

ISSN 1982-1166

CuidArte

Enfermagem

Volume 7 - Número 2 - Julho/Dezembro 2013



*Faculdades
Integradas
Padre Albino*

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva-SP Volume 7 Número 2 p. 75-126 julho/dezembro 2013 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editora-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 Araujo

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

Ilza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

Luciana Bernardo Miotto Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas - METROCAMP, 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.



FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Administração

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: José Carlos Rodrigues Amarante

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araujo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: Nelson Oliani

Coordenador Pedagógico: Antonio Carlos de Araujo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Maria Cláudia Parro

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



FUNDAÇÃO
PADRE ALBINO

Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema
Catanduva-SP - Brasil
CEP 15809-144
Telefone: (17) 3311-3328 / 3311-3331

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

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

Antonio Chizotti - Sociólogo - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo-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 Biotecnologia 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.

Johis Ortega - Enfermeiro - Escuela de Enfermería y Ciencias de La Salud, Universidad de Miami - Miami USA.

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

Josefina Gallegos Martínez - Enfermeira - Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de San Luis Potosí - México.

Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – 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 – Enfermeira - 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 – Faculdade de Medicina de Barretos, Barretos-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 Peruffo 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. 7, n. 2 (jul./dez. 2013) - . - 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

•Início de circulação: dezembro de 2007 / Circulation start: December 2007

•Data de impressão: dezembro 2013 / Printing date: December 2013

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL.....	78
Maria Cláudia Parro	
ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES	
PROCESSO INSTITUCIONAL E A MORTIFICAÇÃO DO SUJEITO NO IDOSO ASILADO.....	81
INSTITUTIONAL PROCESS AND SUBJECT MORTIFICATION IN ELDERLY ASYLEE EL PROCESO INSTITUCIONAL Y LA MORTIFICACIÓN DEL SUJETO EN EL ANCIANO ASILADO Sabrina Barbosa da Silva, Renata Parra Clemente, Lígia Adriana Rodrigues	
DIABETES TIPO I SOB A ÓTICA DA INFODEMIOLOGIA.....	89
TYPE I DIABETES UNDER THE PERSPECTIVE OF INFODEMOLOGY DIABETES TIPO I BAJO LA PERSPECTIVA DE INFODEMOLOGIA Janaina Pessoa Nadal, Alessandra Patrícia Luca Gouveia, Flávia Cristina Milano Marques, Maria Cláudia Parro	
ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME PRECOCE.....	93
BREASTFEEDING AND EARLY WEANING LACTANCIA MATERNA Y DESTETE PRECOCE Isabella Cristina Silva de Almeida, Márcia Diana Umebayashi Zanoti, Elizane Regina Santos Sandor	
ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN	
QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	100
QUALITY OF NURSING: AN INTEGRATIVE REVIEW CALIDAD DE LA ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA Gilvana de Campos Dalponte, Andreia Orjana Ribeiro Coutinho	
LONG DISTANCE PHONE MONITORING IN SURGICAL RECOVERY: AN INTEGRATIVE REVIEW	107
DISTANCE TELEPHONIC MONITORING IN THE SURGICAL RECOVERY: INTEGRATIVE REVIEW MONITOREO TELEFÓNICO A DISTANCIA EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA: REVISIÓN INTEGRADA Renata da Silva Schulz, Rosimere Ferreira Santana, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira, Magali Rezende de Carvalho, Thiago Batista Faleiro, Raquel Calado da Silva Gonçalves	
PROTOCOLO ASSISTENCIAL NO PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO BASEADO NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA	113
ASSISTANCE PROTOCOL TO POST MYOCARDIAL ACUTE INFARCTION PATIENTS BASED ON NANDA NURSING DIAGNOSTICS AND INTERVENTIONS PROTOCOLO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES POS IAM BASADA EN LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMARIA NANDA E INTERVENCIONES DE NIC Ana Cláudia Rosa Pereira, Bruno Vilas Boas Dias, Francilaine Theodoro dos Santos	
A ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM DOR: REVISAO DE LITERATURA.....	119
NURSING CARE IN THE PATIENT WITH PAIN: LITERATURE REVIEW CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR: REVISIÓN DE LITERATURA Fabrícia Conceição de Carvalho, Adriana Cristina Camargos de Rezende	
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	124
STANDARTS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACION	

Editorial


Maria Cláudia Parro*

Ao se refletir sobre as dimensões do "cuidado" podemos percebê-lo como um ato que compõe a vida, e que atualmente transcende as práticas aplicadas na restauração das situações de desequilíbrio físico das espécies, abrangendo desde a preservação da biosfera até mesmo o inter-relacionamento humano.

Para a Enfermagem o "cuidado" significa sua base existencial, sendo vislumbrado a partir de um conjunto de técnicas, embasadas pelo conhecimento científico e desenvolvido por meio da arte de cuidar, também considerando as inovações tecnológicas marcantes das últimas décadas.

A  empenha-se em difundir o conhecimento das diversas instâncias e níveis do cuidado trazendo nesta edição:

- a busca pela compreensão das consequências do processo de institucionalização do sujeito idoso;
- a discussão quanto à confiabilidade das informações disponíveis na internet acerca da saúde;
- o despertar para a importância das ações de enfermagem frente ao sucesso do aleitamento materno;
- uma advertência sobre a qualidade dos registros da enfermagem e a utilização de novas tecnologias para torná-los mais eficientes;
- a demonstração do uso de novas práticas para o acompanhamento pós-operatório;
- a importância do uso de protocolos e a padronização da linguagem em Enfermagem;
- achados no manejo e tratamento da dor.

Neste número, a  fomenta a divulgação de informações relevantes à comunidade, quer seja do âmbito acadêmico ou geral.


Parabéns a todo Núcleo de Editoração!!!
E uma prazerosa leitura a todos!

Editorial

Maria Cláudia Parro*

Upon reflecting on the dimensions of "care" can perceive it as an act that makes up life , and that now reaches beyond the current practices in the restoration of the situations of physical imbalance of species , ranging from the preservation of the biosphere even the inter - human relationship .

Nursing for the "care" means existential base, being glimpsed from a set of techniques -informed by scientific knowledge developed through the art of care, considering also the remarkable technological innovations of recent decades .

The  strives to spread knowledge of the various bodies and levels of care bringing this issue:

- the search for understanding of the consequences of the institutionalization of the elderly individual process;
- discussion regarding the reliability of information available on the internet about health;
- awakening to the importance of nursing actions against successful breastfeeding;
- a warning about the quality of nursing records and the use of new technologies to make them more efficient;
- demonstration of the use of new practices for postoperative follow-up;
- the importance of the use of protocols and standardization of language in Nursing;
- findings in the management and treatment of pain.

In this issue, the  fosters the dissemination of relevant information to the community, whether academic or general scope.

Congratulations to all Core Publishing!
And pleasurable reading everyone!

Editorial

Maria Cláudia Parro*

Upon reflecting on the dimensions of "care" can perceive it as an act that makes up life , and that now reaches beyond the current practices in the restoration of the situations of physical imbalance of species , ranging from the preservation of the biosphere even the inter - human relationship .

Nursing for the "care" means existential base, being glimpsed from a set of techniques -informed by scientific knowledge developed through the art of care, considering also the remarkable technological innovations of recent decades .

The CuidArte Nursing strives to spread knowledge of the various bodies and levels of care bringing this issue:

- the search for understanding of the consequences of the institutionalization of the elderly individual process;
- discussion regarding the reliability of information available on the internet about health;
- awakening to the importance of nursing actions against successful breastfeeding;
- a warning about the quality of nursing records and the use of new technologies to make them more efficient;
- demonstration of the use of new practices for postoperative follow-up;
- the importance of the use of protocols and standardization of language in Nursing;
- findings in the management and treatment of pain.

In this issue, the CuidArte Nursing fosters the dissemination of relevant information to the community, whether academic or general scope.

Congratulations to all Core Publishing!
And pleasurable reading everyone!

Editorial

Al reflexionar sobre las dimensiones de "cuidado" puede percibir como un acto que constituye la vida, y que ahora llega más allá de las prácticas actuales en la restauración de las situaciones de desequilibrio físico de las especies , que van desde la preservación de la biosfera incluso el inter-relación humana.

Enfermería para el "cuidado" significa su base existencial de ser vislumbrado desde un conjunto de técnicas informadas por el conocimiento científico desarrollado a través del arte de la atención, teniendo en cuenta también las sorprendentes innovaciones tecnológicas de las últimas décadas.

La Revista Cuidarte, se esfuerza por difundir el conocimiento de los diferentes órganos y niveles de atención con lo que esta edición:

- la búsqueda de la comprensión de las consecuencias de la institucionalización del proceso de persona de edad avanzada ;
- analiza la fiabilidad de la información disponible en Internet sobre la salud;
- despierto a la importancia de las acciones de enfermería en contra de una lactancia exitosa;
- advierte sobre la calidad de las notas de enfermería y el uso de las nuevas tecnologías para que sean más eficientes;
- demuestra el uso de nuevas prácticas para el seguimiento postoperatorio;
- hace hincapié en la importancia del uso de los protocolos y la normalización de la lengua en Enfermería;
- difunde los resultados en la gestión y tratamiento del dolor.

Esta edición, la revista Cuidarte promueve la difusión de información relevante para la comunidad , ya sea ámbito académico o general.

Felicidades a los Centro de publicación!!!
Y es un placer lectura !



Artigos

Originais

Cuid**A**rte
Enfermagem

PROCESSO INSTITUCIONAL E A MORTIFICAÇÃO DO SUJEITO NO IDOSO ASILADO

INSTITUTIONAL PROCESS AND SUBJECT MORTIFICATION IN ELDERLY ASYLEE

EL PROCESO INSTITUCIONAL Y LA MORTIFICACIÓN DEL SUJETO EN EL ANCIANO ASILADO

Sabrina Barbosa da Silva*, Renata Parra Clemente*, Lígia Adriana Rodrigues**

Resumo

Introdução: Indivíduos idosos asilados estão sujeitos a vivenciar várias situações, muitas delas adversas ao processo de saúde. **Objetivo:** Identificar a condição do indivíduo idoso asilado e problematizar a mortificação no idoso asilado refletindo sobre suas escolhas e possibilidades de diminuição da submissão imposta pelas regras institucionais. **Material e Métodos:** Metodologicamente parte-se de estudo de caso com duas idosas asiladas, com posterior análise a partir de um enfoque fenomenológico, visando compreender o processo de entrada e permanência do sujeito na instituição asilar, comparando os resultados obtidos com literatura específica sob o enfoque da psicologia institucional e social, bem como com outros estudos obtidos por revisão bibliográfica. **Resultados:** Evidenciou-se um significativo prejuízo na vida das pessoas que residem em asilos ante a imposição de rotinas e regras institucionais rígidas e pouco flexíveis no gerenciamento da instituição asilar, contribuindo para a mortificação do sujeito. **Conclusão:** É relevante e necessária a compreensão desse processo e suas consequências, bem como a produção de subsídios para novos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Asilo. Idoso. Institucionalização. Subjetividade.

Abstract

Introduction: Elderly asylee individuals used to experience many situations, most of them adverse to the health care process. **Aim:** to identify the condition of elderly asylee individual and to problematize the mortification of elderly asylee, reflecting on his choices and on the possibilities of reducing the submission imposed by institutional rules. **Material and methods:** We started from a case study of two elderly asylee women along with further analysis based on a phenomenological approach, looking for understanding the process of admission and residence of the subject in the institution. The results were compared with those of specific literature from the standpoint of Institutional and Social Psychology, as well as with other studies raised by literature review. **Results:** There was a significant injury on life of people living in elderly asylums, due to imposition of rigid and poorly flexible (routines and) institutional rules and routine on management of the institution, contributing to the mortification of the individual. **Conclusion:** It is relevant and necessary to understand this process and its consequences as well as the production of grants for new studies about this topic.

Keywords: Asylum. Aged. Institutionalization. Subjectivity.

Resumen

Introducción: Los ancianos asilados están sujetos a experimentar diversas situaciones, muchas de ellas negativas para el proceso de salud. **Objetivo:** Identificar la condición del anciano asilado y problematizar la mortificación del anciano asilado reflejando sobre sus opciones y posibilidades para la reducción de la sumisión impuesta por las reglas institucionales. **Material y Métodos:** Metodológicamente es un estudio de caso con dos ancianos institucionalizados con posterior análisis desde un enfoque fenomenológico, buscando entender el proceso de entrada y permanencia del sujeto en la institución asilar, comparando los resultados obtenidos de la literatura con un enfoque en la psicología institucional y social, así como de otros estudios obtenidos por revisión bibliográfica. **Resultados:** Se hizo evidente un deterioro significativo en las vidas de las personas que residen en instituciones asilares a causa de la imposición de rutinas y reglas institucionales rígidas y poco flexibles en su gestión, contribuyendo a la mortificación del sujeto. **Conclusión:** Es importante y necesario entender este proceso y sus consecuencias, así como producir subsidios a la nuevos estudios sobre el tema.

Palabras clave: Asilo. Anciano. Institucionalización. Subjetividad.

* Graduada pelo curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES), Catanduva-SP. Contato: renatapacle@hotmail.com

** Mestre em Psicologia. Professora do curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES), e do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: ligia_ligia@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A subjetivação se constitui em territórios existenciais, mediante uma formação histórica e social pré-existente, fabricada e modelada a partir do registro social. Este processo de subjetivação possui um modo singular de se desenvolver e assim atribui um sentido particular para cada momento vivido. Pode ser associado ao modo de perceber e representar o mundo, relacionado com os desejos dos sujeitos e articulado com a ordem social¹.

Na ordem capitalística, a subjetivação é projetada na realidade do mundo e na psique do sujeito, constituída nos esquemas de conduta, pensamentos, afetos, dentre outros. Há uma produção do modo como devemos estabelecer as relações humanas - do sujeito com o mundo e consigo mesmo - eliminando assim o processo de singularização citado anteriormente, para possibilitar a classificação do ser².

Guattari e Rolnik² afirmam também que a partir desta ordem capitalística, tudo o que é produzido pela subjetivação – através dos meios da linguagem, da mídia, da família e pelos equipamentos que nos rodeiam – não é apenas uma questão de ideias apresentadas com significações nos enunciados, nem mesmo apenas modelos de identidade, ou de identificações com pólos maternos e/ou paternos. A produção existente de subjetivação refere-se a sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas e de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de percebermos o mundo.

Os elementos anteriormente descritos, presentes na produção de subjetividade, podem se organizar em um modelo molar ou molecular. O molar seria representado pela estratificação que delimita os objetos, os indivíduos ou ainda as representações existentes e seus sistemas de referências, ou seja, os modelos instituídos, enquanto o molecular é relacionado aos fluxos e devires, presentes nas transições de fases e de intensidades dos sujeitos².

Nos processos de singularização, que acontecem na multiplicidade de processos molares e moleculares, não há uma separação entre a subjetividade e a realidade social material. A recusa do modo de subjetivação capitalística da domesticação, a legitimação dos devires e a limitação do ser em acompanhar o sistema, causam, para as pessoas que não entram nesta ordem dominante, um enquadramento, assim como a classificação ou rotulação. Na maioria das vezes, passam a ser controladas e marginalizadas – postas à margem – e, geralmente, são assistidas pelos equipamentos sociais, onde acabam por assumir uma passividade².

No processo de envelhecimento os sujeitos podem ser

marginalizados por esta ordem dominante, inclusive por a velhice ser um fenômeno que aparece com maior clareza aos olhos dos outros que aos do próprio indivíduo³. A velhice é um estado em que o sujeito se encontra com um novo equilíbrio biológico, no qual há uma potencialização dos desejos e uma limitação do corpo. Quando esta adaptação ao novo estado do corpo se opera sem choques, o indivíduo não se dá conta do envelhecimento. Para que a velhice não represente uma derrisória paródia de nossa existência anterior é necessário continuar lutando por objetivos capazes de conferir um sentido existencial, como o devotamento a indivíduos, coletividades ou causas, o trabalho político, ou social, intelectual e criador³.

Beauvoir³ afirma que seria necessário que o idoso fosse sempre tratado como um homem pertencente à sociedade e não mais como um ser marginalizado, pois a velhice traz para o indivíduo uma degradação temida que se define pela imagem social representante desta fase: a impotência, a fealdade e a doença. Ao mesmo tempo, o envelhecimento do outro inspira no sujeito uma repulsa imediata - é o "enterro em vida" - associado à limitação do corpo e sujeição de cuidados básicos. Este contexto é tão institucionalizado e presente no imaginário social que a sociedade deixou de procurar compreender o motivo do qual há uma acomodação das pessoas a esta situação. De modo geral, a sociedade fecha os olhos a todos os abusos para com a pessoa idosa.

