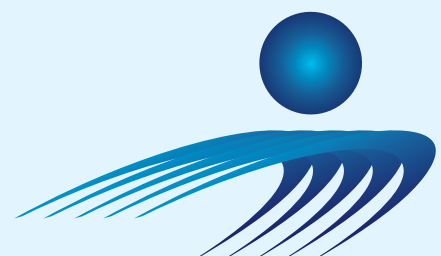


CuidArte

Enfermagem



CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Volume 6 Número 1 p. 1-52 janeiro/junho 2012 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

Editores

Alessandra Mazzo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Antonio Carlos de Araújo

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto-SP.

Ilza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

Luciana Bernardo Miotto

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP e Veris Faculdades, Campinas-SP.

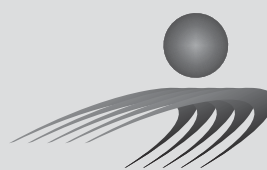
Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME.

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva -SP.



*Faculdades
Integradas
Padre Albino*

FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Administração

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: José Carlos Rodrigues Amarante

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice-Diretor: Sidnei Stuchi

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria da Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio

A **CuidArte Enfermagem** é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino.

Indexada: Base de Dados de Enfermagem - BDEF - BIREME



Rua dos Estudantes, 225

Parque Iracema

Catanduva-SP - Brasil

CEP 15809-144

Telefone (17) 3311-3228 / 3311-3335

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Anamaria Alves Napoleão – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – SP.

Cristina Arreguy-Sena – Enfermeira - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – MG.

Dircelene Jussara Sperandio – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Dulce Maria da Silva Vendruscolo – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Gilson Luiz Volpato - Biólogo - Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.

Helena Megumi Sonobe – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Isabel Amélia Costa Mendes - Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE - SP.

Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina-SC.

José Carlos Amado Martins - Enfermeiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal.

Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP.

Lizete Diniz Ribas Casagrande – Pedagoga e Socióloga – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo-SP.

Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP.

Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP.

Manzêlio Cavazzani Júnior – Biólogo - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP

Maria Auxiliadora Trevizan - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP

Maria Cristina de Moura-Ferreira – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED - UFU

Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP.

Maria Helena Larcher Caliri - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

Maria José Bistafa Pereira - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Maria Tereza Cuamatzi Peña - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México – México.

Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal.

Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.

Marli Villela Mamede - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará – UFPA – Belém do Pará-PA.

Myeko Hayashida - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG.

Simone Perufo Opitz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre - UFAC – AC.

Sinval Avelino dos Santos – Enfermeiro - Universidade Paulista – UNIP, Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP.

Yolanda Dora Martinez Évora – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



Componentes do Núcleo:
Marino Cattalini (Coordenador)
Marisa Centurion Stuchi
Virtude Maria Soler

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 6, n. 2 (jan./jun. 2012) - --- Catanduva: Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007- v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Graduação em Enfermagem.

CDD 610.73

- Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.
- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Impressão deste periódico: Gráfica Gimenez
- Início de circulação: dezembro de 2007 / Circulation start: December 2007
- Data de impressão: junho 2012 / Printing date: June 2012

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Nelson Jimenes

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

A ESPIRITUALIDADE NOS PACIENTES COM CÂNCER EM QUIMIOTERAPIA

SPIRITUALITY OF CANCER PATIENTS UNDER CHEMOTHERAPY

LA ESPIRITUALIDAD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA

Sara Pinto, Silvia Caldeira, José Carlos Martins..... 08

EFEITOS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR SOBRE OS MARCADORES BIOQUÍMICOS E OS PARÂMETROS BIOFÍSICOS DE PORTADORES DE SÍNDROME METABÓLICA

HOME CARE EFFECTS ON BIOCHEMICAL MARKERS AND BIOPHYSICAL PATTERN OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

EFEITOS DEL ATENDIMIENTO EN DOMICÍLIO SOBRE LOS MARCADORES BIOQUÍMICOS Y LOS PARAMETROS BIOFISICOS DE PACIENTES CON EL SÍNDROME METABÓLICO

Marino Cattalini, Sandra Eduarda Roder do Prado, Gabriela Aguiar Bellucci, Vinicius Loli, Victor Gustavo Othero Vidal, Claudio Christante Errerias..... 15

INTERNAÇÃO DOMICILIAR: CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS E CUIDADORES

HOME CARE: CHARACTERIZATION OF USERS AND CARER

INTERNACIÓN DOMICILIARIA: CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS Y CUIDADORES

Michely Aparecida Cardoso Maroldi, Juliano de Souza Caliar, Lidiani Cola Roceti Dal Ponte, Rosely Moralez de Figueiredo..... 24

ESTUDO SOBRE A PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO HOSPITALAR NO SÍTIO CIRÚRGICO

STUDY ON THE PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR SURGICAL SITE INFECTION IN HOSPITAL

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL

Luiz Henrique Prado Coelho, Rosamary Garcia Aparecida Stuchi, Gessiane de Fátima Gomes..... 30

CURSOS PREPARATÓRIOS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA: IMPACTO DO TEMPO DE FREQUÊNCIA NO DESEMPENHO DO GRADUANDO

PREPARATORY COURSES FOR MEDICAL RESIDENCY: IMPACT OF TIME-FREQUENCY PERFORMANCE OF THE STUDENT

CURSOS DE PREPARACIÓN PARA LA RESIDENCIA MÉDICA: IMPACTO DE TIEMPO EN LA FRECUENCIA DE RENDIMIENTO ESTUDIANTES DE PREGRADO

Igor Rondelli da Silva, Larissa Salomão Almeida, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga, Terezinha Soares Biscegli..... 34

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

SOFTWARE EDUCACIONAL: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

EDUCATIONAL SOFTWARE: SCIENTIFIC PRODUCTION IN NURSING

SOFTWARE EDUCATIVO: LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMERÍA

Silvia Helena Tognoli, Alessandra Renata Targa Longo, Maria Suely Nogueira, Simone de Godoy..... 40

O TRABALHO DO ENFERMEIRO E A SÍNDROME DE *BURNOUT*: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

THE NURSES' WORK AND BURNOUT SYNDROME: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

TRABAJO DE ENFERMERAS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT: REVISIÓN INTEGRADORA

Aline Beatriz Silva Basílio, João Bosco Filho, Raphael Raniere de Oliveira Costa..... 45

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN 50

Editorial

Nelson Jimenes*

SABER FAZER, SABER MANDAR, SABER CUIDAR

CUIDARTE: binômio do exercício do cuidado, do cuidar por parte da enfermagem como relação de uma ação humana e da arte tendo como base a ética. Saber cuidar, saber fazer, saber mandar.

A **CuidArte Enfermagem** nos remete a uma reflexão sobre a elaboração do conhecimento como parte essencial de desenvolver coletiva e individualmente a produção de artigos e textos dos mais elaborados e selecionados, cujos trabalhos procuram expressar a parte prática e teórica de uma academia.

Em razão disso a **CuidArte Enfermagem**, desde sempre, é uma proposta que tem no seu escopo um projeto coletivo envolvendo discentes, docentes, pesquisadores, editores, diagramadores, impressores, coordenadores, diretores e tantos quantos necessários, interna ou externamente, enquanto colaboradores das Faculdades Integradas Padre Albino.

Trata-se de experiência do coletivo voltada com orientação clara dos princípios pedagógicos. Assim, nesta edição do volume 6, número 1, janeiro/junho/2012 temos que ressaltar:

- a espiritualidade como dimensão humana íntima e fundamental para o bem-estar no contexto de grave enfermidade. A partir daí, analisar variáveis e níveis de espiritualidade que afetam pacientes com câncer em quimioterapia;
- quanto é importante modificar o estilo de vida dos indivíduos que tenham um conjunto de fatores de risco cardiovascular para obter-se êxito terapêutico, melhorando os marcadores bioquímicos e os parâmetros biofísicos;
- conhecer e relembrar que com o envelhecimento da população surge o serviço de atendimento domiciliar com a finalidade de proporcionar suporte técnico e estrutural às famílias no retorno e manutenção do doente em domicílio;
- passando pelos conhecimentos da informática, temos uma produção científica de alto nível na área da enfermagem;
- o desenvolvimento do conhecimento dentro de um complexo processo na formação da ciência médica;
- interessante busca da enfermagem para encontrar novos horizontes na construção de estratégias de cuidar do semelhante e produzir a saúde do trabalhador; e
- o importante estudo que visou identificar fatores de risco relacionados à infecção hospitalar, cujos resultados reforçam a importância de cada vez mais intensificar medidas de controle e prevenção.

Neste número da **CuidArte Enfermagem**, estamos diante de um espaço criativo de produção intelectual que contribui para a comunidade em geral (acadêmica e não acadêmica), deixando de lado qualquer tipo de individualidade, guardando mutuamente a humildade do intelecto e o poder do amor ao conhecimento.

Nosso respeito, reconhecimento e admiração a todos quantos contribuíram para esta realização do Curso de Enfermagem das FIPA – Faculdades Integradas Padre Albino.

KNOWING HOW TO DO, KNOWING HOW TO LEAD, KNOWING HOW TO CARE

CUIDARTE: binomial of caring exercise, first of nursing care as reflection of a human action and second as art based on ethics. Knowing how to do, knowing how to lead, and knowing how to care.

The journal *CuidArte Enfermagem* leads us to reflect on the elaboration of knowledge as an essential part of the collective and individual development of sophisticated articles and papers production, which seek to express the practical and theoretical part of an academy.

Accordingly, the *CuidArte Enfermagem* has always been a proposal which aim is a collective project involving students, teachers, researchers, editors, designers, printers, chairmen, directors, and many others professionals, internally or externally, as coworkers of the Padre Albino Integrated Faculties.

It is a collective experience focused on a clear guidance of pedagogical principles. Therefore, talking about this edition of volume 6, number 1, january/june/2012, the following topics have to be emphasized:

spirituality as intimate and fundamental human dimension looking for the welfare in the context of serious illness. From there, examine variables and levels of spirituality, affecting cancer patients undergoing chemotherapy;

how important is it to change the lifestyle of individuals presenting a number of cardiovascular risk factors in order to obtain therapeutic success, improving the biochemical and biophysical parameters;

knowing and remembering that an aging population needs a home care service with the purpose of providing technical and structural support to the families in order to keep the patient at home;

passing through the knowledge of computer science, it is possible to get a high level of scientific production in nursing;

the development of knowledge happens through a complex process in the training of medical science;

there is an interesting search of nursing to find new horizons in building strategies to care for people and producing worker's health;

the identification of risk factors related to hospital infections suggest the importance of increasingly intensify prevention and control actions;

In this issue of *CuidArte Enfermagem*, we observed a creative space of intellectual production that contributes to the academic and non-academic community knowledge, leaving aside any sort of individuality, looking mutually for the humility of intellect and for the power of the love for knowledge.

Our respect, gratitude and admiration to all who contributed to this achievement of the Nursing Course of FIPA Padre Albino Integrated Faculties.

SABE, SABE MANDAR, IMPORTA SABER

Cuidarte: ejercicio binomio de atención, el cuidado por la relación de lactancia como una acción humana y el arte basado en la ética. Aprenda cuidar, saber hacer, saber mandar.

La *CuidArte Enfermagem* nos lleva a reflexionar sobre el desarrollo del conocimiento como parte esencial del desarrollo de la producción colectiva e individual de artículos y textos de los más elaborados y seleccionados, cuyas obras tratan de expresar el gimnasio práctico y teórico.

Como resultado de la *CuidArte Enfermagem* siempre ha sido una propuesta que esté dentro de su alcance de un proyecto colectivo que involucre a los estudiantes, profesores, investigadores, editores, diseñadores, impresores, ingenieros, directores, y todos los que sea necesario, interna o externamente, mientras que los empleados de las Facultades Integrado Padre Albino.

Es la experiencia colectiva enfocada con una orientación clara de los principios pedagógicos. Por lo tanto, esta edición del volumen 6, número 1, janeiro/junho/2012 que destacan:

la espiritualidad y la escala humana íntima como fundamental para el bienestar en el contexto de una enfermedad grave. A partir de ahí, examinar las variables y niveles de espiritualidad que afectan a los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia;

¿Cuán importante es cambiar el estilo de vida de las personas que tienen un número de factores de riesgo cardiovascular para obtener éxito terapéutico, la mejora de los parámetros bioquímicos y biofísicos;

conocer y recordar que con el envejecimiento de la población viene el servicio de atención a domicilio con el fin de prestar apoyo técnico a las familias y el retorno estructural y el mantenimiento de la residencia del paciente;

aprobar el conocimiento de la informática, tenemos un alto nivel de producción científica de la enfermería;

el desarrollo del conocimiento dentro de un proceso complejo en el entrenamiento de la ciencia médica;

búsqueda de Interés enfermería para encontrar nuevos horizontes en las estrategias de creación de cuidar y producir trabajador de salud similar;

el importante estudio que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo relacionados con la infección hospitalaria, los resultados refuerzan la importancia de intensificar cada vez más medidas de prevención y control.

En esta edición de *CuidArte Enfermagem*, tenemos un espacio creativo de la producción intelectual que contribuya a la comunidad en general (académicas y no académicas), dejando de lado cualquier tipo de individualidad, manteniendo mutuamente humildad de la inteligencia y el poder del amor por el conocimiento.

Nuestro respeto, gratitud y admiración a todos los que contribuyeron a este logro del curso de Enfermería de la FIPA - Integrated Colegio Padre Albino.



Artigos Originais

CuidArte
Enfermagem

A ESPIRITUALIDADE NOS PACIENTES COM CÂNCER EM QUIMIOTERAPIA

SPIRITUALITY OF CANCER PATIENTS UNDER CHEMOTHERAPY

LA ESPIRITUALIDAD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA

Sara Pinto*, Sílvia Caldeira**, José Carlos Martins***

Resumo

A espiritualidade é uma dimensão humana íntima e fundamental para o bem-estar, principalmente em contexto de doença grave. Os objetivos deste estudo foram: analisar algumas variáveis que afetam a espiritualidade dos pacientes com câncer em quimioterapia; analisar os níveis de espiritualidade e verificar se existem diferenças nestes em função das variáveis analisadas. Estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo-correlacional. Analisou-se a espiritualidade numa população de 92 pacientes em quimioterapia (amostra não probabilística, sequencial) em função de algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e de fé, utilizando a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. Apesar de viver uma doença grave, a maioria dos inquiridos admite que a sua vida mudou para melhor e que aprendeu a valorizar as pequenas coisas da vida. A idade e a prática religiosa influenciam a vivência da espiritualidade, contrariamente ao que sucede com outras variáveis, como o tipo de quimioterapia, habilitações literárias ou sexo. Os mais idosos são mais crentes e os que têm uma prática religiosa regular apresentam médias de espiritualidade superiores à dos não praticantes. O sofrimento atua como um mecanismo de discernimento, ajudando a pessoa a estabelecer prioridades. Os mais idosos e os menos instruídos tendem a valorizar a dimensão vertical da espiritualidade, transferindo para o transcendente a responsabilidade dos resultados que estão fora do seu controle. A espiritualidade atua como um importante mecanismo de coping ajudando a pessoa a lidar com o sofrimento e incertezas do futuro.

Palavras-chave: Espiritualidade. Cuidados paliativos. Câncer. Quimioterapia.

Abstract

Spirituality is an inner human dimension essential for the well being, especially in the context of serious illness. The aims of this study were: to analyze some variables which affect the spirituality of cancer patients on chemotherapy, analyze the levels of spirituality and verify if there are differences in terms of these variables. Quantitative study, exploratory, descriptive and correlational. We analyze the spirituality of 92 patients on chemotherapy (non-probabilistic sample sequence) due to some socio-demographic, clinical and faith using the Spiritual Assessment Scale in Health Contexts. Despite living a serious illness, the majority of surveyed admitted having changed his life for the better and learned to appreciate the little things of life. Age and religious practice influence the experience of spirituality, but variables such as the type of chemotherapy, qualifications or sex don't. Older people and those who have a regular religious practice are more believers and have higher spirituality average than those who are non-practicing. Suffering acts as a mechanism of discernment, helping the person to set priorities. The older and the less educated tend to value the vertical dimension of spirituality, transferring responsibility to the transcendent. Spirituality serves as an important coping mechanism helping the person to cope with suffering and uncertainty of the future.

Keywords: Spirituality. Hospice care. Cancer. Drug therapy.

Resumen

La espiritualidad es una dimensión humana íntima esencial al bienestar, especialmente en el contexto de una enfermedad grave. Los objetivos fueron: analizar algunas variantes que afectan la espiritualidad de los pacientes con cáncer y sometidos a tratamientos de quimioterapia, analizar los niveles de espiritualidad y ver si hay diferencias en éstos teniendo en cuenta las variantes estudiadas. Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y correlacional. Se analizó la espiritualidad de una población de 92 pacientes en quimioterapia (muestra no probabilística, secuencial) en función de algunas variantes socio demográficas, clínicas y la fe, utilizando la escala de evaluación de la espiritualidad en contextos de salud. A pesar de vivir una enfermedad grave, la mayoría de los pacientes admitió que su vida cambió para mejor y aprendió a apreciar las pequeñas cosas de la vida. La edad y las prácticas religiosas influyen en la experiencia de la espiritualidad, al contrario de lo que ocurre con otras variantes, como el tipo de quimioterapia, las calificaciones o el sexo. Los ancianos son los más creyentes y los que tienen una práctica religiosa regular presentan promedios de espiritualidad más elevados que los no practicantes. El dolor actúa como un mecanismo de discernimiento, lo que ayuda a la persona a establecer prioridades. Los ancianos y los menos letrados tienden a valorar la dimensión vertical de la espiritualidad. La espiritualidad sirve como un importante mecanismo de lucha, ayudando a la persona a manejar el dolor y la incertidumbre del futuro.

Palabras clave: Espiritualidad. Cuidados paliativos. Câncer. Quimioterapia.

* Enfermeira, Centro Hospitalar de S. João, EPE - Portugal. Estudante do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina do Porto - Portugal.
Contato: sara.o.pinto@gmail.com

** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Mestre em Bioética. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
Contato: caldeira.silvia@gmail.com

*** Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestre em Bioética. Doutor em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal.

INTRODUÇÃO

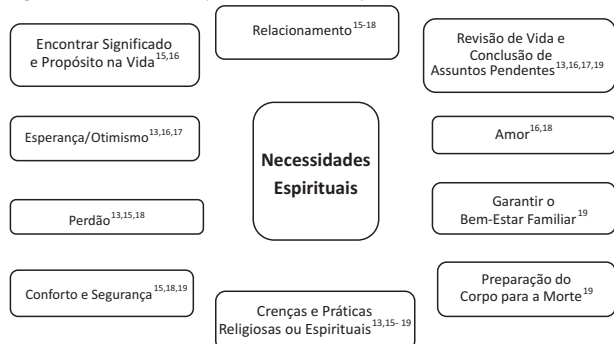
A espiritualidade é uma dimensão humana multidimensional e complexa que proporciona ao homem bem-estar e paz interior¹. Faz parte de todas as pessoas e caracteriza-as na sua maneira de ser e de atuar². Paralelamente à sua universalidade é, também, individual, única e dinâmica, sendo influenciada pela cultura e pelas experiências de cada pessoa²⁻⁵. Apesar da multiplicidade de definições não existe nenhuma que se possa considerar universal³, mas surgem dois pontos nos quais os autores são consensuais e que constituem atributos centrais da espiritualidade:

- a procura de um significado e propósito na vida^{2,6,7}, sendo que esta procura pode intensificar-se no aproximar da morte⁸;
- a necessidade de relação consigo mesmo, com o outro, com a natureza e com o transcendente^{2,6,8}. Esta necessidade de relação divide-se em duas dimensões: a dimensão vertical (relacionada com o transcendente) e a dimensão horizontal (relacionada com o próprio, os outros e o meio envolvente)⁹.

A evidência científica tem demonstrado que a espiritualidade produz efeitos positivos na saúde da pessoa: por intermédio da ação neurotransmissora atua a nível cardiovascular, bem como nos sistemas imunitário e endócrino¹⁰. Através do sistema nervoso simpático e parassimpático provoca diminuição da frequência cardíaca, da pressão sanguínea e dos níveis de cortisol, ativando, assim, as funções de defesa e diminuindo os níveis de ansiedade^{11,12}.

As necessidades espirituais são as variáveis que motivam a procura de sentido na vida e que ajudam a pessoa a transcender as dificuldades e o sofrimento¹³⁻¹⁶. Segundo vários estudos, as necessidades espirituais mais expressas em cuidados paliativos são: a procura de um sentido na vida, esperança/otimismo, perdão, conforto e segurança, relacionamento, revisão de vida e conclusão de assuntos pendentes, amor, garantia do bem-estar familiar, preparação do corpo para a morte, crenças e práticas religiosas ou espirituais (Figura 1).

Figura 1 - Necessidades espirituais em cuidados paliativos



Estar atento a estas necessidades é dar ao paciente uma oportunidade de continuar a encontrar sentido para a sua vida e de encontrar esperança no meio do sofrimento²⁰. É ter em consideração que a morte em si mesma não é a tragédia final e o que destrói o homem não é o sofrimento, mas o sofrimento sem sentido²¹. O cuidado espiritual representa, assim, uma parte fundamental do cuidar em enfermagem, assentado em quatro princípios fundamentais: intuição, relação interpessoal, altruísmo e integração²². Em primeiro lugar, é necessário reconhecer que a pessoa tem necessidades espirituais e, em segundo, identificar o momento oportuno para intervir. A essência destes cuidados emerge do Ser mas concretiza-se no Fazer pelo que não basta a presença física, mas também o sentido de compromisso e a capacidade de se comunicar de forma assertiva e eficaz (relação interpessoal). Por fim, sendo a espiritualidade uma dimensão que abarca todos os aspetos da vida humana (integração), é necessário cultivar uma atitude altruísta colocando-se, em primeiro plano, as necessidades da pessoa. Neste contexto, a dimensão espiritual constitui parte integrante da assistência de enfermagem, contribuindo de forma inequívoca para a qualidade dos cuidados prestados.

Com base nos trabalhos desenvolvidos por diversos autores, pode-se considerar a existência de três tipos de barreiras à prestação destes cuidados: pessoais, relacionadas com o conhecimento e relacionadas com o ambiente^{1,23,24}.

Relativamente aos primeiros, é comumente aceito que os assuntos de natureza espiritual poderão gerar desconforto e incerteza nos enfermeiros. Por um lado, admite-se que poderá haver uma certa tendência em considerá-los como do foro íntimo ou da responsabilidade de outras disciplinas. Por outro, reconhece-se que lidar com a espiritualidade de outra pessoa é um desafio à própria espiritualidade o que, em alguns casos, poderá apresentar-se como um obstáculo. No que diz respeito ao conhecimento, a revisão efetuada veio demonstrar que a formação neste âmbito é mínima ou nula e, portanto, também a carência de conhecimentos poderá constituir uma barreira à prestação dos cuidados de natureza espiritual. Por fim, e reportando-se aos problemas associados ao ambiente, os autores apontam razões de ordem prática, como a falta de privacidade ou de tempo para abordar o assunto com o respeito e confidencialidade devidas.

No sentido oposto, a disponibilidade, a partilha de experiências, a existência de um ambiente calmo e a manutenção do focus da esperança em objetivos realistas poderão atuar como condições facilitadoras e promotoras do cuidado espiritual².

OBJETIVOS

- Analisar os níveis de espiritualidade dos pacientes onco-

lógicos em quimioterapia;

- identificar e analisar algumas variáveis que afetam a espiritualidade; e
- verificar se existem diferenças nos níveis de espiritualidade em função das variáveis analisadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, observacional, transversal e do tipo exploratório, descritivo-correlacional. A amostra, do tipo não probabilística, foi constituída por 92 pacientes portugueses com câncer, sob regime de quimioterapia (curativa ou paliativa) num hospital central português. Excluíram-se os pacientes com menos de 18 anos, os que apresentavam limitações cognitivas e todos aqueles em que não estava bem esclarecido no processo clínico o objetivo do tratamento (curativo, paliativo). O projeto da investigação foi previamente avaliado e autorizado pela Comissão de Ética da referida instituição e obteve-se o consentimento informado escrito de todos os participantes no estudo.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por algumas questões iniciais relativas a aspectos sociodemográficos, clínicos, percepção do estado atual e crenças religiosas e pela aplicação da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS)²⁵. Esta escala foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro²⁵ com o propósito de avaliar a espiritualidade no âmbito da doença crônica, nomeadamente em oncologia, e é composta por cinco itens: crenças espirituais/religiosas, fé, esperança, otimismo e valorização da vida. Apesar de simples e pequena, não apresenta redundâncias, o que permite uma boa aceitação e compreensão da parte dos inquiridos²⁵. As respostas, dadas numa escala de *Likert*, podem variar entre “não concordo” (1), “concordo um pouco” (2), “concordo bastante” (3) e “plenamente de acordo” (4). Após análise fatorial, e tendo em conta as dimensões vertical e horizontal da espiritualidade, os autores dividiram a escala em duas partes. A primeira subescala, designada por “Crenças”, é constituída pelos dois itens iniciais e reporta-se à dimensão vertical da espiritualidade. A segunda, denominada “Esperança/Otimismo”, refere-se à dimensão horizontal, incluindo os três itens restantes. A cotação de cada subescala é feita com base na média aritmética dos itens das mesmas, segundo a fórmula²⁶:

$$\text{Crenças} = (\text{Esp}_1 + \text{Esp}_2) / 2$$

$$\text{Esperança/Otimismo} = (\text{Esp}_3 + \text{Esp}_4 + \text{Esp}_5) / 3$$

Quanto maior a cotação obtida em cada item, maior será o nível de concordância com a dimensão avaliada. Para a construção e validação do instrumento, os autores utilizaram uma amostra constituída por 426 pessoas que, no passado, haviam tido uma doença oncológica e que no momento do estudo estavam a ser se-

guidos em consulta. O *Alpha* de Cronbach global do estudo piloto foi de 0,74²⁵.

