natal mantiveram-se ascendentes, como o recomendado pelo Ministério da Saúde, o qual preconiza que a cobertura do pré-natal deve abranger 100% das gestantes, e ser adequada em quantidade e qualidade. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, adotar condutas acolhedoras e com intervenções oportunas. Deve-se, ainda, garantir assistência pré-natal, captação precoce da gestante (até 120 dias da gestação), a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e a oferta de exames laboratoriais básicos (destacando-se o VDRL)[17].

À semelhança de outros estudos, a maior parte das gestantes/puérperas[18,19] teve o diagnóstico da infecção materna pelo treponema ainda no pré-natal (86,5%), em 08 gestantes (13,5%) não foi possível observar em que período foi diagnosticado sífilis gestacional, tendo em vista que foram marcadas como item ignorado na ficha do SINAN. Esses dados revelam que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade[20,21].

A ocorrência de sífilis congênita está associada também ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade para o tratamento do parceiro, fato este refletido nos resultados do estudo, onde em apenas doze casos (20%) o parceiro sexual foi tratado, o que corrobora com os achados de outros estudos[20,22,23]. A inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema[24] e é determinante para a cura eficaz da mãe e,como consequência, para o fim do agravo.

Dos casos notificados e analisados, 22 (29,3%) correspondem a Sífilis Congênita (SC), sendo esta uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical indica que a qualidade da assistência é insuficiente.

Os recém-nascidos de mães tratadas de modo inadequado devem ser submetidos ao exame físico, VDRL, hemograma completo, estudo radiográfico de ossos longos e punção lombar para estudo do líquor[25]. O esquema terapêutico do recém-nascido depende dos achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, e varia desde uma aplicação única de penicilina cristalina até esquemas com doses diárias de penicilina cristalina por dez dias[2,25].

Dos casos de SC encontrados apenas 19 (86,5%) realizaram tratamento adequado com Penicilina G procaína 100.000 Ul/Kg/dia. De acordo com o MS, se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, mas não liquóricas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 100.000 UI/Kg/dia, IV, 02 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida); ou 03 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 10 dias; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg, IM, por 10 dias; Se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, em 02 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida); ou 03 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 14 dias; Se não houver alterações clínicas, radiológicas, e/ou liquóricas, e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com Penicilina G Benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, IM[2,11].

Outros pontos importantes e que merecem destaque é a subnotificação, e o preenchimento incompleto das fichas de notificação compulsória do SINAN, as quais as consultadas não apresentam todas as informações que seriam relevantes para o objetivo deste estudo, além de apresentarem qualidade de preenchimento bastante variável e muitas vezes conflituosa ou ignorada, fato descrito em outros estudos o que permite inferir sobre a maneira como os profissionais de saúde comportam-se frente ao preenchimento de instrumentos de notificação. Logo, percebe-se a necessidade de capacitação dos profissionais para este fim[16,26].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do estudo observou-se que as produções científicas ainda permeiam bastante em torno da caracterização de indivíduos que tentam ou cometem suicídio com poucas considerações publicadas com relação à assistência em saúde e o cuidado em saúde mental principalmente em relação à categoria da enfermagem. Reafirma-se que a temática possui relevância no cenário atual e que, portanto, demanda embasamento teórico para qualificar a assistência.

As categorias permitiram discutir de forma mais didática o conteúdo das produções incluídas no estudo identificando que há divergências nos perfis epidemiológicos desta clientela de acordo com a região abordada, no entanto prevalece o sexo masculino e a faixa etária jovem em praticamente todo Brasil.

Os dados mostram também uma consonância entre os meios utilizados nessa prática, como envenenamento, enforcamento, o uso de armas de fogo, sobredose medicamentosa e queimaduras. Além disso, as causas atribuídas à tentativa e ao suicídio coincidem em vários dos estudos apresentados.

Valoriza-se a utilização do método da Revisão Integrativa para produzir conhecimentos baseados em evidências e preencher lacunas de investigação que permitam aos profissionais de saúde valorizar sua capacidade de um cuidado humanizado.

Aponta-se, assim, a necessidade de se desencadear discussões acerca de programas, tratamento e prevenção para os grupos mais vulneráveis, os quais podem e devem ser detectados e acompanhados tanto pelo serviço da atenção básica em saúde quanto por aqueles da rede especializada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília (DF): MS; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2. ed. Brasília (DF): MS; 2006.
3. Brígida CS, Licia SS. As consequências da Sífilis Congênita no binômio materno-fetal:um estudo de revisão. Interfaces Científicas- Saúdes e Ambiente Aracaju. 2013 Jun; 1(3): 59-67.
4. Rodrigues CS, Guimarães MDC; Grupo nacional de estudo sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(3): 168–75.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília (DF): MS; 2007.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Brasília (DF): MS. 2012; (1).
7. Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres com relação a ocorrência de sífilis congênita em seus conceptos. Rev. APS, Juiz de Fora. 2010; 13(3): 301-309.
8. Costa CC da, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO et. al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década.Rev Esc Enferm USP. 2012; 47(1): 152-9.
9. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Informe Epidemiológico de Sífilis Congênita. 2013: 1-12. Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins. Acesso em: 29 de jan. 2015.
10. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do Pré-Natal na Prevenção da Sífilis Congênita. 2006. Disponível em: scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf. Acesso em: outubro 2014.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília (DF): MS; 2014: 812.
12. Ministério da saúde (BR), Doenças Infecciosas e Parasitárias. Coordenação da Secretária de Vigilância Epidemiológica 8ª edição revista. Brasília (DF): MS; 2010.
13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde.Resolução nº 466, de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59 Brasília (DF): MS; 2013.
14. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34:52-5.
15. Rodrigues CS, Guimarães MDC; Grupo Nacional de Estudos sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para oBrasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168-75.
16. Saraceni V, Guimarães MHSF, Theme Filha MM,Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita:indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saúde Publica. 2005;21(4):1244-50.
17. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.
18. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Epidemiol. 2005;8(4):419-24.
19. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravo sem controle. Cad. Saúde Pública. 2010; 26:1747-56.
20. Lima BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. Epidemiol Serv Saúde. 2008; 17:124-7
21. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiol Serv Saúde. 2007; 16:165-73.
22. De Loranzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador da assistência pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23:647-52.
23. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado RMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. Epidemiol Serv Saúde. 2011; 20:203-12.
24. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19:139-43.
25. Trevisan MR, De Loranzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Ver Bras Ginecol Obstet. 2002; 24:293-9.
26. Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. Enferm. Foco (Brasília). 2011; 2:108-11.

Recebido em: 10.10.2015
Aprovado em: 29.10.2015

TECNOLOGIA E O CUIDADO INTENSIVO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

TECHNOLOGY AND INTENSIVE CARE IN NURSING: A REVIEW OF THE LITERATURE

Artigo de Revisão

Giovanna Randal Pompeu Silveira Veras[1]
Francisca Alanny Araújo Rocha[2]
Vanessa Mesquita Ramos[2]

RESUMO

Objetivou-se promover reflexões que contemplem de forma conjunta o tratado em enfermagem, as tecnologias em seus três aspectos e o entendimento complexo no cenário contemporâneo da enfermagem intensivista. Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados entre dezembro de 2014 e março de 2015.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Cuidado; Enfermagem; Tecnologia.

ABSTRACT

Intensive Care judge technology with a general concept related to equipment and machines. This concept of technology is related to the amount of vestments that are integrated in these units and provided treaties. The gradual production of technological science is important for health care innovation process, involving the training of nurses, improve the organization of services, innovate and practices underlying the treaties. It is essential to nursing professionals perform a consistently safe care and high technological quality. This article discusses the relationship between technology and nursing care in intensive care. We chose to discuss this issue in order to promote reflections that include the treaty in nursing and technologies in its three aspects. The methodology followed the principles of literature review with qualitative approach. We are technology professionals, technical processes assist in the preservation of human life.

Keywords: Intensive Care Unit; Care; Nursing; Technology.

[1] Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. E-mail: giovannarandal@gmail.com
[2] Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada.

INTRODUÇÃO

O termo tecnologia, originalmente do termo grego (*tchné*), que significa técnica[1]. Sabemos que enfermagem, trata-se da ciência técnica de cuidar e tratar dos doentes, os elementos que integram os fundamentos do cuidar. Percebemos a partir desses conceitos como os termos se relacionam e o quanto a tecnologia encontra-se vinculada aos processos de trabalho e cuidar na enfermagem.

A ciência que embasa os conceitos de enfermagem seja em suas técnicas e procedimentos, protocolos de ações, como em preceitos éticos e valorização moral, tem em sua essência o objetivo da realização conjunta do saber ético, técnico e científico para devidos fins. Na enfermagem, a tecnologia supera o caráter técnico e teórico e permeia a prática do cuidado, ultrapassa a utilização de equipamentos tecnológicos a diversos saberes que, inseridos no processo de trabalho do enfermeiro, conduzem à finalidade proposta: o cuidado de qualidade[2].