Entre os fatores mais poderosos para o desenvolvimento de problemas de ordem afetiva entre a população avançada em anos, encontram-se o ostracismo social de que são vítimas, a redução de seu círculo de amizades, a intensa solidão, a diminuição e a perda de respeito humano e o sentimento de desgosto com relação a si mesmo. Beauvoir³ afirma que a pior morte para um indivíduo é a perda de tudo aquilo que constitui o centro de sua vida e faz dele aquilo que ele é na realidade. Este enfrentamento ocorrerá por decisão própria ou "pelo destino", sendo que indiferente da ocorrência, ambos obrigam a aposentar e a abandonar as ocupações das quais fazem de cada um, aquilo que é efetivamente.

Asilados diferenciam-se de outros pacientes hospitalizados em vários aspectos. Observa-se que normalmente são mais velhos do que os idosos que vivem em comunidade, com idade média em torno dos 80 anos⁴. Confusão mental aguda ou delirium é um quadro sindrômico comum em idosos hospitalizados, observado em 5 a 55% dos internados e em torno de 16% dos idosos admitidos em serviços de emergência e caracteriza-se por alterações de início agudo na atenção, cognição e consciência, curso flutuante e

exacerbação da sintomatologia durante a noite, normalmente multifatorial⁵. A velhice representará, portanto, a condenação radical de um sistema de vida mutilador, ou seja, um sistema que não oferece à imensa maioria o menor incentivo para viverem³.

Parte da população idosa concentra-se em instituições asilares, sendo estas intituladas instituições totais. Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. No asilo cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas sob as mesmas regras e direcionadas a fazer as mesmas atividades em conjunto. Estas são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma leva - em tempo predeterminado - à seguinte, sendo toda a sequência de atividades imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e por um grupo de funcionários da instituição⁶.

Desde o seu início, a função do espaço asilar não tinha como propósito promover a recuperação do indivíduo ali residente e incentivar a sua volta ao convívio social mais amplo como ocorre nos hospitais. Era, e ainda continua sendo, uma instituição depositária tuteladora de idosos. Os asilos, na maioria das vezes, representam a mais incisiva marca segregatória ao idoso. Os habitantes são idosos aposentados, ou não, sujeitos incapazes de se manter sozinhos, podendo ser portadores ou não de doenças que causam comprometimentos. Nesse contexto, há um apagamento dos traços particulares em função do funcionamento de rotina: os mesmos alimentos e horários para as refeições, banhos e outras atividades; uniformização dos quartos, além de excesso de medicalização e uso de calmantes. Assim, os sujeitos têm de deixar para trás suas lembranças, hábitos e escolhas para adequar-se ao grupo⁷.

A barreira que as instituições totais colocam entre o indivíduo internado e o mundo externo é o que determina a primeira mutilação do EU do sujeito. Esta mortificação ocorre de maneira sistemática, porém nem sempre intencional. Quando os internos chegam à instituição possuem uma cultura própria derivada do ambiente em que viviam e dos costumes que possuíam. Ao entrarem na instituição sua cultura é, em parte, substituída por uma específica do asilo; em algo mais limitado do que uma aculturação. As ocorrências de mudança cultural, talvez se refiram ao afastamento de algumas oportunidades de vivenciar certos comportamentos e ao

fracasso para acompanhar mudanças sociais recentes no mundo externo⁶.

Nestas instituições a mutilação do EU também ocorre por meio da disciplina imposta. A disciplina fabricará corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. Ela tem como finalidade aumentar as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminuir essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo: faz dele, por um lado, uma ferramenta para uma aptidão que a disciplina procura sempre formas de aumentar, e, por outro lado, diminui sua energia, a potência que poderia resultar disso, promovendo uma relação de sujeição estrita. É dócil, mas traduzida num corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. O corpo estará preso no interior de poderes muito apertados que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações⁸.

Rompe-se, assim, irreversivelmente, o equilíbrio deste novo ser, fazendo tremer seus contornos. A cada vez que esta disciplina do corpo acontece vive-se uma violência, pois desestabiliza e impõe a exigência de se criar um novo ser, com um novo corpo e com novos hábitos - na existência, no modo de sentir, de pensar, de agir. E a cada vez que se responde a exigência imposta por um destes estados e encarna uma diferença (imposta) - torna-se outro⁹.

Rolnik⁹ cita que esta abertura, entre a própria subjetividade e a disciplina estabelecida, depende da capacidade de suportar o fato de que não se é apenas um corpo que funciona isoladamente, mas que, para além desta individualidade, se é também um permanente processo de subjetivação, um permanente devir-outro, lugar em que mudam os contornos do campo em que o sujeito se reconhece.

É a desestabilização exacerbada de um lado e, de outro, a persistência de manter a referência de sua identidade, acenando com perigo de se tornar um nada, caso não se consiga seguir os modelos impostos¹⁰.

A combinação desses dois fatores - a subjetivação e a mortificação do EU - faz com que os vazios de sentido sejam insuportáveis e o esvaziamento da própria subjetividade surja como o efeito de uma falta, relativo à imagem completa de uma suposta identidade, e não o efeito de uma proliferação de forças que excedem os atuais contornos da subjetividade e a impelem a tornar-se outra¹⁰.

Para Rolnik¹⁰, as subjetividades, quando nestas condições anteriormente citadas, são tomadas pela sensação da ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento ou até de morte. Em função desta sensação, os asilados enfrentam, cada qual a seu modo, os vazios de sentido

provocados pelas dissoluções das figuras em que se reconhecem a cada momento. Só assim poderão investir na rica densidade de universos que as povoam, de modo a pensar o impensável e inventar possibilidades de vida.

Para Faleiros e Justo¹¹ se por um lado a instituição acolhe os idosos para que tenham os cuidados necessários para sua sobrevivência, por outro os torna carentes pela ausência de liberdade de expressão e pela limitação da execução de sua cidadania.

A partir do exposto, este estudo teve como propósito observar o idoso asilado e problematizar sua condição e subsidiar reflexões para a possibilidade de diminuição da submissão imposta, assim como refletir sobre escolhas possíveis diante dos limites determinados pela instituição asilar.

Heidegger apud Nogueira¹² fala sobre a possibilidade de reatar o ser consigo-mesmo e com o mundo, tendo uma potencialidade própria. Pode-se dizer, a partir dessa ideia de construção de possíveis, que há saúde mesmo em um padecimento, ao se encontrar abertura no que se diz ainda não-constituído, podendo se buscar uma forma singular ou em conjunto e inventar novas formas de articulações dentro de um devir coletivo¹³.

OBJETIVO GERAL

Identificar a condição do indivíduo idoso asilado e problematizar a mortificação no idoso asilado refletindo sobre suas escolhas e possibilidades de diminuição da submissão imposta pelas regras institucionais.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo qualitativo desenvolvido pelo método do Estudo de Caso, utilizado ante o interesse em apreender o processo de subjetivação e a influência da instituição asilar no indivíduo idoso. Pesquisas qualitativas são ricas em dados descritivos e se desenvolvem numa situação natural. Possuem um plano aberto e flexível, focalizando a realidade de forma complexa e contextualizada¹⁴. Segundo Goode e Hatt¹⁵, quando a pesquisa for de caráter singular deve-se optar pelo estudo de caso. Nisbet e Watt¹⁶ caracterizam o desenvolvimento do estudo de caso em três fases: inicialmente aberta ou exploratória, a segunda sistematizada pela coleta de dados e a terceira analítica na interpretação dos dados e na elaboração do relatório.

No estudo em questão, o método consistiu em obter informações, de maneira aberta e exploratória, junto a duas idosas em uma instituição asilar situada numa cidade do interior paulista. A coleta dos dados ocorreu na própria instituição asilar com a finalidade de permitir maior conforto,

privacidade e condições éticas aos entrevistados. O trabalho visou compreender, a partir de análise posterior, o processo institucionalizador do asilado e sua subjetivação.

O estudo realizado desenrolou-se sob as normas de vigilância em saúde, modos de prevenção e cuidados para sujeitos de pesquisa e pesquisadores. O Instituto Municipal de Ensino Superior (IMES) da referida cidade proporcionou os recursos técnicos quanto ao suporte em informática e do levantamento bibliográfico necessário.

A amostra foi constituída por duas mulheres, a primeira que será referida como Sra. B., tendo 82 anos de idade e residente no asilo há seis anos. A outra, identificada como Sra. G., com 88 anos e residente na instituição asilar há quatro anos. Para definir a amostra foi considerado o tipo de pesquisa em questão e a particularidade do estudo de caso.

Como recurso metodológico, foram realizadas entrevistas no formato de histórias de vida, sendo que os dados obtidos obedeceram as regras de sigilo e confidencialidade e foram analisados qualitativamente, como método fenomenológico. Posteriormente, os temas eleitos em análise foram contrastados com bibliografias da área da Psicologia, especialmente da Psicologia Social e Institucional. Todo processo foi realizado pelas pesquisadoras e iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) sob nº 14/11 de 05/05/2011.

Os sujeitos do estudo foram selecionados após a concordância estabelecida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução CNS 196/96. Foi elucidado às mesmas que sua participação na pesquisa se limitaria aos relatos verbais em entrevistas, que poderiam ser gravadas para posterior transcrição, e as entrevistadas foram expostas a riscos mínimos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram estudadas duas idosas residentes em asilos caracterizados como uma instituição total. Instituições dessa natureza têm a tendência ao fechamento dos indivíduos, representado pelas limitações e muros do qual efetivam as barreiras da relação social com o mundo externo. Instituições totais carregam consigo a característica de residência de indivíduos que possuam situações semelhantes, mas com rotinas administrativas formais⁶.

Para melhor ordenamento dos dados, serão apresentados pelos tópicos que emergiram dos discursos das idosas entrevistadas, como: administração/gerenciamento; organização; convivência; resistência; o corpo, a idade e a morte.

Administração/gerenciamento

A administração dos sujeitos internos pode ser observada pelo depoimento a seguir:

Eu acordo cedo, às 6 horas tenho que estar de pé porque às 6:30 o café é servido. Se não estivermos lá na hora, não tomamos mais o café. Depois, volto para meu quarto e tomo banho, e se tem que lavar uma roupa eu aproveito já para lavar. Depois eu fico na TV ou no quarto com as outras. O almoço é servido às 11 horas, tem que ir no horário certo! (Sra. B.).

A partir da compreensão de como se dá o processo institucional e o resultado da análise da transcrição do material coletado, observamos a rigidez das rotinas impostas aos asilados.

Organização

Na instituição uma das primeiras formas da mortificação do sujeito é através da organização. O sujeito é submetido a uma violação de seus pertences pessoais, os quais representam sua identidade⁶.

É! Mistura tudo, aí depois some. Dela aqui (refere-se a uma senhora sentada ao seu lado) sumiu todas as calças, só está com este short. A roupa não vem mais, a roupa é marcada com o nome, mas não vem mais. Na instituição tem que dividir tudo e isto foi algo difícil para me acostumar (Sra. B.).

Em referencial fenomenológico, autores apontam que há uma procura do significado do Ser, isto é, do sentido atribuído ao que vem ao seu encontro, referindo-se à sua ontologia, à singularidade que se manifesta na existência. Há uma diferença entre o significado real e simbólico¹⁷. As roupas, embora sejam apenas um tecido, carregam consigo sentidos pelos quais os indivíduos se reconhecem como sujeitos de sua história. Na fala da Sra. B. as roupas pertencem a todos e a ninguém, o que apesar de difícil, levou-a se acostumar. Entretanto, a Sra. G. apresenta a questão sob outro contexto:

Está acontecendo um bingo e eles pegaram minhas cadeiras sem minha autorização, eu fui lá e peguei de volta. Então eles falaram: lá tem uma cadeira para a senhora por os pés, pode pegar qualquer uma porque aqui tudo é de todo mundo (Sra. G.).

A vida em uma instituição asilar tem a tendência a ser reprimida e impede a pessoa de ter o controle de sua vida por ter de submeter-se às regras institucionais. Todavia, embora seja esperado que se conforme em perder o acesso a objetos pessoais, este é um aspecto agressor ao eu¹⁸.

Convivência

Neste aspecto abordado observamos três fatores importantes: a relação do idoso com o agente institucional; do idoso com o idoso; e do idoso com os visitantes.

Eu não tenho para quem falar, elas não arrumam meu quarto, chegou a ficar cinco dias sem ser arrumado, tanto o meu

quarto como o das minhas colegas aqui. E a gente não tem com quem falar. Então elas fazem assim, não arrumam meu quarto, mas eu nunca as maltratei (Sra. G.).

Com base na teoria de Heidegger, Werle¹⁹ comenta sobre a importância da convivência, já que a mesma rege a vida dos sujeitos em sociedade e, a partir deste pensamento, sustenta a ideia de que há uma ordem impessoal da qual não se diferencia o "Eu" do "Nós".

Focault⁸ enfatiza a redução das singularidades individuais, muitas vezes produzida por corpos dóceis e submissos, na qual imperam as relações de poder do instituinte pelo agente institucional, ora reprimindo, enganando ou iludindo. O poder não se opera apenas por violência ou repressão, mas manipulando os corpos através da combinação do visível com o enunciado, do que se é dito sobre as regras e de como as mesmas acontecem no cotidiano institucional. Na fala da Sra. G. esta combinação é retratada pela re-produção da relação de poder na qual se ignora a fala das idosas, potencializando as regras já instituídas.

Na ordem do coletivo, os idosos tornam-se pessoas sem rosto, não podendo ser diferenciados uns dos outros. Desta maneira o sujeito se ajusta a um comportamento homogêneo¹⁹.

Em relação à convivência entre os próprios moradores, estes se aproximam pela homogeneidade de suas formas de vida.

Já estou aqui há 6 anos. Daqui eu gosto, me sinto bem e me relaciono bem com as pessoas. Divido o quarto com outras senhoras e nós sempre conversamos, contamos sobre nossas vidas. Converso com todo mundo aqui (Sra. B.).

Um aspecto positivo do asilamento é o fato de contribuir para a formação de laços afetivos entre os idosos. A relação entre os asilados geralmente pode ter uma conotação familiar, isto é, por conviverem todos os dias e dividirem as coisas acabam sentindo-se como uma família. O respeito e o carinho uns pelos outros muitas vezes é nítido²⁰.

Por dividirem os mesmos espaços, ao mesmo tempo em que esta condição propicia o vínculo entre os internados acaba também os expondo, gerando a necessidade de adaptação, já que esta exposição acaba por diminuir sua individualidade⁶.

A terceira e última forma de relação analisada trata da relação das idosas com os visitantes.

As pessoas que vêm visitar o asilo me recebem muito bem, eu gosto quando elas vem para conversar comigo. Porque todo mundo que vem aqui, difícil um que não vem conversar comigo, que gosta de mim só de ver meu rosto. Por isso eu estou tranquila. Não existe só esse lugar aqui! Existe muita gente no mundo, não é?! (Sra. G.).

A visita é um fator de grande importância para os internados, pois gera diversos efeitos. Parece servir com uma

recordação do mundo externo, indicando que a instituição é apenas parte de um mundo muito maior, não sendo centrada e isolada do restante como muitas vezes aparenta ser. Esta recordação de um mundo maior faz a ligação da subordinação e da burocracia que estrutura o mundo de uma maneira mais ampla⁶.

Resistência

Goffman⁶ comentará quatro formas de táticas usadas para adaptação por sujeitos institucionalizados, que foram observadas nas idosas. A primeira é chamada de "tática de afastamento da situação" e representa a atenção que o asilado deixa de dar às coisas com exceção aos fatos que cercam seu próprio corpo. A segunda refere-se à "tática de intransigência", pela qual o asilado opõe-se intencionalmente à instituição, quanto a cooperar com a equipe dirigente.

Por exemplo, aqui é tudo meu então eu vivo sentindo da mesma forma que era na minha casa. Tudo o que eu tenho e ocupo é meu e continua sendo meu, mesmo que eles não queiram que seja, para mim vai continuar sendo meu até eu morrer. É meu, eu não dei para ninguém (Sra. G.).

A terceira é a "tática de colonização", pela qual o internado acata o que é oferecido pela instituição como algo satisfatório e considerado como o todo, mesmo representando uma parcela mínima do que é o mundo externo. A quarta é considerada "tática de conversão", pois o idoso aparenta aceitar a interpretação da instituição e a representa como um papel perfeito.

Foi difícil acostumar. Estranhei sair de uma casa, mas depois acostumei... já são 6 anos né?! Aqui já estou acostumada (Sra. B.).

Todas estas formas de adaptação citadas podem se traduzir também em maneiras diferentes de resistência, as quais representam uma vontade de potência, ou seja, de ser e fortalecer o que o sujeito é essencialmente¹⁶. Desta maneira, mesmo vivendo no coletivo tentam resgatar sua individualidade.

O asilo dá roupas para quem precisa, são todas de doações, mas cada uma quando vem para cá traz as suas, cada uma tem o seu. Eu trouxe minhas roupas, mas mesmo a instituição dando roupas eu não pego!! (Sra. B.).

A tentativa de resgate da individualidade mostra-se nítida nas falas da Sra. G., que implica uma luta em ter seu modo de ser preservado.