Depois de recolhidos os dados, procedeu-se à análise global da escala, mediante o teste *Alpha* de Cronbach, tendo-se obtido elevadas correlações da quase totalidade dos itens com o total da escala (*Alpha* de Cronbach igual a 0,77). Este valor, ligeiramente superior ao que foi encontrado pelos autores, permitiu considerar que o instrumento tinha elevada consistência interna e, portanto, válido e fiável. No que se refere à análise das duas dimensões da escala, foi obtido um valor de *Alpha* de 0,920 para as “Crenças” e um valor de 0,675 para a “Esperança/Otimismo”. Para o estudo da normalidade e da homogeneidade da variância recorreu-se à utilização dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors e ao teste de *Levéne*, respectivamente. Os valores de significância obtidos foram superiores a 0,05, excetuando na subescala “Esperança/Otimismo”. Face ao exposto, pode-se afirmar que a distribuição foi normal.

A informação foi analisada a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18 para o *Windows*. Para o teste de hipóteses foram realizados testes paramétricos, na medida em que o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors demonstrou a normalidade da distribuição das variáveis dependentes. Sempre que necessário, recorreu-se ao teste de *Levéne* para analisar a homogeneidade de variâncias. Foi admitido, para todos os testes, um valor crítico de significância de 0,05 (p-value).

RESULTADOS

Da análise global da EAECS constatou-se que o valor de espiritualidade médio é de 2,79 pontos, a mediana de 2,80 pontos, a moda de 2,60 pontos e o desvio padrão de 0,71 pontos. O *score* global mínimo é de 1,40 pontos e o máximo de 4 pontos (o que corresponde ao máximo da escala).

Depois desta análise, foram calculadas as estatísticas descritivas da subescala “Crenças” (itens 1 e 2) e da subescala “Esperança/Otimismo” (itens 3, 4 e 5). Ao associar os itens por dimensões percebeu-se que na subescala “Crenças” a média é de 2,83 pontos, a mediana de 3 pontos e a moda de 3 pontos, com um desvio padrão de 0,93 pontos. O valor mínimo encontrado foi de 1 ponto e o máximo de 4 pontos. Já na subescala “Esperança/Otimismo”

observou-se uma média de 2,76 pontos, mediana de 3 pontos, moda de 2,33 pontos, com um desvio padrão de 0,75 pontos. Em ambas as subescalas o mínimo encontrado foi igual a 1 ponto e o máximo a 4 pontos, correspondente ao mínimo e máximos da escala de Likert, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas descritivas da EAECs e das subescalas "Crenças" e "Esperança/Otimismo"

Medidas Estatísticas	Subescala "Crenças" (n=90)	Subescala "Esperança/Otimismo" (n=91)	EAECs (n=89)
Média	2,83	2,76	2,79
Mediana	3,00	3,00	2,80
Moda	3,00	2,33	2,60
Desvio Padrão	0,93	0,75	0,70
Mínimo	1,00	1,00	1,40
Máximo	4,00	4,00	4,00

Seguidamente, procedeu-se ao cálculo das frequências relativas e percentuais de cada item.

No primeiro item (n=90), a maioria dos respondentes considerou que as crenças espirituais ou religiosas dão sentido à sua vida (87,80%). Apenas uma pequena percentagem (12,20%) não concordou com a afirmação. No item seguinte, "A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis" (n=91), continuou a haver uma percentagem elevada de pessoas que concordavam plenamente (33%) ou bastante (35,20%) com a importância das mesmas. Quanto ao terceiro item (n=91), a grande maioria esteve plenamente de acordo com a afirmação "Vejo o futuro com esperança" (40,70%). Contudo, no item 4 (n=92) a maior parte dos respondentes considerou que a sua vida não mudou para melhor (43,50%) e apenas 9,80% dos pacientes estavam plenamente de acordo com a afirmação. Apesar disso, existe um grupo considerável que admitiu que a vida mudou um pouco para melhor (27,20%) e um outro que admitiu ter mudado bastante e para melhor (19,60%). No quinto item (n=91), "Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida", predominou o grupo de pessoas que estava plenamente de acordo (55%), seguindo-se de imediato os que concordaram bastante (28,60%).

Por fim, testou-se a existência de diferenças nos níveis de espiritualidade dos participantes, em função de algumas variáveis sociodemográficas (idade, sexo e habilitações literárias), clínicas (tempo de diagnóstico da doença e tempo em quimioterapia) e de fé (prática religiosa).

Para averiguar a existência de relação entre a espiritualidade e as variáveis idade, tempo de diagnóstico da doença e tempo em quimioterapia recorreu-se ao teste de correlação de Pearson. Para as variáveis sexo e prática religiosa foi utilizado o teste T de Student.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a espiritualidade e as variáveis idade e prática religiosa, mas apenas na subdimensão "Crenças",

não se encontrando diferenças entre estas variáveis e a espiritualidade no seu global.

O teste de correlação de Pearson veio demonstrar que, embora fraca ($r_p=0,23$), há uma relação estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre a idade e a subdimensão "Crenças".

Quanto à prática religiosa, constatou-se que os pacientes cuja prática religiosa é regular apresentam médias de espiritualidade relativamente superiores à dos não praticantes (espiritualidade_{praticantes}=3,20 pontos; espiritualidade_{não praticantes}=2,63 pontos). Estes resultados evidenciam a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p=0,01$).

Por último, foi averiguada a relação entre espiritualidade e esperança em função da escolaridade, recorrendo-se à prova ONE-WAY ANOVA, constatando-se que as diferenças existentes não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

Da análise da EAECs constatou-se que a amostra em estudo apresenta médias de espiritualidade elevadas, dado que o *score* médio foi de 2,79 pontos. Este valor é ligeiramente menor do que aquele que foi obtido no estudo original²⁶, no qual os autores obtiveram um *score* médio de 3,22 pontos. Acredita-se que esta diferença poderá dever-se a dois fatores principais: o estar ou não curado e a escolaridade dos inquiridos. Relativamente ao primeiro fator, não se pode deixar de ter presente que neste estudo a amostra foi constituída por pessoas que, à data do questionário, apresentavam uma doença oncológica grave, algumas delas em cuidados paliativos e, portanto, sem perspectiva de cura. No estudo original, os inquiridos já estavam curados e eram seguidos em consulta de *follow-up*. Portanto, o fator doença, nomeadamente o câncer, assume uma importância considerável na vivência da espiritualidade. A incerteza face ao futuro, o cansaço associado aos tratamentos, as alterações na autoimagem e no relacionamento com o outro são fatores que levam a pessoa a interrogar-se sobre o sentido da vida ante a ameaça a sua integridade pessoal, havendo repercussão nas diversas dimensões da vida humana: física, psicológica, social e espiritual²⁷.

Quanto à escolaridade - e contrariamente ao que sucedeu no estudo original, em que a amostra foi maioritariamente constituída por pessoas com o ensino superior - no estudo predominaram as pessoas com o ensino básico, o que poderá explicar o fato da dimensão vertical da espiritualidade, isto é, aquela que se associa à relação com o transcendente, estar mais evidente neste estudo. Apesar da dimensão horizontal da espiritualidade ser aquela que mais se associa ao bem-estar espiritual, a

dimensão vertical tende a acentuar-se entre as pessoas com níveis de instrução baixos²⁶. Para estas pessoas, é mais fácil acreditar que existe uma entidade superior que as protege e que as ajuda a ultrapassar todas aquelas circunstâncias que saem do seu controle.

Assim, neste estudo original, as pessoas com o ensino básico tiveram médias mais elevadas na subescala "Crenças", enquanto os demais obtiveram médias mais elevadas na subescala "Esperança/Otimismo". A análise da EAECS, no estudo por subescalas, possibilitou constatar que a subdimensão "Crenças" apresenta médias superiores à sub-dimensão "Esperança/Otimismo" (*score* médio Crenças = 2,83 pontos e *score* médio Esperança/Otimismo = 2,76 pontos), o que vem corroborar a ideia de que a dimensão vertical da espiritualidade tende a prevalecer entre as pessoas com menos instrução escolar.

Estudos recentes têm documentado que os pacientes com menor escolaridade têm mais dificuldades em expressar as suas necessidades, sobretudo aquelas cuja satisfação depende de outros⁶, o que vem despertar a atenção para a necessidade de cuidar de cada pessoa de forma integral e individualizada, tendo em consideração o contexto sociocultural em que se insere. Torna-se fundamental estar atento a todo um conjunto de sinais que, direta ou indiretamente, possam indicar uma dada necessidade ou problema. Com efeito, a não verbalização nem sempre corresponde à ausência de problemas, podendo refletir a dificuldade ou incapacidade para se expressar⁶.

Analisando a EAECS item a item verificou-se que as respostas tendem a centrar-se no "concordo bastante" ou "concordo plenamente". No entanto, a perspectiva quanto aos resultados mais interessantes estão no item quatro ("A minha vida mudou para melhor"). Numa fase preliminar, e tendo em conta o estudo ser com pessoas com doença oncológica grave, esperava-se encontrar respostas negativas. De fato, e numa análise mais superficial, verificou-se que 43,50% dos inquiridos não concorda com a afirmação. Porém, 9,80% da amostra referiu concordar plenamente e 27,80% bastante. Indo mais além, ao se efetuar o somatório das respostas "Concordo um pouco", "Concordo bastante" e "Concordo plenamente", verificou-se que 56,60% dos inquiridos refere que a sua vida mudou para melhor, valor largamente superior àqueles que não concordam de todo. Estes resultados vêm corroborar a ideia de que o sofrimento, enquanto circunstância da vida humana, atua também como um mecanismo de discernimento, que ajuda a pessoa a estabelecer prioridades na vida e a encontrar o que é realmente essencial e indispensável. Embora não se descarte a possibilidade desta perspectiva poder depender

de um bom autocontrole e até de uma boa rede de suporte, não deixa de ser notável que pessoas com uma doença ameaçadora refiram que, apesar de todas as alterações na sua vida, esta mudou para melhor. Em plena concordância com este item, encontrou-se no item cinco que a maioria dos respondentes refere que aprendeu a dar valor às pequenas coisas da vida, o que reflete o ajuste de expectativas e a adaptação às circunstâncias atuais.

Verificou-se que a espiritualidade, no seu geral, não varia em função do sexo ou da idade. No entanto, encontrou-se relação entre a idade e a subdimensão "Crenças" da EAECS ($p < 0,05$ e $r_p = 0,23$), sendo que os mais idosos são, também, os mais crentes. De fato, e tal como em trabalhos anteriores, à medida que a idade avança parece existir uma maior tendência para olhar a vida numa outra perspectiva, menos materialista e mais transcendental, pois nas pessoas mais idosas há uma maior predisposição para a espiritualidade surgir acoplada à religiosidade²⁶.

Reportando-nos ao estudo, constatou-se que a religião ou a prática religiosa não influenciam de forma significativa a vivência da espiritualidade ou da esperança dos inquiridos. Porém, observaram-se diferenças na subdimensão "Crenças", sendo que as pessoas com uma prática religiosa regular apresentam médias de espiritualidade superiores à daqueles que se consideram não praticantes (média praticantes = 3,20 pontos e média não praticantes = 2,63 pontos). Quanto às diferenças na ótica do gênero, os autores da escala referem que as mulheres, por motivos de ordem cultural, são mais crentes²⁶. Em outro trabalho documentou-se ainda que as mulheres, as que se encontram em contexto domiciliário e as que têm menor escolaridade, têm mais dificuldade em expressar as suas necessidades⁶. Talvez por este motivo não se tenha observado diferenças no estudo, uma vez que a distribuição por sexo é relativamente homogênea, predominando, contudo, pessoas com o ensino básico. Por outro lado, estes pacientes realizam tratamento em ambulatório, permanecendo grande parte do tempo em domicílio. Portanto, poderão ter mais dificuldade em expressar as suas necessidades – e neste sentido elas não se tornam tão evidentes. Quando as têm, tendem a resolvê-las depositando a sua confiança no transcendente. Relativamente à escolaridade, também não se observou diferenças entre o grau de instrução e a espiritualidade. Nos trabalhos iniciais constatou-se que os indivíduos com o ensino básico tinham médias superiores na subdimensão "Crenças" da EAECS, enquanto os restantes tinham médias superiores da subdimensão "Esperança/Otimismo"²⁶. Ou seja, o fator informação parecia deter uma força importante na forma como a pessoa faz o controle da sua vida. No entanto, e tendo em conta que não se encontra-

ram diferenças a este nível, pode-se supor que a escolaridade é apenas uma das muitas condicionantes da vivência da espiritualidade e da esperança, devendo ser enquadrada no contexto sociocultural e até clínico da pessoa. De uma forma geral são pacientes satisfeitos com a informação detida, com uma visão positiva do futuro, com um bom suporte familiar (a maioria vivia com o cônjuge ou com a família) e com uma prática religiosa regular. Ou seja, o *locus control* parece advir de outras fontes, como a família, a relação com o profissional de saúde ou a confiança num Deus que os ama e protege, independentemente dos estudos que detém.

CONCLUSÕES

A doença e o ambiente clínico constituem situações hostis, levando a pessoa a interrogar-se sobre o sentido da vida. No entanto, estas circunstâncias integram a vida humana, tornando-se imprescindível a realização de um trabalho que, fomentando a força interior, permita à pessoa encontrar estratégias para lidar com a doença e a

morte de uma forma mais eficaz, uma vez que, mais cedo ou mais tarde, farão parte do convívio de todos.

Embora não tenham sido encontradas diferenças em função do sexo ou do tipo de quimioterapia, constatou-se que a idade pode influenciar a vivência da espiritualidade. Os mais idosos tendem a olhar a vida numa outra perspectiva, menos materialista e mais transcendental e, por conseguinte, é neles que surge com mais relevância a dimensão vertical da espiritualidade. Dado o seu valor terapêutico, acredita-se que a sua promoção poderá trazer benefícios em nível econômico e, como tal, deve ser incluída nas políticas de saúde. Diversos estudos têm vindo demonstrar que as práticas espirituais diminuem a tensão arterial e a ansiedade, aumentam a longevidade e a capacidade de adaptação da pessoa a circunstâncias adversas. O seu poder está subvalorizado e, numa época de crise econômica, deveriam ser mais difundidas e utilizadas como ferramenta para diminuição de alguns custos na área da saúde, nomeadamente o recurso a fármacos.

REFERÊNCIAS

- Caldeira S. Cuidar do homem face à dimensão espiritual. *Nursing*. 2002; 163:17-22.
- Barbosa A. Espiritualidade. In: Barbosa A, Neto I. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010. p. 595-659.
- Mcsherry W, Cash K. The Language of spirituality: an emerging taxonomy. *Intern J Nurs Studies* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2010 dez 28]; 41(2). Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748903001147>
- Vachon M, Fillion L, Achille M. A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *J Palliative Medicine* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2011 jul 8]; 12(1) Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=125&sid=808c2713-bb7b-4987-a928-1cf0a97fa377%40sessionmgr110>
- Caldeira S. Espiritualidade no cuidar. Lisboa: Coisas de Ler; 2011.
- Hermann C. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncology Nursing Forum* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2011 maio 30]; 34(1). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=105&sid=96b30008-c30d-455d-8f9a-d582fcb99412%40sessionmgr111>
- Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford handbook of palliative care. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Puchalsky C, Lunsford B, Harris M, Miller R. Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model. *Cancer Journal* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2010 dez 28]; 12(5). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=19&sid=4f32fc32-6923-4d53-96d2-8a2a4d3d21de%40sessionmgr4>
- Tanyi R. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Advanced Nursing* [periódico na Internet]. 2002 [acesso 2011 jun 01]; 39(5). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x/pdf>
- Seybold K. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *J Behavioral Medicine* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2011 jul 8]; 30(4). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=a6cc206f-01d3-4249-be4f-eae00e2c106e%40sessionmgr13>
- Koenig H, George L, Hays J, Larson D, Cohen H, Blazer D. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine* [periódico na Internet]. 1998 [acesso em 2011 jan 26]; 28(2). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9724889>
- Santos F. Abordando a espiritualidade na prática clínica. In: Santos F. Cuidados paliativos, discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009.
- Kellehear A. Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative Medicine* [periódico na Internet]. 2000 [acesso em 2011 maio 30]; 14(2). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&hid=122&sid=aea0aede-0b0e-4f5f-bb27-08c0c04f3eed%40sessionmgr112>
- Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A, Bneton T. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2011 jun 15]; 18(1). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=122&sid=aea0aede-0b0e-4f5f-bb27-08c0c04f3eed%40sessionmgr112>
- Narayanamy A, Clisset P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R. Responses to the Spiritual Needs of Older People. *J Adv Nursing* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2011 maio 30]; 48(1). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03163.x/pdf>
- Taylor E. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* [periódico na Internet]. 2006 [acesso 2011 maio 30]; 33(4). Disponível em: <http://ons.metapress.com/content/j578q8684758t713>
- Hermann C. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum* [periódico na Internet]. 2001 [acesso 2011 maio 30]; 28(1). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>
- Zalenski R, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliative Med* [periódico na Internet]. 2006 [acesso 2011 maio 23]; 9(5). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=19&sid=4f32fc32-6923-4d53-96d2-8a2a4d3d21de%40sessionmgr4>
- Shih F, Hung-Ru L, Meei-Ling G, Ching-Huey C, Szu-Mei H, Shaw-Nin S, et al. Spiritual needs of taiwan's older patients with terminal cancer. *Oncology Nursing Forum* [periódico na Internet]. Janeiro 2009 [acesso em 2011 maio 29]; 36(1). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&hid=122&sid=aea0aede-0b0e-4f5f-bb27-08c0c04f3eed%40sessionmgr112>
- Puchalsky C. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *J Palliative Medicine* [periódico na Internet]. 2002 [acesso 2010 nov 22]; 5(2). Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/109662102753641287>
- Frankl V. The will to meaning: foundations and applications of logotherapy. New York: Penguin; 1988.
- Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holistic Nursing* [periódico na Internet]. 2005. [acesso em 2011 jun 15]; 23(1). Disponível em: <http://jhn.sagepub.com/content/23/1/19.full.pdf+html>

23. Mcewen M. Spiritual nursing care: state of the art. *Holistic Nurs Pract* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2010 nov 22]; 19(4). Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com>
24. Noble A, Jones, C. Getting it Right: Oncology Nurses' understanding of Spirituality. *Intern J Palliative Nursing* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 jul 14]; 16(11) Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=112&sid=3878b02a-381c-406a-88b2-2e938879ee82%40sessionmgr112>
25. Pinto C, Pais-Ribeiro J. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Medicina* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2010 dez 30]; 21(22). Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>
26. Pinto C, Pais-Ribeiro J. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Rev Portug Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2010 jan 6]; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100006&lang=pt
27. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho Oncology* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 jul 8]; 19(6). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3878b02a-381c-406a-88b2-2e938879ee82%40sessionmgr112&vid=5&hid=112>

EFEITOS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR SOBRE OS MARCADORES BIOQUÍMICOS E OS PARÂMETROS BIOFÍSICOS DE PORTADORES DE SÍNDROME METABÓLICA

HOME CARE EFFECTS ON BIOCHEMICAL MARKERS AND BIOPHYSICAL PATTERN OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

EFEITOS DEL ATENDIMIENTO EN DOMICÍLIO SOBRE LOS MARCADORES BIOQUÍMICOS Y LOS PARAMETROS BIOFISICOS DE PACIENTES CON EL SÍNDROME METABÓLICO

Marino Cattalini^{*}, Sandra Eduarda Rodero do Prado^{**}, Gabriela Aguiar Bellucci^{**}, Vinicius Loli^{***}, Victor Gustavo Othero Vidal^{***}, Claudio Christante Errerias^{****}

Resumo

Define-se Síndrome Metabólica como um conjunto de fatores de risco cardiovascular. Segundo estudos recentes, é possível intervir nos portadores dessa síndrome com modificações do estilo de vida, melhorando os marcadores bioquímicos e os parâmetros biofísicos. Dada a importância dos fatores psicológicos e educacionais na dinâmica de desenvolvimento da síndrome e no êxito da terapêutica, é evidente que uma intervenção que inclua o ambiente doméstico pode ter uma influência positiva no processo. Por isto, foi programado um atendimento domiciliar periódico em um grupo de portadores de Síndrome Metabólica, avaliando os efeitos sobre os fatores de risco cardiovascular. Os objetivos foram: 1) comparar o quadro bioquímico e biofísico inicial dos pacientes com aquele após o período de *homecare*; 2) comparar a evolução dos marcadores bioquímicos e dos parâmetros biofísicos dos pacientes com Síndrome Metabólica acompanhados através do programa de *homecare* com os sujeitos do grupo controle, compatível por sexo e idade; 3) elaborar um programa de *homecare* para portadores de Síndrome Metabólica. Participaram do estudo 50 pacientes, escolhidos entre os portadores de Síndrome Metabólica que frequentavam os ambulatórios de um hospital-escola do interior de São Paulo. Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos: *homecare* (GH) e controle (GC), compatíveis por sexo e idade. Aos membros do GH foi oferecido um programa de atendimento domiciliar mensal por um período de seis meses. Aos membros de ambos os grupos foram realizados atendimentos coletivos mensais em âmbito hospitalar e atendimentos individuais no início, e novas avaliações após três e seis meses. Após as avaliações antropométricas dos pacientes dos dois grupos e os exames bioquímicos basais, todos os pacientes repetiram, após três e seis meses, os exames acima para observar as modificações. As variáveis quantitativas foram analisadas através de média e desvio-padrão. Foi observada no GH uma melhora estatisticamente significativa das médias da glicemia pós-prandial, da Hb glicosilada, dos triglicérides e do IMC após seis meses de atendimento domiciliar. No GC não houve redução significativa dos marcadores metabólicos. O programa de atendimento domiciliar programado e realizado foi benéfico para os pacientes atendidos. Concluiu-se que o atendimento domiciliar reduziu significativamente os fatores de risco cardiovascular dos pacientes estudados e pode ser uma ferramenta a ser utilizada na Síndrome Metabólica.

Palavras-chave: Síndrome metabólica. Visita domiciliar. Intervenção educacional.

Abstract

Metabolic Syndrome can be defined as an association of cardiovascular risk factors. Along with recent studies, an intervention can be successful in patients with MS if lifestyle is changed, improving this way biochemical markers and biophysical pattern. Being very important psychological and educational factors in MS development as well as in therapy compliance, it's possible that an intervention involving domestic environment could positively influence treatment proceedings. This way, a periodic homecare program of 6 months was planned for a group of MS patients, studying the intervention effects on cardiovascular risk factors. The aims of this study were: 1) Comparing the biochemical and biophysical patterns, before and after homecare intervention, in a group of patients affected with Metabolic Syndrome; 2) Comparing the evolution of biochemical markers and biophysical parameters of Homecare Group (HG) with those of a sex and age matched group of MS patients without homecare; 3) Elaborating a homecare program for SM Patients. We studied 50 ambulatory patients affected with MS followed at Emilio Carlos Hospital of Catanduva School of Medicine. They were randomly divided in 2 groups: homecare (HG) and control group (CG). The HG patients received a monthly homecare educational program during 6 months. All patients received monthly group orientation at the hospital, as well as an individual consultation at the beginning of the study as well as 3 and 6 months after, besides anthropometric evaluation, as well as laboratory tests before starting the study and 3 and 6 months after. Quantitative variations were analyzed with average as well as standard deviation. The study showed after the 6 months homecare program the following endpoints: a statistically significant decreasing of some metabolic markers averages, like post prandial glycemia, glycosilated hemoglobin, triglycerides, as well as body mass index (BMI). We observed also a not statistically significant improvement of biophysical parameters (blood pressure, body weight and waist circumference). In the GC there was significant reduction of metabolic markers. We conclude that the homecare educational program, directed to changing life style was truly effective among study population, allowing a cardiovascular risk factors decrease and suggesting that homecare can be an effective tool for MS patients care, allowing an effective prevention of cardiovascular diseases.