A gradual produção da ciência tecnológica é importante para o processo de inovação de cuidados e tratados na saúde, pois implicam na qualificação dos profissionais enfermeiros, aprimoram a organização dos serviços, inovam as práticas de cuidar, fundamentam os tratados, externam a ética nos processos trabalhistas.

As tecnologias são classificadas em leve, leve-dura e dura. A leve refere-se a relações, acolhimento e gestão de serviços; a leve-dura diz respeito aos saberes estruturados, como os processos e rotinas de enfermagem; e a tecnologia dura envolve os equipamentos tecnológicos como máquinas e normas[2].

O plano de cuidado é composto por ações abstratas ou concretas que apresentam determinado propósito sendo caracterizado como processo tecnológico. No intuído de cumprir as finalidades dos processos trabalhistas, progredimos na buscativa por conhecimento, na perspectiva de fundamentar e qualificar nosso cuidado.

Desde o início dos processos de aprimoramento, durante a progressão a ascender sua conclusão, utilizamos as três classificações de tecnologia, de forma natural, instintiva e espontânea. Elas estão infundidas em nossos processos de desenvolvimento humano, na perspectiva pessoal e profissional, pois estão envoltas desde a forma de tratamento e relação interpessoal.

Tecnologia leve, aos processos e formas de trabalho, tecnologia leve-dura aos processos de organização trabalhista e tecnologia dura referente às máquinas, produtos e instrumentos palpáveis, concordando com o conceito apresentado por Merhy que define tecnologia em três tipos de classificação: tecnologias duras, leve-duras e leves. Afirmando que as tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção[2].

As tecnologias leve-duras referente aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, o saber administrativo e outros. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

No âmbito hospitalar a qualidade de vida do paciente está difundida aos procedimentos do cuidado da equipe de qualidade e disponibilidade de fatores funcionais, estrutura física, recursos materiais e financeiros. A necessidade de aperfeiçoar estes recursos e restaurar com qualidade a saúde se fez necessário à criação das Unidades de Terapia Intensivas cujo objetivo é aliar o ambiente físico de alta qualidade tecnológica e equipamentos clínicos indispensáveis aos tratados especializados e cuidados seguros. Todas essas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) julgamos tecnologia com um conceito generalista relacionado às máquinas e equipamentos, que parecem ser a estrutura das unidades. Essa forma de compreender a tecnologia em Terapia Intensiva pode estar relacionada à quantidade de monitores multiparamétricos hemodinâmicos, ao grande número de ventiladores mecânicos, as bombas de infusão contínua, as modernas camas eletrônicas, dentre todos os paramentos tecnológicos que parecem estar muito bem integradas nessas unidades e nos tratados prestados aos pacientes internos.

O uso das três classificações de tecnologia no paciente acometido em uma Unidade de Terapia Intensiva pressupõe seu estado severo, agudo e grave, pois os processos tecnológicos desempenham forte atuação sobre a vida do mesmo, representando o estado de gravidade e de necessidade de cuidados intensivos.

Para prestação de assistência qualificada a um paciente que utiliza instrumentos de suporte tecnológicos, que o auxiliam no processo de recuperação da saúde e minimização de agravos se faz necessário que o profissional enfermeiro tenha conhecimentos teóricos práticos e tecnológicos, no que se refere à profissão, aos saberes relativos aos cuidados de enfermagem, quanto especificamente, ao manuseio e domínio dos sistemas, aparelhagem, instrumentos e máquinas.

O saber tecnológico encontra-se difundido as práticas e formas de cuidado, o domínio e percepção, caracterizados como saber, são classificados como tecnologia leve, que conduz ao correto manuseio das máquinas e equipamentos, classificados como tecnologias duras, conduzindo o enfermeiro a seguir normas, rotinas e protocolos de serviços, formas organizacionais que são caracterizadas como tecnologia leve-dura. As estratégias de inovação, a interpretação dos dados analisados a partir das máquinas e artigos hospitalares são medidas de tecnológicas.

A temática se torna relevante no momento que percebemos quanto às relações, os meios que utilizamos, o ambiente em que estamos inseridos de forma global e cotidiana estão fundamentalmente difundidos com a tecnologia. Compreen-

dendo que com a evolução humana, de forma natural, nos tornamos seres tecnológicos, de forma gradual.

A decisão final do tema concluiu-se em caráter da compreensão que atualmente, tem se tornado cada vez mais incluso aos processos de trabalho, sendo essencial aos profissionais de enfermagem executar um cuidado consistentemente seguro e de alta qualidade tecnológica. O presente artigo objetiva desvelar o que a literatura científica discute sobre a relação entre a tecnologia e a assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Diante do exposto, optamos por discutir esta temática com o objetivo de promover reflexões que contemplem de forma conjunta o tratado em enfermagem, as tecnologias em seus três aspectos e o entendimento complexo no cenário contemporâneo da enfermagem intensivista.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura. O estudo bibliográfico caracteriza-se por abranger toda a bibliografia publicada em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, dissertações, internet, dentre outras. Tendo como finalidade pôr o pesquisador em contato direto com tudo o que foi dito, escrito ou filmado sobre determinado assunto[3].

Trata-se de uma abordagem qualitativa, cuja intenção, é à busca de respostas para questões, se preocupando com as ciências sociais e um nível de realidade que não pode ser quantificado, com um universo de significados, motivos, aspirações e atitudes que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos e que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis[4].

Para a realização do estudo, selecionamos artigos publicados em periódicos nacionais do ano de 2010 a 2015. Para direcionar a busca nas bases de dados, utilizou-se os seguintes descritores: "Unidade de Terapia Intensiva", "Cuidado", "Enfermagem", "Tecnologia".

Foram utilizadas as bases de dados da SCIELO. A Scientific Eletronic Library Online – SciELO é uma biblioteca virtual permanentemente atualizada, nela encontra-se inúmeras coleções de periódicos científicos, estes são criteriosamente selecionados, que facilita o acesso aos textos completos dos artigos, constituindo, assim, importante fonte de pesquisa na área de ciências da saúde, dentre outras. É importante afirmar que apenas são agregados na SciELO, os números retrospectivos a partir do ano de 1997, pois a base de dados apresenta maior número de artigos de anuidade a partir de 1997, sendo importante para temática proposta artigos de realização e publicação atuais.

Após a leitura das publicações, as informações foram registradas e organizadas para melhor compreensão dos leitores, os dados foram classificados de acordo com o objetivo. A análise dos dados deu-se por concluída mediante os achados com a elaboração da crítica, o desenvolvimento de reflexões e a formação de indagações.

A pesquisa e coleta de informações ocorreram nos meses de dezembro de 2014 a Março de 2015. Os resultados foram analisados e classificados em abril do respectivo ano.

Foram encontrados 47 periódicos científicos nos idiomas, inglês, português e espanhol, sendo somente três deles exclusivamente em versão completa na língua hispânica, ocorrendo à exclusão imediata dos mesmos, sendo critério de inclusão artigos que apresentam publicação no idioma português, sendo classificados 44 periódicos que possuem textos completos no idioma proposto.

Como base de inclusão, classificamos periódicos publicados do ano de 2010 a 2014, com a finalidade de obter dados e informações atualizadas, sendo selecionados 21 artigos publicados entre os anos propostos na pesquisa.

Como critério de inclusão selecionamos artigos que obtinham informações relacionadas com o objetivo do estudo analisando metodologia, objetivos, resultados, autor e ano de publicação, após critérios de inclusão promovidos, selecionamos 10 periódicos científicos dos anos de 2011 ao ano de 2014.

RESULTADOS

Mediante a pesquisa realizada na base de dados da SCIELO. A Scientific Eletronic Library Online – SciELO, encontramos 47 coleções de periódicos científicos desde o ano 2000 até setembro do ano de 2014, utilizando os descritores tecnologia e terapia intensiva em percebemos diversas vertentes de abordagem de estudo, desde sentimentos de familiares em Terapia Intensiva Neonatal, como o uso de tecnologias em tratados materno infantil à implementação de sistemas informatizados característicos de alguma Unidade Hospitalar.

Das 47 coleções de periódicos científicos primeiramente encontrados, foram criteriosamente selecionados, artigos publicados no idioma português, sendo classificados 44 periódicos que possuem textos completos no idioma português, sendo classificados periódicos publicados do ano de 2010 a 2014, com a finalidade de obter dados e informações atualizadas, usando os descritores, tecnologia e terapia intensiva juntamente com o operador booleano "e", sendo selecionados 21 artigos publicados entre os anos propostos na pesquisa.

Percebemos a partir de então que se trata de uma linha de pesquisa que obteve curva crescente, afirmando a relevância nos últimos quatro anos, contado com quase metade de suas publicações ocorridas no período proposto pelo estudo, reforçando a atualidade e importância da temática abordada.