Eu não vou ficar quieta e não vou deixar de responder só porque ela é enfermeira! Mesmo dizendo que sou implicante, eu nunca falei nada pra ninguém. Elas que fazem as coisas erradas e sabem quem estão fazendo errado, mas falam que sou eu a culpada de tudo! Não tem nada aqui que eu não seja culpada!(Sra. G.).

Alcântara¹⁸ fala da necessidade de escuta quanto aos

desabafos realizados pelos idosos, mesmo que sejam queixas e lamentações. Os relatos da autora em suas pesquisas mostram que independente do que os internos dizem, isto é, se verdadeiro ou não, tais discursos são ignorados e interpretados como mentiras.

A resistência evidenciada na fala da Sra. G. representa a resistência de muitas idosas asiladas em não tornarem-se passivas ao sistema, já que o conformismo é algo mais fácil de ser acatado do que lutar contra a corrente e assim rebelar-se contra o processo institucional, correndo o risco de ser ainda mais marginalizado¹⁷.

O corpo, a idade e a morte

Por meio do corpo podemos perceber o que acontece ao nosso redor. Ele permite reconhecer as relações com os outros e com o mundo. Representa a maneira de expressão visível e é influenciado pelo afeto, representando, assim, a importância da existência humana²¹.

Eu peço pra enfermeira arrumar, eu peço pra alguma outra pessoa que está de fora arrumar minha cama. Porque como é que eu vou ficar com a cama desarrumada, se eu não consigo arrumar? Eu não posso soltar a mão, ficar de pé! Não posso, eu já tentei, eu tenho falta de ar! Só de dobrar uma coberta eu quase morro de falta de ar. Ai eu fico uns dez minutos deitada esperando passar(Sra. G.).

O corpo não é apenas a dimensão biológica, mas constituído por um constante agenciamento de desejos e afetos. Ele irá permear tanto o pico da potência do ser quanto ao próprio abismo representado pela limitação, será uma moradia sempre aberta para ambos e nunca fechado para si mesmo¹².

Nogueira¹² retrata que a limitação do corpo pode vir a desencadear a impotência. Tal fato foi observado nas falas das entrevistadas como aquilo que não se pode mais fazer, traduzindo a morte sentida pela limitação de sua potencialidade.

A idade não tem jeito. Antes eu saia mais, agora não posso, não tem mais condição, só se for com acompanhante. Eu não vou mais sozinha a lugar nenhum, antes eu ia. Agora minhas pernas não ajudam mais, não têm força (Sra. B.).

O "eu não posso mais fazer" simboliza o desejo que o sujeito tem e que, por ter a limitação do corpo em função da idade, não poderá mais realizar da maneira como idealizou. O mesmo desejo poderá ser alcançado, entretanto, de outra forma, abrindo uma possibilidade de potência compensatória¹².

Espero melhorar né?! Para eu poder andar novamente, fazer minhas coisas, lavar e passar roupa(Sra. B.).

Relacionando a limitação com o Ser, o corpo "É" mas não determina o "SER", portanto, mesmo num estado de impedimento físico-biológico, o sujeito busca insistentemente sua existência através de seu próprio desvelamento, das

possibilidades que podem se apresentar¹⁹.

Eu nunca havia pensado em cuidar de algum idoso caso fosse ainda nova, eu penso em mim agora! Quando a gente é mais nova não pensamos nessas coisas. Eu nem conhecia esse ambiente, eu nem sei se seria capaz porque cada um nasce para uma coisa, tem gente que já nasce com jeito para isso! Eu sempre tive é muita gente nova ao meu redor, por toda vida. Sempre tive a função de mãe para as moças ao meu redor e até hoje eu não sei o porquê de ser rodeada por pessoas jovens - inclusive vocês! Dá uma palavra aí?! O que vocês vêm fazer aqui conversar com uma velha de quase oitenta e oito anos? Porque que vale a pena perder tempo? Eu não entendo! Aqui os estagiários que estão estudando sempre me descobrem, é quando eu sei que tenho um jeito bom e que devo ser sempre eu mesma! (Sra. G.).

O outro significa um jeito novo de interpretar o que cada pessoa apresenta como ser. O que encanta no outro é o que ele consegue fazer enxergar naquele que o encontra. Entretanto, esse mesmo outro, paralelo a esta ideia, mostra as limitações que cada um tem e as remete a ideia de morte¹⁷. De maneira geral, os aspectos sociais, psicológicos, culturais e religiosos são pontos relacionados com a morte, além do fator biológico²².

Eu morava com minha irmã. Eu cuidei dela por 10 anos, no final ela não andava mais. Quando ela morreu fiquei sozinha. Aí, tenho uma sobrinha, mas não ia dar certo morar com ela, então resolvi vir para cá. Na minha família éramos oito irmãos! Morreram todos! Meu pai, minha mãe, meus irmãos... só restou eu! (Sra. B.).

Em contrapartida, a morte pode ser considerada um elemento constitutivo do ser e não o fim de sua existência. O morrer pode ser visto como possibilidade de resignificar a existência podendo surpreender o sujeito¹⁷. Desta maneira, o morrer não se refere apenas ao corpo físico, mas sim à morte subjetiva.

Eu gostei de vir morar aqui mesmo sabendo que seria triste. A pessoa está doente, de idade, criou os próprios filhos na sua própria casa e depois vem para um lugar onde não conhece ninguém! Como eu que vim pra cá sem conhecer ninguém (Sra. G.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise dos resultados acerca das falas das idosas e da bibliografia específica sobre o tema foi possível perceber que a instituição asilar possui uma tendência à mortificação do sujeito, todavia, dependerá da postura tomada por este perante as regras instituídas, embora seja difícil transpor regras instituídas.

De modo geral, o sujeito não é preparado quanto à privação de sua liberdade, a qual é submetido em instituições totais. Dessa forma, o corpo sofre a violência de não poder ir e vir e exercer a sua própria subjetividade. Privado de sua liberdade, o mesmo corpo pode se vitimizar e sofrer em função

dos limites impostos pela instituição, desencadeando a perda do sentido da existência, traduzidos por corpos que adoecem e perdem a sua vitalidade.

Isto ocorre porque quando o sujeito chega à instituição há gradativamente uma perda de sua cultura pessoal para ser substituída por um novo modo de ser, "estabelecendo um novo corpo com novos hábitos". O mundo instituído já é pré-determinado, tendo que ser interpretado, fazendo com que neste processo o sujeito seja despersonalizado e visto como um a mais entre tantas relações, contribuindo para a "perda do direito" de ser ele mesmo.

No exercício de ater-se à escuta da voz dos sujeitos, uma vez que a fala das idosas carrega desejos latentes, evidenciamos a vontade de romper com o imposto, isto é, de querer vivenciar sua própria potência. Entretanto, há maneiras possíveis de desvelamento do ser, já que o mesmo é constituído de deveres e, sendo assim, é sempre um vir-a-ser. É possível o sinal de encontro, pelo qual idosos podem e devem manter sua subjetividade mesmo reunindo-se no trabalho coletivo de forma compartilhada, respeitosa e fraterna.

Observamos que são factíveis novos modos de existir, sem ter de priorizar nenhum, e que para isso é preciso um vazio cheio de possibilidades – um vazio fecundo, tanto por parte da instituição como por parte das idosas asiladas, já que o sentido é constituído a partir da relação do ser com o mundo.

Afirmamos a real necessidade de um processo de des-envolvimento do sujeito para que seu novo modo de ser não perca a sua essência, já que seu passado é uma condição para o presente, e cada um pode assim resignificá-lo, a partir de novos sentidos.

Viver em uma instituição significa seguir regras, porém estas não deverão ultrapassar o limite dela mesma, já que seu poder é delegado pelos mesmos sujeitos que as seguem. Juntar-se aos outros para compor o todo é imprescindível e não significa deixar de ser singularidade, afinal as relações se mostram não só no visível, são constituídas também por uma postura assumida pelo próprio sujeito e pelo outro.

Reiteramos por este estudo que o trabalho em instituições totais não leve à alienação do sujeito no prosseguimento de sua história de vida, mas que o permita participar decisivamente do processo e da destinação final, corroborando para um resultado mais harmonioso, autêntico e feliz.

REFERÊNCIAS

1. Silva RAN. As dobras da subjetivação capitalística. Porto Alegre: UFRGS; 2005.
2. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
3. Beauvoir S. A velhice. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970.
4. Kelly KG, Zisselman M, Cutillo-Schmitter T, Reichard R, Payne D, Dennen SJ. Severity and course of delirium in medically hospitalized nursing facility residents. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9:72-7.
5. Meagher D. Delirium: the role of psychiatry. *Adv Psychiatr Treat*. 2001; 7:433-42.
6. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2008.
7. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares num município de Natal/RN: Características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2004; 12(3):518-24.
8. Foucault M. Vigiar e punir. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1987.
9. Rolnik S. Cidadania e alteridade: o psicólogo, o homem da ética e a reinvenção da democracia. In: Spink MJ, organizadores. A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez; 1994.
10. Rolnik S. Toxicômanos da identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: Lins D, organizador. Cultura e subjetividade: saberes nômades. Campinas, SP: Papirus; 1997.
11. Faleiros NP, Justo JS. O idoso asilado: a subjetividade intramuros. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(3):327-37.
12. Nogueira RP. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):259-66.
13. Zechner M. Subjetividade e coletividade: problemas de relação. In: Cadernos de Subjetividade. Núcleo de estudos e pesquisas da subjetividade. Programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica Pontifícia, Universidade Católica de São Paulo; 2010.
14. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
15. Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. São Paulo: Nacional; 1968.
16. Nisbet J, Watt J. Case study. guides in educational research. Readguide 26. Nottingham: University of Nottingham School of Education; 1978.
17. Giles TR. História do existencialismo e da fenomenologia. São Paulo: EPU; 1937.
18. Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Alínea; 2004.
19. Werle MA. A angústia, o nada e a morte em Heidegger. *Trans Form Ação*. 2003; 26(1). [acesso em 2011 out 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732003000100004&lng=en&nrm=iso
20. Silva CA, Carvalho LS, Santos ACPO, Menezes MR. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(1):97-104. [acesso em 2011 out 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100012&lng=en&nrm=iso.
21. Gonçalves RR, Dantas JB, Ewald AP. Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. *Estud Pesq Psicol*. 2008; 8(2):402-35 [acesso em 2011 out 12]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000200019&lng=pt&nrm=iso.
22. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

DIABETES TIPO I SOB A ÓTICA DA INFODEMIOLOGIA

TYPE I DIABETES UNDER THE PERSPECTIVE OF INFODEMOLOGY

DIABETES TIPO I BAJO LA PERSPECTIVA DE INFODEMOLOGIA

Janaina Pessoa Nadal, Alessandra Patricia Luca Gouveia*, Flávia Cristina Milano Marques*, Maria Cláudia Parro**

Resumo

Introdução: A busca de informação sobre a saúde tem como um recurso valioso a ferramenta internet. Nela há uma vasta quantidade de informação, além da facilidade de acesso, o que a torna um instrumento útil na busca de conhecimento sobre doenças e seus tratamentos. Porém, é característica da internet não restringir o conteúdo publicado, devendo o usuário ser seletivo quanto às fontes de informação que utiliza. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo verificar a qualidade do conteúdo disponível em páginas nacionais de internet acerca das informações sobre o diabetes tipo 1. **Material e Método:** Trata-se de um estudo infodemiológico, com análise descritiva e transversal, realizado com a ferramenta de busca Google. Optou-se por não incluir *web sites* de outros idiomas, que não o português, *blogs*, imagens, anúncios e enquetes (i.e. *Yahoo* respostas, *Twitter*), além de problemas técnicos de acesso ou consultas. **Resultados:** As buscas resultaram em 635 *sites*, dos quais apenas 49 revelaram o objetivo da pesquisa. **Conclusão:** Após minuciosa análise com base nos Critérios Técnicos de Qualidade de Lopes (2004), concluiu-se que a qualidade das informações disponibilizadas pelos sites brasileiros acerca da temática estudada é insatisfatória e inadequada para suprir as necessidades de conhecimento do público leigo.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Insulinoterapia. Diabetes *mellitus* tipo 1. Terapia combinada.

Abstract

Introduction: The search for health information as a valuable resource is the internet tool. In it there is a vast amount of information and the ease of access, which makes it a useful tool in the quest for knowledge about diseases and their treatments. However, it is characteristic of the internet not restrict the content posted, you should be selective about the information sources you use. **Objective:** The present study aims to determine the quality of the content available on the national web pages about the information on type 1 diabetes. This is a infodemiológico study with descriptive and cross-sectional analysis was performed with the search engine Google. We chose not to include web sites of other languages than Portuguese, blogs, images, ads and polls (ie Yahoo Answers, Twitter), as well as technical access problems or queries. **Results:** The searches resulted in 635 sites, of which only 49 have revealed the research objective. **Conclusion:** After thorough analysis based on Technical Quality Criteria Lopes (2004), it was concluded that the quality of information provided by Brazilian websites on the theme studied is unsatisfactory and inadequate to meet the knowledge needs of the layman public.

Keywords: Diabetes mellitus. Convulsive therapy. Diabetes mellitus type 1. Combined therapy.

Resumen

Introducción: La búsqueda de información sobre la salud como un recurso valioso es la herramienta de Internet. En ella hay una gran cantidad de información y la facilidad de acceso, lo que hace que sea una herramienta útil en la búsqueda de conocimiento sobre las enfermedades y sus tratamientos. Sin embargo, es característico de la Internet no restringe el contenido publicado, debe ser selectivo sobre las fuentes de información que utiliza. **Objetivo:** El presente estudio tiene como objetivo determinar la calidad de los contenidos disponibles en las páginas web nacionales acerca de la información sobre la diabetes tipo 1. Este es un estudio infodemiológico con análisis descriptivo y transversal se llevó a cabo con el motor de búsqueda de Google. Decidimos no incluir sitios web de otros idiomas aparte del portugués, blogs, imágenes, anuncios y encuestas (por ejemplo, Yahoo Answers, Twitter), así como los problemas de acceso técnico o consultas. **Resultados:** Las búsquedas resultaron en 635 sitios, de los cuales sólo 49 han revelado el objetivo de la investigación. **Conclusión:** Después de un análisis exhaustivo basado en la Calidad Técnica Criterios Lopes (2004), se concluyó que la calidad de la información proporcionada por los sitios web brasileños sobre el tema estudiado es insatisfactoria e insuficiente para satisfacer las necesidades de conocimiento del público en general.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Terapia Convulsiva. Diabetes mellitus Tipo 1. La terapia combinada.

INTRODUÇÃO

Segundo a Federação Internacional de Diabetes, há no mundo 371 milhões de portadores de diabetes, sendo a segunda doença crônica mais comum na infância¹. Os casos de diabetes cresceram consideravelmente entre meninos e meninas com o aumento do índice de obesidade infantil, associada a uma vida sedentária e aos maus hábitos alimentares².

O diagnóstico do diabetes na infância expõe a criança e a família à ansiedade, medos e expectativas de recuperação caracterizadas por um período de desestruturação e incertezas³, levando pais e cuidadores a busca por informações acerca da doença, em sua maioria na internet, onde há cerca de 100.000 mil *web sites* relacionadas à saúde. Neste espaço podem ser encontrados desde *sites* acadêmicos até páginas criadas por pacientes⁴.

De acordo com Silberg e colaboradores⁵, deve ser considerado suspeito o *site* da internet, ou qualquer outro recurso de comunicação da rede, que deixar de apresentar o autor do texto e suas competências, a instituição responsável por sua manutenção, a data de produção e edição do texto e as referências utilizadas para sua elaboração.

A partir desse contexto surgiu o seguinte questionamento: qual a qualidade e a confiabilidade das informações sobre o diabetes infantil divulgadas pela internet em sites nacionais?

OBJETIVO

Considerando-se a fragilidade de controle das informações divulgadas via internet, no presente estudo o objetivo foi verificar a qualidade do conteúdo disponível em páginas nacionais de internet acerca das informações sobre o diabetes tipo¹.

MATERIAL E MÉTODO

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por realizar um estudo infodemiológico de caráter descritivo e transversal, realizado por meio da ferramenta de busca *Google* acerca da temática diabetes tipo 1.

O termo "infodemiologia" designa a disciplina que estuda as determinantes e a frequência da distribuição da informação sobre saúde nos diversos meios de comunicação, incluindo a internet⁶. Como uma disciplina derivada da epidemiologia, utiliza métodos descritivos, analíticos e de intervenção para a realização dos estudos⁷.

Denominam-se estudos infodemiológicos descritivos os

que analisam a frequência, ou seja, a prevalência da informação sobre saúde, incompleta ou incorreta, além de seus indicadores de qualidade. Nesse sentido, estudos infodemiológicos descritivos identificam também situações em que dados conflitantes, fraudes e propagandas enganadoras prevalecem sobre a informação com base em evidências^{7,8}.