Keywords: Metabolic syndrome. Home visit. Educational intervention.

Resumen

El síndrome metabólico (SM) es definido como un conjunto de factores de riesgo cardiovascular. Según estudios recientes, es posible intervenir en los pacientes de SM con modificaciones en el estilo de vida, buscando la mejora de los parámetros bioquímicos y biofísicos.

^{*} Docente de Clínica Médica do Curso de Medicina e Docente de Nutrição e Dietética do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: drmarinocatalini@uol.com.br

^{**} Enfermeiras graduadas pelo Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

^{***} Médicos graduados pelo Curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

^{****} Docente do Curso de Psicologia do IMES-FAFICA e Coordenador do NAE das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

Dada la importancia de los factores psicológicos y educativos en el desarrollo dinámico del síndrome y el éxito de la terapia, es evidente que una intervención que incluye el entorno familiar puede tener una influencia positiva en el proceso. Por esta razón se programó una atención regular en casa en un grupo de pacientes con SM, estudiando la evaluación de los efectos sobre los factores de riesgo cardiovascular. Los objetivos fueron: 1) Comparar los parámetros bioquímicos y biofísicos iniciales con aqueres después del período de cuidado; 2) comparar la evolución de los parámetros bioquímicos y biofísicos de pacientes con SM seguidos por programa de atención domiciliar con la de un grupo de control apoyado por sexo y edad. 3) Desarrollar un programa de atención domiciliar para los pacientes con SM. Participaron 50 pacientes, elegidos entre los pacientes con SM que asisten a las consultas externas de un hospital universitario en el interior de San Pablo. Los pacientes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: cuidados en el hogar (GH) y controles (GC), apoyados por género y edad. A los miembros de GH se ofreció un programa de atención domiciliar mensual por un período de seis meses. Los miembros de ambos grupos se llevaron a cabo los colectivos de visitas mensuales en el hospital y asistencia individual en el principio, y nuevas evaluaciones después tres y seis meses. Después de las evaluaciones iniciales antropométricas y bioquímica de los pacientes de ambos grupos, todas fueran repetidas después de tres y seis meses, para observar los cambios. Las variables cuantitativas se analizaron mediante media y desviación estándar. En GH se observó una mejoría estadísticamente significativa de la glucemia postprandial media, de la hemoglobina glicosilada, de los triglicéridos y del IMC después de seis meses de cuidados en el hogar. En GC no había una reducción significativa de los marcadores metabólicos. El programa de atención domiciliar se diseñó y llevó beneficios para los pacientes tratados. Llegamos a la conclusión que la asistencia domiciliar redujo significativamente los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes y puede ser una herramienta para ser utilizada en el SM.

Palabras clave: Síndrome metabólico. Visita domiciliar. Intervención educativa.

INTRODUÇÃO

Em países em desenvolvimento como o Brasil, ao contrário do que acontece em países desenvolvidos, foi observado nas últimas décadas um avanço rápido da mortalidade por causas cardiovasculares¹, em paralelo com o franco crescimento das doenças crônicas com implicações nutricionais, como o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), a Síndrome Metabólica (SM) e a Obesidade. Entre as causas podem ser apontadas as condições de vida do mundo contemporâneo, como os alimentos industrializados e o ritmo estressante de vida, e de trabalho, que estimulam o aumento do consumo de alimentos e a redução da prática de atividade física².

Nos últimos anos vários estudos clínicos e epidemiológicos têm demonstrado, de forma sistemática, avanços no potencial de prevenção à doença aterosclerótica³, sugerindo a necessidade de uma revisão das práticas dos serviços de saúde pública, com a implantação de ações governamentais realmente eficazes⁴. As intervenções que focalizam aspectos múltiplos dos distúrbios metabólicos, incluindo a intolerância à glicose, hipertensão arterial, obesidade e hiperlipidemia, podem contribuir para a prevenção primária e o tratamento do DMT2 e da própria SM⁵⁻⁷. De fato, estas doenças representam um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controladas, sendo a maior parte dos custos diretos do tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos e que, muitas vezes, poderiam ser reduzidas, retardadas ou evitadas⁸.

A SM é definida como uma associação de fatores de risco cardiovascular, como obesidade central, hiperglicemia, dislipidemia e hipertensão arterial, que são observados em indivíduos obesos, ou pelo menos com sobrepeso, em associação com insulinoresistência⁹⁻¹¹ e sua

completa expressão depende de uma complexa interação entre determinantes genéticos e fatores adquiridos, ligados, sobretudo, ao estilo de vida e aos hábitos alimentares¹¹.

De acordo com a definição da *International Diabetes Federation* (IDF)¹⁰, que foi adotada como critério de inclusão na seleção dos pacientes em nosso trabalho, a SM é um quadro clínico caracterizado por: 1) circunferência abdominal acima dos parâmetros normais para a raça e para o sexo e 2) presença de, pelo menos, duas das seguintes quatro alterações metabólicas: a) hipertensão arterial (ou uso de medicamentos anti-hipertensivos), b) hiperglicemia (ou uso de hipoglicemiantes), c) hipertrigliceridemia (ou uso de medicamentos anti-hipertrigliceridemia), d) níveis de HDL-c abaixo do nível normal (ou uso de medicamentos para elevar o HDL-c).

Recentes investigações epidemiológicas evidenciaram uma elevada incidência de SM nos Estados Unidos da América (EUA) e nos países ocidentais em geral, atingindo 20-30% da população^{12,13}. A prevalência aumenta de maneira proporcional à idade e ao peso. Um estudo na população dos EUA¹⁴ evidenciou uma prevalência de 7% na faixa etária de 20 anos e de 44% na faixa de 70 anos. Estudos mexicanos relataram índices entre 12,4% e 28,5% em homens e entre 10,7% e 40,5% em mulheres¹³, com aumento associado à faixa etária maior.

Outro fator associado à maior prevalência de SM foi o índice de baixa renda, aspecto que responde por dieta inadequada, menor atividade física, obesidade, fumo e maior deposição de gordura abdominal devido a estresse emocional¹⁵.

Os estudos realizados no Brasil confirmaram esta tendência e estas correlações, observando-se na faixa etária de 23 a 36 anos uma prevalência de 10,7% entre os homens e de 4,8% entre as mulheres em Ribeirão Preto-SP¹⁶,

enquanto uma população de 22-23 anos estudada em Pelotas-RS evidenciou uma prevalência de SM de 6,7%, com aumento da prevalência entre os obesos¹⁷.

Há estudos consistentes que evidenciaram um impacto significativo das mudanças do estilo de vida tanto na prevenção bem como na progressão da SM, melhorando os parâmetros bioquímicos e biofísicos¹⁴⁻²⁰.

Foi observado em inúmeros estudos com pacientes diabéticos²¹⁻²³ que o ambiente familiar representa um fator relevante, que influencia o paciente tanto no seguimento do tratamento e da dieta, bem como na participação em programas de exercícios físicos²⁴ e há dados sugerindo que o atendimento em ambiente domiciliar proporciona benefício aos pacientes de forma direta, bem como indireta, através do contato com os familiares²⁵⁻²⁷.

Nas últimas décadas a assistência domiciliar tem sofrido alterações com o objetivo de diariamente melhorar a qualidade de assistência prestada, ter o controle administrativo-financeiro desta assistência e reduzir seu custo²⁸.

Os conceitos sobre assistência domiciliar são fundamentais para os profissionais envolvidos na assistência ao doente e aos familiares e, a partir deles, estabelecer um plano assistencial para atender as necessidades do enfermo. Na assistência domiciliar, vários fatores interferem na percepção do profissional para o estabelecimento de um plano assistencial adequado, considerando, além da participação ativa do cuidador, aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do doente e seus familiares²⁸.

Embora exista desde tempos remotos, a assistência domiciliar vem sendo enfatizada nas últimas duas décadas²⁹. No Brasil não há registro formal do início desta forma de assistência, mas consta que em 1949, no Rio de Janeiro, surgiram as primeiras tentativas de cuidados domiciliares. Mais tarde, em 1969, em São Paulo, o Hospital do Servidor Público Estadual criou seu sistema de assistência domiciliar para atender portadores de doenças crônicas²⁹. A assistência domiciliar é considerada uma alternativa que direciona o tratamento clínico de diversas patologias do paciente em domicílio e, conseqüentemente, o cuidado²⁵. Funciona como uma continuidade do tratamento hospitalar.

O Regulamento de Assistência à Saúde em Domicílio - *Homecare* (2001) - regulamenta esse tipo de assistência no Brasil, aprovada por documentos específicos pelo Conselho Nacional de Educação Médica - CONEM (2001) e pelo Conselho Federal de Medicina - CFM (2002). A Lei 10424, de abril de 2002, regulamenta a Assistência Domiciliar pelo SUS, recomendando que nesta modalidade de assistência sejam incluídos procedimentos

médicos, de enfermagem, psicológicos e de assistência social³⁰.

Nesse movimento, a família exerce uma função de coadjuvante no exercício das atividades do cuidado²⁵.

Dada a importância dos fatores psicológicos tanto na dinâmica de desenvolvimento da síndrome, quanto no êxito da terapêutica utilizada, é evidente que uma intervenção que leve em conta o ambiente doméstico pode ter uma influência positiva no processo.

Recentes observações^{26,27} têm descrito os procedimentos e as condutas a serem realizados para um eficiente atendimento domiciliar em portadores de SM.

No Brasil, porém, há poucos estudos e dados relativos aos efeitos do atendimento domiciliar junto aos portadores da SM. Assim, tornou-se relevante avaliar este aspecto num grupo de pacientes com a síndrome, acompanhados em um hospital-escola do interior de São Paulo. Foram estudados os marcadores bioquímicos e os parâmetros biofísicos dos pacientes antes e após o atendimento domiciliar, sendo o estudo baseado na hipótese que o melhor conhecimento dos portadores da SM em seu ambiente domiciliar possa proporcionar uma mudança no estilo de vida dos mesmos e, conseqüentemente, melhorar seu quadro bioquímico e biofísico.

OBJETIVOS

Considerando que os portadores de SM podem apresentar uma diminuição dos fatores de risco cardiovascular após uma intervenção que modifique seu estilo de vida, torna-se interessante avaliar a evolução do quadro bioquímico e dos principais parâmetros biofísicos em um grupo de pacientes diagnosticados como portadores de SM acompanhados através de um programa de atendimento domiciliar.

Desta forma, o objetivo geral foi avaliar a evolução do quadro bioquímico e dos parâmetros biofísicos em um grupo de pacientes do ambulatório de endocrinologia de um hospital-escola do interior de São Paulo, portadores de SM, acompanhados através de um programa de atendimento domiciliar prolongado.

Os objetivos específicos foram: comparar os marcadores bioquímicos e os parâmetros biofísicos iniciais e finais dos pacientes, após o período de *homecare*; comparar a evolução dos marcadores bioquímicos e dos parâmetros biofísicos dos pacientes com SM acompanhados através do programa de *homecare* com os sujeitos de um grupo controle, compatível por sexo e idade, e elaborar um programa de *homecare* para portadores de SM.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo e longitudinal, que buscou avaliar o quadro bioquímico e biofísico antes e após um programa de *homecare* em um grupo de pacientes com SM acompanhados no ambulatório de endocrinologia em um hospital-escola do interior São Paulo.

População de estudo e amostra

Foram recrutados para participar do estudo 50 pacientes, selecionados aleatoriamente entre os portadores de SM que frequentavam o ambulatório de endocrinologia de um hospital-escola do interior de São Paulo. Foram excluídos os pacientes com disfunções hepáticas ou renais, com antecedentes de Doença Arterial Coronariana (DAC) ou de Acidente Vascular Encefálico (AVE), com história de neoplasias malignas e com grave doença gastrointestinal.

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos: grupo seguido com *homecare* (GH) e grupo controle (GC), formado por pacientes compatíveis por sexo e idade, portadores de SM, que não receberam a intervenção específica.

Aos dois grupos foram oferecidos e realizados atendimentos individuais com o intuito de identificar o perfil antropométrico, clínico e dietético. Ao GH foi oferecido um programa de atendimento domiciliar individual mensal realizado por graduandas de Enfermagem e atendimentos coletivos mensais para avaliação de exames, orientação psicológica e realização de exames clínicos e medidas antropométricas, aos cuidados de docentes do curso de Enfermagem, Medicina e graduandas do curso de Enfermagem. Os atendimentos foram mantidos no decorrer de dez meses. Ao GC foi realizado um atendimento coletivo mensal análogo ao GH, mas não houve atendimento domiciliar.

Caracterização da população

Para caracterização da população foi utilizada a técnica da entrevista individual, tendo como instrumento um formulário específico com perguntas abertas e fechadas abrangendo variáveis socioeconômicas (sexo, renda per capita, idade, data de nascimento, estado civil, ocupação atual, quantidade de pessoas que residiam na casa, escolaridade), história do peso corporal, presença de antecedentes familiares de diabetes, obesidade, câncer e hipertensão arterial, inquérito alimentar, prática de atividade física e tabagismo.

Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica foi realizada por meio da aferição das seguintes medidas: peso, estatura e circun-

ferência abdominal, conforme metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O peso e a estatura foram aferidos por meio de balanças eletrônicas da marca Filizola®, capacidade 150Kg com precisão em gramas, e de um estadiômetro marca SAMNY com precisão em milímetros.

Avaliação bioquímica

Os pacientes foram submetidos a exames laboratoriais (glicemia jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicosilada, colesterol total, LDL-c, HDL-c, triglicérides, ácido úrico, ureia e TSH). As análises das amostras foram realizadas no laboratório de bioquímica do hospital-escola Emilio Carlos do Curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino.

Desenvolvimento

Foram realizadas, preliminarmente, entrevistas para fornecer informações a respeito do projeto e para coletar dados que permitiram uma caracterização socioeconômica e nutricional das pessoas que foram estudadas.

Em seguida, foram realizadas as avaliações antropométricas dos pacientes admitidos ao estudo, dos controles e os exames bioquímicos citados. A partir deste momento, os pacientes incluídos no GH receberam atendimento domiciliar através de orientações mensais individuais, e atendimento ambulatorial coletivo, nas salas do ambulatório de endocrinologia de um hospital-escola do interior de São Paulo, conforme descrito acima, perfazendo cada atendimento mensal a duração de duas horas/paciente, no período de seis meses.

Programa de atendimento domiciliar

O atendimento domiciliar foi baseado em uma abordagem que, através de consultas de enfermagem, ofereceu aos pacientes uma perspectiva participativa, mais do que intervencionista e educativa, sobretudo com informações básicas de saúde.

Está comprovado que a mudança de comportamento alimentar e do estilo de vida deve estar acompanhada de um processo educativo e de autoconsciência, que permita uma compreensão da fisiopatologia das doenças por parte dos portadores.

Desta forma, a equipe de *homecare* elaborou e colocou em prática um plano de ação, denominado "Programa de *Homecare* Participativo para Portadores de Síndrome Metabólica".

Visto que há poucos estudos sobre *homecare* em SM e que a maioria dos programas de *homecare* em geral é de cunho assistencialista, tornou-se necessária a elaboração de um programa de *homecare* participativo,

mais do que intervencionista e educacional, para portadores de SM, com o intuito de sistematizar a assistência a ser prestada durante os seis meses de duração do presente trabalho.

O programa de *homecare* elaborado constituiu-se de quatro temas: estabelecimento de vínculo, educação em saúde, orientação sobre alimentação e atividade física, e autorreflexão.

1) Estabelecimento de vínculo: para um trabalho cooperativo em que ambas as partes (enfermeiro e paciente) trabalhem juntas para alcançar um objetivo comum, torna-se necessário um conhecimento aprofundado sobre a vida de cada indivíduo/paciente, entendendo, assim, os pontos que irão influenciar de forma positiva ou negativa no tratamento. Este estabelecimento de vínculo se dá gradativamente a cada visita, baseado no respeito mútuo, permitindo a ambos saberem quando e como se colocar. Tomou-se por base o vínculo como a base do tratamento, sendo o mesmo representado por um fio que pode se romper a partir de uma colocação equivocada.

Primeiramente, faz-se necessário mostrar interesse pela vida pessoal do paciente e não somente pelo seu problema de saúde. Assim, paulatinamente, o paciente passa a adquirir confiança em seu cuidador, o que é indispensável para o tratamento. Tal confiança fará com que o mesmo possa se abrir em um momento de aflição ou depressão, explicar sobre sua história de vida para aliviar o seu sofrimento ou até mesmo no momento de se autodenunciar por ter não ter aderido ao tratamento medicamentoso ou a dieta específica.

2) Educação em saúde: baseou-se na explicação sobre a fisiopatologia da SM, DM, Obesidade, Hipertensão e Dislipidemias, de forma simplificada. Foram esclarecidos também os critérios utilizados para a classificação de um portador de SM, as consequências da SM para a saúde e como promover o controle ao longo dos anos. Para tanto, foi utilizado, após adaptação e ampla modificação, o Programa de Prevenção do DM e Mudança no Estilo de Vida³¹. Tal explicação foi realizada considerando-se o nível de escolaridade de cada paciente para que a comunicação acontecesse de forma esclarecedora. A partir do momento em que o paciente se conscientiza de sua condição, acredita-se que sua adesão ao tratamento seja mais eficaz, levando a uma acentuada melhora do seu quadro.

3) Orientação sobre alimentação e atividade física: além de uma orientação básica para uma vida saudável e bem-estar pessoal, o que beneficiaria inclusive a família do paciente portador de SM, também foi realizado um esclarecimento sobre a alimentação adequada para um portador de SM. A alimentação saudável inclui: seis refeições diárias em pequenas quantidades, aumento da ingesta diária de fibras, redução a quase zero de alimentos gordurosos e fritos, diminuição da ingesta de carne vermelha, eliminação da ingesta de doces e abstenção de bebidas alcoólicas. A equipe de intervenção distribuiu car-

dápios dietéticos visando orientar nutricionalmente os pacientes e explicou de forma simples os aspectos fundamentais dos cuidados higiênicos e de comportamento a serem seguidos para se reduzir os fatores de risco cardiovascular. O foco recaiu sobre a importância da atividade física individualizada, recomendando-se caminhadas moderadas, pelo menos, cinco vezes por semana, com duração de, no mínimo, 30 minutos, contínuos ou cumulativos. Também, abordou-se a necessidade da disciplina no uso de medicamentos para manter um controle metabólico adequado.

4) Autorreflexão: esse tema foi abordado para que o paciente pudesse refletir sobre seus atos alimentares e físicos, levando a uma conscientização e futura mudança de hábitos. A abordagem foi feita através de uma entrevista direcionada (recordatório alimentar) pela qual era perguntado o que o paciente havia comido e em qual quantidade, no dia anterior, desde o desjejum até a ceia. Era também perguntado se havia feito exercícios físicos no mês, levando o paciente a realizar uma autoanálise quanto ao seu comportamento.

Os temas 3 e 4 foram abordados em todas as seis visitas de *homecare*; enquanto o tema 2, em apenas uma visita, porém, reforçado de acordo com a necessidade identificada para cada paciente. Ao longo das visitas dava-se abertura de, pelo menos, 15 minutos para que o paciente pudesse falar de como tinha se sentido emocionalmente no último mês, porém quando se percebia uma angústia ou uma necessidade de dar prolongamento ao assunto, estendia-se por, no máximo, uma hora, dando prosseguimento aos outros temas do programa.

Assim, a visita domiciliar realizou-se mensalmente, por um semestre, durando duas horas, e cada paciente recebeu também orientação quanto aos aspectos emocionais subjacentes à sua conduta, convidado a uma reflexão sobre suas motivações, limitações e possibilidades. A expectativa é que tal procedimento pudesse levar cada indivíduo a uma relação mais amadurecida com o próprio apetite e com a alimentação.

O atendimento coletivo teve também a duração de duas horas. Foram realizadas medições antropométricas e debatidos os resultados dos exames laboratoriais. Após a avaliação inicial, com intervalos de três e seis meses, respectivamente, foram realizadas novas avaliações antropométricas e bioquímicas para conhecer os efeitos da intervenção educacional sobre estes parâmetros.

Análise estatística

As variáveis quantitativas (dados antropométricos e bioquímicos) foram analisadas através de média e desvio-padrão. A significância das diferenças foi determinada através do teste de *Student*, com valor de

$p < 0,05$ sugestivo de significância estatística. As diferenças nas variações foram avaliadas com o teste do χ^2 . Foi usado também um modelo de cálculo com regressão linear para a correlação entre fatores estudados.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino, sendo protocolado sob nº 0062.0.218.000-10 em 15/10/2010. O protocolo atende à resolução nº 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos do estudo e quanto aos procedimentos diagnósticos realizados e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo asseguradas ao paciente a confidência das informações obtidas e a omissão das identidades de cada participante nos dados do estudo.

RESULTADOS

Os resultados, expostos nas Tabelas 1-6, mostram no GH (n=20) prevalência para indivíduos do sexo feminino (75%). A idade média do grupo foi de 62,05 ($\pm 8,85$) anos. Em comparação, o GC (n=24) apresentou uma distribuição percentual semelhante à do GH em relação à variável gênero (70,83%), porém a média de idade do GC foi menor, ou seja, 54,83 ($\pm 10,18$) anos. Quanto à escolaridade, a Tabela 2 mostra no GH uma prevalência do nível Fundamental Incompleto (60%) seguido dos níveis Fundamental Completo (15%) e Médio Completo (15%). No GC também há uma prevalência do nível Fundamental Incompleto (79,17%) seguido do nível Fundamental Completo (8,32%). No GH, a renda mensal prevalente foi entre dois e três salários mínimos (50%) e a principal condição de moradia, "Casa Própria" (90%). O mesmo foi encontrado no GC.

Tabela 1 - Distribuição simples e percentual dos grupos *homecare* e controle, segundo o gênero e a média de idade

Gênero	Grupo <i>Homecare</i> (n=20)		Grupo Controle (n=24)	
	n	%	n	%
Masculino	5	25%	7	29,17%
Feminino	15	75%	17	70,83%
Idade em anos (média DP)	62,05	($\pm 8,85$)	54,83	($\pm 10,18$)

Tabela 2 - Distribuição simples e percentual dos pacientes dos grupos *homecare* e controle, segundo a escolaridade

Escolaridade	Grupo <i>Homecare</i> (n=20)	Grupo Controle (n=24)
Ensino Fundamental Incompleto	12 (60%)	19 (79,17%)
Ensino Fundamental Completo	3 (15%)	2 (8,32%)
Ensino Médio Incompleto	0	1 (4,17%)
Ensino Médio Completo	3 (15%)	1 (4,17%)
Ensino Superior Incompleto	1 (5%)	0
Ensino Superior Completo	1 (5%)	1 (4,17%)

Tabela 3 - Distribuição simples e percentual dos pacientes dos grupos *homecare* e controle, segundo o tipo de moradia

Tipo de Moradia	Grupo <i>Homecare</i> (n=20)		Grupo Controle (n=24)	
	n	%	n	%
Própria	18	90	20	83,33
Alugada	0	0	1	4,17
Depende de Outros	2	10	3	12,5

Tabela 4 - Distribuição simples e percentual dos pacientes dos grupos *homecare* e controle, segundo a renda mensal em salários mínimos

Renda Mensal (SM)*	Grupo <i>Homecare</i> (n=20)		Grupo Controle (n=24)	
	n	%	n	%
1	4	20	3	12,5
2 a 3	10	50	18	75
3 a 5	4	20	3	12,5
5 a 10	2	10	0	0

* Salário Mínimo

Tabela 5 - Variação das médias dos parâmetros antropométricos e pressóricos nos grupos *homecare* e controle

--	Grupo <i>Homecare</i> (n=20)		Grupo Controle (n=24)	
	Inicial (média)	Final (média)	Inicial (média)	Final (média)
Peso (Kg)	82,52 ($\pm 25,37$)	79,60 ($\pm 23,19$)	72,99 ($\pm 19,38$)	71,66 ($\pm 13,45$)
IMC (Kg/m ²)§	32,47 ($\pm 9,07$)	29,07* ($\pm 8,38$)	28,21 ($\pm 6,14$)	27,61 ($\pm 5,08$)
Circunferência Abdominal (CM)	102,61 ($\pm 25,23$)	99,30 ($\pm 13,59$)	99,26 ($\pm 10,29$)	97,52 ($\pm 10,29$)
P.A.S.§§ (mmHg)	127,50 ($\pm 20,99$)	134,00 ($\pm 20,52$)	130,42 ($\pm 17,81$)	142,61 ($\pm 24,35$)
P.A.D.§§§ (mmHg)	79,00 ($\pm 11,65$)	81,00 ($\pm 13,24$)	83,75 ($\pm 10,96$)	88,70 ($\pm 13,52$)

§ Índice de Massa Corporal; §§ Pressão arterial sistólica; §§§ Pressão arterial diastólica. * $p < 0,05$

Tabela 6 - Variação das médias dos parâmetros bioquímicos nos grupos *homecare* e controle

Parâmetro	Grupo <i>Homecare</i> (n=20)		Grupo Controle (n=24)	
	Inicial (média)	Final (média)	Inicial (média)	Final (média)
Glicemia jejum (V.N.=70-100mg%)	111,55 ($\pm 41,59$)	110,66 ($\pm 46,96$)	100,67 ($\pm 34,47$)	108,96 ($\pm 46,19$)
G.P.P. (V.N.=até 140mg%)	161,50 ($\pm 50,60$)	136,86* ($\pm 54,77$)	139,25 ($\pm 68,49$)	145,43 ($\pm 35,57$)
Hb-glicosada (V.N.= 5-7mg%)	7,79 ($\pm 1,67$)	6,34* ($\pm 1,89$)	7,18 ($\pm 2,30$)	6,66 ($\pm 1,95$)
Triglicérides (V.N.=50-150mg/%)	132,05 ($\pm 59,20$)	105,50* ($\pm 23,76$)	138,58 ($\pm 103,39$)	130,30 ($\pm 53,16$)
Colesterol (V.N.=50-200mg%)	145,85 ($\pm 21,19$)	157,86 ($\pm 37,53$)	168,83 ($\pm 32,63$)	181,09 ($\pm 29,68$)
HDL-c (V.N.=acima de 40mg%)	44,66 ($\pm 10,07$)	45,15 ($\pm 10,11$)	47,74 ($\pm 12,06$)	45,14 ($\pm 11,40$)
LDL-c (V.N.=até 110mg%)	74,85 ($\pm 17,07$)	89,95 ($\pm 28,77$)	93,22 ($\pm 30,11$)	107,01 ($\pm 30,17$)

V.N.= valor de normalidade; G.P.P. = Glicose Pós-Prandial; * $p < 0,05$

DISCUSSÃO

No GH os resultados foram parcialmente satisfatórios em termos de melhora estatisticamente significativa de alguns dos parâmetros bioquímicos estudados, com consequente diminuição do risco cardiovascular, tanto em relação ao quadro inicial bem como em relação ao GC. Não houve, ao invés, modificações estatisticamente significativas dos parâmetros biofísicos estudados (Pressão Arterial Sistólica

e Diastólica, e Circunferência Abdominal), com exceção do IMC.