Após o fichamento dos 21 artigos selecionados, foram discutindo os seguintes aspectos relacionados à linha de pesquisa envolvendo terapia intensiva, enfermagem e tecnologia, envolvendo análise do objetivo, da metodologia utilizada nos artigos, dos resultados apresentados, ano de publicação e au-

tor. A partir de tais informações selecionamos 09 periódicos científicos, sendo, 02 do ano de 2011, 01 do ano de 2012, 02 de 2013 e 04 de 2014, para promover facilidade de acesso aos textos completos dos artigos, constituindo, assim, importante fonte de pesquisa na área de ciências da saúde, dentre outras. Buscando desvelar o que a literatura científica discute sobre a relação entre a tecnologia e a assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Sendo categorizados e classificados por ordem decrescente, de acordo com a representação dos quadros. Onde se encontram descrito o tema principal do artigo, o tipo de metodologia utilizada na pesquisa, o ano de publicação em ordem decrescente e autor do periódico.

Categorização

Quadro 1: Referente à categorização e classificação dos periódicos selecionados.

2014	**TÍTULO**	**Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma analise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental.**
	METODOLOGIA	Pesquisa de campo, do tipo descritivo, qualitativo e etnográfico.
	ANO	2014
	AUTOR	Silva R. C. Ferreira M. A.
	TÍTULO	**Estilos de cuidar de enfermeiras na Terapia Intensiva mediados pela tecnologia.**
	METODOLOGIA	Pesquisa de campo, qualitativa.
	ANO	2014
	AUTOR	Silva R. C. Ferreira M. A. Apostolidis T.
	TÍTULO	**Sistemas de alerta em um processo de enfermagem informatizado para Unidades de Terapia Intensiva.**
	METODOLOGIA	Estudo híbrido que combinou produção tecnológica e pesquisa metodológica.
	ANO	2014
	AUTOR	Barra D. C. C. Sasso G. T. M. D. Baccin C. R. A.
	TÍTULO	**Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva.**
	METODOLOGIA	Qualitativa e descritiva.
	ANO	2014
	AUTOR	Cruz É. J. E. R. Souza N. V. D. O. Correa R. A. Pires A. S.
2013	**TÍTULO**	**Processo de enfermagem informatizado: Metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados.**
	METODOLOGIA	Estudo metodológico e de produção tecnológica.
	ANO	2013
	AUTOR	Dal Sasso G. T. M. Barra D. C. C. Paese F. Almeida S. R. W. Rios G. C. Marinho M. M. Debétio M. G.

2013	**TÍTULO**	**Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização.**
	METODOLOGIA	Pesquisa de campo, do tipo descritivo e qualitativo.
	ANO	2013
	AUTOR	Silva R. C. Ferreira M. A.
2012	**TÍTULO**	**Contribuições dos registros eletrônicos para a Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Uma Revisão Integrativa.**
	METODOLOGIA	Revisão integrativa temática.
	ANO	2012
	AUTOR	Sousa P. A. F. Sasso G. T. M. D. Barra D. C. C.
2011	**TÍTULO**	**Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: Delineando uma figura-tipo de enfermeiro.**
	METODOLOGIA	Estudo descritivo, qualitativo.
	ANO	2011
	AUTOR	Silva R. C. Ferreira M. A.
	TÍTULO	**Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva.**
	METODOLOGIA	Estudo reflexivo.
	ANO	2011
	AUTOR	Schwonke C. R. G. B.

Desvelando o conceito tecnológico

Em todos os artigos selecionados para o presente estudo o conceito apresentados através do discurso dos profissionais envolvidos, tecnologia não é caracterizado em três categorias, mas captado como uma percepção do ambiente de Terapia Intensiva generalizado. Compreendendo a tecnologia como formas fixas e concretas: máquinas, aparelhos e a própria estrutura física arrojada e projetada para o ambiente. Apreciando que as máquinas constituem a alma das Unidades de Terapia Intensiva, já que são observadas em abundancia e grandiosidade no serviço envolvendo o paciente acometido.

O significado de tecnologia encontra-se restrito ao conjunto de instrumentos e materiais do trabalho, devendo ser ampliado para os saberes e seus desdobramentos materiais, afirmando que as tecnologias carregam a expressão das relações entre os profissionais e sob os quais trabalham.

Expressasse o quanto é importante reconhecer que os profissionais de saúde usam técnicas e ferramentas para alcançar metas válidas. O constante e veloz crescimento dos processos tecnológicos em saúde, especialmente em ambientes de alta complexidade como o de Terapia Intensiva e delegação de tarefas para esses profissionais incentivam a introdução de tecnologias sofisticadas, porém é essencial examinar as relações entre enfermagem e tecnologia como não sendo apenas uma ação instrumental, mas também, sob a luz da ciência e tratados humanos[5].

O uso da tecnologia mediada principalmente pelo enfermeiro necessita ser expandido, não significando apenas incorporação de equipamentos ao cuidado, mas firmando-se seres tecnológicos nos tratados e cuidados humanos, contextualizando autores que afirmam que o foco da atenção não pode ser somente da máquina, a utilização de aparatos tecnológicos auxiliam e facilitam a assistência humana ao paciente crítico, compreendendo que o mesmo necessita de

vários cuidados, os quais exigem zelo e atenção dos profissionais para garantir a fidelidade de dados adquiridos ou inserido nas máquinas[6].

Os relatos analisados afirmam que os equipamentos proporcionam suporte avançado de vida ao paciente acometido em estado crítico, porém necessitam de inteligência humana para serem bem empregados e utilizados. A enfermeira reúne inúmeras habilidades e realiza este cuidado especialmente denominado de tecnológico[1].

Os processos de trabalhos, a interpretação das informações nos aparelhos, o manuseio das tecnologias duras para o cuidado, as rotinas sistemáticas e os protocolos de cuidado não são compreendidos como fatores tecnológicos, caracterizados como tecnologias leve-duras e leves.

Tornando explicito a idéia fixa e desatualizada da importância do saber sistemático, cientifico e humano. A máquina é um novo aparato ao profissional de enfermagem e está incorporado ao cuidado.

Medo versus inovação: Desbravando o desconhecido

É de concepção geral comum de todos os periódicos selecionados a afirmativa de alta complexidade do ambiente de Terapia Intensiva, do estado grave apresentado pelo paciente assistido, da existência do maquinário de difícil manuseio que envolve o suporte avançado para manutenção da vida do paciente, que apresenta linguagem específica e necessidade de experiência para acessibilidade do manuseio e interpretação dos dados fornecidos pelos mesmos, caracterizado como tecnologia de alto padrão.

Grande parte dos autores refere os sentimentos negativos, como o medo, a angústia e a insegurança ao desconhecido, ao maquinário referente à vida, que necessitam de ciência para manuseio, utilização e interpretação. Silva, afirma que os sentimentos de medo, angústia e insegurança se constituem em sentimentos naturais vivenciados pelo profissional de saúde quando se encontra diante de uma nova situação a ser enfrentada, referente ao suporte à vida do paciente acometido perante aos equipamentos e máquinas.

Porém os sentimentos negativos são transformados em curiosidade, vontade de atualização e capacidade de inovação, além de despertar a busca e o envolvimento dos profissionais de enfermagem. Concordando com a idéia proposta por Silva, que acrescenta que os sentimentos negativos são importantes para motivação do profissional, instigando-os a buscar decisões coerentes, obrigando-os a pensar e calcular as consequências de suas escolhas e ações levando o profissional a estar na contínua busca por conhecimento que propiciem substâncias em seus atos[7].

A utilização de dispositivos fixos para promoção do cuidado, assim como sistemas informatizados para o registro eletrônico de saúde, são métodos tecnológicos essenciais para a qualidade da assistência prestada aos pacientes, estando cada vez mais disponibilizados no ato de cuidar, pois apresentam características de exatidão nos dados e potenciais diagnósticos, sendo também de auxílio e qualidade no tratamento. Os profissionais necessitam de qualidade nas evidências para a tomada de decisão no ponto de cuidado[5].

Os profissionais atuantes em terapia intensiva constroem sobre a tecnologia inserida no ambiente, quando conhecedores de seus atos os processos tecnológicos acrescentam e somam no cuidado prestado. Por isso enfermeiros intensivistas apresentam uma caracterização singular no cuidado de enfermagem, um tratado especializado, identificado como cuidar tecnológico[1].

Ainda de acordo com os mesmos autores, para a garantia de um cuidado seguro se faz fundamental conhecer, dominar e refletir sobre o uso de tecnologias. Esta característica de domínio das máquinas destaca-se no campo dos cuidados intensivos de enfermagem, pois os aparatos resultam da ciência, são produtos de um determinado saber tecnológico.