No desenvolvimento da pesquisa, como critérios de exclusão não foram incluídos *web sites* de outro idioma que não o português, blogs, imagens, anúncios e enquetes (i.e. *Yahoo* respostas, *Twitter*), além de problemas técnicos de acesso ou consulta. A busca realizou-se em três de outubro de 2013 com as palavras-chave "diabetes infantil", "insulinoterapia" e "tratamento", obtendo-se um resultado de 635 páginas, as quais foram selecionadas e analisadas quanto à presença de Critérios Técnicos de Qualidade (CTQ), segundo Lopes⁹.

A partir desses critérios, foi elaborado pelas pesquisadoras um instrumento estruturado para a coleta de dados composto por 10 questões de dupla escolha, que nortearam a análise dos sites selecionados pela busca, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Instrumento de coleta e análise de dados, baseado em Critérios Técnicos de Qualidade, segundo Lopes⁹

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. O autor do texto é revelado?		
2. As credenciais do autor (formação técnica) são apresentadas?		
3. A instituição responsável pelo <i>site</i> é revelada?		
4. A página revela a data em que a informação foi disponibilizada?		
5. A página atualiza as informações?		
6. A página cita as referências utilizadas para a produção das informações?		
7. A página informa se os textos divulgados são produzidos por meio de um processo de revisão editorial?		
8. A página disponibiliza uma ferramenta de busca dos conteúdos internos?		
9. A página divulga e-mail?		
10. A página é utilizada para a comercialização de algum produto?		

RESULTADOS

Após a seleção de 635 *sites*, realizou-se uma primeira análise a partir dos critérios de exclusão propostos no estudo, com base nos quais foram excluídos: dois por se tratar de vídeo, três por não estarem em português, 35 por problemas técnicos no momento do acesso, 56 por serem apenas *sites* de divulgação, 54 por não tratarem da temática estudada, 58 eram *blogs* e 11 enquetes, resultando um total de 416 *sites*, dos quais 367 mostraram-se em duplicidade.

Assim, 49 *sites* foram individualmente analisados quanto à presença de CTQ. Destes, 78% revelam autoria, 65% citam as credenciais do autor, 27% contém instituição responsável, 78% apresentam a data em que a informação foi disponibilizada, 6% atualizam informações, 69% citam referências, 8% passam por processo de revisão editorial, 22% contém ferramenta de busca de conteúdos internos, 10%

disponibilizam endereço eletrônico para contato e 18% comercializam produtos. Apenas um *site* (2%) apresentou todos os critérios técnicos de qualidade, conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da frequência dos critérios técnicos de qualidade nos *sites* analisados (n=49)

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	N	%
Autoria	38	78%
Credenciais do autor (formação técnica)	32	65%
Instituição responsável pelo <i>site</i>	13	27%
Data em que a informação foi disponibilizada	38	78%
Atualização das informações	3	6%
Referências para a produção das informações	35	71%
Processo de revisão editorial	4	8%
Ferramenta de busca dos conteúdos internos	11	22%
E-mail	5	10%
Comercialização de produtos	9	18%
Presença critérios técnicos qualidade	1	2%

DISCUSSÃO

Nesta análise, observou-se que, ao utilizar a ferramenta de busca *Google*, o conteúdo relevante foi de pouca expressividade. Das 635 páginas obtidas, apenas 49 desse total revelaram o objetivo da pesquisa ao disponibilizar o conteúdo diabetes tipo 1.

O mesmo aconteceu no estudo de Harland e Bath¹⁰ que, ao avaliar a qualidade das informações na internet acerca do tema esclerose múltipla, obteve 100 resultados, todavia apenas 40 foram avaliados. A baixa taxa de relevância apresentou-se também no estudo de Black e Penson¹¹, o qual tratava de câncer de próstata. Nele os pesquisadores obtiveram uma amostra de 75 *sites*, dos quais somente 39 apresentavam conteúdo expressivo.

Corroborando com o resultado obtido, a pesquisa realizada por Eysenbach¹², também referente a conteúdo das informações obtidas na internet e com base na opinião dos pacientes, demonstra que para este grupo de leigos, 31% dessas informações são "irresistíveis", 71% "conflituosas" e 27% "confusas".

Em 2010, no Brasil, realizou-se, por meio da internet, um estudo sobre o tema coronariopatia, em que 82 *sites* foram analisados e somente 22 (26,8%) continham o assunto na sua completude, os demais apenas revelavam o conceito diagnóstico e o tratamento¹³.

Em um estudo francês realizado em 2007, com a mesma finalidade, pesquisadores analisaram 90 *sites* da internet sobre a divulgação da informação do diabetes e concluíram que, em um quarto dos *sites* que divulgavam informações sobre diabetes *mellitus* tipo 2, o leitor leigo encontrava informação incompleta e sem acurácia em 60% de diferentes critérios técnicos de qualidade¹⁴.

Eysenbach⁷ concluiu em seus estudos infodemiológicos que os critérios analisados são, todavia, úteis para que o internauta leigo possa avaliar outros aspectos além

da precisão do conteúdo, incluindo a competência técnica do autor, a atualização, as fontes bibliográficas e os propósitos da instituição ou empresa mantenedora do *site*.

CONCLUSÃO

A partir do exposto pode-se concluir que apesar de ser um instrumento útil na busca de informações, a internet tem caráter volátil, no que se refere à qualidade da informação. Pois, a qualidade das informações disponibilizadas pelos *sites* brasileiros acerca da temática diabetes tipo 1 é insatisfatória e inadequada para suprir as necessidades de conhecimento do público leigo. Além de serem imprecisas e de pouca qualidade, são também distribuídas de forma incompleta, omitindo, portanto, dados relevantes, o que pode ser prejudicial ao paciente.

Os principais fatores delimitadores da qualidade da informação devem retratar a autoria do texto e a data de elaboração, as credenciais do autor, a instituição responsável pela página, a atualização das informações e as referências para a produção das informações, bem como o processo de revisão editorial, a ferramenta de busca dos conteúdos internos, *e-mail* e a comercialização de produtos. Contudo, na pesquisa não foram encontrados em percentual significativo.

Considerando que os textos sobre saúde devem apresentar meta informação para que o leitor avalie sua atualidade, qualidade e acurácia, os *sites* avaliados neste estudo não são recursos confiáveis para a busca de informação.

A utilização desses critérios por que m disponibiliza a informação não irá solucionar, e muito menos erradicar, o problema da informação desqualificada contidas nos *sites*, mas irá facilitar a busca da informação com maior qualidade para o leitor.

Além disso, o paciente também deve discutir os dados coletados com o profissional da saúde que o assiste. Este, dada sua formação, é capaz de orientá-lo sobre os dados coletados e prover informações complementares.

REFERÊNCIAS

- 1.Sociedade Brasileira de Diabetes. SDB. [acesso em 2013 jul 10]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>
- 2.Instituto da Criança com Diabetes. ICDRS. [acesso em 2013 jul 10]. Disponível em: <http://www.icdrs.org.br/>
- 3.Leal DT, Filho FA, Dias IMAV, Nascimento L, Arruda WC. Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família. *Revista HU*. 2009; 35(4):288-95.
- 4.Juzzo LMLC. Critérios para avaliação da qualidade das informações sobre saúde disponíveis online. In: *Anais do IX CBIS; 2004; Ribeirão Preto*.
- 5.Silberg W, Lundberg G, Musacchio R. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the internet: caveat lector et viewer-let the reader viewer beware. *JAMA*. 1997; 277(15):1244-5.
- 6.Silva EV, Castro LLC. Infodemiologia: uma abordagem epidemiológica da informação. *Rev Espaço Saúde*. 2007; 8(2):39-43.
- 7.Eysenbach G. Infodemiology: the epidemiology of (mis)information. *Am J Med*. 2002; 113:763-5.
- 8.Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web. *JAMA*. 2002; 287(20):2691-700.
- 9.Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na web. *Ci Inf*. 2004; 33(1):81-90.
- 10.Harland J, Bath P. Assessing the quality of websites providing information on multiplesclerosis: evaluating tools and comparing sites. *Health Inform J*. 2007; 13(3):707-21.
- 11.Black PC, Penson DF. Prostate cancer on the internet – information or misinformation. *J Urol*. 2006; 175:1836-92.
- 12.Eysenbach G. The impact of the Internet on cancer outcomes. *CA Cancer J Clin*. 2003; 53:356-71.
- 13.Hirata DM, Queiroz NR, Souza RC, Oliveira LB, Martins WA. Qualidade da informação na internet sobre coronariopatia. *Rev Bras Cardiol*. 2010; 23(1):39-46.
- 14.Richard JL, Schuldiner S, Jourdan N, Daurès JP, Vannerau D, Rodier M et al. The internet and the diabetic foot: quality of online information in french language. *Rev Diabetes Metab*. 2007; 33:197-204.

ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME PRECOCE

BREASTFEEDING AND EARLY WEANING

LACTANCIA MATERNA Y DESTETE PRECOCE

Isabella Cristina Silva de Almeida*, Márcia Diana Umabayashi Zanoti**, Elizane Regina Santos Sandor***

Resumo

Introdução: A amamentação é uma prática essencial por atender todas as necessidades fisiológicas do lactente assegurando um bom desenvolvimento e crescimento, embora sofra a influência de aspectos fisiológicos, culturais, sociais e psíquicos. O desmame deve ser gradativo, natural e tranquilo. **Objetivos:** Identificar as causas do desmame precoce relatadas por mães que aguardavam consulta com o pediatra em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior paulista, no mês de agosto de 2012; obter o perfil sociodemográfico das puérperas. **Material e Método:** Trata-se de pesquisa quantitativa transversal, desenvolvida por meio de entrevista com 72 mães. **Resultados:** Predominaram mães com faixa etária acima de 34 anos, com ensino médio, casadas e com renda salarial entre dois a três salários mínimos. Das mães entrevistadas, 48 (66,6%) alegaram ter recebido orientações sobre o aleitamento materno durante o pré-natal e 49 (68,0%) no puerpério imediato. Quanto aos benefícios do aleitamento materno, 66 (91,6%) informaram conhecê-los destacando ser a imunização natural o principal benefício da amamentação. Entretanto, 34 mães (47,2%) haviam desmamado seus filhos antes dos seis meses, 22 (30,5%) oferecido mamadeira aos filhos a partir dos seis meses e apenas 16 (22,3%) mantinham o aleitamento materno. Os fatores que contribuíram para o desmame precoce apontados foram: pega incorreta, 26 (45%); trabalhar fora 12 (20%), complementação alimentar 8 (14%), dentre outros. **Conclusão:** Identificou-se o não aleitamento exclusivo pelas mães, evidenciando que as intervenções de enfermagem e dos demais profissionais da área da saúde na promoção do aleitamento materno no período do pré-natal e em puérperas não tem sido eficientes e capazes de sensibilizar as mães para que essa modalidade de cuidado seja efetivamente praticada. Este fato acomete principalmente as primigestas, não atentas à importância e aos benefícios da amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame precoce. Fatores de risco.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is an essential practice for meets the physiological needs of the infant's metabolism, ensuring proper development and growth, although it is complicated by the influence of physiological, cultural, social and psychological aspects. Weaning should be progressive, natural and quiet. **Objectives:** To identify the causes of early weaning reported by mothers who awaited appointment with the pediatrician in a Basic Health Unit of a countryside city of São Paulo State in the month of August 2012; to obtain the sociodemographic profile of the mothers. **Material and Methods:** This cross-sectional quantitative study was developed through interviews with 72 mothers. **Results:** The factors involved with early weaning are relevant. Among the mothers who took part to the study, 48 (mothers) (66.6%) respondents claimed to have received guidance on breastfeeding during the prenatal period, 49 mothers (68%) received guidelines on breastfeeding during the early postpartum mothers and 66 (91.6%) reported to know the benefits of breastfeeding, considering the natural immunization as the main benefit of breastfeeding. However, 34 mothers (47.2%) said that their children weaned before the sixth month of life, while 22 (30.5%) mothers reported giving their children a bottle after six months of life and only 16 (22.3%) mothers did not report the use of the bottle with their children. **Conclusion:** We identified the non-exclusive breastfeeding by mothers. The intervention of nursing and other health professionals in promoting breastfeeding during prenatal and postpartum women has not been sufficient to sensitize the mothers about the use of this type of care. This fact affects mainly mothers at the first pregnancy, ignoring the relevance and the benefits of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Early weaning. Risk factors.

Resumen

Introducción: La lactancia materna es una práctica esencial ya que cumple con las necesidades fisiológicas del metabolismo del infante asegurando un buen desarrollo y crecimiento, a pesar de que se ve obstaculizada por la influencia de los aspectos fisiológicos, culturales, sociales y psicológicos. El destete debe ser gradual, natural y tranquilo. **Objetivos:** Identificar las causas del destete precoz reportadas por las madres que esperaban consulta con el pediatra en una Unidad Básica de Salud de una ciudad en el estado de São Paulo, en agosto de 2012; obtener el perfil sociográfico de las madres. **Material y Método:** Estudio cuantitativo de corte transversal desarrollado a través de entrevistas con 72 madres. **Resultados:** Fueron predominantes las madres mayores de 34 años, con la escuela secundaria, casadas y con el ingreso salarial entre dos y tres salarios mínimos. De las madres entrevistadas, 48 (66,6%) afirmaron haber recibido orientaciones acerca de lactancia materna durante el periodo prenatal y 49 (68%) en el puerperio inmediato. Acerca de los beneficios de la lactancia materna, 66 (91,6%) informaron conocerlos, destacando la inmunización natural el principal beneficio de la lactancia materna. Sin embargo, 34 madres (47,2%) habían destetado a sus hijos antes de los seis meses, 22 (30,5%) habían ofrecido el biberón a los niños a partir de los seis meses y sólo 16 (22,3%) han mantenido la lactancia materna. **Conclusión:** Se identificó la ausencia de la lactancia materna exclusiva por las madres y se hizo evidente que las intervenciones de enfermería y de otros profesionales de la salud en la promoción de la lactancia materna durante el periodo prenatal en puérperas no han sido eficientes y capaces de sensibilizar a las madres para que esta modalidad de atención sea efectivamente practicada. Este hecho afecta principalmente a las primigestas que no se dan cuenta de la importancia y beneficios de la lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia materna. Destete precoz. Factores de riesgo.

* Graduanda do curso de Enfermagem da UNIP, Araraquara-SP.

** Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Doutoranda do Instituto de Química, Programa de Biotecnologia - UNESP, Araraquara-SP. Contato: ma.zanoti@bol.com.br

*** Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

INTRODUÇÃO

O leite materno, além de uma fonte de nutrientes, oferece proteção e promove o fortalecimento emocional para o lactante durante o seu primeiro ano de vida, principalmente quando é servido exclusivamente até os seis primeiros meses, tendo repercussão na saúde materna e infantil¹. São evidentes os benefícios do aleitamento materno, especialmente do aleitamento materno exclusivo, tanto para a criança quanto para a mulher².

Critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto às práticas do aleitamento materno têm sido definidas como: Aleitamento Materno Exclusivo, em que a criança recebe somente leite materno, sem outros líquidos ou sólidos; Aleitamento Materno Predominante ou Misto, pelo qual a criança recebe leite materno como fonte predominante de alimentação, mas podendo receber água ou bebidas a base de água e sucos de frutas; e o Aleitamento Materno Complementar, em que a criança recebe leite materno e alimentos sólidos ou semissólidos, incluindo leite de origem artificial¹.

A prática do aleitamento materno diminuiu no final da década de 1960 e início dos anos 1970, gerando desnutrição e elevadas taxas de morbimortalidade infantil, fazendo com que fossem estabelecidas metas e diretrizes, visando oferecer estímulo à amamentação. Uma das ações desenvolvidas neste sentido foi o projeto Hospital Amigo da Criança e a prática do alojamento conjunto que norteia os "Dez Passos para o Sucesso do Alojamento Materno"^{3,4}.

Há vantagens na amamentação e no desmame natural, e quando este ocorre, é menos estressante para a mãe e a criança, pois preenche as necessidades da criança até elas estarem maduras para o desmame, fortalece a relação mãe-filho e ajuda a mãe a ser menos ansiosa com relação aos estágios de desenvolvimento de seu filho. Entender melhor os motivos que levam muitas mulheres a deixarem de amamentar é um dos desafios para a atenção à saúde. O acompanhamento no pré-natal, puerpério imediato e ações educativas junto à família parecem ser algumas das principais medidas para que a amamentação ocorra com sucesso. Amamentar deve ser encarado como um fenômeno psicossocial e de fisiologia singular e não somente como um conjunto de técnicas que o profissional da saúde aplica junto à gestante/puérpera^{3,4}.

Dentre os fatores identificados pelas mães como dificuldades no processo da amamentação encontram-se a falta de informação dos profissionais de saúde, a rotina e a estrutura inadequadas dos serviços de saúde^{3,4}, além de outros fatores decorrentes do processo de urbanização, modernização

e desenvolvimento tecnológico.

Para que o binômio mãe-filho vivencie esse momento de forma prazerosa e segura, são necessárias condições interacionais em contextos sociais e culturais adequados e concretos⁴.

Além da importância das interações existentes no processo do aleitamento entre mãe/bebê, outro fator relevante é que no Brasil são consumidos 12,7% do salário mínimo para alimentar uma criança nos seis primeiros meses de vida com leite artificial^{5,6}.