Foi observada no GH uma redução estatisticamente significativa dos níveis de glicemia pós-prandial, hemoglobina glicosilada e triglicérides, após o período de intervenção. No GC não houve alteração estatisticamente significativa dos marcadores estudados, sugerindo uma escassa adesão à conduta proposta, sem o atendimento domiciliar educativo.

Em resumo, após a intervenção realizada com o programa de *homecare*, foi possível, através de modificações no comportamento alimentar e no estilo de vida dos pacientes, observar uma melhora significativa em alguns dos principais parâmetros bioquímicos estudados, fato não detectado no GC, porém não associada com melhora estatisticamente significativa da maioria dos parâmetros biofísicos.

Os achados confirmam os poucos relatos da literatura relativos à intervenção educacional na SM que destacam a melhor e mais rápida resposta plasmática em relação aos parâmetros somáticos, pelo menos na primeira fase da intervenção. A intervenção educacional tem representado uma ferramenta eficiente na prevenção e no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis do metabolismo, como Diabetes *Mellitus* 2, Pré-diabetes e SM. Conforme observado por outros autores^{7,32-37} é possível obter em grupos de pacientes diabéticos, orientados intensiva e continuamente, uma boa adesão à conduta terapêutica prescrita e, conseqüentemente, um controle metabólico adequado.

Em relação à SM, um estudo holandês³⁸, embora não objetivando comparar diferentes estratégias de intervenção para a prevenção de DMT2, identificou os fatores antropométricos e de estilo de vida relacionados com as alterações na tolerância à glicose e resistência à insulina. A redução do peso corporal e o aumento na atividade física foram os determinantes mais importantes na melhora da tolerância à glicose e sensibilidade à insulina, favorecendo a redução nos fatores de risco associados à SM e ao desenvolvimento de DMT2.

As modificações no estilo de vida contribuíram significativamente para a redução nos fatores de risco relacionados à SM e doenças cardiovasculares em diferentes populações avaliadas em estudos mais recentes³⁹⁻⁴¹.

Este estudo foi direcionado à orientação domiciliar e à informação a respeito da SM a pessoas de uma região do interior paulista, visando avaliar os efeitos da intervenção sobre os parâmetros biofísicos e bioquímicos de um grupo de portadores da doença acompanhados por seis meses, caracterizando uma intervenção inédita na literatura, internacional e nacional, que não apresenta relatos de atuações deste tipo na SM. Proporcionou identificar que um programa deste tipo pode ser realizado em pessoas com SM, pois proporcionou benefícios para a saúde desta população, uma vez que contribuiu para a redução dos fatores de risco para o desen-

volvimento de DM e doenças cardiovasculares, isto é, modificou positivamente os marcadores bioquímicos estudados.

Entre os pacientes avaliados, houve nos dois grupos predominância do sexo feminino, conforme observado também por outros autores¹² que estudaram um grupo de portadores de SM detectando efeitos benéficos da intervenção nutricional sobre os marcadores bioquímicos estudados. A maior prevalência do sexo feminino foi detectada também por outro estudo⁴² que avaliou o perfil antropométrico na SM.

Em relação à idade, o GH apresentou uma média superior ao GC, mas por tratar-se de pacientes da mesma geração, é possível considerar os dois grupos apropriados para a comparação. O nível socioeconômico dos dois grupos foi também comparável, conforme observado através da renda per capita, das condições de moradia e do nível de escolaridade.

Com relação à alteração ponderal apresentada pela população estudada, verificou-se que os indivíduos do GH e GC apresentaram uma perda ponderal, embora não significativa, ao final do estudo. Concomitantemente à perda de peso, o GH apresentou redução significativa do IMC, sugerindo que uma intervenção mais prolongada poderia produzir efeitos ainda mais benéficos.

Quanto à modificação dos parâmetros metabólicos, este estudo mostrou que o programa educativo domiciliar contribuiu, entre outros aspectos, para a redução dos níveis de glicemia pós-prandial, o que é benéfico em pacientes portadores de fatores de risco, como na SM, para a prevenção do desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares⁴³.

Acerca dos efeitos da intervenção na correção dos parâmetros antropométricos alterados na SM, outro estudo⁴⁴ relata uma redução significativa do IMC, do peso e da circunferência abdominal em um grupo de pacientes portadores da SM após reeducação alimentar e apoio psicológico. Esta observação não coincide com os dados deste estudo, em que houve diminuição dos parâmetros citados, mas, com exceção do IMC, sem significância estatística, possivelmente pelo tempo limitado da intervenção. Acredita-se que problemas familiares e estados depressivos de alguns pacientes possam ter interferido de forma negativa no processo de redução dos parâmetros biofísicos, como foi evidenciado por frases proferidas durante as visitas, tais como:

"Eu queria que minha nora voltasse para ficar do lado dos netos porque eles sentem falta dela."

"Eu queria que ele fosse embora da minha casa, ele ajuda muito pouco, não gosto de lembrar das coisas que ele me fazia no passado." (referindo-se ao ex-marido, que era etilista e a xingava).

"Vou morrer mesmo."

"Quero morrer logo."

"Rezo para meu filho parar de beber."

"Meu irmão ainda vai me matar."

"Meu filho me irrita, ele é um folgado, não faz nada pra me ajudar e só me xinga."

"Às vezes fico depressiva e revoltada."

"Ele fica em casa me azucrinando." (referindo-se ao pai)

Um estudo⁴⁵ observou uma redução do peso, da pressão arterial, da glicemia e da dislipidemia em um grupo de pacientes portadores de SM, acompanhados por médico, psicólogo, nutricionista e professor de educação física. Os atendimentos foram semanais e foi utilizada uma dinâmica de grupo, obtendo resultados surpreendentes (sic). Em quatro meses de terapia o grupo apresentou uma perda média de 8Kg e melhora significativa dos parâmetros bioquímicos estudados, resultados estes comparáveis com aqueles do nosso estudo.

A melhora dos marcadores bioquímicos no GH pode ser associada a modificações do consumo alimentar, que podem ser atribuídas à intervenção domiciliar oferecida, concluindo que a diminuição na introdução de energia e as modificações qualitativas na ingestão de alimentos são benéficas aos pacientes portadores de SM em relação aos marcadores bioquímicos.

CONCLUSÕES

Por representar um problema de saúde pública em franco crescimento mundial, pessoas com SM necessitam de orientação específica para obterem um adequado controle e evitem as manifestações dos fatores de risco, inclusive por se caracterizar como uma doença multifatorial e multicausal. Este estudo, embora realizado com um número limitado de pacientes, evidenciou no GH após intervenção domiciliar os seguintes desfechos:

- uma redução estatisticamente significativa de alguns dos marcadores metabólicos que se apresentavam com níveis plasmáticos aumentados (glicemia pós-prandial, hemoglobina glicosilada e triglicérides) e do IMC, desfechos não observados no GC;
- uma melhora não estatisticamente significativa de outros parâmetros biofísicos alterados (peso corporal e circunferência abdominal);

- os parâmetros bioquímicos citados acima (glicemia pós-prandial, hemoglobina glicosilada e triglicérides) foram reduzidos nos pacientes submetidos à intervenção educacional, independentemente do nível socioeconômico apresentado, objetivo prioritário na intervenção realizada;
- o programa de intervenção domiciliar, elaborado e colocado em prática pela equipe de homecare, teve aplicabilidade efetiva em uma população residente no interior do estado de São Paulo, uma vez que contribuiu para a redução nos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares; e
- embora sejam necessários estudos mais amplos e mais prolongados para confirmar esta hipótese, pode-se concluir que a intervenção domiciliar participativa realizada permitiu uma melhora estatisticamente significativa de alguns dos marcadores bioquímicos dos pacientes do GH após a intervenção em relação ao quadro inicial, bem como em relação aos pacientes do GC. Esta observação sugere que é possível, com um atendimento domiciliar humanizado e participativo, reduzir o risco cardiovascular presente na SM através do impacto positivo sobre os pacientes, por meio da modificação do consumo alimentar e o estilo de vida.

A falta de melhora significativa dos parâmetros biofísicos pode ser atribuída ao período de intervenção que, possivelmente, não foi suficiente para permitir as mudanças esperadas. Apesar do número limitado de pacientes estudados e do período de intervenção que poderia ser prolongado (inclusive para estudar uma eventual melhora dos parâmetros antropométricos), a intervenção domiciliar pode representar uma ferramenta valiosa no controle da SM.

REFERÊNCIAS

1. Madeira M, Benchimol AK, Moreira RO. Tratamento da dislipidemia aterogênica. In: Godoy Matos AF. Endocardiometabologia na prática clínica. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan; 2011. p. 221-31
2. Perez GH, Romano BW. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. Rev Soc Cardiol. 2004; 14(4):544-50.
3. Costa E, Forti A, Melo AGC, Façanha CS. Prevenção da doença aterosclerótica: os grandes estudos e a síndrome metabólica. In: Godoy Matos AF. Síndrome metabólica. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 213-26.
4. Portero KCC, Motta DG, Campino AAC. Abordagem econômica e fluxograma do atendimento a pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 na rede pública de saúde de um município paulista. Saúde em Revista. 2003; 5(11):35-42.
5. Franco LJ. Epidemiologia do diabetes *mellitus*. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
6. ADA American Diabetes Association. The prevention or delay of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2002; 25:742-9.
7. Cattalini MM, Stucchi ML, Roberto R. Benefícios da intervenção educacional participativa no controle metabólico de pacientes ambulatoriais portadores de diabetes *mellitus* tipo 2. Diabetes Clínica. 2006; 10(4):277-83.
8. IDF. International Diabetes Federation. Diabetes health economics: facts, figures and forecasts. Brussels (Belgium); 1999.
9. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: na American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. Circulation. 2005; 112(17):2735-52.
10. Alberti KGGM, Zimmet P, Shaw J. Epidemiology task force consensus group. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. Lancet. 2005; 366:1059-62.
11. Siani A, Strazzullo P. Tackling the genetic bases of metabolic syndrome: a realistic objective? Nutrition, metabolism & Cardiovascular Diseases. 2006; 16:309-12.
12. Esposito K, Marfella R, Ciotola M. Effect of a mediterranean style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome. JAMA. 2004; 292:1440-46.
13. Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Valles V, Ríos-Torres JM, Franco A et al. High prevalence of metabolic syndrome in Mexico. Archives of Medicine Research. 2004; 35(1):76-81.
14. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. Lancet. 365:1415-28.
15. Rosmond R, Bjorntorp P. Occupational status, cortisol secretory pattern and visceral obesity in middle-aged men. Obes Res. 2000; 8:445-50.
16. Barbieri MA, Bettiol H, Silva AETA. Health in early adulthood: the contribution of 1978/79 Ribeirão Preto birth cohort. Braz J Med Biol. 2006; 39:1041-55.

17. Silveira VMF, Horta BL, Gigante DP, Azevedo Junior MR. Metabolic syndrome in the 1982 pelotas cohort: effect of contemporary life style and socioeconomic status. *Arq Bras Endocr.* 2010; 54(4):390-7.
18. Aude YV, Mego P, Mehta JL. Metabolic syndrome: dietary intervention. *Current Opinion in Cardiology.* 2004; 19:473-9.
19. Scheen AJ. Management of the metabolic syndrome. *Minerva Endocrinológica.* 2004; 29:31-45.
20. Stone NJ. Focus on lifestyle change and the metabolic syndrome. *Endocrinol Metabol North América.* 2004; 33:493-508.
21. Wang C, Fenske MM. Self-care of the adults with non insulin dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Education.* 1996; 22(5):465-70.
22. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. Philadelphia: FA Davis; 1994.
23. Buosso RS. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1999.
24. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Diabetes.* 2003; 11(2):1-13.
25. Farias AP. Aspectos importantes na assistência domiciliar. In: Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG. Masculinidade e velhice. São Paulo: Vetor; 2006. p. 199-214.
26. Pearce, L. C. Metabolic syndrome & obesity: co-epidemics could overwhelm home health care. *Caring.* 2003; 22(6):24-8.
27. Leite C, Fernandes MG. A síndrome metabólica no idoso: explorando tendências atuais. In: Corte B, Mercadante E, Arcuri IG. Masculinidade e velhice. São Paulo: Vetor; 2006. p. 215-32.
28. Loureiro EG, Corte B. Atenção domiciliar ao idoso de sexo masculino. In: Corte B, Mercadante E, Arcuri IG. Masculinidade e velhice. São Paulo: Vetor; 2006. p. 183-98.
29. César CLG, Pascoal SMP. Uso de serviços de saúde. In: Lebrão MI, Duarte Yao, organizador. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003. p. 227-38.
30. Brasil. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF);* 2002 abr 16; 72.
31. Wing R, Gillis B. Lifestyle balance: the diabetes prevention program's Life style Change Program Participant Notebook. Diabetes Prevention Program Lifestyle Resource Core. National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health. University of Pittsburg, US; 1996.
32. Pieber TR, Holler A, Siebenhofer A, Brunner GA, Semlitsch B, Schattenberg S et al. Evaluation of a structured program of teaching and treatment for Type 2 Diabetes in a rural area of Austria. *Diabet Med.* 1995; 12(4):349-54.
33. William GC, Freedman ZR, Deci EL. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes to glucose control. *Diabetes Care.* 1998; 21(10):1644-51.
34. Wing RR. Behavioral treatment of obesity. Its application to type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 1993; 16(1):193-9.
35. Garcia-Ortega C, Amaya-Bero L. Avaliação da eficiência da unidade de educação em diabetes do hospital de Algeciras. *Rev Española de Salud Pública.* 1996; 70:45-50.
36. Matteucci E, Giampietro O. Closing the gap between literature and practice: Evaluation of a teaching program in both type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Nutrit Metabol.* 2003; 16(5-6):298-305.
37. Ciardullo AV, Daghio MM, Brunetti ELA. Audit of a shared-care program for persons with diabetes: baseline and 3 annual follow-ups. *Acta Diabetológica.* 2004; 41(1):9-13.
38. Medinsk M, Feskens EJM, Saris WHM, Bruin TWA, Blaak EE. Study on lifestyle intervention and impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM): preliminary results after one year. *Intern J Obesity.* 2003; 27:377-84.
39. Ratner R, Goldberg R, Haffner S. Impact of intensive lifestyle and metformin therapy on cardiovascular disease risk factors. *Diabetes Care.* 2005; 4:888-94.
40. Mclellan KCP, Barbalho SM, Cattalini M, Lerario AC. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Rev. Nutr.* 2007; 20(5):515-52.
41. Vieira CM, Turato E. Percepções de pacientes sobre alimentação em seu processo de adoecimento crônico por Síndrome metabólica: um estudo qualitativo. *Rev Nutr.* 2010; 23(3):315-23.
42. Cochete N, Rodrigues MV, Negrato CA, Oliveira RKA, Martinelli B, Barrile SR. Correlação do perfil antropométrico e síndrome metabólica em portadores de DM2. *Diabetes Clínica.* 2008; 12(3):129-38.
43. Lindstrom J, Peltonem M, Treomilehto J. Lifestyle strategies for weight control: experience from the finnish diabetes prevention study. *Proceedings of Nutrition Society.* 2005, 64:81-5.
44. Sharovsky LL, Van-Even AAL, Perez GH, Romano BW. Tratamento não farmacológico da síndrome metabólica: visão do psicólogo e do nutricionista. *Rev Bras Hipert.* 2005; 12(3):182-5.
45. Lopes HL, Barreto Filho JA, Riccio GMG. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Est SP.* 2003; 1:148-55.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR: CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS E CUIDADORES

HOME CARE: CHARACTERIZATION OF USERS AND CARER

INTERNACIÓN DOMICILIARIA: CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS Y CUIDADORES

Michely Aparecida Cardoso Maroldi^{*}, Juliano de Souza Caliar^{**}, Lidiani Cola Roceti Dal Ponte^{***}, Rosely Moralez de Figueiredo^{****}

Resumo

Com o envelhecimento da população surge o serviço de assistência domiciliar, cuja finalidade é proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno e manutenção do doente em domicílio. Neste estudo, o objetivo foi identificar a população atendida pelo Serviço de Internação Domiciliar de um hospital do interior do estado de São Paulo, caracterizando seus usuários e cuidadores. Trata-se de um estudo descritivo, cujos dados foram coletados por meio do acompanhamento das ações da equipe de enfermagem durante visita domiciliar e pela análise dos registros próprios da equipe do Serviço de Internação Domiciliar. Resultados: foram analisados os perfis de 56 pacientes e 59 cuidadores. Dentre os pacientes, 57,2% eram homens, com média de idade de 65 anos; de baixa renda, sendo que 75% foram referenciados da Atenção Básica para o Hospital e para tratamento de câncer e de acidente vascular encefálico (54%). Tinham neuropatias degenerativas (21%), fraturas e osteomielite (6%), úlceras varicosas (5%), sequelas de paralisia infantil e parada cardiorrespiratória (4%). Dentre esses, 3,3% eram independentes, 28,6% parcialmente dependentes e 19% totalmente dependentes. Quanto aos cuidadores, 76% eram mulheres com média de idade de 49 anos; alfabetizadas, de baixa renda, pertencentes à família dos pacientes e marcadas por algum comprometimento de saúde. Conclusão: os pacientes assistidos evidenciam as diferentes estruturas das famílias da região atendida. Já os cuidadores apresentaram um perfil esperado, sendo estes formados por mulheres, pertencentes à família dos pacientes, de baixa instrução e renda e muito sobrecarregadas pelas atividades do cuidado.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar. Pacientes domiciliares. Auxiliares de cuidado domiciliar. Serviços hospitalares de assistência domiciliar.

Abstract

With the aging population is the home-care service, whose purpose is to provide technical and structural support to the family in return and maintenance of sick at home. In this study, the objective was to identify the population served by Home Care Service a hospital in the State of São Paulo, featuring their users and caregivers. This is a descriptive study, data were collected through the monitoring of the actions of the nursing staff during home visits and analysis of records of their own team's Home Care Service. We analyzed the profiles of 56 patients and 59 caregivers. Among the patients, 57.2% were men, with an average age of 65 years; from low-income families, and 75 were referenced from basic care to the Hospital and for treating cancer and cerebrovascular accident (54). Had degenerative Neuropathies (21), fractures and osteomyelitis (6%), varicose ulcers (5%), sequelae of paralysis and infant cardiopulmonary arrest (4%). Of which 3.3% were independent, 28.6% partially dependent and 19% totally dependent. As for caregivers, 76% were female, mean age 49 years, illiterate, poor and belonging to the family of patients and marked by some impairment of health. Patients attended show the different structures of families in the region served. Have caregivers had an expected pattern, being formed women belonging to families of patients, low education and income and very overwhelmed by the activities of care.

Keywords: Home care services. Home nursing, Homebound persons. Home health aides. Home care services. Hospital-based.

Resumen

Con el envejecimiento de la población viene el servicio de atención domiciliar, cuya finalidad es proporcionar apoyo técnico y estructural a la familia a cambio y mantenimiento de enfermos en casa. En este estudio, el objetivo fue identificar la población reparada por el Servicio de Internamiento en el Hogar de un hospital en el interior del estado de São Paulo, con sus usuarios y cuidadores. Se realizó un estudio descriptivo, los datos fueron recolectados a través del seguimiento de las acciones del personal de enfermería durante las visitas domiciliarias y el análisis de los registros de Servicio de Internamiento en el Hogar de su propio equipo. Se analizaron los perfiles de los 56 pacientes y los cuidadores 59. Entre los pacientes, el 57,2% eran hombres, edad media 65 años; los pobres, 75% fueron remitidos desde atención primaria al hospital y para tratar el diagnóstico del cáncer y los accidentes cerebrovasculares (54%). Tenían neuropatía degenerativa (21%), fracturas y osteomielitis (6%), úlceras varicosas (5%), secuelas de parálisis infantil y paro cardiorrespiratorio (4%). De los cuales 3,3% fueron independientes, el 28,6% parcialmente dependiente y el 19% totalmente dependiente. En cuanto a los cuidadores, el 76% eran mujeres, edad media 49 años, analfabeta, pobre y perteneciente a la familia de los pacientes y caracterizado por un deterioro de la salud. Los pacientes acudieron a mostrar las diferentes estructuras de las familias en la región atendida. Ha cuidadores tenían un patrón esperado, se está formando las mujeres pertenecientes a las familias de los pacientes, la educación y de ingresos bajos y muy abrumado por las actividades de cuidado.

Palabras clave: Servicios de atención de salud a domicilio. Atención domiciliar de salud. Personas imposibilitadas. Auxiliares de salud a domicilio. Servicios de atención a domicilio provisto por hospital.

^{*} Trabalho desenvolvido com os clientes de um Hospital-Escola do interior do Estado de São Paulo.

^{**} Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos-SP. Contato: mimaroldi@yahoo.com.br.

^{***} Enfermeiro, Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Passos-MG. Contato: julianoaliari@iifsuldeminas.edu.br

^{****} Enfermeira, Hospital Estadual de Presidente Prudente e Universidade do Oeste Paulista. Contato: lidiane@famema.br.

^{*****} Enfermeira, Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Contato: rosely@ufscar.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, a cronificação de algumas doenças, a necessidade de garantia da continuidade da assistência e o alto custo da atenção hospitalar apontam para a necessidade de se pensar em novas formas e espaços terapêuticos que visem a desospitalização e a diminuição das reinternações^{1,2}.

Neste contexto, surge o serviço de assistência domiciliar com a finalidade de proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno e manutenção do doente ao domicílio³. Este se caracteriza por um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, realizadas com vistas à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde da pessoa dependente, com o objetivo de favorecer sua independência e preservar sua autonomia. Podendo ocorrer também pela modalidade de internação⁴.

A incorporação do atendimento domiciliar está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de construir um novo modelo assistencial que preserve as relações familiares e socioculturais dos indivíduos, além de promover a pessoa dependente/família e maior envolvimento na execução do planejamento dos cuidados, autonomia no processo de tomada de decisões, redução de custos da atenção, tanto para a família como para o Estado, e diminuição do risco de infecção hospitalar^{5,6}.

A Internação Domiciliar é regulamentada pela portaria nº 2416 de março de 1998, que estabelece os requisitos para credenciamento de hospitais para a realização de internação domiciliar e perfil da população que deve ser atendida⁷. O atendimento é feito por uma equipe multidisciplinar em visitas diárias, podendo ainda ser necessária a permanência de um profissional de enfermagem em períodos pré-estabelecidos².

Apesar de poucos estudos abordarem o papel do profissional de enfermagem na internação domiciliar, sabe-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na articulação entre a família e a equipe multiprofissional. Suas atividades visam atender o cliente em seus diversos níveis de complexidade, e vão desde a execução e o gerenciamento de um plano de cuidados na residência do paciente, tendo como responsabilidade o cliente, a família e os demais profissionais envolvidos; até as ações assistenciais de estímulo a autonomia e da manutenção da dignidade do ser e de sua família⁸.