Profissionais diferenciados, excelência na complexidade do cuidado

O cuidar em enfermagem intensivo assume características peculiares, atributos capazes de atender a demanda essencial a vida do paciente assistido. Os profissionais apresentam características diferenciadas dos demais setores hospitalares, possuindo ciência e habilidade em observar e detectar as características do estado dos pacientes por intermédio da aparelhagem. A partir das informações captadas através das máquinas, aparelhos e equipamento associado à análise clínica levantada o enfermeiro é capaz de entender e estabelecer parâmetros sobre a evolução do estado do paciente e direcionar o cuidado[8].

Cientes que os pacientes internos em unidades de terapia intensiva encontram-se em estado de saúde severo, mais suscetíveis a agravantes em seu estado e risco eminente de vida, percebemos a necessidade do cuidado diferenciado, com aplicabilidade de ações de conhecimento específico em todos os momentos do tratado, sendo na atenção prestada ao saber fisiológico, psicológico e do maquinário.

Os profissionais incorporados no setor intensivo apresentam-se profissionais aperfeiçoados, pois além dos atributos e habilidades incorporados e infundidos ao cuidar humano em enfermagem apresentam também forma de liderar diferencial.

Silva e Ferreira firmam que se trata de uma liderança ímpar por exercitar diariamente junto à equipe situações imprevistas, consideradas graves e complexas e de grande exaustão física e mental.

Setores de terapia intensiva são diferenciados e marcados por intensa renovação em virtude aos processos de avanço tecnológico. Por isso os profissionais de saúde inseridos nesses setores exibem características de renovação contínua, construindo uma postura ativa na busca do desenvolvimento intelectual, interesse em aplicá-lo ao cuidado aos seus pacientes e capaci-

dade de organização singular, por exercer inúmeros cuidados e tratados rigorosos diferentes em um mesmo paciente[8,9].

O envolvimento e inovação associados ao estado crítico do setor, levam a pratica de enfermagem mais cuidadosa se tornando assim o setor que apresenta mais humanidade nos seus tratados[8].

Exaltasse a excelência do enfermeiro intensivista, apontado que o profissional detém conhecimento em relação às máquinas, com domínio e manuseio, aos aspectos fisiopatológicos da doença em curso, bem como conhecimento semiológico, aliado aos fundamentos do tratado em enfermagem, que incluem toque, audição e observação[1]. Caracterizando-o como profissional diferenciado, repleto de habilidades excelentes no setor de complexidade que estão em prestação de serviços.

O envolvimento e inovação associados ao estado crítico do setor, levam a pratica de enfermagem mais cuidadosa se tornando assim o setor que apresenta mais humanidade nos seus tratados. Ressaltasse o contato interpessoal durante o cuidar ao paciente nesse cenário em nada difere de outros ambientes e deve aliar os sentimentos humanos às atividades técnicas[8,9]. O contato interpessoal durante o cuidar do paciente nesse cenário em nada difere de outros ambientes e deve aliar os sentimentos humanos às atividades técnicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar em saúde encontra-se interligado a tecnologia em suas três categorias, mesmo que de maneira desconhecida aos seus idealizadores. Reconhecer a importância das tecnologias tem um papel importante na conformação das perspectivas assistenciais. Torna-se importante analisar o modo da utilização da tecnologia dura nos tratados de enfermagem.

Compreender o cuidado tecnológico permanentemente ligado a humanização e ética em um setor imerso em situações críticas, onde é frágil a fronteira entre a vida e a morte, nos faz profissionais de excelência tornando plausíveis nossas formas de tratados.

É inovador compreender e exerces todas as vertentes da tecnológica, formidável efetuar tais tecnologias associadas e difundidas ao cuidado, exercendo e capacitando o cuidar tecnológico. Faz-se importante no aspecto de colaboração a produção tecnológica como para os tratados diretos em Terapia Intensiva. Devemos estimula o desenvolvimento de pesquisas no sentido de avaliar o impacto, a importância, a tratativa e execução dos tipos de tecnologia no ambiente crítico, no desempenho do trabalho do enfermeiro contando com as categorias de classificação de tecnologia de forma ciente de seus idealizadores.

O saber tecnológico encontra-se difundido as práticas e formas de cuidado, o domínio e percepção, caracterizados como saber é classificado como tecnologia leve, que conduz ao correto manuseio das máquinas e equipamentos, classificados como tecnologias duras, conduzindo o enfermeiro a seguir normas, rotinas e protocolos de serviços, formas organizacionais que são caracterizadas como tecnologia leve-dura. As estratégias de inovação, a interpretação dos dados analisados a partir das máquinas e artigos hospitalares são medidas tecnológicas.

Dado o exposto, comprovamos que a enfermagem é uma ciência técnica de cuidar e tratar dos doentes baseados em teorias e praticados por meios físicos e aptidões intelectuais. Os elementos que integram os fundamentos do cuidar são ciência e técnica, evoluído como tecnologia, tornando o ato um cuidar tecnológico. Percebemos como os termos se relacionam e o quanto a tecnologia encontra-se vinculada aos processos de trabalho e cuidar na enfermagem, mesmo que promovida sem percepção de classificação.

Somos profissionais tecnológicos os processos técnicos auxiliam na preservação da vida humana, pois o profissional de saúde orienta suas ações a partir do seu olhar crítico sobre os dados expostos da máquina.

REFERÊNCIAS

1. Silva RC, Ferreira M. A. Apostolidis T. Estilos de cuidar de enfermeiras na Terapia Intensiva mediados pela tecnologia. Rev Bras Enferm. 2014; 67(2):252-260.
2. Merhy Ee. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2001.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Schwonke CR, Lunardi WD, Lunardi VL, Santos SSC, Barlem EL. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2011; 64(1): 189-192.
6. Silva RC, Ferreira MA. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre a técnica, tecnologia e humanização. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(6):1325-1332.
7. Silva RC, Ferreira MA. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):140-148.
8. Dal Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, Debétio M G. Processo de enfermagem informatizado: Metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 7(1):242-249.
9. Barra DCC, Sasso GTMD, Baccin CRA. Sistemas de alerta em um processo de enfermagem informatizado para Unidades de Terapia Intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2014; 48(1):125-132.
10. Cruz EJR, Sousa NVDO, Correa AA, Pires AS. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva. Escola Ana Nery Revista de Enfermagem. 2014; 18(3):479-485.

Recebido em: 07.10.2015
Aprovado em: 17.10.2015

A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL E OS AGRAVOS À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO INTEGRATIVA

FETAL ALCOHOL SYNDROME AND THE HARMS TO NEWBORN HEALTH: INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Karla Maria Carneiro Rolim[1]
Ana Gabriele Tavares Pessoa[2]
Luzia Helen Zeferino de Castro[2]
Fernanda Jorge Magalhães[3]
Juliana Dantas de Oliveira[4]

RESUMO

O estudo objetivou analisar a produção científica sobre Síndrome Alcoólica Fetal e descrever os cuidados de enfermagem nas gestantes usuárias de álcool e avaliar os agravos presentes nos recém-nascido de mães toxicodependentes do álcool. Revisão integrativa onde a coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2014 em artigos pulicados sem recorte temporal. A técnica utilizada foi por meio de um levantamento bibliográfico junto ao banco de dados LILACS, BIREME e SCIELO. Foi constatado que o uso de álcool no período gestacional pode trazer muitos danos a saúde do RN e a enfermagem tem um papel fundamental no cuidado ao binômio e no restabelecimento da relação mãe-filho, afetada pelo uso do álcool.

Palavras-chave: Recém-nascido; Intoxicação Alcoólica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the scientific literature about Fetal Alcohol Syndrome and describe the nursing care in pregnant users of alcohol and assess the harms present in the newborn of mothers who abuse drugs of alcohol. Integrative review where data collection occurred in the period from January to March 2014 in articles published without temporal. The technique used was through a bibliographical survey by the database LILACS and SCIELO, BIREME. It has been found that the use of alcohol during pregnancy can bring much damage the health of NEWBORNS and nursing plays a key role in caring for the binomial and the re-establishment of the relationship mother-child affected by alcohol use.

Keywords: Newborn; Alcoholic Intoxication; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A ingestão materna de álcool, em toda a gestação, leva a diversas alterações como retardo do crescimento, pré e pós-natal, fácies típicas (fissuras palpebrais estreitas e hipoplasia facial média), alterações esqueléticas, cardíacas e microcefalia. O fenótipo é dose-dependente (quanto maior é o consumo, mais intenso é o fenótipo)[1]. O consumo de álcool pelas gestantes apresenta grandes chances de lesar o feto, levando a alterações físicas, cognitivas e comportamentais permanentes e irreversíveis. Pode-se manifestar por um quadro completo, denominado Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), ou incompleta, conhecida como Efeito Alcoólico Fetal (EAF)[2].