Dessa forma, o presente estudo tem como propósito identificar as causas do desmame precoce e contribuir para a promoção do aleitamento materno, tendo em vista a importância de se tornar uma ação prioritária de política pública e auxiliar na conscientização familiar.

OBJETIVOS

Identificar as causas do desmame precoce relatadas por mães que aguardavam consulta com o pediatra em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior paulista, no mês de agosto de 2012; obter o perfil sociodemográfico das puérperas.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, realizado em uma UBS localizada em uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista com mães que estavam agendadas para consulta com o pediatra, no mês de agosto de 2012. Foram entrevistadas 72 mães durante o período da manhã. As variáveis levantadas relacionavam-se a dados sociodemográficos como: idade, estado civil, profissão, escolaridade, tipo de moradia e saneamento básico, renda familiar; além de informações relacionadas à gestação, amamentação e orientações recebidas.

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Paulista (UNIP), tendo sido aprovado conforme parecer nº 97.412.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados evidenciam que o desmame precoce foi prevalente em mães com idade acima de 34 anos (41,6%) que completaram o ensino médio (48,6%) cuja renda familiar manteve-se entre dois a três salários mínimos (52,7%). Tinham moradias com saneamento básico e emprego

Total	ensino médio	29	40,2%
	ensino superior	72	100,0%
renda familiar	até 01 salário	05	6,9%
	02 a 03 salários	38	52,7%
	03 a 05 salários	13	18,0%
	acima de 06 salários	16	22,2%
Total		72	100,0%
tipo de moradia	casa	63	87,5%
	apartamento	09	12,5%
Total		72	100,0%
ocupação	empregada	51	70,8%
	desempregada	21	29,1%
Total		72	100,0%
estado civil	solteira	13	18,0%
	casada	47	65,2%
	separada	08	11,1%
	união consensual	04	5,5%
Total		72	100,0%

Em relação ao número de filhos, 38 mães (53%) relataram serem primigestas, e 34 delas (47%) tinham dois ou mais filhos.

Quanto ao planejamento familiar, 62 mães (86%) relataram ter planejado seus filhos. Parturientes (14%) que referiram não terem planejado a gravidez, informaram que se adaptaram com a chegada do bebê. Para o Ministério da Saúde⁷, é imprescindível que homens e mulheres sejam esclarecidos quanto aos métodos contraceptivos, visando garantir o exercício dos direitos reprodutivos no Brasil. A atuação dos profissionais de saúde, quanto ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais.

De forma unânime, todas as mães entrevistadas relataram não fazer uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas. A OMS considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opióides não são contraindicadas durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Há carência de publicações com orientações sobre o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso. Assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. Drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, também devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes

sobre o aleitamento materno, 48 mães (66,7%) disseram ter recebido orientações sobre o aleitamento materno no puerpério imediato e 66 mães (91,6%) relataram conhecer os benefícios do aleitamento materno referindo a imunização natural como o principal (Tabela 2).

Tabela 2 - Orientações e conhecimento sobre aleitamento materno relatados pelas mães entrevistadas em uma UBS do interior paulista (agosto de 2012)

	N	(%)
conheciam benefícios sobre aleitamento materno	66	91,67%
desconheciam benefícios sobre aleitamento materno	06	8,33%
Total	72	100,00%
haviam recebido orientações sobre aleitamento materno no puerpério imediato	49	68,05%
não receberam orientações sobre aleitamento materno no puerpério imediato	23	31,95%
Total	72	100,00%
Tinham recebido orientações sobre aleitamento materno durante pré-natal	48	66,67%
não receberam orientações sobre aleitamento materno durante pré-natal	24	33,33%
Total	72	100,00%

A introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo águas, chás ou sucos, na alimentação da criança, diminuindo a ingesta do leite materno se caracteriza como desmame precoce; e o processo de desmame, se caracteriza pela transição progressiva da alimentação com leite materno, para alimentação com a dieta da família⁹. Das 72 mães, 58 (80,5%) disseram ter desmamado seus filhos com menos de seis meses, enquanto 22 (30,5%) mães relataram ter oferecido mamadeira a seus filhos maiores de seis meses.

Alimentos introduzidos precocemente podem prejudicar a saúde da criança, uma vez que o aleitamento natural exclusivo favorece a sucção normal, enquanto o aleitamento misto induz alterações na sucção, podendo levar à ineficiência do padrão motor oral da criança pela ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, prejudicando as funções da mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala. A falta de sucção fisiológica ao peito pode interferir no desenvolvimento motor-oral, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e alteração motora oral¹⁰. Davids e Bell¹¹, num estudo longitudinal com 108 crianças, verificaram existir associação entre crianças que recebiam mamadeira e a presença de má oclusão ântero-posterior. Para tais autores, o aleitamento materno diminui o risco de ocorrência desse tipo de problema.

Quanto às dificuldades relatadas pelas mães acerca da amamentação 26 mães (45%) referiram dificuldade na pega das crianças, 12 mães (20%) tiveram que retornar ao trabalho, 8 mães (14%) utilizaram complemento alimentar. Também

enquanto 20 (22%) relataram que na hora de amamentar.

Tabela 3 - Fatores que desencadeiam o desmame precoce identificado pelas mães entrevistadas em uma UBS do interior paulista (agosto de 2012)

		N	(%)
aleitamento materno exclusivo	desmame > 6 meses	14	19,44%
	desmame < 6 meses	58	80,56%
Total		72	100,00%
fatores que desencadeiam o desmame precoce	trabalhar fora	12	20%
	pega incorreta	26	45%
	complemento alimentar	08	14%
	desconhece o tempo do AME	04	7%
	cansaço e desconforto	04	7%
	outros	02	7%
Total		56	100,00%
introdução de alimentos sólidos	novos alimentos > 6 meses	42	58,33%
	novos alimentos < 6 meses	30	41,67%
Total		72	100,00%

Segundo Dewey¹², certo nível de estresse é perfeitamente aceitável quando se consideram os eventos que envolvem o nascimento de uma criança e seus cuidados, embora, na maioria dos casos, o início da lactação não seja significativamente afetado. Entretanto, o autor destaca que mães e bebês que vivenciam altos níveis de estresse, como modificações frequentes na rotina de cuidados, têm grandes chances de sofrer alguns efeitos adversos, orgânicos e psicossociais.

O estresse constitui um estado fisiológico (dor, cansaço, exaustão) ou emocional (ansiedade, frustração, ambivalência) e interfere na capacidade de adaptação a situações cotidianas¹². Dois mecanismos descritos por Lana¹³ podem explicar a relação entre estresse e lactação: 1) em condições de estresse, o organismo da mãe aumenta a liberação de adrenalina, provocando vasoconstrição generalizada e, quando muito intensa, a prolactina e a ocitocina (hormônios envolvidos na produção do leite) não chegam às células lactóforas e mioepiteliais da mama, respectivamente, comprometendo a produção de leite; assim, o desmame precoce pode ser um efeito adverso do enfrentamento de situações estressantes; 2) bebês que vivenciaram situações de estresse durante o trabalho de parto podem apresentar-se fracos ou muito sonolentos, dificultando a evocação dos reflexos de preensão e sucção eficientes da mama; a falta de sucção não gera estímulos neuroendócrinos responsáveis pela liberação dos hormônios envolvidos na produção do leite comprometendo a lactação.

Quanto a faixa etária predominante acerca do desmame precoce, a pesquisa apontou mães com idade acima de 34 anos (41,66%) diferindo da pesquisa realizada sobre a prática da amamentação em puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto no interior do estado de São Paulo, que apresentou faixa etária predominante entre 22 a 26 anos⁵.

Quanto à escolaridade, o ensino médio (48,6%) e a

menos frequente e a prática do aleitamento materno, dados esses que corroboram com os encontrados por Valezin e colaboradores³.

Com relação à influência do trabalho na amamentação, segundo a literatura há investigações que apontam o não cumprimento da legislação trabalhista por parte dos empregadores e a falta de conhecimento das mães quanto à retirada e armazenamento do leite materno para serem oferecidos à criança durante seu trabalho, fatores esses que também contribuem para o desmame precoce.

O planejamento familiar e a amamentação são influenciados fortemente por condições socioculturais e biopsíquicas, pois o estado emocional e as atitudes das mães trazem efeitos consideráveis ao sucesso ou insucesso do aleitamento materno. Desta forma, o aleitamento materno ou a recusa desta prática raramente é um ato individual e consciente, estando associado à aprovação do grupo social^{4,14,15}.

Comparando-se os dados encontrados com pesquisa de Valezin e colaboradores³, estes encontraram que as mães tiveram orientações e possuem conhecimentos a respeito do aleitamento materno, embora não suficientes para conscientizá-las quanto à prática da amamentação¹⁵.

O Ministério da Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. No Brasil a taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo é uma das mais baixas quando comparada com outros países da América Latina. Pesquisa de Valezin e colaboradores³ ressalta que o aleitamento materno exclusivo não obedeceu à preconização do Ministério da Saúde, pois 80,5% das crianças menores de seis meses haviam sido precocemente desmamadas. Neste estudo, 58,3% das crianças receberam novos alimentos a partir do sexto mês de vida, dados estes semelhantes aos de outros estudos^{3,16} que reiteram acerca da necessidade de instrumento educativo sobre a alimentação de lactantes, baseando-se nas necessidades e conhecimento das mães.

Silva e colaboradores¹⁷, num estudo realizado em um alojamento conjunto de uma instituição hospitalar localizada na zona oeste do município de São Paulo, sobre os fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas, referem falta de experiência ou ausência de informação das mães. Elas não amamentaram seus filhos com técnicas apropriadas, ocasionando a pega incorreta do bebê na hora da amamentação natural (36,1% das mães pesquisadas), mesmo tendo recebido orientações sobre aleitamento materno no pré-natal e puerpério imediato. É importante o cuidado com as

mamas nesse período, evitando fissuras, rachaduras e dor durante a amamentação natural^{17,18}.

A recomendação da OMS quanto ao aleitamento materno, deve ser por dois anos ou mais, e exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Os motivos que levam as mães a deixarem de amamentar são variados, estes vão desde o contratempo em conciliar a amamentação com a volta ao trabalho ou com outras atividades, até acreditar que o aleitamento materno depois do primeiro ano prejudica a criança psicologicamente. Também há mães que querem a independência da criança mais cedo, desmamando seus filhos precocemente, podendo acarretar insegurança e atrapalhar este processo¹⁹.

Recomenda-se não limitar a duração da amamentação a um período pré-determinado e seguir os sinais do bebê. O desenvolvimento emocional da criança pode ser afetado, quando é forçada a entrar em um estágio antes de estar pronta¹⁹.

Com as diversidades de leites artificiais que informam substituir inteiramente o leite materno, torna-se para algumas mães uma alternativa fácil para nutrir bebês e crianças. Outro fator contribui para afastar a mãe do seu filho, como no caso das babás, que adquirem papel importante na família. O aleitamento materno gera um grande vínculo mãe e filho, entretanto, quando as mães transferem para as babás todos os cuidados, inclusive a alimentação, perdem esta ligação com o filho precocemente²⁰.

O despreparo dos profissionais da saúde para orientação quanto o estímulo ao aleitamento materno é um fator a ser trabalhado, embora haja ausência de médico e de outros profissionais, capazes de conversar e esclarecer dúvidas com gestantes e mães²⁰.

CONCLUSÃO

O desmame precoce por parturientes pode sofrer a influência de fatores fisiológicos, psicológicos, econômicos e sociais caracterizando-se por dificuldades variadas, especialmente em primigestas, que não possuem a prática dessa modalidade de cuidado e que, muitas vezes, contam apenas com a orientação dos profissionais da área da saúde.

Estudos evidenciam que a intervenção da enfermagem e de demais profissionais da saúde na promoção do aleitamento materno no período do pré-natal e em puérperas não tem sido suficiente para satisfazer essa necessidade no binômio mãe/bebê.

Há muitas vezes dificuldade e desinteresse em aprender

técnicas e meios que possam facilitar esse ato. A vida urbanizada e a grande tecnologia introduzida em nosso meio também concorrem para o desmame precoce.

É necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta e presente na orientação teórico-prática do aleitamento materno, pois este é parte fundamental no processo de desenvolvimento da criança, não podendo ser interrompido bruscamente ou substituído por outros alimentos.

REFERÊNCIAS

1. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):607-14.
2. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Med Biol* 2004; 554:63-77.
3. Valezin DF, Ballesterio E, Aparecido JC, Ribeiro JF, Marinho PCM, Costa LFV. Instrumento educativo sobre alimentação de lactentes baseado nas necessidades de conhecimento das mães. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(1):11-7.
4. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família - PSF. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 20025; 13(3):407-14.
5. Rosa CD, Almeida CB, Barros PFS, Coutinho RMC. Prática da amamentação em puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(1):18-21.
6. Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 1994; 70(1):16-20.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar. 4ª ed. Brasília: MS; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de outras substâncias. 2ª ed. Brasília: MS; 2010.
9. Simons AD. Alimentos complementares ao desmame: quais, como e quando introduzi-los. In: Rego JD. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 299-312.
10. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jor Pediatría*. 2003; 79(1):7-12
11. Davis DW, Bell PA. Infant feeding practices and occlusal outcomes: A longitudinal study. *J Can Dent Assoc*, 1991, 57:593-4.
12. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutrition*. 2001; 131:3012-5
13. Lana APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.
14. Duarte AML, Costa AFF, Oliveira CT, Carvalho LSF. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no preparo de mães adolescentes. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008; 26(2):177-82.
15. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002; 10(4):578-85.

16. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatría (Rio J)*. 2003; 79(1):7-12.
17. Silva AV, Oliveira DM, Grei EVE, Gonçalves PC, Gesteira ECR. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(3):220-5.
18. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5):S142-6.
19. Giugliani ERJ. Desmame. [acesso em 2013 set 10]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_det_alhe=1845&tipo_detalhe=S
20. Eny EM, Nascimento MJP. Causas e consequências do desmame precoce: uma abordagem histórico-cultural. *Rev Enferm UNISA* 2001; 2:52-6



Artigos de Revisão

QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

QUALITY OF RECORDS OF NURSING: AN INTEGRATIVE REVIEW

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Gilvana de Campos Dalponte, Andreia Orjana Ribeiro Coutinho**

Resumo

Introdução: O registro de enfermagem é fundamental para documentação e prevenção de erros, redução de custos, gerenciamento adequado, e serve, principalmente, como garantia de qualidade e continuidade no tratamento dos pacientes no ambiente hospitalar. **Objetivo:** Verificar a qualidade dos registros de enfermagem. **Material e Método:** Revisão integrativa de literatura com base em 17 artigos que respondiam ao objetivo proposto, publicados nos períodos de janeiro de 2000 a janeiro de 2013, em periódicos científicos nacionais, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cochrane Library Database* (Biblioteca Cochrane). **Resultados:** Os artigos analisados demonstraram: ausência de data e hora nos registros; letra ilegível; falta de identificação profissional como carimbo, assinatura e número do COREN; uso de siglas e abreviaturas não padronizadas; presença de rasuras; ausência de checagem das prescrições e medicamentos; ausência dos registros dos procedimentos de enfermagem; falhas nos registros de alta e óbito; registros de exame físico incompletos; ausência de registros da dimensão psicossocioespíritual; falta de objetividade na escrita e ausência da Sistematização da Assistência em Enfermagem. **Conclusão:** Frente aos resultados deste estudo, sugere-se a utilização de instrumentos mais objetivos ou a adesão aos registros eletrônicos, bem como a implantação de siglas e abreviaturas padronizadas pelas instituições de saúde.

Palavras-chave: Registros de enfermagem. Anotações de enfermagem. Qualidade.

Abstract

Introduction: The nursing record is essential for documentation and error prevention, as well as for cost reduction and proper management, serving mainly as a guarantee of quality and continuity of care of hospitalized patients. **Objective:** To assess the quality of nursing records. **Materials and Methods:** integrative literature review based on 17 articles which fulfilled the proposed objective, all published in the periods from January 2000 to January 2013 in scientific National journals available in the Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and in the Cochrane Library Database (Cochrane Library). **Results:** The analyzed articles showed: the lack of date and time in the records, illegible handwriting, lack of professional identification as a stamp, signature and COREN number, as well as the use of acronyms and nonstandard abbreviation; presence of erasures, lack of checking of prescriptions and medications, absence of nursing procedures records, failures in discharge and death records; incomplete physical examination records, lack of psychosocioespíritual aspect records, lack of objectivity in the writing, as well as the absence of nursing care system. **Conclusion:** Based on the results of this study we suggest the use of more objective instruments or the access to electronic records as well as the deployment of standardized acronyms and abbreviations by healthcare institutions.

Keywords: Nursing Records. Nursing Notes. Quality.