No ano de 2011 o Ministério da Saúde, considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, lança a portaria nº 2.029/GM/MS que efetivamente institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Estabelece também as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar e os valores do incentivo para o seu funcionamento⁹.

A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Além disso, aponta estratégias para a

diminuição dos custos hospitalares, a humanização da atenção, a diminuição de riscos, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, especialmente a enfermagem¹.

Considerando que o modelo de atenção domiciliar é recente no Brasil e a pouca informação disponível na literatura sobre esse tema é que se propôs esse trabalho. Desta forma, este estudo visa identificar a população atendida pelo Serviço de Internação Domiciliar (SID) de um hospital do interior do estado de São Paulo, caracterizando seus usuários e cuidadores, a fim de fornecer elementos que minimizem as lacunas de conhecimento existentes sobre a assistência de enfermagem para essa população.

OBJETIVO GERAL

Identificar a população atendida pelo Serviço de Internação Domiciliar de um hospital do interior do estado de São Paulo e caracterizar os usuários e os cuidadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo realizado no SID de um hospital do interior do Estado de São Paulo, no período de dezembro de 2007 a janeiro 2009, no qual foi analisado o perfil dos pacientes internados e de seus cuidadores e a descrição das visitas realizadas pelos profissionais de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (parecer 263), sendo atendidas todas as exigências da resolução 196/96.

Os dados foram coletados por meio do acompanhamento das ações da equipe de enfermagem durante visita domiciliar e pela análise dos registros próprios da equipe do SID. Cabe ressaltar que nem todas as informações contidas nesses registros estavam completas, o que pode ter interferido na análise das mesmas.

RESULTADOS

Foram analisados os perfis de 56 pacientes e 59 cuidadores que estiveram em internação domiciliar nos 13 meses de estudo.

Dos 56 pacientes assistidos, 32 (57,2%) eram homens, com média de idade de 65 anos, os quais (10,7%) estavam entre 16 e 40 anos, 28,6% entre 40 e 60 anos e 60,7% entre 60 e 96 anos.

Apenas 20 pacientes tinham o grau de escolaridade registrado, sendo que, destes, 10 (50%) não eram alfabetizados.

Quanto à renda, 30 (53,6%) recebiam até um salário, seis (10,7%) até dois salários e apenas um (1,8%) paciente recebia mais de três salários mínimos por mês. Um (1,8%) era beneficiário do Programa Bolsa Família e 18 (32,1%) não possuíam esta informação. O SID fornecia

materiais e insumos específicos para o cuidado, cabendo aos pacientes e familiares prover a alimentação, cuidados pessoais de higiene, manutenção da moradia e do cuidador, quando necessário.

Na avaliação dos arranjos familiares identificou-se que no momento da pesquisa, 23 (41%) estavam casados ou amasiados e 33 (59%) eram divorciados, solteiros ou viúvos. Quanto ao número de filhos, observou-se que 42 pacientes tiveram este dado registrado e destes, 35 (83,3%) tiveram filhos, sendo que 5 (8,9%) apresentavam um filho, 10 (17,9%) dois filhos e 20 (35,7%) de 3 a 8 filhos.

Analisando-se o fluxo destes usuários, identificou-se que 42 (75%) foram encaminhados para o hospital em questão, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 (23%) por Unidades de Saúde da Família (USF) e apenas um (2%) por serviço privado. No hospital, após avaliação pelas Unidades de Internação e de Urgência e Emergência, os mesmos foram encaminhados para internação domiciliar.

Quanto ao período de espera entre o encaminhamento e a internação, observou-se uma prevalência de até 10 dias para 45 (80%) pacientes, de 10 a 30 dias para nove (16%) pacientes e de mais de 100 dias para dois (4%) pacientes. Todos aguardaram pela internação domiciliar, internados no próprio hospital.

Dentre as causas de internação, as mais prevalentes são tratamento de câncer e de acidente vascular encefálico, os quais somavam 54% dos casos; 21% neuropatias degenerativas; 6% fraturas e osteomielites, 5% úlceras varicosas e 4% sequelas de paralisia infantil e parada cardiorrespiratória. Os demais 5% eram compostos por um caso de fascite necrosante, doença pulmonar obstrutiva crônica e HIV/neurotoxoplasmose, respectivamente. Apesar de haver muitas queixas verbalizadas de hipertensão e diabetes, apenas 5% dos pacientes apresentavam registro destas comorbidades.

Durante as internações foram realizadas visitas pelos profissionais do SID do hospital, as quais visavam orientar, avaliar ou realizar procedimentos como curativos e medicação. Dentre estas visitas, identificou-se que duas (0,2%) foram realizadas por profissionais médicos, 142 (14,7%) por assistentes sociais, 246 (25,4%) por técnicos de enfermagem, 377 (39%) por enfermeiros, 117 (12,1%) por fisioterapeutas, 21 (2,1%) por psicólogos, 28 (2,9%) por nutricionistas e 32 (3,3%) por terapeutas ocupacionais.

As visitas dos profissionais norteavam os cuidados prestados em domicílio, uma vez que apenas seis (3,3%) pacientes eram independentes, 16 (28,6%) necessitavam de auxílio parcial para as atividades e 34 (19%) de auxílio total, contando com a ajuda dos cuidadores.

Para os 50 pacientes com dependência de ajuda para os cuidados, foram identificados 59 cuidadores,

sendo que 44 (76%) eram mulheres com média de idade de 49 anos; 26 (44%) cuidadores tiveram o grau de escolaridade registrado, destes, apenas três (5%) não eram alfabetizados.

Analisando-se a estrutura familiar dos cuidadores, identificou-se que 36 (61%) estavam casados ou amasiados, 15 (25%) divorciados, solteiros ou viúvos e 33 (56%) referiram ter ao menos um filho. Quarenta e nove cuidadores (83%) eram familiares dos pacientes assistidos, sendo 18 (30,5%) filhos(as), 13 (22%) esposos(as), oito (14%) irmãos(as), quatro (7%) noras/genros, três (5%) pais e três (5%) sobrinhos(as). Apenas para dois (3,5%) cuidadores não foi possível identificar esta informação e cinco (8%) dos pacientes realizavam o auto cuidado.

Quanto às comorbidades presentes, 15 (25%) cuidadores apresentavam algum comprometimento de saúde, sendo três (5%) portadores de diabetes, quatro (7%) de depressão, dois (3,5%) de câncer e para seis (10%) cuidadores a patologia não estava registrada.

Pode-se observar que 21 (36%) cuidadores tinham renda mensal registrada, sendo 17 (29%) com até um salário e quatro (7%) entre dois e três salários mínimos; não foi possível associar a renda com a ocupação de cuidador, uma vez que se identificou que apenas quatro (7%) pessoas foram contratadas como cuidadores.

Quando questionados quanto à divisão das atividades do cuidado, 11 (16,5%) referiram ser cuidadores exclusivos, 35 (59%) dividiam as atividades com algum outro membro da família e oito (14%) não tiveram esta informação registrada.

Vale considerar que muitos pacientes vinham sendo assistidos por seus respectivos cuidadores há vários anos, antes mesmo da existência do SID na cidade. Dos 59 cuidadores, somente para 43 (73%) havia informação a respeito do tempo de assistência domiciliar, sendo que 14 (24%) vinham atuando como cuidadores por até seis meses; 10 (16,9%) de sete meses a um ano; seis (10,1%) de um ano a dois anos; cinco (8,5%) de dois anos a cinco anos e oito (13,6%) prestavam cuidados há mais de cinco anos.

Ao final da pesquisa, pode ser observado que 12% dos pacientes permaneceram em atendimento (os demais haviam recebido alta) por um período médio de 35 dias de internação, dos quais 54% foram interrompidos pelo óbito, 23% para acompanhamento ambulatorial, 5% foram institucionalizados e 6% por não adesão por parte da cuidadora.

DISCUSSÃO

O Programa de Internação Domiciliar no Brasil é um modelo novo de internação extra-hospitalar que presta serviços de assistência à saúde ao paciente em seu domicílio criando condições familiares para que haja continuidade do tratamento, sem perda de qualidade e de

efetividade do cuidado ao paciente e de assistência ao cuidador⁶.

O perfil de pacientes assistidos no presente estudo não condiz com outros estudos já realizados no país, os quais identificam que os pacientes mais assistidos por serviços de internação domiciliar são mulheres idosas⁶.

A elevada morbidade das mulheres e de mortalidade dos homens tem sido uma inverdade muito difundida na cultura brasileira. Para que estudos do determinante potencial do gênero na relação entre status de saúde e arranjo familiar possam ser mais fidedignos, é necessário não deixar de incorporar fatores que caracterizem as desigualdades por sexo ante as condições socioeconômicas e estruturais, como, por exemplo, as condições domésticas e a renda familiar¹⁰.

O fato de a maioria dos clientes serem idosos pode ter relação com o aumento da expectativa de vida e com a prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, tornando-os mais propensos à necessidade de cuidados domiciliares, principalmente pela grande dificuldade de locomoção que muitos apresentam, devido à senescência e à senilidade⁶.

No Brasil, mais de 85% dos idosos, mesmo convivendo com algum tipo de problema de saúde, continuam autônomos e atuantes, estando as dependências físicas e mentais mais concentradas na população acima de 80 anos¹¹. Contudo, diferente do que se é esperado, a incidência de doenças na população em questão pode representar o aumento dos riscos para doenças crônico-degenerativas. O que de fato corrobora os altos índices de complicações, como acidente vascular, fraturas por quedas, limitações causadas por insuficiência cardíaca, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a dependência determinada pela doença de Alzheimer¹².

Poucos pacientes tiveram o grau de escolaridade registrado e destes apenas 50% eram alfabetizados. Alguns estudos destacam a relação das Atividades Físicas (AF) na prevenção das doenças, contudo, outro dado que vem sendo associado é a correlação positiva entre o grau de escolaridade e a adesão à AF, revelando que para indivíduos idosos, o grau de instrução foi positivamente correlacionado com a prática regular de AF, podendo este estar relacionado com as morbidades presentes entre os idosos¹³.

Outro dado identificado em 68% dos pacientes foi a baixa renda mensal, a qual segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é um dado que está diretamente relacionado com as condições de saúde, uma vez que idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde e de função física e um menor uso dos serviços de saúde. Entretanto, com o aumento das políticas econômicas e de acesso ao serviço, esses indicadores, quando avaliados ao longo do tempo, apresentam uma melhora relativa, especificamente nesse subgrupo populacional¹⁴.

Quanto à estrutura familiar, a prevalência de pacientes com histórico de vida conjugal tem implicações positivas para a saúde. O foco no arranjo domiciliar deve-se à necessidade de se conhecer o processo social pelo qual as novas estruturas familiares dos pacientes demandam e fornecem sistemas de apoio formal e informal¹⁵.

A avaliação objetiva da composição familiar e das funções que seus membros exercem é importante, pois fornece informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado, uma vez que a família atende numerosas necessidades de seus membros, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo). O suporte social da família ajuda no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis da vida¹⁵.

A quase totalidade de pacientes referenciados pela Atenção Básica (75%) aponta para a importância deste setor na identificação e encaminhamento de casos complexos. Contudo, tal organização ainda reforça a existência de uma política de Atenção Básica construída na perspectiva da prevenção e dos hospitais na perspectiva da cura para os atendimentos de média e alta complexidade¹⁶.

Diante dos diagnósticos elaborados, do período de espera para a internação e das visitas dos profissionais do SID, identificou-se que a grande prevalência era de casos de pessoas que puderam esperar até dez dias para a internação, os quais estavam com diagnóstico de câncer ou de acidente vascular encefálico, e que necessitavam de visitas de assistentes sociais, da enfermagem e de fisioterapeutas. Isso pode sugerir falta de integração entre os diferentes equipamentos de saúde do município¹⁶, uma vez que muitos pacientes apresentavam perfil clínico compatível com os casos assistidos por equipes da USF¹², as quais, além do cuidado domiciliar, trazem a proposta de assistir ao cliente e a família facilitando a integração, no sentido de romper o isolamento social⁵.

Analisando o perfil dos cuidadores estudados observou-se a prevalência do gênero feminino, formados por membros da própria família e que prestam os cuidados de modo gratuito. Apesar de a estrutura familiar vir sendo modificada, com a mulher não mais trabalhando exclusivamente no lar, ao contrário, engajando-se cada vez mais no mercado de trabalho, ocupando muitas vezes o lugar do "chefe de família", ainda assim este cuidado informal é culturalmente reservado a ela, estando ligado à figura da esposa, da filha, da sobrinha, da neta; por ser vista como a tradicional provedora de cuidados básicos dentro da família¹⁷.

A grande porcentagem de cuidadores formados por membros da família pode ser justificada pela própria estrutura familiar, a qual representa um espaço de segurança e de paz, onde se identifica e faz valer os seus direitos como pessoa¹⁸.

Quanto à escolaridade 42,5% dos cuidadores foram identificados como alfabetizados, o que é de grande importância, pois a partir do grau de instrução é possível pensar em estratégias para o cuidador e para a família, pois favorece a compreensão sobre a doença e o cuidado¹².

Em relação às atividades prestadas em domicílio, 65% dos cuidadores referiram dividi-las com outros membros da família. Por ser o cuidador geralmente um componente familiar, atribui-se a ele, além do cuidado, a rotina pesada, pois este exerce a função de cuidar da alimentação do paciente, higiene, medicações, dispositivos de assistência, como também acompanhamento aos serviços de saúde. Dessa forma, a ocupação com a sobrecarga de ações é intensificada¹².

O acúmulo de atividades dos cuidadores advém geralmente das situações de enfrentamento, conflitos e estresse, as quais muitas vezes são agravadas, ainda mais pelo seu afastamento do convívio social devido à rotina tão desgastante que se estabelece frente ao cuidado. Assim, as atividades exercidas podem comumente originar impactos negativos na saúde da pessoa cuidadora, que vão além das patologias encontradas: diabetes, depressão e câncer, podendo propiciar o aparecimento de enfermidades e/ou doenças ocupacionais que podem persistir mesmo após a morte do doente¹².

Outra justificativa para o acúmulo das atividades é a renda mensal recebida pelos cuidadores. Apenas 39% deles tiveram o valor da renda registrada e esta era de até três salários mínimos. Por falta de dados, não foi possível identificar a origem desta renda, uma vez que apenas 7,4% dos cuidadores eram contratados para as funções. Dessa forma, a renda mensal dos cuidadores caracteriza a vulnerabilidade social deste grupo, cujos membros, muitas vezes, estão desempregados e/ou sobrevivem dos recursos provenientes da própria aposentadoria ou pensão do paciente que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio paciente¹⁹.

Quanto à internação domiciliar, verifica-se que o tempo médio corrobora para um serviço de caráter transitório, o que é confirmado por outros estudos. A percentagem de 54% de pacientes que foram a óbito pode estar relacionada às características mais agressivas das doenças que acometeram a população do estudo. Neste sentido, a internação domiciliar é uma modalidade que tem se revelado uma opção segura e eficaz, direcionada a pacientes com doenças crônicas ou agudas⁶.

CONCLUSÃO

A partir da construção e finalização do estudo apresentado, constatou-se que o perfil dos pacientes assistidos apresenta algumas diferenças quando comparado a outros estudos já realizados no país, o que pode estar ligado ao diferente padrão de estrutura das famílias da região atendida.

A grande concentração de pacientes idosos aponta para a necessidade de políticas que auxiliem o envelhecimento saudável.

A falta de instrução e a baixa renda dos pacientes indicam a gravidade da situação social em que se encontra essa população, o que pode ser evidenciado pelo elevado número de visitas realizadas pelas assistentes sociais.

Os cuidadores apresentaram um perfil muito semelhante ao encontrados em outros estudos, sendo estes formados por mulheres, pertencentes à família dos pacientes, de baixa instrução e renda, além de sobrecarregadas pelas atividades do cuidado. Dessa forma, tão importante quanto o paciente, destaca-se a necessidade de um programa que ajude o cuidador a cuidar de si, uma vez que foram verificadas que a sobrecarga de trabalho a que este está sujeito, gera impactos negativos na saúde dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):391-7.
2. Mesquita SRA, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Lat Am Enferm*. 2005; 13(4):555-61.
3. Brondani CM, Beuter M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(2):206-13.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Klock AD, Heck RM, Casarim ST. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(2):237-45.
6. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis*. 2011; 21(1):147-157.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.416/MS de 26 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS Diário Oficial da União. Mar 1998; p.106.
8. Alves M, Tavares AM, Moreira SD, Loureiro VD. Trabajo del enfermero en una empresa de Home Care en Belo Horizonte, Brasil. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(2):96-106.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.029/GM/MS de 24 de agosto de 2011: institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 2011 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/Gm>
10. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):777-94.
11. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(2):208-9.
12. Silva AG, Silva ASA, Souza ICP, Machado MAF, Sampaio ME, Souza NO et al. Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. *Periódico*. 2012; 15(01)28-44.
13. Caporicci S, Neto MFO. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motri. Vila Real*. 2011; 7(2):15-24.
14. Neri MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1845-56.

15. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccendal O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(5):2603-11.
16. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(2):555-60.
17. Kawasalki K, Diogo MJD. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(3):257-64.
18. Araújo I, Paúl C, Martins M.. Famílias cuidadoras de idosos. *Cienc Cuid Saúde*. 2011; 10(3):452-8.
19. Santos AA, Pavarini SCI, Brito TRP. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Esc. Anna Nery Rev Enfermagem*. 2010; 14(3):496-503.

ESTUDO SOBRE A PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO HOSPITALAR NO SÍTIO CIRÚRGICO

STUDY ON THE PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR SURGICAL SITE INFECTION IN HOSPITAL

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL

Luiz Henrique Prado Coelho*, Rosamary Garcia Aparecida Stuchi**, Gessiane de Fátima Gomes***

Resumo

Trata-se de um estudo retrospectivo que objetivou identificar a prevalência dos fatores de risco relacionados à infecção do sítio cirúrgico nos pacientes internados no ano de 2007-2010. Para obtenção dos dados foi acessado o banco de dados da Comissão de Infecção Hospitalar e através dele identificados os prontuários dos pacientes com diagnóstico de infecção hospitalar no sítio cirúrgico. Foram analisados 39 prontuários: 90% cirúrgica (geral e ortopédica), 61% do sexo masculino, idade média 42 anos. Quanto aos fatores de risco, 25,6% tabagistas, 13% diabetes, hipertensão, cardiopatia, respectivamente, 10% etilistas; 72% com uso de dispositivo periférico, 13% sondagem vesical; média de internação 7,7 dias. Os dados reforçam a importância de se intensificar medidas para a prevenção e controle da infecção do sítio cirúrgico.

Palavras-chave: Prevalência. Infecção hospitalar. Fatores de risco.

Abstract

This is a retrospective study, attempts to identify the prevalence of risk factors related to surgical site infection in patients hospitalized in the year 2007-2010. Obtain the data was accessed the database of the Hospital Infection Committee and through it identified the charts of patients with nosocomial infection in surgical site; 39 records were analyzed, 90% surgical (general and orthopedic), 61% male, mean age 42 years. As for risk factors in 25.6% smokers, 13% diabetes, hypertension, heart disease, respectively; 10% were alcoholics; 72% using peripheral device, 13% bladder catheterization; length of stay 7.7 days. The data reinforce the importance of intensifying measures for the prevention and control of surgical site infection.

Keywords: Prevalence. Cross infection. Risk factors.

Resumen

Este es un estudio retrospectivo, se trata de determinar la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la infección del sitio quirúrgico en los pacientes hospitalizados en el año 2007-2010. Para obtener los datos se accede a la base de datos de la Comisión de Infecciones del Hospital ya través de ella identificó las historias clínicas de pacientes con infección nosocomial en sitio quirúrgico; 39 registros fueron analizados, 90% quirúrgica (general y ortopédica), el 61% varones, edad media 42 años. En cuanto a los factores de riesgo en los fumadores 25,6%, 13% diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, respectivamente; el 10% eran alcohólicos; 72% utilizando dispositivos periféricos, el 13% sonda vesical; duración de la estadía de 7,7 días. Los datos refuerzan la importancia de intensificar las medidas para la prevención y control de la infección del sitio quirúrgico.

Palabras clave: Prevalência. Infecção hospitalaria. Factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar é atualmente considerada um problema alarmante, crescendo tanto em incidência quanto em complexidade, gerando diversos tipos de implicações sociais, econômicas e até psicológicas¹. Ela é conceituada como uma infecção adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares².

Infecções de sítio cirúrgico (ISCs) representam 24% do total de infecções hospitalares, além de ser o segundo tipo mais frequente. Nos Estados Unidos, a incidência de ISC é de 2,8% (mais de 500 mil novos casos

por ano) e sua ocorrência está ligada a uma complexa relação entre fatores relativos ao paciente (imunidade, estado nutricional, doenças associadas entre outros), à ferida (magnitude do trauma tecidual, espaço morto, hematoma, entre outros) e ao agente microbiano (enzimas que medeiam a invasão tecidual ou protegem o agente agressor das defesas do hospedeiro ou contra agentes farmacológicos antimicrobianos)³.

Estima-se que, no Brasil, a ISC apresente uma incidência de 2,8 a 20% (média de 11%), dependendo do tipo de vigilância realizada, das características do hospital, do paciente e do procedimento cirúrgico⁴. Permanece como uma das causas mais comuns de morbimortalidade

* Enfermeiro graduado no curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Contato: luizinho.enfermagem@gmail.com

** Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Contato: meirestuchi@uol.com.br

*** Enfermeira do Hospital Nossa Senhora da Saúde e Enfermeira da CCIH, Diamantina-MG.

no paciente cirúrgico, apesar dos avanços na prática cirúrgica e o uso difundido de antibióticos profiláticos.

A ISC é classificada como: superficial (se localizada acima da fáscia muscular), profunda (se localizada entre a fáscia e a camada muscular) e órgão/cavidade (quando envolve estruturas anatômicas, abertas ou manipuladas, durante o ato cirúrgico)⁵⁻⁷.

Os conhecimentos dos mecanismos de transmissão, aliados a ampliação dos recursos diagnósticos laboratoriais, delinearam medidas objetivas para o controle do problema. Entre os principais meios de prevenção incluem-se a lavagem de mãos, isolamento de doenças transmissíveis e medidas específicas para cada sítio de infecção. A prevenção das infecções hospitalares deve constituir o objetivo de todos os profissionais de saúde³.

Restringindo o campo das infecções hospitalares, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos recomenda a utilização do termo "infecção do sítio cirúrgico" em substituição ao termo "infecção da ferida cirúrgica", visto que "nem toda infecção relacionada à manipulação cirúrgica ocorre na ferida propriamente dita, mas também em órgãos ou espaços abordados durante a operação", e pode desenvolver-se até 30 dias após a realização do procedimento cirúrgico ou mesmo um ano após, em caso de implante de prótese ou a retirada da mesma⁴.

Segundo estudos realizados, observou-se que os custos das infecções cirúrgicas aproximam-se de 25% do total despendido para o tratamento de todas as infecções hospitalares, ou seja, merece uma atenção especial de forma que sejam minimizadas ao máximo. São muitos os aspectos que permeiam a ocorrência de uma infecção de sítio cirúrgico e por conta do número em que ocorrem merecem uma maior atenção e um cuidado mais detalhado por parte dos profissionais de saúde⁶.

OBJETIVOS

O objetivo geral foi identificar a prevalência dos fatores de risco relacionados à infecção do sítio cirúrgico nos pacientes internados no ano de 2007-2010.

Os objetivos específicos foram: identificar o perfil dos pacientes que desenvolveram infecção cirúrgica; identificar os tipos de microrganismos mais prevalentes nas infecções cirúrgicas; e identificar o intervalo entre a manifestação da infecção do sítio cirúrgico e o diagnóstico médico (intra-hospitalar e ambulatorial).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital do interior de Minas Gerais.

A amostra foi constituída por indivíduos que estiveram internados no período de 2007 a 2010, e que

desenvolveram infecção hospitalar. Para identificação dos pacientes que desenvolveram infecção, foi acessado o banco de dados da Comissão de Infecção Hospitalar existente no hospital e, a partir dele, através do número de registros dos pacientes, foram consultados os seus respectivos prontuários, após aprovação deste estudo no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo nº. 027/09.

Para a uniformização dos dados a serem pesquisados no prontuário, foi utilizado um instrumento de coleta de dados previamente elaborado, constando dados de identificação, dados sobre os fatores de risco para infecção e dados do procedimento cirúrgico. Este instrumento foi validado por três peritos (duas enfermeiras responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e um docente da área de infecção hospitalar), obtendo-se um índice de concordância maior que 95%.

Destaca-se a dificuldade para identificar alguns fatores de risco devido à escassez de dados de registro nas anotações dos prontuários.

RESULTADOS

Foram analisados 39 prontuários de pacientes, sendo que 61% (24) eram do sexo masculino, com média de idade 42 anos.