Durante a gravidez, o consumo excessivo de álcool é perigoso ao feto, podendo levar ao nascimento prematuro, retardo

[1] Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (PPGSC/UNIFOR). Coordenadora do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE/UNIFOR). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (UNIFOR/CNPq). E-mail: karlarolim@unifor.br

[2] Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

[3] Enfermeira. Bolsista CAPES. Doutoranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela UFC. Doutoranda em Mobilidade Internacional da Universidade do Porto (UP). Docente da Unichristus.

[4] Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (UNIFOR/CNPq).

físico e do desenvolvimento mental e até à morte do recém-nascido (RN). A intervenção farmacológica e educacional da criança exposta ao etanol in útero pode ser mais eficiente se for possível a identificação precoce da exposição[3].

Estudos realizados sobre a teratogênese do álcool demonstraram que o cérebro é o órgão do corpo mais vulnerável aos efeitos da exposição pré–natal ao álcool(2). Portanto, a ação teratogênica do álcool constitui um sério problema de saúde pública, sendo descritos estudos que correlacionam à ocorrência de anomalias, baixo quoeficiente de inteligência (Q.I) e paralisia cerebral. As consequências do alcoolismo na gestação podem ser irreversíveis e marcar para sempre a vida daquele ser em gestação. Até mesmo em sua vida adulta, este filho sofrerá danos transmitidos por sua genitora, como a possibilidade em fazer uso de álcool, uma vez que apresentarão uma tendência ao alcoolismo também[4].

O enfermeiro tem o importante papel de auxiliar a mãe e a família, apoiando, orientando e acompanhando a condição de saúde da criança, pois encontra-se em uma posição única de interagir com mães e RN em muitos ambientes, inclusive na comunidade, a fim de prevenir rejeições. Diante das considerações os objetivos do estudo foram: analisar a produção científica sobre síndrome alcoólica fetal e descrever os cuidados de enfermagem às gestantes usuárias de álcool e avaliar os agravos à saúde do recém-nascido de mães dependentes de álcool.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizada a partir de uma pesquisa integrativa, a qual tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão[5]. A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado[6].

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2014. A técnica utilizada na pesquisa para obtenção dos dados foi por meio de um levantamento bibliográfico junto aos bancos de dados LILACS, BIREME e SCIELO, que proporcionou acesso a periódicos e artigos científicos, a partir dos descritores: "*recém-nascido*" *and* "*intoxicação alcoólica*" *and* "*cuidados de enfermagem*", utilizando os termos para artigos publicados em todos os idiomas. Como critérios de inclusão para análise, foram considerados os artigos que abordam de forma mais clara a temática. Os artigos foram selecionados por intermédio de seu título e resumo. Foram encontrados 16 artigos, mas somente os pertinentes à revisão foram avaliados na íntegra. Após uma leitura exaustiva dos textos, foi realizada a síntese de cada artigo e agrupado de acordo com os temas previamente elaborados. Os dados obtidos foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente. A partir de uma leitura criteriosa, foram selecionados 10 artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A revisão foi constituída por dez artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, um foi encontrado na base de dados LILACS, BIREME e SCIELO. Dos dez artigos encontrados, somente três eram de periódicos de enfermagem. E a maior parte deles em periódicos da medicina. Quanto ao local de pesquisa dos artigos cinco eram nacionais, três americanos, um russo e um canadense.

O uso do álcool e as repercussões na saúde do recém-nascido

Atualmente tem sido motivo de alerta mundial a exposição de gestantes a drogas de abuso. Pesquisas têm indicado elevação progressiva e alarmante no consumo de tabaco, álcool, maconha e outras drogas durante a concepção. Segundo pesquisadores[6], a gravidez é acompanhada por uma série de emoções e alterações orgânicas que compõem o ciclo gravídico natural, porém várias intervenções do meio social sobre a gestação levam a impactos muitas vezes negativos na saúde mãe-feto.

Autores[3-4] ressaltam que a detecção precoce da exposição pré-natal ao álcool, combinada com o monitoramento contínuo do progresso físico e mental do RN, pode facilitar a intervenção, potencializando o desenvolvimento da criança, e prevenir doenças secundárias.

As características clássicas da SAF são reconhecidas desde 1968, e a pesquisa sobre a teratogênese do álcool demonstrou que o cérebro é o órgão do corpo mais vulnerável aos efeitos da exposição pré–natal ao álcool. Os danos ao sistema nervoso central, causados pela exposição pré–natal ao álcool, produzem deficiências permanentes, incluindo anormalidades neurológicas, disfunções comportamentais, atrasos desenvolvimentais e deficiências intelectuais[7].

O quadro completo da síndrome pode não aparecer; há sintomas que não são aparentes durante a primeira infância, mas que aparecem posteriormente. Estudos clínicos experimentais demonstram que o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode causar malformação e retardo do crescimento, caracterizando a síndrome fetal pelo álcool, cujas características mais importantes são: retardo do crescimento pré e pós-natal, alterações do sistema nervoso central, como microcefalia, alterações faciais, como hipoplasia facial e microftalmia. Além dos danos físicos, o álcool atua no comportamento[1].

O álcool é excretado juntamente ao leite materno em grandes proporções, alterando a produção, o volume, o aroma, a composição, e sua excreção, provocando efeitos deletérios no RN. O odor do leite materno (LM) é modificado imediatamente após a ingestão alcoólica[1]. O sistema imunológico é afetado pela ingestão alcoólica na lactação, sendo observado déficit na imunidade celular e no sistema nervoso. Padrões normais de crescimento e desenvolvimento são alterados na prole de mães que consumiram álcool durante o aleitamento, inclusive com declínio da relação peso do coração/ peso corporal, sugerindo uma ação de etanol na supressão do crescimento dos tecidos cardíacos, por declínio na frequência mitótica[7].

Também são observadas alterações nos RN como redução do peso do fígado e cérebro, diminuição do conteúdo protéico e do DNA, redução dos níveis de glicogênio hepático (sem alterar os lipídeos destes tecidos), elevação de colesterol, ácidos graxos e de b-hidroxibutirato na circulação, além de hipoglicemia e hiponatremia[8].

O papel da equipe de enfermagem no cuidado ao recém-nascido filho de mãe toxicodependente de álcool

É competência do enfermeiro, neste momento, dispensar cuidado e carinho, visto que o RN tende a ser ansioso e apresentar, muitas vezes, crises de abstinência. Medidas de conforto devem ser priorizadas, uma vez que esta criança encontra-se neurologicamente lábil. Cabe ao profissional, também, estar preparado para identificar precocemente os sinais de SAF, bem como prestar uma assistência direcionada para o problema[9].

Dessa forma podem-se buscar ações em saúde para mulheres de grupo de risco, permitindo a sensibilização para efeitos agravantes do fumo, do álcool, opióides e outros para o bem-estar da mãe e do bebê. Cabe, portanto, aos profissionais de saúde não apenas a responsabilidade por campanhas temporárias e, sim, um processo educativo contínuo em várias abordagens médicas[10]. Algumas posturas terapêuticas podem ser adotadas, tais como: empatia, aceitação incondicional ou respeito; coerência; confrontação (capacidade de perceber e comunicar ao outras certas discrepâncias ou incoerências em seu comportamento); imediaticidade (capacidade de trabalhar a própria relação terapeuta-cliente, abordando os sentimentos imediatos que o cliente experimenta pelo terapeuta e vice-versa) e concreticidade (capacidade de decodificar a experiência do outro em elementos específicos, objetivos e concretos)[9].

Na construção de uma relação de ajuda à gestante alcoolista, o enfermeiro deve estar preparado a reestabelecer vínculos, auxiliar nas dificuldades e no tratamento, pois os laços desta mão com seu filho estrão completamente abalados[10]. O profissional que irá atendê-la deverá estar primeiramente bem consigo mesmo, ou seja, dominando o seu eu para que possa tratar a cliente; mas também, deve possuir um preparo e uma busca por esta relação, e que esta cliente realmente encontre o apoio que necessita no enfermeiro[11].

A orientação dispensada pelo enfermeiro ajuda a mulher a alcançar o preenchimento do seu papel de mãe até que ela se sinta física e emocionalmente apta a cuidar de si própria e do seu filho. É um trabalho minucioso e de grande importância na atuação de enfermagem, pois através dela o enfermeiro adquire o poder de promover a interação mãe-filho, de facilitar a aceitação e de mostrar caminhos para uma melhoria da condição de vida. Na medida em que os pais procuram ser competentes e carinhosos, os enfermeiros podem fortalecer a autoconfiança dos mesmos[1].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, com base nos resultados do estudo, conhecer, analisar e refletir sobre a produção científica sobre Síndrome Alcoólica Fetal e descrever os cuidados de enfermagem nas gestantes usuárias de álcool e avaliar os agravos presentes nos recém-nascido de mães toxicodependentes desta droga. Dificuldades foram evidenciadas, principalmente quanto à pequena quantidade de artigos existentes nas bases de dados e quanto ao acesso às publicações, pois a maioria dos artigos encontrados não estavam disponíveis de forma gratuita. Foi possível constatar que os danos gerados ao feto são diretamente proporcionais a quantidade de álcool ingerida pela gestante. Essa ingesta de álcool durante o período gestacional pode trazer danos tanto no desenvolvimento fetal, quanto interferir no crescimento e desenvolvimento, repercutindo na sua infância e adolescência.