Resumen

Introducción: El registro de enfermería es esencial para la documentación y prevención de errores, reducción de costos, la gestión adecuada, y sirve principalmente como una garantía de calidad y continuidad de la atención a los pacientes en el hospital. **Objetivo:** Verificar la calidad de los registros de enfermería. **Material y método:** Una revisión integradora de la literatura basada en 17 artículos que respondieron al objetivo propuesto, publicados en los períodos comprendidos entre enero 2000 a enero 2013, en revistas científicas nacionales disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Cochrane Library Database (Biblioteca Cochrane). **Resultados:** Los artículos analizados mostraron: la ausencia de la fecha y la hora en los registros, letra ilegible, falta de identificación profesional como un sello, firma y número de Coren, el uso de siglas y abreviaturas no usuales; presencia de tachaduras, ninguna comprobación de recetas y medicamentos, ausencia de registros de procedimientos de enfermería, fallas en los registros de altas y la muerte; registros incompletos del examen físico, falta de registros de la dimensión psicossocioespíritual, falta de objetividad en la escritura y ausencia de la Sistematización de la Asistencia en Enfermería. **Conclusión:** Basándose en los resultados de este estudio sugiere el uso de instrumentos más objetivos o la adhesión a los registros electrónicos, así como la implantación de siglas y abreviaturas estandarizadas por las instituciones de salud.

Palabras-clave: Registros de enfermería. Notas de enfermería. Calidad.

*Graduanda do 10^o semestre do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade FEEVALE. Contato: gilvanadalponte@terra.com.br

**Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade FEEVALE. Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia, pela Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre-RS. Enfermeira assistencial do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Contato: andreiar@feevale.br

INTRODUÇÃO

A palavra qualidade origina-se do latim *qualitare*, que significa propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, que as distingue das outras e lhes determina uma natureza¹. Não se pode definir o que é qualidade de forma clara e objetiva por ser de natureza subjetiva, entretanto, há parâmetros que indicam essa natureza².

Atualmente, o controle de documentos é considerado um dos alicerces do sistema de qualidade. Desta forma, pode-se mensurar a qualidade de um serviço por meio da qualidade documental³.

Define-se documentação de enfermagem como qualquer informação escrita ou gerada eletronicamente que descreve o status de um cliente ou os cuidados ou serviços prestados a este cliente. É através dela que os enfermeiros comunicam aos outros profissionais de saúde as suas observações, decisões, ações e resultados do cuidado⁴.

Os registros de enfermagem constituem um dos mais importantes indicadores de qualidade prestada na área da saúde⁵. Assim, destaca-se a relevância dos registros, devendo ser preenchidos de forma legível, completa, clara, concisa, objetiva, pontual e cronológica, correspondendo às determinações da literatura⁶. Torna-se evidente que o preenchimento inexato de um registro, com falhas nas informações, é um fator que inviabiliza de forma irreversível qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores, de sindicâncias e perícias que possam assegurar juridicamente o paciente, o profissional e a instituição⁷.

Os registros de enfermagem têm um importante significado legal. Se um paciente trazer uma reclamação, os registros serão a única prova de que o profissional cumpriu o seu dever de assistir o paciente. Caso não haja o registro, presume-se que o cuidado não ocorreu, mesmo que o profissional tenha certeza que o efetuou, e, de acordo com a lei em muitos países, pode causar-lhe a perda do direito de exercer enfermagem⁸. É muito comum em tribunais o uso de documentos clínicos para reconstruir eventos, estabelecer horários e datas e resolver conflitos de depoimento⁹.

Desta forma, os registros são o reflexo de um bom ou mau padrão de atendimento prestado aos pacientes. Logo, registros mal escritos geram dúvidas sobre a qualidade do atendimento prestado ao paciente⁹.

Nesse sentido, os registros de enfermagem devem efetuar a descrição exata das atividades realizadas pelos profissionais da área, devendo estar em concordância com as legislações vigentes do Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

A necessidade de aprofundamento da enfermagem neste assunto originou o presente estudo, que teve como objetivo verificar, através de uma revisão da literatura publicada no período de 2000 a 2013, a qualidade dos registros de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida através do método da revisão integrativa, que é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, tendo por finalidade colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu a respeito do tema de pesquisa¹⁰.

A pesquisa teve como base artigos publicados no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2013, a fim de contemplar o século XXI.

Para estabelecer a amostra do estudo, foram selecionados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS): registros de enfermagem, anotações de enfermagem e qualidade.

Foi elaborado, inicialmente, um instrumento com os seguintes tópicos: ano da publicação, título do artigo, objetivos e resultados encontrados, a fim de selecionar, de forma mais assertiva, os artigos que respondessem ao objetivo deste estudo.

Neste estudo, foram critérios de inclusão: artigos publicados entre os períodos janeiro de 2000 a janeiro de 2013; estarem disponibilizados na íntegra; e estarem disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cochrane Library Database* (Biblioteca Cochrane); e serem relacionados com a temática: qualidade dos registros de enfermagem. Os critérios de exclusão foram: artigos publicados fora do período proposto; artigos que continham apenas o resumo; artigos encontrados fora das bases de dados BVS, SciELO, LILACS e biblioteca Cochrane; artigos cujos objetivos e resultados não se encontravam em concordância com a temática deste estudo.

Assim, foram identificados 40 artigos, dos quais foram lidos inicialmente seus resumos; destes, foram selecionados 17 que respondiam ao objetivo proposto.

Os 17 artigos selecionados foram comparados entre si e analisados através de um instrumento próprio, constituído dos seguintes aspectos: ano da publicação; título do periódico; resultados; tipo de registro estudado; item mais investigado; profissional estudado e maiores erros identificados nos artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 17 artigos identificados foram lidos e analisados. Prevaleram artigos publicados na Revista Gaúcha de Enfermagem, seguida pela revista Acta Paulista de Enfermagem, sendo 2012 o ano com maior número de publicações e 2001 o ano com menor número de publicações (Quadro 1).

Quadro 1 – Artigos analisados sobre a qualidade dos registros de Enfermagem, segundo título, ano de publicação, autoria e periódico

TÍTULO	ANO	AUTORES	REVISTA
Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem.	2001	Ochoa-Vigo; Paço; Rossi; Hayashida	Revista da Escola de Enfermagem USP
Glossos hospitalares: importância das anotações de enfermagem.	2004	Rodrigues; Perroca; Jericó	Revista Arquivos de Ciências da Saúde
Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público.	2006	Carvalho; Nogueira	Revista Gaúcha de Enfermagem
Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?	2006	Matsuda; Silva; Évora; Coimbra	Revista Eletrônica de Enfermagem
Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola.	2007	Matsuda; Carvalho; Évora	Revista Ciência, Cidadania e Saúde
Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola.	2008	Venturini; Marcon	Revista Brasileira de Enfermagem
Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares.	2009	Ferreira; Braga; Valente; Souza; Alves	Aquichan
Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria.	2009	Setz; D'Imocenzo	Acta Paulista de Enfermagem
Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil.	2009	Abdon; Dost; Vieira; Martinho; Carneiro; Ximenes	Revista Rene, Fortaleza
Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico.	2010	Costa; Paz; Souza	Revista Gaúcha de Enfermagem
A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares.	2011	Prado; Assis	CuidArte Enfermagem
Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um hospital universitário.	2011	Borsato; Rossateis; Haddad; Vanuchi; Vituri	Acta Paulista de Enfermagem
Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de um hospital universitário.	2011	Barbosa; Sportello; Mira; Melleiro; Tronchin	O Mundo da Saúde
Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino.	2012	Barral; Ramos; Vieira; Dias; Souza	Revista Mineira de Enfermagem
A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados.	2012	Françolin; Brito; Gabriel; Monteiro; Bernardes	Revista de Enfermagem UERJ
Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva.	2012	Silva; Grossi; Haddad; Marcon	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público.	2012	Versa; Murasaki; Silva; Vituri; Mello; Matsuda	Revista Gaúcha de Enfermagem

Os artigos avaliados no presente estudo apontam falhas nos registros de enfermagem.

Matsuda e colaboradores¹¹ evidenciaram na análise realizada em 124 registros de enfermagem em uma UTI de um hospital escola, que 80,4% dos enfermeiros não colocaram data junto aos registros, e 72,5% não descreveram o horário; 64,4% dos enfermeiros anotaram somente o primeiro nome e 21,5% disponibilizaram apenas a rubrica ou até mesmo o apelido.

Em metade dos artigos analisados neste estudo, foram apontadas falhas na identificação do profissional, como: ausência de carimbo com nome completo, assinatura, categoria e número do registro no COREN.

Conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 191/96, considera-se que, após efetuar o registro, é obrigatório constar a identificação do autor com nome legível, cargo, número do COREN e carimbo.

Verificou-se também a não padronização de siglas e abreviaturas, atitude exercida de modo deliberado, por parte dos profissionais. Isso pôde ser demonstrado pela existência de diferentes tipos de abreviaturas com o mesmo significado, por exemplo: AVC para Acidente Vascular Cerebral ou Acesso Venoso Central e SV para designar Sonda Vesical ou Sinais Vitais¹¹.

A Resolução COFEN nº 311/07 regulamenta o desuso de abreviaturas e siglas padronizadas não reconhecidas pela instituição⁶. Entretanto, o seu uso é uma prática universal, já incorporada ao cotidiano dos profissionais de saúde, que otimiza e agiliza o registro de informações diante da crescente demanda de pacientes atendidos¹².

Foram ainda identificados, em comum, falhas como: letra ilegível, erros de ortografia, rasuras com uso de corretivos e presença de espaços em branco no prontuário, em desobediência à resolução do COFEN nº 191/96.

A pesquisa de Abdon e colaboradores¹³ apontou a presença de rasuras em 15% dos prontuários, sendo o uso de corretivos a principal forma de rasura identificada. No mesmo contexto, Matsuda e colaboradores¹¹ concluíram em seus resultados que a principal forma de tentativa de correção dos registros foi a redação sobreposta à palavra errada, ou seja, escrever sobre a palavra errada.

Essa prática é vetada pelo COFEN e pela Decisão COREN/SP-DIR/001/2000. A orientação é que "no caso de erro ou equívoco nas informações escritas, as palavras inadequadas deverão ser colocadas entre parênteses e com a palavra 'digo' entre vírgulas, após os parênteses".

Dessa forma, toda documentação de enfermagem, para ser considerada autêntica e válida, deverá possuir a assinatura do autor do registro (artigo 368 do Código do Processo Civil-CPC) e a inexistência de rasura, entrelinhas, emendas, borrões ou cancelamentos. Tais características poderão gerar descon sideração jurídica do documento produzido como prova documental (artigo 386 do CPC)¹⁴.

Prado e Assis¹⁵ encontraram em seus resultados a realização de anotação por turno, e não por horário, conforme preconiza a legislação vigente. Já Carvalho e Nogueira¹⁶ evidenciaram que o período matutino representou maior frequência das anotações.

O estudo de Ferreira e colaboradores¹⁷ constatou que houve um prejuízo de R\$ 16.085,28, entre os meses de outubro e novembro de 2007, em um serviço de urologia de um hospital privado do Rio de Janeiro, ocorrido por falta de checagem, anotação de enfermagem e de justificativa¹⁷.

Nesse contexto, em outra pesquisa realizada por Rodrigues e colaboradores¹⁸, concluiu-se que as glosas, em sua maioria, são causadas por erros de checagem da enfermagem. Os autores também observaram que a anotação incorreta representou um custo de R\$ 21.165,76, do total de recursos de glosas ocorridas em um hospital de ensino de São Paulo, no período de janeiro a março de 2003.

Metade dos artigos deste estudo apontou falhas ou ausência nas anotações dos procedimentos realizados pela Enfermagem.

Em um estudo que mensurou a qualidade dos registros de enfermagem, constatou-se que somente 25% apresentavam anotações referentes à dor do paciente. Estes registros foram classificados como ruins, destacando a intensidade da dor como um dos pontos mais críticos do registro. Ainda nesse estudo, os registros relacionados aos motivos da troca de punção, foram mensurados como insatisfatórios¹⁹.

Setz e D'Inocenzo²⁰ evidenciaram que as anotações de alta e óbito não apresentavam clareza, possuindo falhas. Das anotações de alta, apenas 31,7% estavam completas, e das anotações de óbito, apenas 9,9% estavam completas. Houve 17,3% de registros de óbito ausentes neste estudo.

Em quatro artigos houve concordância nas inadequações relativas ao registro de exame físico.

No estudo de Barral²¹ e colaboradores, constatou-se que 95,3% dos registros de exame físico estavam incompletos. Pode-se atribuir esses dados à grande quantidade de estruturas a serem avaliadas, e à possível omissão de registros por considerar que achados normais não devem ser anotados.

Um estudo publicado em 2008 revelou que a maior dificuldade na prática cotidiana dos enfermeiros para a realização do exame físico concentrou-se na execução da técnica da ausculta, seguida da percussão. O autor explica estes dados por conta da falta de conhecimento teórico e exercício prático para execução das auscultas, ou por não fazer parte do cotidiano, ou pelo medo da responsabilidade de assumir uma conduta de Enfermagem e suas consequências, os enfermeiros preferem optar pelo caminho mais cômodo, de deixar as auscultas para os profissionais da área médica²².

Em algumas publicações, verificou-se a ausência dos registros relacionados aos aspectos psicossocioespirituais do cliente, desconsiderando sua individualidade e integralidade. Dessa forma, entende-se que os registros estão limitados

apenas aos sinais físicos e biológicos dos pacientes, desconsiderando o enfoque holístico que contempla as dimensões humanas²¹.

Da mesma forma, percebeu-se, em comum, entre os artigos, a falta dos registros referentes aos familiares, levando-se em conta a permissão para que um acompanhante fique junto àqueles que se encontram em estado crítico, exceto na Unidade de Tratamento Intensivo. Isso leva a pensar que os familiares não são considerados como parte do processo de recuperação do cliente²³.

Em uma pesquisa que avaliou a qualidade dos registros da equipe de Enfermagem, o autor concluiu que 88,9% dos registros continham palavras generalizadas e evasivas do tipo "parcialmente", "bem", "hipocorado", "pouca". Tais descrições são abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor. As palavras "paciente" e "cliente" constituem desperdício de espaço, e são desnecessárias, uma vez que o prontuário do paciente é individual e as descrições são referentes somente a ele²¹.

Os artigos revelaram diversas falhas acerca da implantação da Sistematização da Assistência à Enfermagem (SAE) nos registros de enfermagem.

O estudo de Setz e D'Inocenzo²⁰ identificou que apenas 41% dos prontuários possuíam diagnóstico; 75,2% tinham prescrição; e 45,8% possuíam evolução de Enfermagem. Ainda, neste estudo, verificou-se que as anotações e evoluções de enfermagem estavam semelhantes à evolução médica, incluindo condutas e prescrições.

Esses dados vêm ao encontro da pesquisa de Takahashi e colaboradores²², a qual apontou que a maior dificuldade encontrada pelos enfermeiros das cinco fases do Processo de Enfermagem (PE) foi estabelecer o diagnóstico de enfermagem, seguida pela evolução e planejamento, respectivamente. Isso demonstra que esses profissionais sentem-se inseguros ou com pouco conhecimento quanto ao uso dos diagnósticos de enfermagem, assim como as demais etapas da SAE²².

Conforme Takahashi e colaboradores²², os enfermeiros estão relacionando o diagnóstico de enfermagem ao diagnóstico médico, evidenciando certa dificuldade na sua aplicação. O artigo aponta que as dificuldades acerca do diagnóstico, assim como as outras etapas do PE, relacionam-se com a falta de tempo, de conhecimento teórico e exercício prático, dificuldade em definir as categorias diagnósticas, falta de recursos, precariedade de funcionários na unidade, prontuário não disponível, não acompanhamento da evolução do paciente (diariamente) e não realização das outras fases do PE²².

A SAE constitui-se em um método de trabalho científico

planejado de Enfermagem, organizado para cada paciente, a fim de prestar uma assistência de qualidade, auxiliando na gestão hospitalar e contribuindo, juntamente, para a redução de glosas hospitalares e as perdas financeiras¹⁵. É uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas do Brasil, conforme a resolução COFEN no 358/2009, sendo também uma direção da lei do exercício profissional da Enfermagem (Lei 7.498, de 25/06/86)²⁴.

Em outro estudo que avaliou a qualidade de 1.289 prescrições de enfermagem em dois hospitais, houve diferenças estatísticas relativas à faixa etária. As inadequações nas prescrições de enfermagem, para pacientes jovens (<20 anos) e adultos (20-34 anos) foram superiores às outras faixas. Segundo os autores, essa diferença pode estar relacionada à prática de estabelecer prioridade aos grupos de maiores riscos, privilegiando os cuidados prioritários aos pacientes mais debilitados, como os idosos. Assim, deduz-se que essa inadequação possa ocorrer por esta faixa etária não ser considerada como um grupo de risco²⁵.

Outro estudo, que avaliou os registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica, mostrou que a categoria profissional que mais realiza as anotações é o auxiliar de enfermagem. Nesta pesquisa, o profissional enfermeiro ficou com 2,9% das anotações, e o auxiliar de enfermagem com 97,1% das anotações de enfermagem nos prontuários¹⁶.