Quanto às clínicas onde os pacientes se encontravam, 90% (35) cirúrgica (geral e ortopédica) e 10% (4) na clínica maternidade.

Em decorrência da característica do hospital pesquisado, a clínica onde se observou o maior número de casos de infecção hospitalar foi nas cirurgias ortopédicas, englobando 79% (31) dos casos, sendo que do total de ISCs notificadas, 55,6% ocorreram em procedimentos cirúrgicos com implantes ortopédicos. A média de permanência em internação foi de 7,7 dias.

Dentre as 39 ISCs diagnosticadas no período do estudo, 26 (66,6%) foram classificadas como superficiais, 10 (25,6%) profundas e 3 (7,6%) como de

Tabela 1 - Distribuição da infecção do sítio cirúrgico (ISC), segundo a classificação da ISC e o momento diagnóstico

Local do diagnóstico	Sítio Específico						Total
	Superficial		Profunda		Órgão/Cavid.		
	N	%	N	%	N	%	
Durante internação	03	7,6	-		03	7,6	
Durante internação	23	59	10	25,6	-		
TOTAL 39		26		10			03

Segundo o intervalo do diagnóstico da ISC intra-hospitalar e após a alta, verificou-se que no período de 0 a <7 dias foram diagnosticados 4 (10%) ISC, no período ≥7 a <14 dias 14 (36%), no período ≥14 a <21 dias 10 (25,6%) e no período ≥21 dias 11 (28%). Devido ao curto período de internação, a maioria dessas infecções se manifesta após a alta hospitalar.

Quanto aos fatores de risco, identificou-se que 10 (25,6%) eram tabagistas, 5 (13%) apresentavam doenças crônicas degenerativas (diabetes, hipertensão, cardiopatia), respectivamente, 4 (10%) etilistas e 2 (5%) estavam fazendo uso de corticosteróides.

Quanto ao tempo de permanência do uso de algum dispositivo durante o período de hospitalização, o acesso venoso periférico foi a via utilizada em 28 (72%) indivíduos, permanecendo, em média, seis dias, seguido da sondagem vesical em 5 (13%), com média de permanência de 3 dias.

Os antibióticos mais escolhidos foram: 37% utilizaram a cefalotina, seguida da gentamicina (28%) e ciprofloxacina (19%).

Foram isolados agentes microbiológicos em 37,5% dos episódios de infecção hospitalar. Os agentes isolados foram: *Staphylococcus aureus* (21,5%), *Staphylococcus coagulase negativa* (14,2%), *Enterobacter sp* (6%), *proteus sp* (6%); para os casos restantes não foram coletadas culturas.

Cumpram ressaltar a falta de anotação nos prontuários, o que dificultou uma análise mais aprofundada dos fatores de risco para ISC.

DISCUSSÃO

As infecções do sítio cirúrgico têm um custo bastante elevado para as instituições hospitalares, além de ser um fator estressante para os pacientes. A ocorrência de infecção hospitalar determina um aumento no tempo de internação, dos custos de internação e nos índices de mortalidade na população acometida⁷. Segundo dados da literatura⁷, cada episódio de ISC aumenta a duração da internação em, aproximadamente, sete dias e, conseqüentemente, os custos hospitalares, dados que foram corroborados neste estudo. Dos 39 prontuários de pacientes estudados, identificou-se a ocorrência de um óbito.

Quanto aos agentes microbiológicos, no presente

estudo foram encontrados como agentes isolados os descritos na literatura⁸, porém com frequência diferente. O *Staphylococcus aureus* foi a bactéria mais frequente nas infecções do ISC.

Foi identificada a presença de acesso venoso periférico em 28 (72%) e sondagem vesical de demora em 5 (13%) indivíduos deste estudo. As barreiras naturais de defesa do organismo humano em decorrência, por exemplo, da introdução de cateteres ou sondas, acarreta quebra destas barreiras, propiciando o desenvolvimento de infecção.

A maioria dessas infecções se manifestou após a alta hospitalar. Assim, verificou-se que 89,6% das ISCs se manifestaram após sete dias da data da cirurgia, havendo necessidade de acompanhamento destes indivíduos antes do período de vinte um dias como descrito na literatura¹¹.

Quanto aos fatores de risco, embora em muitos dos prontuários este dado não estivesse descrito, o tabagismo foi o fator de maior prevalência, seguido das doenças crônicas, como o diabetes e o etilismo. O álcool é um importante fator de risco para a ISC e deve ser levado em consideração ao se determinar a susceptibilidade individual do paciente, assim como o tabagismo e o diabetes *mellitus*, com relação à diminuição da capacidade de defesa do organismo¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenha havido dificuldades na coleta dos dados dos prontuários devido à qualidade das anotações, os dados aqui apresentados reforçam a importância de se intensificar medidas para a prevenção e controle da ISC. Assim como, oferecer subsídios para novas pesquisas que elucidem melhor a contribuição dos fatores predisponentes para ISC.

Outro ponto observado a ser relevado e discutido entre os profissionais de saúde refere-se aos registros e anotações nos prontuários dos pacientes. Estas devem ser mais completas, claras e objetivas, pois, do contrário, dificultam o levantamento real dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Poveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. Rev Esc Enferm USP; 2003; 37(1):81-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Aprova programa de controle de infecção hospitalar e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 maio 1998. Seção 1, p. 133-5.
3. Machado A, Ferraz AAB, Ferraz E, Arruda E, Nobre J, Konkewicz LR et al. Prevenção da infecção hospitalar. In: Sociedade Brasileira de Infectologia. Projetos e diretrizes da AMB CFM. [acesso em fev 20]. Disponível em: http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/infeccao_hospitalar.pdf
4. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção da infecção de sítio cirúrgico. São Paulo: APECIH; 2001.
5. Oliveira JCC, Blank N, Damerou EF. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia colorretal eletiva. Rev Bras Coloproct. 2001; 21(2):75-83.
6. Haley RW. Measuring the cost of nosocomial infections. In: Wenzel RP, editors. Prevention and control of nosocomial infections. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993. p. 521-22.
7. Starling CEF, Pinheiro SMC, Couto BRGM. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária, ensaios. Belo Horizonte: Cutiara; 1993.
8. Ferraz AAB, Ferraz EM. Infecção latente de sítio cirúrgico: hipótese ou realidade? Rev Col Bras Cir. 2003; 30(2):148-52.
9. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Latino-am Enfermagem. 2001; 9(4):37-43.

10. Green JW, Wenzel RP. Postdischarge wound infection a controlled study of the increased duration of hospital and direct cost of hospitalization. *Ann Surg.* 2007; 197:254-68.
11. Oliveira AC, Ciosak SI. Infecção de sítio cirúrgico no seguimento pós-alta: impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 38(4):379-85.
12. Poveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37(1):81-9.

CURSOS PREPARATÓRIOS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA: IMPACTO DO TEMPO DE FREQUÊNCIA NO DESEMPENHO DO GRADUANDO

PREPARATORY COURSES FOR MEDICAL RESIDENCY: IMPACT OF TIME-FREQUENCY PERFORMANCE OF THE STUDENT

CURSOS DE PREPARACIÓN PARA LA RESIDENCIA MÉDICA: IMPACTO DE TIEMPO EN LA FRECUENCIA DE RENDIMIENTO ESTUDIANTES DE PREGRADO

Igor Rondelli da Silva^{*}, Larissa Salomão Almeida^{**}, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga^{***}, Terezinha Soares Biscegli^{****}

Resumo

O desenvolvimento cognitivo é um processo complexo e o mais intenso na formação médica, necessitando ser acompanhado minuciosamente e criteriosamente. Várias ferramentas foram criadas com o intuito de acompanhar tal processo, entre elas o teste global (ou de situação) de conhecimento, cuja finalidade é avaliar o desempenho cognitivo dos acadêmicos durante o curso, o próprio curso e servir como treinamento para os acadêmicos em relação aos concursos. Outra forma de treinamento para provas de qualificação, muito usada atualmente, são os cursos preparatórios para residência médica. Este estudo tem como objetivo analisar a influência e eficácia dos cursos preparatórios no ganho cognitivo dos acadêmicos do internato bienal de um curso de Medicina. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com aplicação de uma prova de situação aos internos que cursam ou não cursos preparatórios. Resultados: 127 internos realizaram a prova, sendo 63 do 1º semestre e 64 do 3º semestre. A média de acerto geral foi de $5,1 \pm 1,0$ ($5,0 \pm 0,9$ para quintanistas e $5,1 \pm 1,2$ para sextanistas; $p=0,533$). Do total dos internos, 77,2% participavam de cursos preparatórios, sendo menor a proporção dos quintanistas (65,1% VS 89,1%; $p=0,001$). Não se observou diferença estatística no desempenho cognitivo dos internos relacionados à "frequência ou não de cursos preparatórios" ($5,1 \pm 1,1$ VS $4,8 \pm 1,0$; $p=0,203$) e quanto ao tempo de frequência ($p=0,282$). O teste do tipo global não apresentou diferença estatística significativa no desempenho cognitivo dos estudantes de uma série para outra, não demonstrando nos cursos preparatórios fator diferenciador neste tipo de avaliação (testes de múltipla escolha), colocando em dúvida a real influência e efetividade dos cursos preparatórios.

Palavras-chave: Educação médica. Internato e residência. Avaliação educacional. Educação de graduação em medicina.

Abstract

Cognitive development is a complex process being the most intensive in medical training and needing to be monitored carefully and thoroughly. Several tools were created in order to monitor the process, including the global test (or situation) of knowledge, which aims to assess cognitive performance of scholars during the course, the course itself and serve as training for academics in relation to further examinations. Another form of training for qualification tests, widely used today are the Preparatory Courses (PC) for medical residency. This study aimed to analyze the influence and effectiveness of PC in cognitive gain of academics from biennial internship of a medical school. It's Cross-sectional quantitative study, with application of a test of situation to graduates who attended or not PC. 127 graduates performed the test, and 63 of the 1st semester and 64 of the 3rd semester. The mean overall accuracy was 5.1 ± 1.0 (5.0 ± 0.9 to 1st semester graduates and 5.1 ± 1.2 to the 3rd semester graduate, $p=0.533$). Of the total graduates participated 77.2% in PC, with the lowest proportion of the 1st semester graduates (65.1% VS. 89.1%, $p=0.001$). There was no statistical difference in cognitive performance related to the internal "frequency or absence of PC" (5.1 ± 1.1 VS. 4.8 ± 1.0 , $p=0.203$) and as to the time ($p=0.282$). The global test did not show any statistically significant difference in cognitive performance of students from one grade to another, not showing as well a differentiating factor of PC in this type of assessment (multiple choice test), putting in doubt the real influence and effectiveness of PC.

Keywords: Internship and residency. Educational measurement. Education medical undergraduate.

Resumen

Desarrollo cognitivo es un proceso complejo y el más intenso en la formación médica, deba acompañarse minuciosamente y juiciosamente. Se han creado varias herramientas para acompañar este proceso, incluyendo la prueba global (o situación), cuyo propósito es evaluar el desempeño cognitivo de los expertos durante el curso, el curso en sí y servir como entrenamiento para académicos en relación con los concursos. Otra forma de entrenamiento para las pruebas de calificación, a menudo utilizados actualmente son los cursos preparatorios para la residencia médica. Este estudio pretende analizar la influencia y la efectividad de los cursos de preparación cognitiva ganancia académica de una escuela médica Bienal de embarque. Estudio transversal, cuantitativa, con la aplicación de una situación interna que asistir a cursos de preparación o no. Resultados: 127 reclusos celebraron la evidencia, siendo la primera mitad 63 y 64 del 3er semestre. El general hit promedio fue de 5.1 ± 1.0 (5.0 ± 0.9 a quintanistas y 5.1 ± 1.2 a sextanistas; $p=0.533$). Del total, 77.2 participaron en cursos de preparación, menor será la proporción de quintanistas (65.1 VS 89.1; $p=0.001$). No se observó diferencia estadística en el desempeño cognitivo de relacionados con "frecuencia de cursos preparatórios" ($5,1 \pm 1,1$ VS. $4,8 \pm 1,0$; $p=0,203$) y en cuanto a la frecuencia ($p=0,282$). La prueba de tipo global no mostró diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento cognitivo de los estudiantes de una serie a otra, no demostrando en los diferenciador cursos de preparación de factor en este tipo de evaluación (pruebas de elección múltiple), poniendo en duda la influencia real y la efectividad de los cursos preparatorios.

Palabras clave: Educación médica. Internado y residencia. Evaluación educacional. Educación de pregrado en medicina.

^{*}Médico formado pelo curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

^{**}Graduanda do 6º ano do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

^{***}Mestre em Ciências. Professor da Disciplina de Cirurgia Geral do Curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: novo02@uol.com.br

^{****}Pediatra, Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Professora (Nível I) da Disciplina de Puericultura e Clínica Pediátrica e Coordenadora do Curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: terezinhabiscegli@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os cursos que contemplam metodologia e currículo centrado no estudante valorizam todo o processo de aprendizagem ao invés do simples produto, o que culmina em preparar o aluno em aprender a aprender¹. Neste contexto, tornam-se imprescindíveis a avaliação/autoavaliação, possibilitando que o aluno estabeleça a formação de planos de estudos em um processo de ação-reflexão-ação¹. O desenvolvimento cognitivo é um processo complexo e o mais intenso na formação médica. Dotado de extrema importância, necessita ser acompanhado minuciosamente e criteriosamente na formação do profissional médico. Para isto, foram criadas várias ferramentas para análise de tal processo.

A avaliação do aprendizado acadêmico é uma das dificuldades mais constantes em qualquer planejamento pedagógico e na prática docente. A principal preocupação é a de assegurar a compatibilidade entre nota e aprendizado²; assim várias ferramentas foram criadas com o intuito de tentar avaliar o aluno. Entre elas o teste de progresso (TPmed) e o teste global (ou de situação) de conhecimento, que tem por finalidade avaliar o desempenho cognitivo durante o curso e o próprio curso². No Brasil, tal teste foi realizado pela primeira vez na Universidade Estadual de Londrina (UEL). O Ministério da Educação, com os mesmos fins, criou o Exame Nacional de Desempenho do Estudante (ENADE), com objetivos semelhantes, mas aplicados aos ingressantes e concluintes do curso³.

Os resultados possibilitam uma análise criteriosa do curso, evidenciando fragilidades e potencialidades dos estudantes por área de desempenho, o que permite à instituição de ensino resolver suas defasagens e ao aluno reconhecer seus déficits. Outra utilidade do teste de situação é servir como treinamento para os estudantes, com vistas aos processos seletivos dos quais participarão no decorrer da vida profissional, principalmente os concursos de residência médica (RM).

É neste cenário que, na última década, se multiplicam os chamados cursos preparatórios (CP) para RM, cujo principal objetivo é treinar o aluno para fazer uma boa prova de qualificação. Estes cursos dispõem de material didático estruturado de acordo com a tendência das últimas provas, métodos de ensino semelhantes aos dos cursos pré-vestibulares, visando à estratificação e a memorização dos temas médicos de maior recorrência nas principais provas do país⁴.

OBJETIVO

Analisar por meio de um teste do tipo global ou de situação, aplicado aos alunos do internato (5ª e 6ª séries), a influência e a eficácia dos cursinhos preparatórios para residência médica no processo ensino-aprendizagem, assim como verificar se existe correlação entre o tempo de frequência nos cursos preparatórios e o escore de nota.

METODOLOGIA

Estudo transversal e quantitativo, realizado através da aplicação de uma prova de avaliação aos internos do primeiro e terceiro semestres (respectivamente os acadêmicos da 5ª e 6ª série do internato do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA). A prova era composta de 100 questões, divididas entre as cinco grandes áreas da Medicina (clínica médica, cirúrgica, pediatria, tocoginecologia e medicina preventiva) e atribuiu-se o valor de 0,1 para cada questão correta.

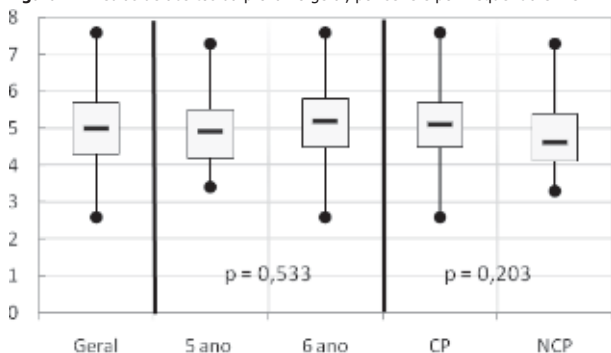
Foi considerado o número máximo de acertos como a nota final máxima (dez) e utilizou-se como ponto de corte (*cut-off*) o valor sete (7), estabelecido como fator de suficiência no regimento interno das FIPA (média final 7).

Os alunos participantes foram divididos em quatro grupos de estudo, independente do semestre do interno, a saber: grupo A (SCP), composto por internos que frequentavam CP e tiveram nota na avaliação maior ou igual a 7 (suficientes); grupo B (ICP), composto por alunos que frequentavam CP e tiveram nota menor que 7 (insuficientes); grupo C (SNCP), composto por acadêmicos que não frequentavam CP e tiveram notas superiores ou iguais a 7 (suficientes), e grupo D (INCP) que foi constituído por elementos que não frequentavam CP e tiveram notas inferiores a 7 (insuficientes).

Juntamente com a prova de avaliação foi aplicado um questionário a todos os internos, que perguntava a frequência ou não nos CP. Foi confeccionado um banco de dados utilizando o programa Epi-info® versão 3.5.1. (CDC, janeiro de 2011). Aplicou-se o teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov para análise da normalidade das variáveis. Para as variáveis normais foram aplicados os testes t de *student* e ANOVA, enquanto para as variáveis não-paramétricas foram utilizados o teste exato de Fisher (variáveis categóricas) e teste de Mann-Whitney (variáveis ordinárias). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP/FIPA) sob o parecer CAAE 03304112.8.0000.5430.

RESULTADOS

Todos os acadêmicos matriculados no internato (127 no total, sendo 63 do primeiro semestre e 64 do terceiro semestre) realizaram a prova. A média de acerto geral foi de $5,1 \pm 1,0$, sendo que o quinto ano foi de $5,0 \pm 0,9$ e do sexto de $5,1 \pm 1,2$, sem significância estatística (ANOVA; $p=0,533$). Segundo a participação em cursos preparatórios para residência, no total, 98 (77,2%) utilizaram-se desta prática, sendo a menor proporção dos alunos do quinto ano (89,1% VS 65,1%; $p=0,001$). Quando foi considerada a variável "frequenta ou não CP" não se observou diferença estatística ($5,1 \pm 1,1$ VS $4,8 \pm 1,0$; $p=0,203$) (Figura 1).

Figura 1 - Médias de acertos da prova no geral, por série e por frequência em CP

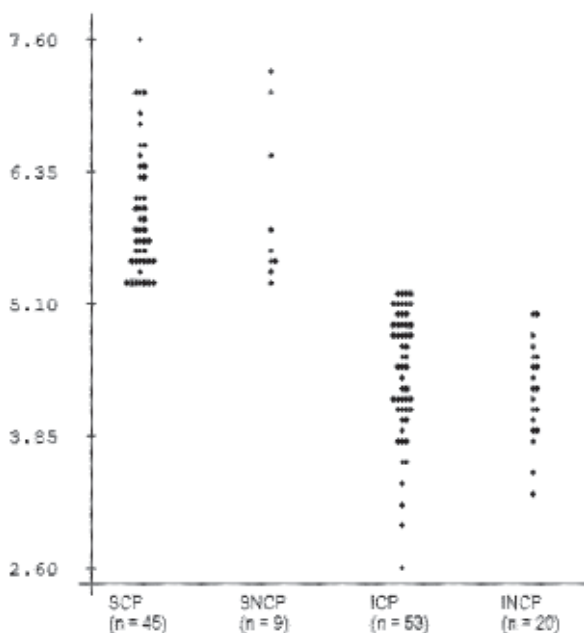
Utilizando o ponto de corte (*cut-off*) de sete (53 acertos na prova de situação), foram considerados suficientes 54 internos (42,5%). Quando analisados os acadêmicos que frequentavam CP, 45,9% foram considerados suficientes, ao passo que dos que não frequentavam, os suficientes foram 31%. A análise estatística não evidenciou diferenças significantes ($p=0,112$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência de CP e desempenho na avaliação geral

Desempenho	Suficiente	Insuficiente	Total
CP			
Afirmativo	45 (45,9%)	53 (54,1%)	98 (77,2%)
Negativo	9 (31%)	20 (59%)	29 (22,8%)
Total	54 (42,5%)	73 (57,5%)	127 (100%)

Teste exato de Fisher; $p=0,112$

A Figura 2 apresenta o dotplot dos grupos de estudo. Não se observou diferença estatística ($p>0,05$), quando comparados os grupos SCP VS SNCP e o grupo ICP VS INCP.

Figura 2 - Dotplot dos acertos por grupo de estudos

Quanto ao tempo de frequência dos acadêmicos nos CP, encontrou-se 29 internos (22,8%) que não frequentaram, 56 graduandos (44,1%) frequentavam há menos de seis meses e 42 acadêmicos (33,1%) há mais de seis meses. Quando comparados o tempo de frequência e o desempenho na prova de situação, não se encontrou significância estatística (ANOVA; $4,8 \pm 1,0$ vs $5,1 \pm 0,9$ vs $5,2 \pm 1,0$ respectivamente; $p=0,206$).

Tabela 2 - Respostas dos internos sobre tempo de frequência nos CP (em meses) e desempenho na prova de situação

Tempo	Não frequenta	Frequenta há menos de 6 meses	Frequenta há mais de 6 meses	Total
Suficiente	9 (16,7%)	24 (44,4%)	21 (38,9%)	54 (42,5%)
Insuficiente	20 (27,4%)	32 (43,8%)	21 (28,8%)	73 (57,5%)
Total	29 (22,8%)	56 (44,1%)	42 (33,1%)	127 (100%)

Teste de χ^2 ; $p = 0,282$

DISCUSSÃO

Ao examinar os dados obtidos no questionário aplicado aos internos, observa-se que 77,2% dos internos frequentavam algum tipo de CP, sendo a maioria (57) da 6ª série. Estudo realizado no Distrito Federal por Silva⁵ encontrou números parecidos (85,1% cursam ou pretendem cursar CP). Em revisão da literatura quanto à opinião dos internos e à percepção da real função do CP na formação acadêmica, as respostas de que o CP "amplia o conhecimento médico" e "servem apenas como treinamento para residência médica" tiveram praticamente a mesma expressividade. Ainda pode-se notar que uma parcela significativa de alunos acredita que o CP supre as carências da Instituição de Ensino Superior (IES). Desta forma, pode-se inferir que há uma divergência quanto ao real motivo que leva o aluno a procurar tal alternativa educacional, ou seja, mais de metade deles acredita que essa alternativa trará ganhos profissionais aos formandos (ampliando os conhecimentos médicos), enquanto a outra metade acha que funciona apenas como auxílio na aprovação nos concursos de RM⁵⁻⁸. A partir da primeira década de 2000 aconteceram mudanças profundas nas matrizes curriculares dos cursos de Medicina, e até o momento não existe consenso entre os profissionais de educação médica sobre o melhor currículo ou grade curricular mais adequada à formação de um profissional generalista e humanista, conforme determinação das Diretrizes Curriculares Nacionais⁹⁻¹¹.

A análise dos dados obtidos através do ques-

tionário e da prova de avaliação (aplicada imediatamente após a aplicação do questionário) evidenciou que a maioria dos acadêmicos frequentava algum tipo de CP para residência, no entanto, esses dados sofrem variabilidade quando se compara os alunos da 6ª e 5ª séries (89,1% e 65,1%, respectivamente). Isso reflete o aumento da preocupação do interno, de acordo com a época do internato. Quanto mais próximo a colação de grau, maior a preocupação em sanar as deficiências do curso relativas aos ensinamentos teóricos, tão exigidos nos concursos de RM^{4-6,12-17}.

Na atual conjuntura nacional, observa-se um aumento desproporcional do número de médicos recém-formados quando comparado à criação de vagas de residência médica. Com um mercado de trabalho, a cada dia mais exigente, e com o aumento da concorrência, é crescente em todo o país a procura por alternativas para se preparar acadêmicos para provas desta forma, após a graduação, sendo que a mais procurada é o CP^{18,19}.

Ao analisar os resultados da prova de avaliação, chama à atenção a homogeneidade dos resultados entre os grupos compostos pelos acadêmicos da 5ª série (5,00±0,9) e 6ª série (5,10±1,2) sem significância estatística. Cabe ressaltar que no curso de Medicina das FIPA o ciclo básico termina no final da quarta série, encerrando, assim, a maior parte das aulas teóricas relativas ao conteúdo programático da matriz curricular. Dessa forma, os acadêmicos do primeiro e segundo ciclos do internato (respectivamente, 5ª e 6ª séries) teoricamente estariam em condições de igualdade no que se refere ao ganho cognitivo, o que poderia explicar a ausência de significância estatística nos resultados da prova de avaliação ou situação. Talvez um diferencial entre as séries pudesse ser evidenciado

pela aplicação de testes padronizados de habilidades, que avaliam o ganho dos conhecimentos de habilidade que o acadêmico adquire no internato, cuja programação é essencialmente prática²⁰⁻²⁴.