As formas para evitar esses danos estão lingadas principalmente à orientação dessa mãe, ainda na preconcepção, evitando que a mãe faça uso da droga. No caso de gestantes alcoolistas, a enfermagem tem um papel fundamental, pois o profissional enfermeiro é quem está devidamente preparado para ajudar essa mãe a reestabelecer o vínculo mãe-filho, ajudando essa mulher não somente a realizar o seu papel de mãe, mas também a ser mãe. Cabe à enfermagem cuidar, dar carinho e conforto ao RN neurologicamente frágil, devido aos efeitos do álcool e da abstinência que esse bebê pode ter. É função do enfermeiro também, buscar capacitação e estratégias que qualifiquem o profissional, melhorando a qualidade da sua assistência, que consequentemente traz benefícios para o binômio.

REFERÊNCIAS

1. Reis AT, Gama VC, Santos RS. Síndrome Alcoólica Fetal: Reflexões para a Prática de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental, 2010; 38(3): 116-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v38n4/a21v38n21.pdf. Acesso em: 10 janeiro 2014.
2. Momino W, Sanseverino MTV, Schuler-Faccini L. A exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra. J. Pediatr. 2008; 84(4): supl. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v84n4/a14v84n4.pdf. Acesso em: 10 fevereiro 2014.
3. Cassini C, Linden R. Exposição pré-natal ao etanol: toxicidade, biomarcadores e métodos de detecção. Revista de Psiquiatria Clínica 2011; 43(12); 67-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v43n12/a14v43n12.pdf. Acesso em: 20 de março 2014.
4. Weinberg J. et al. Prenatal alcohol exposure: fetal programming, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sex differences in outcome. J Neuroendocrinol. 2008 Apr;20(4):470-88. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18266938. Acesso em: 10 fevereiro 2014.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v17n4/a14v17n4.pdf. Acesso em: 10 fevereiro 2014.
6. Pompeu DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paul. enferm., São Paulo, 2009: 22(4): 124-29. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf. Acesso em: 01 de março 2014.
7. Vyatchanina ES. Preconceptional alcoholic intoxication alters the distribution of metals in matured rat brain of offspring. Journal of Trace Elements In Medicine And Biology. St. Petersburg, 2011; 5498): 59-62. Diaponível em: http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yBrnAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA424&dq=Preconception+alcoholic+intoxication+alters+the+distribution+of+metals+in+mature+rat+brain+of+offspring&ots=q8qhNgWwpd&sig=crqkvfKW7WhGe7SLD-h0dPElhCM#v=onepage&q&f=false. Acesso em; 24 março 2014.
8. Lopes TD, Arruda PP. As Repercussões do Uso Abusivo de Drogas no Período Gravídico/Puerperal. Revista Saúde e Pesquisa. 2010; 3(1): 79-83. Disponível em: http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/1256. Acesso em: 04 janeiro 2014.
9. Kuczkowski KM. Anesthetic Implications of Drug Abuse in Pregnancy. J. Clin. Anesth, New York, 2003; 115(56): 382-94. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14507568. Acesso em: 23 março 2014.
10. Veloso LUP, Monteiro CFS. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2013; 21(1): 01-09. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 fevereiro 2014.
11. Eustace LW, Kang DH, Coombs D. Fetal alcohol syndrome: a growing concern for health care professionals. Journal of Obstetric, Gynecology And Neonatal Nursing. Arkansas, 2003; 34(7): 215-21. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12685673. Acesso em: 12 janeiro 2014.
12. Meyer-Leu, Y. Association of moderate alcohol use and binge drinking during pregnancy with neonatal health. Alcoholism: Clinical And Experimental Research, Lausanne, 2011; 35(9): 1660-677. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554334. Acesso em: 12 março 2014.

Recebido em: 10.10.2015
Aprovado em: 20.10.2015

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL

2015

PALAVRA DO PRESIDENTE

Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho
Presidente do Coren-CE
Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Prezados Profissionais de Enfermagem, ao trazermos mais uma edição da ReTep, convidamos à todos para uma profunda reflexão sobre a profissão.

Enfermagem é a ciência cuja essência é o cuidado ao ser humano, quer seja individualmente, na família, na comunidade. Na sua arte do cuidar, assiste o homem em sua totalidade. Desenvolvendo sua ciência, de forma autônoma ou dentro de uma equipe multiprofissional, buscando a promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

A Enfermagem é a única profissão de saúde em que os profissionais permanecem 24 horas ao lado do paciente, convivendo com a dor, com situações extremas de sofrimento e, muitas vezes, em exposição a ambientes insalubres.

Indispensável dentro de uma equipe de saúde, a enfermagem representa 70% dessa força de trabalho e 50% da equipe de saúde que compõe o SUS. No entanto, não é proporcionalmente valorizada pelos governantes e representantes políticos, pois não existe um piso salarial regulamentado no Brasil. Há 15 anos dormita no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 4924/2009 que discorre sobre a matéria. Bem como o Projeto de Lei nº 2295/200 que estabelece a Jornada de Trabalho em 30 horas semanais. É notório o descompromisso de políticos que defendem interesses de empresários, do ramo hospitalar, que querem mercantilizar a saúde.

Enfermeiros, técnicos e auxiliares; além de uma série de situações de riscos inerentes à profissão, trabalham com uma carga horária exaustiva e estressante que compromete irremediavelmente a saúde do profissional. O desgaste físico, psicológico a que estão submetidos, acaba resultando muitas vezes, em aposentadoria precoce e ao abandono da profissão, sem esquecer o risco na qualidade da assistência.

A aprovação da jornada de trabalho de 30 horas, não é uma questão corporativista. É busca incessante na proteção do profissional, bem como da sociedade por ele assistida. A jornada de 30 horas é recomendada, por várias organizações mundiais: OIT (Organização Internacional do Trabalho), Organização das Nações Unidas, 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para saúde e 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho ao reconhecer que os trabalhadores em saúde convivem com situações extremas que precisam ser repensadas e compensadas.

Legitimar carga horária e salário dignos para a enfermagem, perpassa o reconhecimento e valorização dessa categoria, que possui na sua ciência a arte de cuidar de vidas. Nada mais que justiça! Nada mais que cuidar de quem cuida!

MINISTÉRIO PÚBLICO RECEBE DENÚNCIAS DO COREN-CE

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará entregou relatório à promotora de Justiça Isabel Maria Salustiano Arruda Porto, com dados sobre instituições públicas e privadas que estão descumprindo a Resolução Cofen 280/2003, que proíbe o profissional de enfermagem em auxiliar procedimentos cirúrgicos.

A Titular da Promotoria de Justiça e Defesa da Saúde Pública do Ministério Público no Ceará, se mostrou chocada com a denúncia, fruto do trabalho e apuração do Departamento de Fiscalização do Regional. O presidente do Coren-CE, destacou o paragrafo único da Resolução Cofen 280/2003: "Somente poderá haver exceção em situações de urgência, na qual haja iminente risco de vida, não podendo tal exceção aplicar-se a situações previsíveis e rotineiras". O que não se aplica nos casos apurados.

Mitz Germano, chefe da Divisão de Subseções, enfatizou que a equipe de fiscalização do Coren, chega a ser assediada moralmente pelos gestores quando é notório que técnicos de enfermagem passam a atuar como segundo cirurgião.

A promotora de Justiça Isabel Porto, marcou uma nova audiência com o presidente do Coren-CE onde serão definidas as medidas cabíveis. O Ministério Público cearense mantém ações integradas com Conselho de Enfermagem e a Comissão de Saúde da OAB, que tem obtido excelentes resultados. ●

COREN-CE VENCE AÇÃO E JUSTIÇA FEDERAL OBRIGA MUNICÍPIO A CONTRATAR ENFERMEIRO

O Juíz da 18ª vara da Justiça Federal em Sobral, julgando ação civil pública promovida pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, condenou o município de Chaval no Ceará, a adotar as providências no sentido de manter em seu hospital municipal, bem como nas suas unidades de saúde, durante todo o período de funcionamento, inclusive finais de semana, pelo menos um enfermeiro habilitado para exercer as atribuições de responsável técnico pelo serviço de Enfermagem.

O presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, destacou o empenho do Departamento de Fiscalização do Regional em conjunto com a Procuradoria Jurídica: "Estamos atentos e lutando pela garantia dos direitos dos profissionais e da cidadania. Não existe saúde sem Enfermagem".