Entende-se que o auxiliar de enfermagem realiza grande parte das anotações, em consequência da própria prática da Enfermagem, pois é o profissional que executa a maioria das atividades na assistência ao paciente¹⁶.

Notório foi o aumento de publicações relacionadas ao tema "qualidade dos registros de enfermagem", nos últimos anos. Observa-se, no Quadro 1, o dobro de artigos publicados nos últimos quatro anos, em comparação aos anos anteriores.

Ito e Takahashi²⁶ referem que o aumento de publicações nos últimos anos se explica pela preocupação que tem surgido sobre o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao tema, e que acompanham as mudanças das legislações e as exigências do mercado de trabalho. Ochoa-Vigo²⁷ e colaboradores entendem que este fenômeno ocorra por causa da maior compreensão dos enfermeiros sobre o PE nos últimos anos, pela formação de enfermeiros mais qualificados técnica e cientificamente e pela consciência do valor e autonomia profissional que o PE oferece.

Os artigos deste estudo avaliaram os registros redigidos de forma manual. Dessa forma, é necessário compreender e interpretar a perspectiva do profissional de Enfermagem.

Hoje, o sistema de informação manual é visto como um instrumento ultrapassado e limitado frente às novas tecnologias. Então, pode-se considerar que a baixa qualidade

dos registros seja reflexo de uma grande quantidade de informação que necessita ser transcrita de forma manual. Assim, para corresponder às expectativas das legislações vigentes no contexto de qualidade do registro, o profissional perde muito tempo escrevendo, permanecendo longo tempo afastado do paciente, adicionado às demais tarefas gerenciais que são de competência do enfermeiro²⁸.

CONCLUSÃO

A revisão das publicações sobre a qualidade dos registros de enfermagem permitiu identificar fatos presentes no cenário de trabalho da equipe de enfermagem.

Os artigos analisados nesta revisão demonstraram: ausência de data e hora no registro; letra ilegível; falta de identificação profissional, como carimbo, assinatura e número do COREN; uso de siglas e abreviaturas não padronizadas; presença de rasuras; ausência de checagem das prescrições, dos procedimentos e medicamentos; ausência da anotação dos procedimentos; falhas dos registros de alta e óbito, do exame físico (incompletos); ausência de registros da dimensão psicossocioespíritual; falta de objetividade na escrita e implantação parcial ou ausência da SAE.

Relevante na pesquisa foi que oito artigos evidenciaram, em comum, os erros de identificação do profissional e a ausência das anotações dos procedimentos realizados pela enfermagem. Isso demonstra a necessidade de melhorá-los em forma e conteúdo, conforme as indicações e exigências da legislação que rege o exercício da enfermagem.

Também foi notável a importância conferida à SAE. As publicações evidenciaram a implantação de forma incompleta ou não adesão à SAE, evidenciando a pouca importância atribuída pelos profissionais às resoluções que regem o exercício de enfermagem.

Frente aos resultados deste estudo, sugere-se a utilização de um instrumento mais objetivo ou a adesão aos registros eletrônicos, que facilitam o preenchimento das informações de forma ágil e completa, podendo contemplar as cinco etapas do PE. Além disso, solucionaria problemas como: letra ilegível, rasuras, exames físicos incompletos, uso de palavras evasivas, espaços em branco, bem como facilitaria a otimização do tempo dos profissionais, conforme achados desta pesquisa.

Seria ainda sugestão a implantação de siglas e abreviaturas padronizadas pelas instituições, de forma a zelar pela segurança do paciente, garantindo a qualidade do atendimento, visto que o seu uso agiliza o tempo gasto pelos profissionais ao efetuar um registro.

A pesquisa em questão permitiu apontar fragilidades nos registros e anotações de enfermagem no prontuário do paciente. Dessa forma, foi possível observar a pouca qualidade destes documentos, por estarem sendo efetuados de forma parcial às legislações vigentes pelo COREN/COFEN.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 6ª. ed. rev. e atual. Curitiba: Positivo; 2007.
2. Moller C. Lado humano da qualidade. [Internet]. 2002 [acesso em 2013 abr 02]. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=BoDt5an6pykC&oi=fnd&pg=PA2&dq=o+lado+humano+da+qualidade&ots=SCI5W3e07C&sig=Swcx98iLhQ5SBIu-xPyD5gp8-E>.
3. Valls VM. O gerenciamento dos documentos do sistema da qualidade. Ciência da Informação. [periódico na Internet]. 1995 [acesso em 2013 mar 15]; 25(2). Disponível em: <http://www.revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/download/431/389>
4. Committee of the Nursing Council of Hong Kong. Guide to good nursing practice nursing documentation. [Internet]. 2010 [acesso em 2013 nov 07]. Disponível em: http://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/nursing_documentation_e.pdf
5. Passador MB. Registro de Enfermagem: veja o que deve ser anotado, quando, onde, como e para que anotar. COREN-ES. [Internet]. 2011 [acesso em 2012 set 20]. Disponível em: <http://www.corenes.org.br/verNoticia.aspx?titulo=REGISTRO+DE+ENFERMAGEM+VEJA+O+QUE+DEVE+SER+ANOTADO,+QUANDO,+ONDE,+COMO+E++PARA+QUE+ANOTAR>.
6. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução 191/1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. [Internet]. 1996 [acesso em 2012 ago 20]. Disponível em: <http://inter.corensp.gov.br/node/3958>.
7. Franco MTG, Akemi EM, D'Inocentto M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Acta Paul Enferm. [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2012 out 20]; 25(2): 163-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a02v25n2.pdf>.
8. College e Association of Registered Nurses of Alberta. Documentation guidelines for registered nurses. [Internet]. 2006 [acesso em 2012 nov 07]. Disponível em: <http://www.nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/Documentation%20for%20Registered%20Nurses.pdf>
9. Stevens S, Pickering D. Keeping good nursing records. Community Eye Health. [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 nov 06]; 23(74): 44-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3033612/>
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão interativa: o que é e como fazer. Einstein [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 abr 03]. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf
11. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2012 out 02]; 8(3): 415-21. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011>
12. Peterlini FL. Manual de siglas e abreviaturas: Hospital São Camilo. [Internet]. 2012 [acesso em 2012 nov 04]. Disponível em: http://www.saocamilo.com/area_medica/arquivos/Manual_de_Siglas.pdf
13. Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. Rev Rene. [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 mar 15]; 10(3): 90-6. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/.../pdf
14. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN-SP. Anotações de enfermagem. [Internet]. 2010 [acesso em 2012 ago 22]. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf
15. Prado PR, Assis WALM. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. Rev. CuidArte Enferm. [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 mar 10]; 5(1): 62-8. Disponível em: <http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facpifa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%205%20n.%201%20jan.jun.%202011.pdf>
16. Carvalho CJA, Nogueira MS. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público. Rev Gaúcha Enferm. [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2013 mar 10]; 27(4): 524-31. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4637/2552>
17. Ferreira TS, de Souza-Braga AL, Cavalcanti-Valente GS, Ferreira de Souza D, Moreira Carvalho-Alves E. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. Aquichán. [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 mar 16]; 9(1): 38-49. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a04.pdf>
18. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq Ciênc Saúde. [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2013 mar 10]; 11(4): 210-4. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf
19. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. Rev Enferm UERJ. [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2013 mar 15]; 20(1):79-83. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763>
20. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Actapaul enferm. [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2012 out 20]; 22(3): 313-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>
21. Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. REME Rev Min Enferm. [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2013 mar 15]; 16(2):188-93. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&b ase=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653228&indexSearch=ID>
22. Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. Acta Paul Enferm. [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2013 maio 27]; 21(1):32-38. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04.pdf
23. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev Eletr Enf. [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2012 out 02]; 8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm
24. Silva AS, Torres KA, Borba EL, Zwick E, Martins PL, Daia RTC. A importância da documentação da qualidade para o setor produtivo: um estudo de caso. Anais do VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. [Internet] 2010 Sept 20-22 [acesso em 2013 apr 04]; Resende, Brasil. Disponível em: www.aedb.br/.../203_A%20documentacao%20da%20qualidade.pdf

25. Versa GLGS, Murasaki AY, Silva LG, Vituri DW, Mello WA, Matsuda LM. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. *Rev Gaúcha Enferm.* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2013 mar 15]; 33(2):28-35. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/.../19490>
26. Ito EE, Takahashi RT. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. *Rev Esc Enferm. USP* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2013 maio 10]; 39(4):409-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/05.pdf>
27. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2001 [acesso em 2013 abr 05]; 35(4):390-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>
28. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2013 maio 27]; 11(1): 80-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>

MONITORAMENTO TELEFÔNICO À DISTÂNCIA NA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA: REVISÃO INTEGRATIVA

LONG DISTANCE PHONE MONITORING IN SURGICAL RECOVERY: AN INTEGRATIVE REVIEW

MONITOREO TELEFÓNICO A DISTANCIA EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA: REVISIÓN INTEGRADA

Renata da Silva Schulz*, Rosimere Ferreira Santana**, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira***, Magali Rezende de Carvalho****, Thiago Batista Faleiro*****, Raquel Calado da Silva Gonçalves*****

Resumo

Introdução: O monitoramento telefônico vem sendo apontado como uma alternativa viável em cuidados pós-operatórios, haja vista o propósito de intervenções rápidas, de curta internação, e a prevenção de infecções hospitalares. Porém, alternativas eficazes de cuidados e seguimento da recuperação pós-operatória ainda permanecem obscuras. **Objetivo:** Analisar artigos indexados nas principais bases de dados nacionais e internacionais que tratam o monitoramento por telefone no pós-operatório. **Material e Método:** Trata-se uma revisão integrativa com base na seguinte questão: Qual a melhor prática de intervenção pós-alta hospitalar via telefone em pós-operatório? **Resultados:** Identificou-se oito publicações que atenderam aos critérios de inclusão, 4 na PUBMED e 4 na CINAHL. Os estudos evidenciaram melhora na adesão dos pacientes ao tratamento, na educação em saúde e na redução da ansiedade. O momento ideal para o contato com o paciente é controverso, refere-se que não seja prolongado, o que pode interferir na satisfação do paciente, promover experiências negativas com o serviço, e diminuir as chances de intervenções precoces. As orientações devem abranger o indivíduo nas suas especificidades, além de necessitar de um especialista para esclarecer dúvidas distintas, pois a não resposta pode trazer desconforto e insegurança em relação à equipe. **Conclusão:** As consultas permitiram realizar um roteiro dos principais problemas identificados e oferecer a possibilidade de intervir de forma mais precisa.

Palavras-chave: Telenfermagem. Monitoramento. Cuidados pós-operatórios.

Abstract Introduction: Phone monitoring has been appointed as a viable alternative in postoperative care, due to the possibility of fast interventions, short hospitalization and hospital acquired infections prevention. However, effective alternatives for care and postoperative follow-up still remain obscure. Objective: To analyze data indexed in major national and international databases about after surgery phone monitoring. Material and methods: Therefore, a systematic review was performed based on the following research question: Which is the best practice of using telephone follow up calls after postoperative discharge? Results: We identified 8 papers meeting the inclusion criteria, 4 on CINAHL and 4 on PubMed. The studies showed improvement in patient compliance to the treatment, health education and reduction of anxiety. Although the ideal time to contact the patient is controversial, the authors recommended to do it sooner than later, once it may interfere with patient satisfaction, as well as promote negative experiences with the medical unit, and decrease the chances of early interventions. The guidelines should account for patient's individualities and might require an expert to clarify specific doubts, because the lack of an answer could bring discomfort and insecurity regarding the healthcare team. Conclusion: Accordingly, the telephone follow up allowed the identification of the main problems and offered the possibility of a more accurate intervention.

Keywords: Telenursing. Monitoring. Postoperative care.

Resumen

Introducción: El monitoreo telefónico está siendo considerado como una alternativa viable en la atención postoperatoria, teniendo en cuenta la finalidad de prestar rápidamente asistencia, hospitalización corta, y la prevención de las infecciones nosocomiales. Sin embargo, otros tipos efectivos de cuidado y el seguimiento de la recuperación postoperatoria permanecen oscuros. **Objetivo:** Analizar los artículos indexados en las principales bases de datos nacionales e internacionales acerca del monitoreo telefónico en el postoperatorio. **Material y método:** Se trata de una revisión integradora basada en la siguiente pregunta: ¿Cuál es la mejor práctica de intervención por teléfono en postoperatorio después del alta hospitalaria? **Resultados:** Se identificaron ocho artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, cuatro en PUBMED y cuatro en CINAHL. Los estudios mostraron una mejoría en la adherencia de los pacientes al tratamiento, la educación en salud y la reducción de la ansiedad. La hora ideal de contacto con el paciente es objeto de controversia, se hace constar que no se extiende, lo que puede interferir con la satisfacción del paciente, la promoción de experiencias negativas con el servicio, y disminuir las posibilidades de intervenciones precoces. Las orientaciones deben cubrir al individuo en sus especificidades, así como requerir a un experto para aclarar las diferentes dudas distintas, pues ninguna respuesta puede traer malestar e inseguridad en relación al equipo. **Conclusión:** Las consultas permitieron llevar a cabo una guía de los principales problemas identificados y ofrecer la posibilidad de intervenir con mayor precisión.

Palabras-clave: Telegenfermería. Monitoreo. Cuidados postoperatorios.

* Enfermeira Especialista em Clínica Cirúrgica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Contato: schulz_renata@yahoo.com.br

** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) - Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Contato: rosifesa@gmail.com

***Doutora em Enfermagem, Professora Titular da EEAAC-UFF, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Contato: beatrizguitton@globo.com

**** Enfermeira pós-graduada em Wound, Ostomy & Continence pela R. B. Turnbull School of WOC Nursing, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, Estados Unidos. Contato: magalirecar@gmail.com

***** Médico ortopedista. Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Contato: thiagofaleiro@yahoo.com.br

***** Enfermeira Especialista em Enfermagem em CC, RPA e CME pela Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Contato: raquelcalado@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A incapacidade ou dificuldade de processar a informação pode ser percebida ainda no período pré-operatório, pelo paciente, devido ao medo e preocupações em relação ao diagnóstico e tratamento¹. Também, as orientações no período de internação e no pós-operatório podem ser mal absorvidas, pois as preocupações com o retorno ao lar e o nível de estresse, mesmo em cirurgias de pequeno porte, podem comprometer o aprendizado².

Mesmo entendendo que os procedimentos envolvidos na cirurgia, ambulatorial ou não, sejam considerados uma mudança positiva, o paciente enfrenta uma barreira que dificulta esse aprendizado³.

Cabe aos profissionais de saúde, envolvidos no tratamento, criar meios que facilitem o entendimento e a reprodução dos cuidados pós-alta necessários para a completa recuperação do paciente cirúrgico³.

Evidenciando melhorar as condições assistenciais existem discussões sobre como monitorar esses pacientes e detectar problemas pós-operatórios precocemente e de uma maneira mais eficiente.

Comumente, na prática clínica, as orientações são tipicamente administradas ao paciente de uma só vez, logo após a cirurgia e antes da alta hospitalar. Não sendo possível, avaliar efetivamente o grau de compreensão da pessoa e a capacidade de reprodução por si própria ou pelas pessoas que estarão envolvidas no processo de restabelecimento e cuidados em casa. A compreensão parcial dessas orientações pode afetar a recuperação do paciente e aumentar a incidência de complicações pós-operatórias.

O paciente, mesmo após a alta hospitalar, ainda está em risco de sofrer complicações decorrentes ao procedimento cirúrgico. Infecções e deiscência no sítio cirúrgico são exemplos de complicações que podem ser vivenciadas no pós-operatório^{4,5}.

Na maioria das instituições a vigilância está limitada somente ao período de internação do paciente, portanto, não traduz necessariamente a sua incidência efetiva, podendo levar a uma subnotificação, já que as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) podem se manifestar após a alta hospitalar⁶.

Sendo assim, o monitoramento a distância da pessoa submetida a cirurgia torna-se uma ferramenta essencial, pois os cuidados antes realizados no hospital devem ser entendidos e realizados também em nível domiciliar. Deste modo, o acompanhamento desses pacientes através de ligações telefônicas pode ser uma maneira simples e eficaz de facilitar e tornar mais compreensível as orientações no pós-alta cirúrgica.

Tem-se que o monitoramento telefônico é um serviço que permite aos profissionais especializados monitorar as condições de saúde de um paciente para atuar em situações de um estado anormal⁷. Esse acompanhamento pode identificar antecipadamente a necessidade de alterações dos cuidados realizados em domicílio referentes a exercícios apropriados, cuidados com a ferida, alimentação; cuidados com drenos, manejo da dor dentre outros⁸.

Trata-se de um dispositivo que pode auxiliar a diminuir a ansiedade dos pacientes e esclarecer as dúvidas em momento oportuno, além de aumentar o vínculo e contato dos profissionais com o paciente.