Quando considerada a variável "frequência de CP" não se observou diferença estatística no grupo geral dos internos. Outro dado relevante é que, ao se estabelecer o *cut-off*, verificou-se que mesmo estando matriculado em CP, um maior percentual de internos (54,1%) foram considerados insuficientes na prova de avaliação, o que leva ao questionamento da real efetividade do CP quanto à aquisição de conhecimento teórico necessário para aprovação nas mais diversas provas de residência médica aplicadas ao longo do território nacional. Para verificar esta hipótese, os acadêmicos foram agrupados em três categorias: não frequentam CP, frequentam há menos de 6 meses e frequentam há mais de 6 meses. Quando analisadas as médias dos desempenhos da prova de situação, não se encontrou diferença estatística (ANOVA; 4,8±1,0 vs 5,1±0,9 vs 5,2±1,0 respectivamente; p=0,206). Utilizando o *cut-off* para verificar se o acadêmico era ou não suficiente, a nova análise estatística não encontrou significância (χ^2 ; p=0,282).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se neste estudo que o teste do tipo global não apresentou diferença estatística significativa no desempenho cognitivo dos estudantes de uma série para outra, não demonstrando no CP fator diferenciador neste tipo de avaliação (testes de múltipla escolha), assim como em relação ao tempo de frequência no CP, colocando em dúvida a real influência e efetividade do CP.

REFERÊNCIAS

1. Sakai MH, Ferreira Filho OF, Matsuo T. Avaliação do crescimento cognitivo do estudante de medicina: aplicação do teste de equalização no teste de progresso. Rev Bras Educ Méd. 2011; 35(4):493-501.
2. Jansen JM, Bevilacqua Fernando, Bensoussan E. Avaliação do aprendizado acadêmico: um estudo comparativo do desenvolvimento curricular com os resultados de um concurso. Rev Bras Educ Méd. 1984; 8(1):32-7.
3. Sakai MH, Ferreira Filho OF, Almeida MJ, Mashima DA, Marchese MC. Teste de progresso e avaliação do curso: dez anos de experiência de medicina da Universidade Estadual de Londrina. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(2):254-63.
4. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Choi CMK, Fava AS, Oliveira LRS, Cunha PHM. Cursos preparatórios para prova de residência médica: expectativas e opiniões. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33(2):205-11.
5. Silva SM, Rosa VF, Brandão PRP, Oliveira AC, Oliveira PG, Sousa JB. Cursos preparatórios para a residência médica: visão dos estudantes de medicina. Rev Col Bras Cir. 2011; 38(5):349-54.
6. Leite ICG, Teixeira TB, Neves HS, Oliveira LRS, Garcia LAO, Cunha PHM. Avaliação da efetividade dos cursos preparatórios para residência médica. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(4):445-51.
7. Bracciali LAD, Oliveira MAC. Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação. Rev Bras Educ Méd. 2012; 36(2):280-8.
8. Hamamoto Filho PT, Zeferino AMB. Cursos preparatórios para residência médica: reflexões sobre possíveis causas e consequências. Rev Bras Educ Méd. 2011; 35(4):550-6.
9. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. [acesso em 2012 set 06]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

10. Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. Implementação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(3):324-32.
11. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Niocolletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, Mello PL. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31(2):156-65.
12. Souza MPG, Rangel M. Avaliação: um impasse na educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2003; 27(3):214-22.
13. Alencar R. Avaliação de atividade práticas de alunos de medicina. Método repetitivo-comparativo. *Rev Bras Educ Méd.* 1987; 11(1):1-36.
14. Neto CA. Avaliação ideal e avaliação real. *Rev Bras Educ Méd.* 1983; 7(2):76-80.
15. Dijksterhuis MG, Scheele F, Schuwirth LW, Essed GG, Nijhuis JG, Braat DD. Progress testing in postgraduate medical education. *Medical Teacher.* 2009; 31(10):464-8.
16. Medeiros EB. Nossas práticas de avaliação: um anacronismo na escola. *Rev Bras Educ Méd.* 1982; 6(2):89-100.
17. Ferreira I. Avaliação de competências básicas. *Rev Bras Educ Méd.* 1986; 10(2):77-81.
18. Martins WA, Pinto LFS, Miranda JFA, Moço ETSM. Experiência de prova prática na seleção para a residência médica: exequibilidade, segurança e importância deste processo de avaliação. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(4):525-33.
19. Santos IS, Vieira JE, Nunes MPT. Length of internship influences performance on medical residency exam. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(6):744-8.
20. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(1):148-51.
21. Conrado C. Avaliação sistemática do ensino-aprendizado. *Rev Bras Educ Méd.* 1986; 10(2):82-6.
22. Chemelo D, Manfrói WC, Machado CL. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptoria e um minuto. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(4):664-9.
23. Gonçalves EL. Definição de objetivos educacionais e de instrumentos de avaliação no ensino médico. *Rev Bras Educ Méd.* 1987; 11(1):1-36.
24. Portanova R, Adelman M, Jollick JD, Schuler S, Modrzakowski M, Soper E, Ross-Lee B. Student assessment in Ohio University College of Medicine CORE system: progress testing and objective structured clinical examinations. *JAOA.* 2000; 100(11):707-12.



Artigos Revisados

CuidArte
Enfermagem

SOFTWARE EDUCACIONAL: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

EDUCATIONAL SOFTWARE: SCIENTIFIC PRODUCTION IN NURSING

SOFTWARE EDUCATIVO: LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMERÍA

Silvia Helena Tognoli^{*}, Alessandra Renata Targa Longo^{**}, Maria Suely Nogueira^{***}, Simone de Godoy^{****}

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar a produção científica da enfermagem quanto ao desenvolvimento de *software* nos últimos dez anos. Revisão integrativa nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Education Resources Information Center* (ERIC), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR, *Cochrane Reviews*). Resultados: 20 artigos selecionados retratando: desenvolvimentos de *software*, uso de *chat* e informática, sistematização da assistência, semiologia e semiotécnica do recém nascido, exame físico do recém-nascido, sons respiratórios, escala de pessoal, tomada de decisão, avaliação de competências profissionais, úlcera de pressão, administração de medicamentos, oncologia, assistência e gerência. O contato com o paciente é insubstituível, mas o uso crítico da tecnologia permite grandes vantagens como: otimização do tempo; sistematização do cuidado; sínteses dos dados; capacitação do profissional; segurança; linguagem padronizada; possibilidades de ensino à distância; educação continuada; dentre outras.

Palavras-chave: Enfermagem. *Software*. Educação em enfermagem.

Abstract

The objective this study was to identify the nursing scientific production related to the development of software during the past ten years. An integrative review. Databases: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Education Resources Information Center (ERIC), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR, Cochrane Reviews). Results: 20 selected articles showing: software development, use of chat and information technology, care system, semiology and semiotics of the newborn, physical examination of the newborn, respiratory sounds, staff scheduling, decision making, evaluation of professional skills, pressure ulcers, medication administration, oncology, care and management. The patient contact is irreplaceable, but the critical use of technology will allow great advantages such as: optimization of the time; systematization of care; synthesizing of data, training of professionals; security; standardized language; possibilities of distance learning; continuing education; among others.

Keywords: Nursing. Software. Nursing education.

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar la producción científica de enfermería acerca del desarrollo de software durante los últimos diez años. Una revisión integradora. Bases de datos: Literatura latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Education Resources Information Center (ERIC), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR, Cochrane Reviews). Resultados: 20 artículos seleccionados retratando: desarrollo de software, uso del chat y tecnología de la información, sistematización de la atención, semiología y semiotecnica del recién nacido, examen físico de los recién nacidos, sonidos respiratorios, programación del personal, toma de decisiones, evaluación de competencias profesionales, úlcera por presión, administración de medicación, oncología, asistencia y gerencia. El contacto con el paciente es insustituible, pero el uso crítico de la tecnología permitirá grandes ventajas tales como: optimización del tiempo; sistematización de la asistencia; síntesis de los datos; formación del profesional; seguridad; lenguaje estandarizada; posibilidades de enseñanza a distancia; educación continua; entre otros.

Palabras clave: Enfermería. Programas informáticos. Educación en enfermería.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico-científico e o avanço dos recursos da tecnologia em informática vêm modificando diferentes atividades desempenhadas pelo ser humano. A ignorância de tais tecnologias é tida atualmente como desinteresse por algo necessário ao desenvolvimento das mais diversas áreas das atividades humanas¹.

Castilho² ressalta a rápida obsolescência de pro-

dução e serviços que estas mudanças constantes, impulsionada pelo desenvolvimento acelerado da tecnologia, vêm gerando.

Aliada a estas mudanças está a exigência de pessoas cada vez mais qualificadas, face ao poder que a era do conhecimento e da informação estão gerando¹. Estas mudanças e evoluções não podem ser avaliadas em anos, mas em meses, devido ao fato de tecnologias novíssimas em poucos meses apresentarem-se ultrapassa-

^{*} Enfermeira. Mestranda do Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Contato: sitognoli@eerp.usp.br

^{**} Enfermeira. Mestre em Ciências. Professora da Universidade Paulista – campus Ribeirão Preto-SP.

^{***} Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

^{****} Enfermeira. Doutora em Ciências. Enfermeira Especialista em Laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

das. A cada dia surge um novo *hardware*, um novo *software*, uma nova linguagem de programação, novos conceitos na área de informática, ou seja, as transformações são rápidas e constantes e o que era atual já se tornou obsoleto³.

Price⁴ lembra que no âmbito escolar, o computador teve sua inserção na década de 1950, com Skinner construindo uma máquina para ensinar que utilizava o conceito de instrução programada. O material instrucional era dividido em pequenos segmentos logicamente encadeados e denominados módulos impressos.

Atualmente, estes sistemas computacionais utilizados para o ensino são conhecidos como *Computer Assisted Instruction* (CAI) ou instrução assistida/auxiliada por computador. Seu principal objetivo é a transmissão de informações sobre um determinado assunto. Visa ajudar o usuário a aumentar suas habilidades de trocar informações com o computador, de modo apropriado para a resolução de problemas, e preparar os estudantes para seu futuro papel numa sociedade tecnológica⁴.

Há também o desenvolvimento de *softwares* educativos, programas que permitem o uso e a aplicação de tecnologias da informática, que são desenvolvidos, excepcionalmente, para uso e aplicação na educação, em função de clientela específica, de conteúdos específicos, de estratégias e abordagens didáticas e psicopedagógicas específicas⁵. Seu desenvolvimento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar (profissionais da área de saúde e de informática); os produtos de um *software* devem refletir os objetivos educacionais propostos e o ambiente de aprendizagem almejado, criando situações que estimulem o desenvolvimento das habilidades desejadas⁴.

O uso de computador na educação tem como objetivo promover a aprendizagem dos alunos e ajudar na construção do processo de conceituação e no desenvolvimento de habilidades importantes para que participem da sociedade do conhecimento e não simplesmente facilitar o seu processo de aprendizagem⁶.

O uso de *softwares* dinamiza o processo de ensino-aprendizagem em diversas áreas da enfermagem, sendo importante sua implantação e posterior avaliação dos resultados obtidos com os alunos.

Portanto, este estudo é relevante, pois identificou a produção científica da enfermagem relacionada ao desenvolvimento de *softwares*, como também evidenciou sua aplicabilidade em diversas modalidades, proporcionando melhor qualidade na assistência de enfermagem, no ensino-aprendizado e na pesquisa.

Revisão de literatura: o *software* educacional e a enfermagem

Durante muito tempo a enfermagem foi vista como uma profissão meramente executora de tarefas práti-

cas que eram ensinadas sem nenhum embasamento científico. Esta realidade mudou a partir da experiência de Florence Nightingale, que marcou a história da enfermagem e produziu um caráter científico à profissão. Posteriormente, muito se investiu no preparo de profissionais da equipe de enfermagem, tanto em âmbito teórico quanto técnico³.

Atualmente, no Brasil, o ensino das técnicas de enfermagem está previsto nos cursos de enfermagem, em todos os níveis (auxiliar, técnico e superior). Os alunos são educados no sentido de adquirir habilidades intelectuais através de conteúdo teórico e habilidades motoras por meio de treino em laboratório³.

Ao longo de sua história o ensino médico tem sido pioneiro na adoção de tecnologias educacionais, motivado por intensas discussões sobre a filosofia, estrutura, conteúdo e metodologias do processo de formação⁶.

Desde 1980 existem relatos de desenvolvimento de sistemas de ensino apoiados por computadores e, graças à evolução desta área, hoje é possível contar com sistemas altamente sofisticados de *softwares* educacionais utilizados na área da saúde⁵.

No Brasil existem estudos com *software* educativo desenvolvidos para a área de enfermagem: ensino de enfermagem, oxigenoterapia, ausculta dos sons respiratórios, necessidades humanas básicas, sinais vitais, semiologia e semiotécnica, semiologia e semiotécnica do RN, neonatologia, saúde do lactente, puericultura, gestação e parto, atenção primária à saúde, saúde coletiva, administração de medicamentos, administração de imunobiológicos, úlcera por pressão, didática em enfermagem, escala de pessoal, sistematização da assistência de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, processo de enfermagem, anotação de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, gerenciamento da assistência e administração de enfermagem.

OBJETIVOS

O objetivo geral foi identificar na literatura, com base em uma revisão integrativa, a produção científica da enfermagem relacionada ao desenvolvimento de *software*. O objetivo específico foi descrever o assunto e os temas de enfermagem abordados quanto ao desenvolvimento dos *softwares*.

MATERIAIS E MÉTODOS

Referencial teórico metodológico

O método de pesquisa utilizado para responder os objetivos desse estudo foi a revisão integrativa da literatura que apresenta como vantagem a inclusão de múltiplos estudos com diferentes delineamentos de pesquisa. Neste sentido, é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica e fornecen-

do subsídios para a melhoria da assistência à saúde⁷.

Este tipo de revisão sumariza as pesquisas anteriores, tirando conclusões gerais a partir de vários estudos distintos, que apresentam hipóteses idênticas ou relacionadas⁸.

A revisão integrativa deve ser específica e direcionada e, também, permitir a inclusão de trabalhos empíricos e teóricos. Esta permite ao pesquisador desenvolver uma opinião própria, promover uma melhor compreensão de problemas presentes no cuidado à saúde e identificar as áreas de conhecimento que necessitam de maiores pesquisas⁹⁻¹⁰. A primeira fase para a condução de uma revisão integrativa é a elaboração do protocolo com o objetivo de garantir o rigor do desenvolvimento da revisão, o qual deve conter as etapas percorridas para a elaboração da revisão integrativa: definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, busca na literatura, seleção dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, coleta de dados (interpretação dos resultados) e síntese dos dados⁸.

a) Definição da pergunta

A pergunta norteadora do presente estudo foi: qual o conhecimento científico produzido na enfermagem quanto ao desenvolvimento de software nos últimos dez anos?

b) Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para essa revisão são: estudos publicados na íntegra nos idiomas: inglês e português (Brasil), nos últimos dez anos.

c) Busca na literatura

Os estudos incluídos na revisão foram provenientes de periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Education Resources Information Center* (ERIC), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR, *Cochrane Reviews*).

Foram utilizados os descritores não controlados: enfermagem e *software*.

A busca nas bases de dados foi realizada em março de 2011, utilizando os operadores booleanos AND e OR. Tais termos permitem realizar combinações dos descritores utilizados na localização dos artigos, sendo AND uma combinação restritiva e OR uma combinação aditiva.

d) Seleção dos estudos

No primeiro momento, após o cruzamento dos descritores não controlados, foi realizada a leitura dos títulos e resumos da amostra total e separados os que esta-

vam relacionados aos critérios de inclusão. No segundo momento, os estudos selecionados foram analisados na íntegra.

e) Coleta e síntese dos dados

Nesta etapa, foi utilizado um instrumento para coleta e análise dos artigos proposto por Ursi¹¹, adaptado para o presente trabalho (Quadro 1) e que contempla os seguintes itens: 1) identificação; 2) características metodológicas, 3) amostra, 4) resultados; 5) conclusões, 6) nível de evidência.

Quadro 1 – Instrumento de coleta de dados

1 - Identificação	
Identificação	Título da publicação:
	Título do periódico:
	Base de dados: _____ Ano de publicação: _____
	Local de coleta de dados: () hospital () universidade () centro de pesquisa () comunidade/domicílio () outras
Tipo de publicação: Material científico () artigo de periódico () Outros	
2- Características metodológicas	
Delineamento do estudo	Descrever:
3- Amostra	Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos:
Tipo de "software"	Descrever:
População e intervenção	Descrever:
4- Resultados principais	Descrever
5- Conclusões	
Conclusões	Descrever Quais as recomendações dos autores: _____ _____
6- Nível de evidência	()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt¹².

Para avaliar a qualidade metodológica dos ensaios clínicos controlados randomizados incluídos na revisão integrativa foi utilizado o escore de Melnyk e Fineout-Overholt¹².

As características metodológicas dos estudos foram avaliadas segundo os conceitos descritos por Polit, Beck e Hungler¹³ e a classificação conforme o nível de evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt¹².

A classificação dos níveis de evidência foram¹²:

- evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de dados relevantes – ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e
- evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Os resultados da busca, conforme as bases de dados, foram disponibilizados quadros. O Quadro 2 descreve a base de

dados, o número de artigos encontrados e o número de artigos selecionados.

Quadro 2 – Resultado da busca referente à revisão integrativa segundo a base de dados dos artigos encontrados e artigos selecionados

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
LILACS	53	18
ERIC	31	0
MEDLINE	165	2
CDSR, Cochrane Reviews	729	0
TOTAL	978	20

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 978 artigos encontrados, 20 artigos atenderam aos critérios de inclusão, compondo a amostra que está representada no Quadro 3.

Quadro 3 – Estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, base de dados e nível de evidência

Título	Base de dados	Nível de evidência
Motta MCS, Marin H F, Zeitoune RCG. Desenvolvimento do software educacional em saúde do lactente. Esc Anna Nery: Rev Enfermagem. 2001; 5(2):211-23	LILACS	V
Zem-Mascarenhas SH, Cassiani SHB. Desenvolvimento e avaliação de um software educacional para o ensino de enfermagem pediátrica. Rev Latino-am Enfermagem. 2001; 9(6):13-8.	LILACS	V
Évora YDM, Dalri MCB. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. Rev Bras Enfermagem. 2002; 55(6):705-8.	LILACS	V
Sperandio DJ, Évora YDM. Enfermagem na era digital: desenvolvimento de um software protótipo para sistematização da assistência de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003; 1(2):31-6.	LILACS	V
Cassiani SHDB, Benfati FBS, Dias DC, Zem-Mascarenhas SH, Zanetti ML. Desenvolvimento de um curso on-line sobre o tema administração de medicamentos. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3): 44-53.	LILACS	V
Groote SL, Doranski M. The use of personal digital assistants in the health silences: results of a survey. J Med Libr Assoc. 2004; 92(3):341-9.	MEDLINE	V
Secoli S R, Padilha K G, Leite R C B O. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. 2005, Rev Bras Cancer; 51(4):331-7	LILACS	V
Franklin BD, O'Grady K, Parr J, Walton I. Using the internet to deliver education on drug safety. Qual Saf Health Care. 2006; 15(5):329-33.	MEDLINE	V
Fernandes MGO, Barbosa VL, Naganuma M. Exame físico de enfermagem do recém nascido a termo: software autoinstrucional. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(2):243-50.	LILACS	V
Caetano KC, Peres, HHC. Metodologia para estruturação de hipertexto aplicado ao ensino de enfermagem. Acta Paulista. 2006; 20(2):175-9.	LILACS	V
Mello FNP, Damasceno M M C. A construção de um software educativo sobre auscultação dos sons respiratórios. Rev Esc Enf USP. 2006; 40(4):563-9.	LILACS	V
Costa JB, Peres HHC, Rogenski NMB, Baptista CMC. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. Acta Paulista. 2007; 22(5):607-11.	LILACS	V
Marques CM, Egry EY, Silva MB, Ribeiro MC, Coelho MP, da Fonseca RM et al. Tele-education and competencies Assessment to Brazilian's auxiliary nurse. Rev Esc Enf USP. 2007; 41(esp):841-6.	MEDLINE	V
Juliani C M C M, Kurcgant P. Educational Software for Scheduling Nursing personnel: elaboration, development and application through the internet. 2007, Rev Lat Am Enf; 15(4):639-644.	LILACS	V

Os artigos analisados eram estudos descritivos (18) e pesquisas aplicadas (2). Quanto ao ano de publicação, sete estudos foram publicados entre 2001 a 2005, e treze entre 2006 a 2010, o que evidencia ser um tema atual.

Os assuntos abordados foram: etapas de desenvolvimento do *software* (curso *on-line*, CD-ROM, hipertexto, tele-educação), uso do *chat* como ferramenta de comunicação para construção do conhecimento e uso da informática em enfermagem.

Em relação à área da enfermagem abordada, os temas foram: processo de enfermagem, sistematização da

assistência, semiologia e semiotécnica do recém nascido, exame físico do recém-nascido, sons respiratórios, escala de pessoal, tomada de decisão, avaliação de competências profissionais, úlcera de pressão, administração de medicamentos, oncologia, enfermagem assistencial e gerencial.

Os textos analisados ressaltam o potencial das ferramentas computacionais no ensino de enfermagem e a necessidade de mais estudos dentro dessa temática, pois sua utilização tem contribuído para o avanço tecnológico do ensino de enfermagem.

Os principais resultados emergidos dessa revisão integrativa, em concordância com os objetivos dos estudos, abordaram os seguintes aspectos do uso de *software* na enfermagem:

- A maioria dos autores descreve as etapas de desenvolvimento de *software* educacional em diversas áreas da enfermagem como: saúde do lactente, ensino de enfermagem pediátrica, sistematização da assistência em enfermagem, sons respiratórios, exame físico do recém-nascido, escala de pessoal de enfermagem, úlcera de pressão para alunos e profissionais de enfermagem, semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo e aplicação assistencial e gerencial. Ressaltam também as dificuldades enfrentadas durante o processo de elaboração do *software*, propondo uma posterior avaliação de sua aplicabilidade e revisão no ensino de enfermagem¹⁴⁻²⁴.
- Diferentes autores abordam etapas de desenvolvimento e de implantação de distintas ferramentas de educação à distância como: curso *on-line* sobre o tema administração de medicamentos ou a organização de hipertexto sobre tomada de decisão em enfermagem, a teleeducação e a avaliação de competências profissionais de auxiliares de enfermagem brasileiros, utilização do *chat* na enfermagem bem como o processo de construção do conhecimento de alunos de enfermagem através de *chat* educacional. Estes textos mostram a diversidade de ferramentas que podem ser utilizadas para o processo de ensino-aprendizagem do aluno e professor de enfermagem em todos os níveis de ensino²⁵⁻²⁹.

A importância da revisão e aplicabilidade de um *software* de sistematização da assistência no ensino de enfermagem foi abordada por Andrade³⁰.