Sentenças exaradas neste sentido, tem sido constante no seio da justiça cearense, o que faz acreditar muito mais no desempenho efetivo do Coren-CE, na busca de sua finalidade de fiscalização do exercício profissional.

COREN-CE E SINDICATO DOS ENFERMEIROS DEBATEM PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS CONTRA LEI MUNICIPAL

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará (Senece), por seus representantes, estiveram reunidos nesta segunda-feira (28/09), na sede do Coren-CE, a fim de adotaram providências quanto a lei nº 563/2015 do Município de Uruburetama, que fere a constituição.

A lei municipal cria cargos de nível superior, cujo vencimentos correspondem a R$ 2.000,00(dois mil reais), enquanto que o valor atribuído ao profissional enfermeiro é de R$ 1.400,00 (hum mil e quatrocentos reais), contrariando diretamente a constituição federal.

O correto dimensionamento profissional é fundamental para a qualidade da assistência de Enfermagem. Regulamentado pelo Cofen, o dimensionamento é objeto de fiscalização dos conselhos regionais, que têm obtido, na esfera jurídica, vitórias contra irregularidades.

Telma Cordeiro, presidente do Senece, destacou o apoio do presidente do Conselho de Enfermagem, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, bem como a luta que desenvolve pela valorização da categoria.

PRESIDENTE DO COREN É PALESTRANTE NO CONGRESSO BRASILEIRO DE DIREITO & SAÚDE

Com o objetivo de discutir diversos temas inerentes à interface do mundo jurídico e das ciências da saúde, a Comissão de Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil – Secção Ceará e a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública – Ministério Público do Estado do Ceará, promoveram o IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde, no Hotel Oásis Atlântico, em Fortaleza/CE, no período de 24 a 26 de novembro de 2015, com o tema "Humanização e Acesso de Qualidade" ao sistema de saúde.

Os diversos temas discutidos e Saúde foram abordados no âmbito de três perspectivas: a saúde pública, que incluirá a efetividade da saúde como direito constitucional fundamental; a contextualização das relações de consumo entre operadoras de planos de saúde, usuários e profissionais de saúde; e a responsabilidade civil, criminal e ética dos profissionais de saúde e dos gestores públicos e privados da área da saúde.

O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, participou como Palestrante da Mesa Redonda sobre o tema "Responsabilidade civil e ética dos profissionais de saúde", no dia 26.

OSVALDO ALBUQUERQUE SOUSA FILHO, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará – UECE; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UECE e Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Bacharel em Direito pela Universidade de Fortaleza – Unifor.

O presidente da OAB-CE, Valdetário Andrade Monteiro. "Neste ano, contamos com a participação de renomados juristas e profissionais de saúde, e, com isso, pretendemos discutir a saúde pública e privada para garantir os direitos do cidadão". ●

COREN-CE EMPOSSA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), empossou, os membros eleitos para a Comissão de Ética de Enfermagem, na sede do Hospital Antônio Prudente em Fortaleza.

Viviane Mamede Vasconcelos, presidente da Comissão de Ética do Coren-CE, representou o presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e deu posse aos membros. O Hospital Antônio Prudente, foi representado pelas Enfermeiras: Aglais Torres, diretora de Enfermagem e Nagila Melo, gerente de Enfermagem daquela unidade hospitalar.

As Comissões de Ética, são órgãos representativos, normatizadas pelo Coren-CE, nas instituições, com funções educativas e consultivas, do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

As principais funções são:

- Garantir a conduta dos profissionais de Enfermagem da Instituição, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal, auditoria, ouvidoria e irregularidades detectadas;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem da instituição;
- Colaborar com o Conselho de Enfermagem no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de Enfermagem.

A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Antônio Prudente é composta dos seguintes profissionais eleitos e empossados pelo presente ato:

ENFERMEIROS – MEMBROS EFETIVOS

LUCIANNA VIEIRA BRAGA ARAUJO | Presidente

OTHAVIA GOMES BEZERRA RIBEIRO |Vice-Presidente

MARIA LAUCIMAR BEZERRA | Secretária

CLAUDIANA GARCIA DA SILVA

RUBENS VITOR BARBOSA

ALEXSANDRO DE LIMA OLIVEIRA

EVILANEIDE VERAS MATOS

MEMBROS SUPLENTES

ROCICLEIA FONSECA DE ABREU

ANA CRISTHINA DE SOUSA SANTANA

THIAGO ROCHA DE SA LEITÃO

FRANCISCA ELIANE DA SILVA MORAIS

FRANCISCA EUZILEIDE NOGUEIRA GOMES

MARIA SIMONE DE SOUSA

RAFAEL WILLIAM PEREIRA SILVA

ACADEMIA DE POETAS E ESCRITORES DE ENFERMAGEM É EMPOSSADA EM BRASÍLIA

Uma noite especial para enfermagem, tornou marcante a solenidade de posse da Academia Internacional de Poetas e Escritores de Enfermagem – Academia IPÊ, sexta-feira(23) em Brasília-DF, tendo como presidente a enfermeira e poetisa Onã Silva.

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), representou o presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Manoel Carlos Neri da Silva, levando a efusiva mensagem de congratulações do pleno do Cofen.

O objetivo principal da Academia IPÊ é congregar profissionais de enfermagem, autores de poesias e demais gêneros literários e formas expressivas de arte do cuidar sensível, para produzir reflexões, saberes, práticas, tecnologias, bens materiais e imateriais do conhecimento estético da profissão.

Quatro enfermeiros cearenses tomaram posse como membros da Academia IPÊ, fato importante que destaca o estado, bem como o Coren-CE.

São acadêmicos:

- Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes
- Antonio Germane Pinto
- Jardel Alcântara Negreiros

- Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Onã Silva é graduada em enfermagem pela Universidade católica de Goiás, pós-graduada em saúde pública pela Universidade de Brasília, Mestrado em educação pela Universidade católica de Brasília e Doutora em enfermagem pela UNB.

DELEGAÇÃO DE ENFERMAGEM DA FRANÇA VISITA SEDE DO COREN-CE

Pesquisadores do Centro Hospitalar Universitário (CHU) de Rouen, na França vieram a Fortaleza para conhecer as práticas de Humanização do Cuidado com récem-nascidos. A visita técnica é parte do Convênio entre a Universidade de Fortaleza, o CHU de Rouen e o Ministério da Saúde da França.

A comitiva francesa fez questão de visitar a sede do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e foram anfitrionadas pelo presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho. O presidente destacou que as Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições, contribuem para fortalecer as reflexões, discussões e ações que envolvam assuntos pertinentes à Ética no âmbito profissional. "É importante destacar que a vivência do compromisso ético na prática profissional da enfermagem possibilita a humanização do serviço de saúde e promove melhorias no processo de trabalho e na qualidade da assistência de enfermagem", declarou Albuquerque.

O grupo que veio a Fortaleza é composta pelas enfermeiras Hèlene Boulard, coordenadora de Pesquisa do CHU-Rouen, Patrice Neveau, coordenadora do Serviço de Obstetrícia e Neonatologoia do CHU-Rouen, e os alunos do curso de Enfermagem: Maëlle Guyomard, Quentin Jubert e Veronika Bojanowski.

Em junho de 2015 dando continuidade ao convênio UNIFOR/ROUEN, uma delegação composta das Professoras Karla Rolim, Eloah Gurgel, Renata Carneiro e Mirna Frota se dirigiu à Rouen, onde é desenvolvido estudo comparativo do cuidado com o recém-nascido nos dois países.

A integração interdisciplinar no cuidado, despertou a atenção das francesas. "Na França trabalhamos de forma mais individual, aqui a equipe de profissionais de diferentes formações se complementa coletivamente", explica Patrice Neveau. Também destacaram a atuação da Comissão de Ética de Enfermagem e o empenho dos profissionais em salvar vidas tão prematuras, como as de bebês com 24 semanas, visto que na França a legislação referente à interrupção da gravidez é menos criteriosa.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DISCUTE O PERFIL DA ENFERMAGEM NO CEARÁ

Audiência Pública que apresentou a pesquisa Perfil da Enfermagem, terça-feira (10/11) em Fortaleza, foi realizada pela Comissão de Seguridade Social e Saúde da Assembleia Legislativa, atendendo a solicitação do presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), Osvaldo Albuquerque Sousa Filho.

Patrocinada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a pesquisa trouxe dados específicos sobre a enfermagem no Ceará.

A pesquisa, aponta que 50% dos enfermeiros do País ganham até R$ 2 mil. Segundo a pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz Maria Helena Machado, foram ouvidos cerca de 59 mil profissionais da área, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Dentre eles, 22% declararam receber até mil reais por mês, e 28% disseram receber entre mil e R$ 2 mil. "Os salários são indecentes. O Congresso Nacional não pode ficar insensível", criticou a pesquisadora. A pesquisa também constatou problemas como precarização, jornadas exaustivas e baixa remuneração.

Outro dado que a pesquisa apresenta é que 70% dos profissionais não se sentem protegidos no ambiente de trabalho e 60% dos entrevistados não recebem assistência em saúde dentro do próprio local

de trabalho. Maria Helena Machado explicou ainda que os profissionais se concentram nas capitais e nos grandes centros. No Ceará, por exemplo, 70% dos trabalhadores de enfermagem estão em Fortaleza e 30% no Interior.

O deputado Renato Roseno (Psol), requerente da audiência, destacou a importância da pesquisa que corrobora as constantes queixas dos trabalhadores da área de enfermagem, que relatam problemas como jornadas de trabalho exaustivas, baixa remuneração, estresse e doenças físicas e mentais. O parlamentar se colocou à disposição para elaborar um projeto de indicação propondo, entre outros temas, a criação de piso salarial para a área no Ceará.

O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), Osvaldo Albuqerque, enfatizou a importância de discutir e cobrar que o Congresso Nacional aprecie os projetos de lei referentes à carga horária e ao piso salarial dos profissionais da área. O Movimento 30 Horas para a enfermagem e o Piso Salarial, foi abraçado pelo Sistema Cofen e Conselhos Regionais, levando a discussão para todo o País.

Marta Brandão, presidente do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará (Sindsaúde), parabenizou o Cofen e o Coren pela iniciativa de unir as entidades e a categoria na luta pela valorização da enfermagem no País. E enfatizou: "Não é papel dos Conselhos, a luta salarial, mas é o Coren quem mais tem contribuído nesta parceria pela busca de respeito e valorização da profissão".

Coren-CE e Sindsaúde, criticaram fortemente as cooperativas que se utilizam dos profissionais subcontratados por míseros salários e sem direitos trabalhistas, inclusive pelo Governo do Estado que mantém convênio com essas empresas, que ainda por cima causam atraso no pagamento dos salários. A representante do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará (Senece), Lúcia Arruda, afirmou que a gestão por meio de organizações sociais (cooperativas) é preocupante e desmonta áreas estratégicas do setor. Disse ainda ser vergonhoso o piso salarial da secretaria de Saúde do Estado, que fixa a base em R$ 900,00.

A promotora de Justiça e Defesa da Saúde Pública, Isabel Porto, enalteceu a pesquisa que tornou oficial os dados que a mesma já conhece de perto. "Somos partícipes das ações fiscalizadoras do Coren. Agora

colocaremos o empenho da Promotoria de Justiça do Ceará para lutar junto ao Cofen pela melhoria da situação retratada nesta importante pesquisa", afirmou Isabel Porto. A promotora acompanha as ações de fiscalização do Coren-CE, juntamente com a comissão de ética da OAB-CE.

Já o representante da Associação Brasileira de Enfermagem no Ceará, Michel Marques, defendeu que os profissionais se unam e lutem por melhores condições de trabalho e salários.

Também participaram da audiência pública os representantes da Rede Nacional de Médicos Populares, Pablo Piccinelli, e do Conselho Estadual de Saúde, Anderson Silva Sousa.

ENCONTRO REÚNE RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DO CEARÁ

Responsáveis Técnicos das unidades de saúde do estado, participaram de encontro nesta segunda-feira(23), na sede do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, à convite do presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho.

O objetivo principal foi promover a discussão sobre temas relevantes da profissão e propiciar aos Responsáveis Técnicos (RTs) de Enfermagem, instrumentos para desenvolver as ações na instituição de saúde onde atuam na busca da melhoria da qualidade da assistência.

Osvaldo Albuquerque, apresentou aos RTs o organograma organizacional do órgão e pautou sobre a missão da Instituição e a importância dos responsáveis técnicos e o papel no planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem da empresa ou instituição onde estes são executados (art.4º da Resolução COFEN 458/2014).

A anuidade como tributo foi o tema discorrido pela advogada Micheline Holanda, assessora jurídica .

Adailson Vieira, coordenador do departamento de Fiscalização do regional, destacou o importante papel da fiscalização no combate ao exercício irregular da profissão e conclamou os RTs para caminharem em sintonia com as ações que são desenvolvidas.

Inadimplência, certidão negativa e REFIS (Regularização Fiscal), também estiveram na pauta das discussões.

AUDIÊNCIA DISCUTE A SITUAÇÃO DOS SERVIDORES DA SAÚDE NO CEARÁ

A situação dos servidores da saúde no Ceará foi tema de debate em audiência pública promovida pela Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Assembleia Legislativa nesta terça-feira (15/12). O debate atendeu a requerimento do deputado Carlos Matos (PSDB).

O parlamentar e os participantes definiram que será solicitada uma reunião com o governador Camilo Santana, em conjunto com representantes das secretarias da Saúde, do Planejamento e das Finanças, para tratar sobre as questões salariais e trabalhistas.

O líder do governo na Casa, deputado Evandro Leitão (PDT), foi chamado à audiência e se comprometeu a solicitar a reunião com o governador. Além disso, Carlos Matos afirmou que irá pedir uma audiência pública para que o governo faça a prestação de contas dos gastos na Saúde, em cumprimento à Lei Complementar nº 141, que determina essa prestação pública a cada quatro meses.

"O governador apresentou propostas sobre saúde em sua campanha eleitoral. Como pede 90 dias para entender a situação da Saúde no estado?", questionou a promotora de Saúde Pública do Estado do Ceará, Isabel Salustiano Porto. Ela ainda avaliou que "nunca a situação da saúde esteve tão ruim". A promotora informou também já ter questionado na Justiça o fato da gestão de parte da saúde de ser feita pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH).

O presidente do Conselho Regional de Enfermagem, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, destacou mais de 70% dos trabalhadores serem terceirizados; além de situações de desrespeito aos direitos trabalhistas e atrasos de salários. Precarização da saúde é o que vemos de fato, numa prática imoral, lembrando que os baixos salários obrigam os profissionais a trabalharem até 80 horas por semana, o que está deixando muitos deles doentes. Cópia da pesquisa Perfil da Enfermagem, realizada pela Fiocruz e patrocinado pelo Conselho Federal de Enfermagem, foi entregue ao deputado Carlos Matos.O presidente lembrou que no dia 21 de maio deste ano, entregou ao governador Camilo Santana, o relatório emergencialmente elaborado com base nas captações obtidas das fiscalizações do Conselho Regional, demonstrando tecnicamente a realidade dos processos de assistência e as vulnerabilidades dos maiores Hospitais de emergência do Estado. 07 meses se passaram e o até hoje o governador não emitiu nenhuma opinião sobre o relatório. O deputado Carlos Matos, solicitou cópia do relatório.

Também estiveram presentes na audiência pública as presidentes do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará (Senece), Telma Cordeiro e Eucléa Gomes Vale, da Associação Brasileira de Enfermagem – Secção ceará.

POSTO MUNICIPAL DE SAÚDE RECEBE NOME DA ENFERMEIRA GRASIELA BARROSO

A Prefeitura Municipal de Fortaleza entregou para a população da Regional VI o segundo posto de saúde construído naquela área. A inauguração ocorreu na terça-feira (22/12). O posto de saúde está localizado no bairro Ancuri e vai atender cerca de 19 mil usuários, abrangendo também moradores dos conjuntos Santa Maria e Santa Fé. A unidade recebe o nome da professora Doutora Maria Grasiela Teixeira Barroso. A professora foi responsável pela implantação dos Cursos de Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fundou o PET, vinculado a CAPES e ao MEC, no qual figura como primeira tutora. Colaborou no processo de criação e implantação da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE). Em 2010, Grasiela Barroso foi agraciada com a maior Comenda da Enfermagem brasileira, conferida pelo Conselho Federal de Enfermagem, recebendo a MEDALHA DO MÉRITO DA ENFERMAGEM. Faleceu no dia 13 de maio de 2011.

A solenidade contou com a participação do prefeito de Fortaleza, Roberto Cláudio, da secretária da Saúde, Socorro Martins, e do presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho que destacou os valores incontestes da Professora Grasiela Barroso, lembrando a paixão e o compromisso da mesma com uma enfermagem realizada com ética e humanização.

Com uma dimensão de aproximadamente 727 m², será disponibilizado atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Na estrutura física o posto oferece escovódromo, fraldário, farmácia, salas de espera, imunização, expurgo, esterilização, observação, procedimentos, curativos, acolhimento, administração, conselho, copa e depósito de material de limpeza.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

Artigo Original: Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Artigo de Revisão: Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

Atualidade: Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

Resenha: Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (http://decs.bvs.br).

3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedidos por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal[7].

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador[1-5].

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas"[1:30-31].

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatins) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: *primeira nota, **segunda nota, ***terceira nota.

Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.
3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

POR CORREIO COMUM: ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

POR E-MAIL: retep@coren-ce.org.br