Três autores abordaram o tema por meio de revisão da literatura através de um retrospecto histórico sobre a análise do uso do computador como ferramenta para implantação do processo de enfermagem; o enfermeiro e os recursos tecnológicos na oncologia, bem

como a informática em enfermagem - comunicação e prática. Ressaltam que a enfermagem como ciência da saúde precisa aprender a utilizar os recursos tecnológicos em sua prática profissional, tendo em vista a qualidade do cuidado prestado³¹⁻³³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rápido avanço da tecnologia está em evidência e o profissional de enfermagem ainda está distante do equilíbrio tecnológico e humano. Sabe-se que o contato

com o paciente é insubstituível e não se deve distanciá-lo, porém, conclui-se que o uso crítico da tecnologia permitirá a Enfermagem um melhor preparo para o futuro, abrindo espaços e apresentando grandes vantagens como tempo; sistematização do cuidado; sintetização dos dados; capacitação do profissional; segurança; linguagem padronizada; possibilidades de ensino à distância; educação continuada; dentre outras que nos dias atuais são incentivadas e apoiadas politicamente pelos órgãos governamentais e as instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Dal Sasso GTM, Santos EJ, Raimundi L. Mídia interativa de educação em saúde em hipertensão arterial. UNISUL 2002. [acesso em 2011 abr 02]. Disponível em http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2002/dados/poster_t.htm
2. Castilho V. Educação continuada em enfermagem a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento interpessoal. O mundo da Saúde. 2000; 1(5):357-60.
3. Zem-Mascarenhas SH, Cassiani SHB. Desenvolvimento e avaliação de um software educacional para o ensino Zem de enfermagem pediátrica. Rev Latino-am Enferm. 2001; 9(6):13-8.
4. Price RV. Computer-aid instruction: a guide for authors. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company; 1991.
5. Vidal EM, Maia JEB, Santos GLS. Educação, informática e professores. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2002.
6. Campos F, Campos G, Rocha AR. Dez etapas para o desenvolvimento de software educacional do tipo hiperídia. Anais eletrônico do III Congresso Iberoamericano de Informática Educativa, 1996. [acesso em 2011 abr 02]. Disponível em: <http://www.niee.ufrgs.br/eventos/RIBIE/1996/061.htm>
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Glavão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
8. Cooper HM. The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills, California: Sage Publications; 1984.
9. Beyea S, Nichll LH. Writing an integrative review. AORN Journal. 1998; 67(4):877-84.
10. Gannong LH. Interative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10:1-11.
11. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt, E. Evidence-based practice in nursing and healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RCG. Desenvolvimento do software educacional em saúde do lactente. Esc Anna Nery Rev Enfermagem. 2001; 5(2):211-23.
15. Zem-Mascarenhas SH, Cassiani SHB. Desenvolvimento e avaliação de um software educacional para o ensino de enfermagem pediátrica. Rev Latino-am Enferm. 2001; 9(6):13-8.
16. Sperandio DJ, Évora YDM. Enfermagem na era digital: desenvolvimento de um software protótipo para sistematização da assistência de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003; 1(2):31-6.
17. Fernandes MGO, Barbosa VL, Naganuma M. Exame físico de enfermagem do recém nascido a termo: software auto instrucional. Rev Latino-am Enferm. 2006; 14(2):243-50.
18. Mello FNP, Damasceno MMC. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. Rev Esc Enf USP. 2006; 40(4):563-9.
19. Costa JB, Peres HHC, Rogenski NMB, Baptista CMC. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. Acta Paulista. 2007; 22(5):607-11.
20. Juliani CCMC, Kurcgant P. Educational software for scheduling nursing personnel: elaboration, development and application through the internet. Rev Lat Am Enferm. 2007; 15(4):639-44.
21. Fonseca LMM, Góes FSN, Ferecini GM, Leite AM, Mello DF, Scochi CG. Inovação tecnológica no ensino da semiotécnica e semiologia em enfermagem neonatal do desenvolvimento à utilização de um software educacional. Texto & Contexto Enf. 2009; 18(3):549-58.
22. Groote SL, Doranski M. The use of personal digital assistants in the health silences: results of a survey. J Med Libr Assoc. 2004; 92(3):341-9.
23. Santos SR. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. Rev Esc Enf USP. 2010; 44(2):295-301.
24. Franklin BD, O'Grady K, Parr J, Walton I. Using the internet to deliver education on drug safety. Qual Saf Health Care. 2006; 15(5):329-33.
25. Cassiani SHDB, Benfati FBS, Dias DC, Zem-Mascarenhas SH, Zanetti ML. Desenvolvimento de um curso on-line sobre o tema administração de medicamentos. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(3):44-53.
26. Caetano KC, Peres, HHC. Metodologia para estruturação de hipertexto aplicado ao ensino de enfermagem. Acta Paulista. 2006; 20(2):175-9.
27. Marques CMS, Egry EY, Silva MB, Ribeiro MC, Coelho MPP, Fonseca RMGS, et al. Tele-education and competencies Assessment to Brazilian´s auxiliare nurse. Rev Esc Enf USP. 2007; 41(esp):841-6.
28. Prado C, Martins CP, França L, Leite MMJ, Peres HHC. Metodologia de utilização do chat na enfermagem. REBEn. 2009; 62(4):594-8.
29. Silva APSS, Pedro ENR. Autonomia no processo de construção do conhecimento de alunos de enfermagem: o chat educacional como ferramenta de ensino. Rev Lat-am Enferm. 2010; 18(2):210-6.
30. Andrade CR, Tadeu LFR, Dutra IR, Alvarenga AW, Carvalho WS, Oliveira AG, et al. Revisão de aplicabilidade de um software de sistematização da assistência na enfermagem. REME. 2009; 13(2):183-92.
31. Évora YDM, Dalri MCB. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. Rev Bras Enfermagem. 2002; 55(6):705-8.
32. Secoli S R, Padilha K G, Leite R C B O. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. Rev Bras Câncer. 2005; 51(4):331-7.
33. Llapa Rodríguez EO, Echavarría Guanilo ME, Magnani Hernandez L, Candundo G. Informática em enfermagem: facilitador na comunicação e apoio para a prática. Invest Educ Enferm. 2008; 26(supl 2):144-9.

O TRABALHO DO ENFERMEIRO E A SÍNDROME DE *BURNOUT*: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

THE NURSES' WORK AND BURNOUT SYNDROME: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

TRABAJO DE ENFERMERAS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT: REVISIÓN INTEGRADORA

Aline Beatriz Silva Basílio^{*}, João Bosco Filho^{**}, Raphael Raniere de Oliveira Costa^{***}

Resumo

A saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Coletiva que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, sendo considerada um campo de pesquisa relevante. Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo identificar dados, em artigos nacionais com circulação internacional, sobre a síndrome de *Burnout* e o trabalho do enfermeiro, e como propósito delinear o estado da arte com relação a este aspecto. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujos dados foram obtidos em três bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Considerando os critérios de inclusão foram analisados quatro artigos. O estudo possibilitou evidenciar as considerações dos autores sobre as cargas geradas com e pelo trabalho do enfermeiro, demonstrando fragilidades no campo teórico das pesquisas quando relacionadas à implantação de estratégias/cuidados de enfermagem no contexto desta síndrome. Estudos relacionados à identificação/diagnóstico da síndrome de *Burnout* aparecem em grande evidência, havendo poucos estudos quanto à identificação das fontes causadoras do estresse, suas consequências e tratamentos. É fundamental e importante compreender que o enfermeiro deve buscar novos conhecimentos e horizontes para construir estratégias mais abrangentes de cuidado e, conseqüentemente, promover saúde no contexto da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: *Burnout*. Esgotamento profissional. Enfermeiro. Saúde do trabalhador.

Abstract

The worker health is an area of public health having as object of study and intervention the relationship between work and health, being considered a relevant research field. Therefore, this study aims to identify data inside, national articles with international circulation, about the Burnout syndrome and the work of nurses, with the purpose of outlining the State of the art looking to this aspect. It is an integrative review of literature, whose data were collected inside three bases: Virtual Health Library (VHL), Center for Latin American and Caribbean health sciences information (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Considering the inclusion criteria, four articles were analyzed. The study made possible to highlight the observations of the authors about the loads generated by and for the work of nurses, demonstrating weaknesses in the theoretical field of research when related to nursing strategies/nursing care s deployment in the context of this syndrome. Identification/diagnosis related studies about Burnout syndrome show off, due to the few studies on identification of stress-causing sources, its consequences and therapies. It is essential and important to understand that the nurse should seek new knowledge and horizons in order build broader strategies of care and, consequently, promoting health in the context of worker health.

Keywords: Burnout. Burnout professional. Nurse. Occupational health.

Resumen

La salud del trabajador es un área de la salud pública que tiene como objeto de estudio y acción las relaciones entre trabajo y salud y se considera un campo de investigación pertinente. Por lo tanto, este estudio pretende identificar datos, artículos nacionales con circulación internacional, sobre el síndrome de Burnout y el trabajo de las enfermeras y el propósito de que el estado del arte en relación con este aspecto. Es una revisión integral de literatura, cuyos datos fueron recogidos en tres bases: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Centro de Información en Ciencias de Salud de América Latina y Caribe (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Considerando los criterios de inclusión fueron examinados cuatro artículos. El estudio ha permitido poner de relieve las observaciones de los autores sobre las cargas generadas por y para el trabajo de las enfermeras, demostrando las debilidades en el campo teórico de la investigación cuando relacionados con la implementación de estrategias/cuidados en el contexto de este síndrome de enfermería. Estudios relacionados con la identificación/diagnóstico del síndrome de Burnout aparecen en evidencia, y existen pocos estudios sobre la identificación de las fuentes que causan el estrés, sus consecuencias y tratamientos. Es importante entender que la enfermera debe buscar nuevos conocimientos y horizontes para construir estrategias más amplias de la atención y, en consecuencia, promover la salud en el contexto de la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Burnout. Agotamiento profesional. Enfermera. Salud laboral.

INTRODUÇÃO

Segundo o parágrafo 3.º do artigo 6.º da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a saúde do trabalhador é definida como "um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como propende à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos

riscos e agravos advindos das condições de trabalho"¹.

No capitalismo contemporâneo, marcado pela acumulação flexível, contempla-se a revolução dos conceitos de tempo e distância, da comunicação, da produção e dos atuais modos de vida, especialmente devido à expansão da informá-

^{*} Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do Hospital Simulado da Escola da Saúde da Universidade Potiguar – UnP. Contato: alinebeatriz07@hotmail.com

^{**} Mestre em Enfermagem. Doutor em Educação. Professor Adjunto do Dep. Ciência da Religião da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN e professor dos cursos de Enfermagem e Psicologia da Universidade Potiguar – UnP. Contato: boscofilho@globo.com

^{***} Enfermeiro. Aluno da Pós-Graduação em Vigilância Sanitária da Universidade Potiguar - UnP e aluno especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Enfermeiro do Hospital Simulado da Escola da Saúde da Universidade Potiguar - UnP. Contato: raphael.raniere@unp.br

tica e da microeletrônica no mundo do trabalho. A reestruturação produtiva, como resposta à atual crise de acumulação do capital mundial, é uma realidade adotada em diversos países, inclusive o Brasil².

É gradativo o desenvolvimento e as mudanças tecnológicas na esfera do trabalho, introduzidas no processo produtivo, possibilitando às empresas o aumento da produtividade e, conseqüentemente, dos lucros, impactando, por sua vez, a saúde do trabalhador, com manifestações tanto na esfera do seu campo físico quanto psíquico. Em decorrência, surgem novas enfermidades relacionadas às mudanças introduzidas no mundo do trabalho.

A saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Coletiva que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Nesse contexto, tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, responsáveis pelas condições de vida, e os fatores de risco ocupacionais - físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral - presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua extensão e complexidade. Tais ações envolvem reflexões e intervenções na área de atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial¹.

As políticas de estado para a área de saúde do trabalhador devem definir as pertinências e as competências dos diversos setores envolvidos, incluindo as políticas econômica, da indústria e comércio, da agricultura, da ciência e tecnologia, do trabalho, da previdência social, do meio ambiente, da educação e da justiça, entre outras. Também devem estar articuladas às estruturas organizadas da sociedade civil, por meio de formas de atuação sistemáticas e organizadas que resultem na garantia de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores¹.

Processo de trabalho é comumente definido como a transformação de um dado objeto em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, ao fazê-lo, emprega instrumentos. O trabalho passa então a ser compreendido como algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum resultado ou serviço que tenha valor para si próprio³.

O processo de trabalho em saúde tem, ao mesmo tempo em que é composto de uma série de processos de trabalho desempenhados por diversos agentes, uma identi-

dade de processo³. Atualmente, nas organizações que prestam assistência à saúde, os trabalhadores estão submetidos aos princípios administrativos tayloristas, mesma lógica capitalista que prioriza os aspectos econômicos da instituição, em detrimento das necessidades dos empregados⁴. Analogamente, na enfermagem os profissionais estão expostos não somente ao processo de trabalho, mas à forma em que hierarquicamente ocorrem as relações interpessoais.

Atualmente denota-se uma preocupação científica crescente com a questão do estresse na enfermagem, principalmente pela sua provável relação com o adoecimento ou sofrimento que provoca. Com relação aos sintomas físicos mais comuns caracterizados pela síndrome são descritos: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontram-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência⁵.

Entretanto, as mudanças necessárias não devem se situar apenas na esfera das preocupações sociais, mas nas motivações impulsionadas por interesses econômicos e mercadológicos mais amplos, haja vista que os trabalhadores saudáveis e integrados ao seu trabalho são mais produtivos. A diminuição do estresse nos trabalhadores pode, no interior das organizações de trabalho, promover queda do nível de absenteísmo, no número de licenças médicas ou aposentadorias por doenças e acidentes do trabalho.

Neste contexto do processo de trabalho, a sensação de estar esgotada para executar as atividades, conhecida como síndrome de *Burnout*, é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil. A Síndrome de *Burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais à pessoa e a organização⁶. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve três componentes, que podem aparecer associados, mas que são independentes: a) exaustão emocional; b) despersonalização e c) falta de envolvimento no trabalho⁷.

A síndrome afeta principalmente profissionais da área de serviços da saúde ou cuidadores, quando em contato direto com os usuários dos sistemas de trabalho. Dessa forma, os profissionais mais comumente prejudicados são pessoas que atuam na área da educação e da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários e professores¹. Destacam-se, contudo, os que compõem a equipe de enfermagem por lidarem constantemente com a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares.

O estudo justifica-se por buscar o conhecimento

produzido sobre esse tema, divulgado pela enfermagem em periódicos brasileiros de circulação internacional, com vistas a contribuir para problematizar a realidade da formação profissional e o contexto da atenção a saúde no âmbito da saúde do trabalhador. Parte-se do pressuposto que os estudos sobre a síndrome de *Burnout* na enfermagem brasileira apresentam, em sua maioria, foco nas discussões mais restritas ao campo do diagnóstico da doença. Por se tratar de um fenômeno multifatorial, o propósito é identificar o estado da arte em estudos sobre essa síndrome no campo de atuação do enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que reúne e sintetiza pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado⁸. O objetivo foi identificar nas produções nacionais de enfermagem, com circulação internacional, dados acerca da síndrome de *Burnout* e o trabalho do enfermeiro. Para tanto, foram utilizadas três bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Buscando identificar, enquanto propósito o estado da arte relacionado a esse aspecto de atuação do enfermeiro, este é entendido, neste estudo, como mapeamento das tendências e dimensões dos estudos de temas que colaboram para o avanço da pesquisa científica nas diversas áreas de conhecimento humano⁹.

A questão norteadora da pesquisa foi: qual o estado da arte da produção científica sobre síndrome de *Burnout* em enfermeiros, publicada em periódicos brasileiros de enfermagem de circulação internacional?

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca da Escola da Saúde da Universidade Potiguar e por estudos on-line localizados pela internet, através da consulta dos artigos nas bases de dados acima referidas.

Os descritores foram selecionados com base na terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS-BIREME): *Burnout*, enfermeiro, saúde do trabalhador. Foi utilizado o bolearador *and*, resultando em 62 estudos: 38 da base de dados BVS, 23 da LILACS e 1 na base da SciELO.

Os critérios de inclusão dos artigos foram embasados nas seguintes observações: texto completo, em português, e referir a síndrome de *Burnout* em enfermeiros. Como critérios de exclusão foram considerados: artigo em outros idiomas, resumos e ou textos incompletos; artigos que tratassem a síndrome de *Burnout* em outras classes profissionais e artigos repetidos. Limitações de período de publicação não foram consideradas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 38 artigos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), apenas 13 estavam disponibilizados como texto completo e destes, apenas quatro em português.

Na base de dados LILACS, dos 23 artigos, apenas quatro atenderam aos critérios de inclusão. Na SciELO, nenhum artigo atendeu a todos os critérios de inclusão. Portanto, foram analisados quatro artigos, cuja síntese encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 - Síntese dos artigos do estudo

Procedência	Título do Artigo	Autores	Dados do Periódico (nome, ano, volume, número, página inicial-final do artigo)	Considerações/Temática
BVS	Síndrome de <i>Burnout</i> entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família	Trindade, Lautert	Rev Esc Enferm USP. 2010; 44 (2): 274-9.	Identifica os trabalhadores, com a Síndrome de <i>Burnout</i> e as variáveis associadas a este distúrbio.
BVS	O estresse na atividade gerencial do enfermeiro	Lautert, Chaves, Moura	Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 1999; 6(6):415-25.	Identifica as fontes geradoras de estresse na atividade gerencial do enfermeiro que trabalha no hospital e as principais alterações que o estresse pode acarretar sobre a saúde desse profissional.
BVS	Enfermeiro hospitalar e o estresse	Bianchi	Rev Esc Enf USP. 2000; 34(4):390-4.	Relata a comparação do nível de estresse no desempenho das atividades do enfermeiro de instituição hospitalar em unidades consideradas abertas e fechadas.
LILACS	Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: O equilíbrio entre o esforço e recompensa	Fogassa, Carvalho, Citero, Martins	Rev Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(1):1-6.	Compara o equilíbrio entre esforço (E) e recompensa (R) entre médicos de unidades de terapia intensiva pediátrica (PED) e neonatal (NEO) e entre enfermeiros das mesmas unidades.

Frente às análises dos artigos identificaram-se aspectos de pesquisa diversos contemplando a temática *Burnout*, entre eles, a identificação e diagnóstico da síndrome; fatores desencadeantes; estudos comparativos entre categorias profissionais e a síndrome, bem como algumas discussões no campo das categorias intituladas como recompensa e esforço.

No artigo intitulado "Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família", os autores identificam a síndrome entre os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como as variáveis associadas ao distúrbio. O artigo traz alguns argumentos que perpassam a realidade das condições de trabalho dos profissionais e contempla o campo de trabalho e o cotidiano das ações/intervenções no contato com a realidade da comunidade.

Como resultados os autores do referido estudo destacam a necessidade de detectar precocemente os problemas associados ao trabalho, especialmente os que potencialmente possam gerar a Síndrome de *Burnout*, bem como instaurar ações preventivas e interventivas, a fim de amenizar o desgaste do trabalhador¹⁰. Sugerem ainda a necessidade de investimentos em estratégias organizacionais como programas de promoção da saúde entre os trabalhadores da ESF, visando melhorias no ambiente de trabalho, na estrutura dos serviços públicos e na adoção de medidas para o fortalecimento das realizações sociais de apoio à equipe¹⁰.

O estudo ainda sugere a criação de programas de apoio social, de aprimoramento do trabalho em equipe, planejamento dos serviços com auxílio dos membros das equipes, para favorecer o fortalecimento pessoal e profissional dos trabalhadores e a qualidade dos serviços

públicos, além de prevenir o estresse laboral¹⁰.

Quanto à análise do artigo "O estresse na atividade gerencial do enfermeiro", foram identificadas as fontes geradoras de estresse na atividade gerencial de enfermeiros que atuam em ambientes institucionalizados como o hospital e as principais alterações que o estresse pode acarretar sobre a saúde dos profissionais¹¹. No estudo os autores apontam a sobrecarga de trabalho como fonte determinante, bem como uma maior estimativa de risco relativo e estresse. Os resultados sugerem que o estresse gerado pelas atividades gerenciais do enfermeiro é capaz de desencadear alterações na saúde¹¹.

O artigo "Enfermeiro hospitalar e o estresse" apresenta a versão da autora ao verificar os níveis de estresse em enfermeiros que atuam em unidades abertas e fechadas. Tomando por base estes aspectos, caracteriza os estressores frente a atuação dos enfermeiros. Os resultados mostram que o estresse está presente de forma geral na atuação do enfermeiro em instituições hospitalares, mitigando a crença que apenas enfermeiros que atuam junto à pacientes em ambientes considerados críticos são estressados¹². Pelo estudo evidenciou-se que enfermeiros que atuam em unidades abertas apresentam maior índice de estresse em relação àqueles que atuavam em unidades fechadas¹².

Nesse estudo a pesquisadora aponta as necessidades e sugere reflexões e discussões acerca das condições de trabalho do enfermeiro, independente da sua área de atuação. Destaca também a necessidade de investimentos na atuação do enfermeiro e da sua equipe nas instituições hospitalares, principalmente no preparo, a priori, dos futuros profissionais nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem¹².

Na análise do artigo "Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre o esforço e recompensa" apreendeu-se que médicos e enfermeiros de unidades de terapia intensiva neonatal são mais requisitados, havendo uma exigência maior quanto ao comprometimento com o trabalho ante a fragilidade dos pacientes e a complexidade do trabalho, quando comparado com a atuação destes mesmos profissionais em outras áreas das instituições hospitalares¹³.

Embora a amostra do estudo tenha sido pequena, possibilitou evidenciar a complexidade do problema, pois este é capaz de afetar e comprometer a atuação do enfermeiro e da sua equipe, tanto na quantidade como na qualidade assistencial. Portanto, as considerações são pertinentes, sendo válido lembrar a importância e relevância de reflexões e intervenções contínuas neste campo, referentes, principalmente, aos cuidados complexos e estressores na enfermagem, atualmente desenvolvidos sob novos modelos e tecnologias.

É de competência das instituições o estabelecimento de um melhor planejamento de trabalho para a promoção da saúde dos trabalhadores, assim como propor e efetuar as mudanças necessárias. A notificação dos casos de *Burnout* entre os profissionais precisa ocorrer e o tratamento à pessoa instituído, assim como as medidas preventivas, concorrendo para que os trabalhadores se mantenham saudáveis e produtivos¹⁴. Reiteram-se a importância e necessidade de investimentos em programas preventivos e de capacitações, de educação contínua em saúde, bem como estratégias de intervenção e a organização dos serviços existentes no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados colocam em evidência a existência da síndrome em profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros e demais elementos da equipe de enfermagem; sugerem a discussão sobre as sobrecargas geradas com e pelo trabalho. Ainda existem fragilidades a serem tratadas nesse campo, especialmente porque o foco das pesquisas recai sobre a identificação/diagnóstico da síndrome de *Burnout*, destacando-se, de forma evidente, não apenas a necessidade de identificação das fontes causadoras do estresse, mas o seu tratamento, as decorrências, bem como o acompanhamento durante a trajetória de trabalho do profissional acometido, além de estudos sobre motivação no trabalho.

Enquanto lacunas e sugestão para novos estudos nessa temática apontam-se estratégias e cuidados de enfermagem preventiva no tratamento da síndrome e desenvolvimento de outros estudos e enfoques contemplando o problema e seus efeitos sobre os profissionais da equipe de enfermagem.

Neste contexto, é preciso explorar mais o campo de pesquisa na área de estratégias de cuidados de enfermagem frente ao trabalhador acometido pela síndrome de *Burnout*. É fundamental compreender que a equipe de enfermagem, enquanto parcela do trabalho coletivo em saúde, precisa construir um cabedal de conhecimentos que tenha, enquanto horizonte, a articulação entre os problemas de saúde e as estratégias de cuidado integral, para a construção de caminhos mais abrangentes de cuidado, capazes de produzir e manter a saúde dos trabalhadores.

A busca por cuidados mais efetivos para promover a saúde requer dos trabalhadores dessa área novas ações que extrapolem o modelo assistencial pautado no paradigma cartesiano flexneriano, ainda predominante no processo saúde-doença brasileiro. Imprescindível desenvolver e aplicar estratégias capazes de contemplar o ser humano em sua integralidade, levando em consideração seu modo de viver e sua biografia, enquanto ser social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [serial on the Internet]. 2001. [acesso em 2012 ago 12]; 9(10). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf
2. Murofese NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(2):255-61.
3. Marx K. O capital. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.
4. Ortiz GCM, Platiño NAM. El stress y su relacion con las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. Rev Invest Educ Enfermeria. 1991; 9(2):91.
5. Filgueiras JC, Hippert MI. Estresse. In: Jacques MG, Codo W, organizadores. Saúde mental & trabalho. Petrópolis: Vozes; 2002.
6. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. [serial on the internet]. 1992. [acesso em 2012 ago 13]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>.
7. Codo W, Vasques-Menezes I. *Burnout*. São Paulo: Kingraf; 2000.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1Pt): 102-6.
9. Ferreira NSA. As pesquisas denominadas "Estado da Arte". Educ Soc. 2002; 79:257-72.
10. Trindade LL, Lautert L, Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da estratégia da saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2):274-9.
11. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS, O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 1999; 6(6):415-25.
12. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalares e o estresse. Rev Esc Enf USP. 2000; 34(4):390-4.
13. Fogassa MC, Carvalho WB, Cítero VA, Martins LAN. Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: O equilíbrio entre o esforço e recompensa. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(1):1-6.
14. Lelis CM, Battaus MRB, Freitas FCT, Rocha FLR, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2012; 25(3):477-82.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **CuidArte Enfermagem**, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante graduação, em obediência as mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:

Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(emos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à CuidArte Enfermagem. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: o artigo deve ser enviado pelo correio em 3 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 2003 a 2010. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte "Times New Roman" tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos,

estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na sequência do texto. Citação "ipsis litteris" usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e apresentado pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas (fonte 10) limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter qualitativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados quantitativos.

Ilustrações: qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. As legendas devem ser claras. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos¹⁻⁹". - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos^{1,3,7-10,12}". Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – I C M J E) . Disponível em : http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em : <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Eliane Aparecida Neto. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos da Index Medicus (base de dados Medline), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Exemplos: N Engl J Med., Neurology.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p. 92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS

Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema
Catanduva-SP - CEP 15809-144
Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br
Fone: (17) 3311-3335



CuidArte
Enfermagem