O termo Telessaúde faz parte de um sistema integrado que define atividades de saúde que estão sendo realizadas a uma distância. Enquanto a população envelhece, o uso de telessaúde em casas, nos Estados Unidos, vem aumentando, simultaneamente há um esforço para fornecer alta qualidade no cuidado com o melhor custo-benefício⁹.

Portanto, a inclusão do telemonitoramento pode ter um impacto considerável na recuperação plena do paciente cirúrgico. Traçou-se como objetivo deste estudo: analisar os artigos indexados nas principais bases de dados nacionais e internacionais que tratam do monitoramento por telefone no pós-operatório.

MATERIAL E MÉTODO

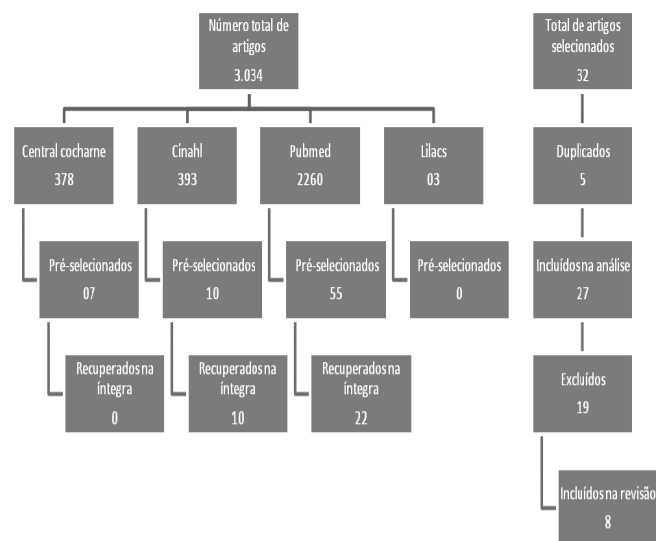
Trata-se de uma revisão integrativa, cujo método específico resume o passado da literatura empírica ou teórica, a fim de uma maior compreensão do assunto através de uma seleção objetiva e minuciosa dos estudos até então publicados^{10,11}.

Este tipo de revisão exige o cumprimento de seis etapas distintas: elaboração da questão norteadora da pesquisa; busca ou amostragem; coleta de dados; análise crítica dos artigos selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento¹⁰.

Elaborou-se como questão de pesquisa: qual a melhor prática de intervenção pós-alta hospitalar via telefone para clientes submetidos a tratamento cirúrgico? Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos de periódicos nacionais e internacionais; nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa; que abordem o monitoramento telefônico como prática de assistência no pós-operatório; sem limite temporal. Como critérios de exclusão: teses e dissertações não publicadas; entrevistas por telefone sem orientações de cuidados pós-operatórios e que tratassem de

de maio a julho de 2013. A estratégia de busca está representada por um fluxograma em que os artigos selecionados correspondem às bases de dados investigadas (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos do estudo



RESULTADOS

Caracterização dos estudos

A revisão resultou inicialmente em uma gama de artigos, entretanto durante a leitura dos resumos a maioria destes foi excluída, pois apresentavam temas que tratavam de entrevista por meio do telefone sem adição de cuidados e/ou intervenções específicas de saúde.

Outra parte dos artigos compreendia o uso do serviço em pacientes clínicos com insuficiência cardíaca congestiva, problemas respiratórios, hipertensão arterial e monitoramento da glicemia em pacientes diabéticos, sendo assim excluídos.

Dentre os artigos selecionados, total de oito, os ensaios clínicos randomizados foram predominantes; estes se encontram categorizados na Tabela 1.

PubMed	Telenursing and patients' recovery from bypass surgery	Hartford K ²¹	2005	18	J Adv Nurs (Canada)	Estudo randomizado e controlado sobre a avaliação da eficácia após a alta de intervenções por meio de telefone para os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca (bypass).
PubMed	Effect of a postoperative telephone intervention on attendance at intake for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery	Harkness K, Smith KM, et al ¹⁸	2005	28	Heart Lung	Estudo de coorte retrospectivo com o objetivo de examinar o efeito de chamada por telefone pela enfermeira em atendimento a reabilitação cardíaca.
CINAHL	Telephone Follow-Up for Day Surgery Patients: Patient Perceptions and Nurses' Experiences	Dewar A, Smith J, Muir J ⁷	2001	28	J Peri Anesthesia Nursing	Estudo randomizado, qualitativo que trata da necessidade de seguimento por meio do aconselhamento e apoio para recuperação.

No âmbito continental não foram encontrados artigos pertinentes à temática na América Latina e Central, na África e na Ásia. O Brasil, país dos pesquisadores deste estudo, também não contribuiu com artigos sobre o tema. Desta forma, apenas artigos na língua inglesa preencheram os critérios de inclusão.

DISCUSSÃO

Monitoramento telefônico no pós-operatório

O seguimento telefônico esteve relacionado à continuidade dos cuidados no pós-operatório, por ocasião da alta hospitalar oferecendo ensino e orientações pertinentes, conforme as necessidades da pessoa em domicílio¹²⁻¹⁴.

Os pacientes que receberam informações específicas e individualizadas sobre cuidados sentiram-se satisfeitos e informados sobre a sua condição¹⁴. Desta forma, o plano de cuidados deve ser desenvolvido individualmente para que se torne único e atenda às especificidades pessoais.

O monitoramento foi sumariamente exercido por enfermeiras, especializadas em perioperatório e membros de equipes cirúrgicas.

É imprescindível que chamadas telefônicas sejam realizadas por enfermeiros treinados em habilidades comunicativas, tanto verbalmente quanto por escrito, o que torna ideal o sucesso do monitoramento à distância^{14,18}.

O processo de enfermagem, que inclui avaliação, planejamento, intervenção e uma nova avaliação a cada contato telefônico, permitiu sistematizar as ligações¹³. Trazia

propostas de consultas com roteiro dos principais problemas identificados e possibilidades de intervir de forma precisa^{14,19}.

As chamadas telefônicas permitem à enfermeira e sua equipe reforçar o ensino pós-operatório, bem como proporcionar confiança e aliviar a ansiedade na continuidade do cuidado através de um planejamento para as ações desenvolvidas.

As vantagens das chamadas pós-operatórias são de melhorias pertinentes ao processo e estrutura, ambas relacionadas à assistência ao paciente e às práticas de instalação em nível domiciliar¹³.

As pessoas monitoradas via telefone se sentiram mais confortáveis e satisfeitas com as respostas pertinentes a suas dúvidas tidas em âmbito domiciliar, avaliando positivamente a monitorização via telefone.

Os profissionais também referiram avaliação positiva, com satisfação para o trabalho, além da atitude do paciente possibilitar *feedback* da terapêutica proposta implantada.

Problemas identificados por meio das chamadas telefônicas

Os estudos selecionados envolveram cirurgias ginecológicas, ortopédicas, bucomaxilo, cardíaca, urológica e de mastectomia radical e cirurgia reconstrutora da mama.

Em relação às cirurgias ambulatoriais, os maiores problemas encontrados foram: má compreensão das instruções pós-operatórias, dor, fadiga, náuseas, deambulação difícil, alterações no funcionamento do intestino e problemas nos cuidados relativos às atividades de vida diária (AVDs).

Para as cirurgias cardíacas encontrou-se referência a cirurgia de revascularização do miocárdio. Esta pode necessitar de um acompanhamento mais demorado, envolvendo mudanças necessárias dos hábitos de vida, além de possuir fortes implicações familiares. Os principais problemas incluíram a falta de sono, distúrbios gastrointestinais (constipação e vômitos), falta de ar, desconforto, preocupação com a cicatrização da ferida, edema, ansiedade, medo de angina ou infarto recorrente^{17,18}.

Já os problemas encontrados em procedimentos de mastectomia radical e/ou reconstrutora da mama englobaram os problemas com a ferida, os exercícios para o braço, as dificuldades de adaptação às AVDs e o medo da incapacidade de se recuperar¹⁵.

As cirurgias ginecológicas tiveram problemas relacionados à micção, defecação, sangramentos, cicatrização da ferida, dor e mobilidade prejudicada¹⁶.

E nas cirurgias urológicas obtiveram-se espasmos da

bexiga, prisão de ventre, inchaço, dor e restrições de atividade como as principais áreas de preocupação após a alta hospitalar¹².

Na infecção de sítios cirúrgicos observa-se que os pacientes conseguem identificar sinais e sintomas, porém frequentemente confundem secreção serosa com pus, o que dificulta uma intervenção segura via telefone²⁰.

Porém, são frequentes e persistem citações de que os pacientes sentem falta de mais instruções/orientações no pós-operatório para auxiliar na gestão dos sintomas¹³.

Apesar de diferenciar os principais problemas em cada cirurgia, ocorre uma abrangência nos cuidados, sendo recorrentes intervenções na dor, náuseas, vômitos e ferida operatória^{14,18,19}.

Outro fator importante é o retorno as atividades, tanto laborais como os afazeres domésticos, podendo necessitar de instruções mais detalhadas sobre suas atividades diárias¹³⁻¹⁵. Estes associados ainda aos aspectos sociais e emocionais, como ansiedade medo e expectativas de cura, principalmente nos casos de câncer^{12,15}.

As ligações aumentaram as taxas de comparecimento às consultas psicossociais. A intervenção por telefone tornou-se uma oportunidade para identificar e desenvolver estratégias para superar obstáculos tais como dificuldades financeiras, de transporte ou de "não se sentir bem". Através do contato telefônico, os enfermeiros tiveram a oportunidade de ajudar os pacientes a desenvolver estratégias para programar as intervenções pertinentes a cada caso¹².

Metodologias de intervenção

Quanto às metodologias empregadas, estas foram diferentes conforme o objetivo de cada pesquisa. No estudo sobre mama (randomizado)¹⁵ foi desenvolvido um formulário baseado nas consultas com especialistas, na revisão de literatura e nas observações clínicas.

Os pacientes receberam dois telefonemas em casa e foram encorajados a ligar ou a deixar uma mensagem a respeito de problemas de saúde que experimentaram após a alta. As variáveis categóricas foram comparadas usando o teste Qui-quadrado de Pearson cuja probabilidade foi considerada significativa para a amostra ($p < 0,05$)¹⁵.

Em outro artigo, sobre prostatectomia radical (ensaio clínico randomizado), houve a formulação de um algoritmo de cuidados para as chamadas. De acordo com o que era respondido o entrevistador conduzia as suas intervenções e, se preciso, reforçava as orientações¹².

Já no estudo de artroplastia de quadril, as intervenções de enfermagem basearam-se no modelo de

Salling Larsen que utiliza a motivação combinada com a teoria de Piaget do desenvolvimento, em que o principal objetivo é promover e manter a participação ativa dos pacientes no seu próprio cuidado¹³.

No estudo de cirurgia cardíaca a intervenção via telefone foi administrada utilizando-se um estilo de entrevista semi-estruturada, baseada especificamente na Nursing Intervention Classification (NIC). Seguiu-se três etapas: 1ª.) realizar uma avaliação inicial do paciente, estado de saúde relacionado com o pós-operatório e processo de recuperação; 2ª.) rever a saúde individual do paciente cardíaco e os riscos, explorar o passado e o presente planejando estratégias e 3ª.) incentivar a frequência da reabilitação cardíaca, revendo os detalhes do compromisso, avaliando o conhecimento da pessoa sobre a reabilitação cardíaca¹⁷.

A intervenção no estudo do Bypass foi projetada na literatura em resposta às necessidades de aprendizagem, às preocupações conjugais e familiares e ao monitoramento telefônico no pós-operatório¹⁷.

Duração e estratégia das chamadas

Geralmente, as pessoas experimentam a maioria dos problemas de saúde na primeira semana de pós-alta hospitalar e cerca de 50% procuram ajuda¹⁴, sendo esta uma semana decisiva para o processo de recuperação e diminuição das complicações potenciais.

O melhor momento para a chamada de telefone ainda é discutível, mas sabe-se que o primeiro dia de pós-operatório pode não ser o melhor momento para chamar, pois alguns pacientes podem não lembrar ou absorver as informações do primeiro dia de pós-operatório.

Portanto, a melhor hora de ligar ainda é controversa, mas acredita-se que seja entre as 12 e 48 horas de pós-operatório. As chamadas feitas entre 24 e 48 horas após a alta parecem ser ideais para fazer o contato inicial até mesmo para determinar se o paciente exige que qualquer informação adicional ou uma intervenção seja necessária¹⁴⁻¹⁸.

O tempo médio das chamadas por telefone foi de 5 minutos, mas ocasionalmente as chamadas levaram de 20 a 25 minutos se o paciente precisava de intervenções¹⁹. Houve média de 12 minutos, variando entre 3 a 30 minutos¹⁶, outros em que a média das ligações esteve entre 20 e 60 minutos¹⁸. Acredita-se que o atendimento a diversos tipos de cirurgias tenha contribuído para a diversidade na duração das chamadas.

É preciso obter permissão para as chamadas ainda na fase de internação, assim verifica-se qual o número em que o paciente gostaria que o contato ocorresse. Com o avanço da tecnologia muitos pacientes preferem a chamada pós-

operatória seja feita para seus telefones celulares¹⁴.

Embora a positividade dos resultados do serviço telefônico, não se observou no contexto familiar a solicitação pelo serviço. A iniciativa pelo serviço demonstrou ser uma decisão tomada apenas pelo paciente. Contudo, torna-se importante investigar se os indivíduos e os seus familiares têm necessidade para o serviço^{18,19}.

Entretanto, o uso da chamada telefônica para o reforço nas orientações e educação demonstrou ser significativa durante o período ao qual o paciente necessita adquirir experiência para gerir seu próprio autocuidado. Também por impedir custos onerosos ao serviço de saúde pela atuação no período pós-agudo.

CONCLUSÃO

Os artigos selecionados para o estudo demonstram o monitoramento telefônico como uma alternativa viável para prestar cuidados pós-operatórios a indivíduos adultos. Nos trabalhos selecionados observou-se que ocorre melhora da adesão ao tratamento, da educação em saúde, além de redução nos níveis de ansiedade, neste tipo de forma de cuidado.

A melhor maneira de realizar o monitoramento segue em aberto, sendo um campo para pesquisas experimentais que demonstrem resultados na redução de complicações e custos. Porém, há consenso quanto ao treinamento da equipe e à necessidade de orientações específicas ao paciente em pós-operatório.

As informações escritas oferecidas por ocasião da alta hospitalar, sobre como cuidar-se em casa, feitas geralmente por meio de folhetos, mostram-se pouco efetivas para atender aos anseios, responder às perguntas necessárias e tranquilizar os pacientes em domicílio, após um evento cirúrgico.

Além disso, a educação pré-operatória e pós-operatória oferecidas, geralmente não conseguem prever as dificuldades encontradas pelos pacientes no próprio lar, pois as experiências de "cuidar de si mesma", são altamente significativas para as ações do auto cuidado, exigindo uma maior aproximação entre o cuidador e a pessoa cuidada.

No sistema de saúde brasileiro não é usual ainda o emprego do monitoramento por telefone para pacientes cirúrgicos, apesar de ser um dos países com maiores usuários da rede de telefonia móvel.

Desta forma, os estudos avaliados partem de uma realidade cultural e econômica diversa da encontrada em nosso país, sendo necessários estudos em nosso contexto para a implantação desse dispositivo para atendimento/esclarecimento ao paciente submetido à cirurgia, restabelecendo-se em domicílio.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros VCC, Peniche ACG. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):86-92.
2. Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 2012; 20(Supl I):50-5.
3. Figuera JV, Venturini E. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev SBPH*. 2005; 8(2):51-63.
4. Lemos FN, Oliveira AV, Sousa MG. Infecção de sítio cirúrgico: estudo prospectivo de 2.149 pacientes operados. *Rev Col Bras Cir*. 1999; 26(2):109-13.
5. Ferraz EM, Ferraz AAB, Bacelar TS, D'Albuquerque HST, Vasconcelos MDMM, Leão CS. Controle de infecção em cirurgia geral: resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. *Rev Col Bras Cir*. 2001; 28(1):17-26.
6. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):717-22.
7. Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008; 41(3):259-64.
8. Broens T, Halteren AV, Sinderen MV, Wac K. Towards an application framework for context-aware m-health applications. *International Journal of Internet Protocol Technology*. 2007; 2(2):109-16.
9. Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos AF, Souza, C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(1):58-65.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
11. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-206.
12. Inman DI, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: finding value in low-margin activities. *Urologic Nursing*. 2011; 31(2):83-91.
13. Hordam B, Sabro S, Peder PU. Nursing intervention by telephone interviews of patients aged over 65 years after total hip replacement improves health status: a randomised clinical trial. *Scand J Caring Sci*. 2010; 24(1):94-100.
14. Godden B. Postoperative phone calls: is there another way? *J PeriAnest Nurs*. 2010; 25(6):405-8.
15. Sayin Y, Kanan N. Reasons for nursing telephone counseling from individuals discharged in the early postoperative period after breast surgery. *Nurs Forum*. 2010; 45(2):87-96.
16. Caljouw MAA, Hogendorf-Burgers ME. GYNOTEL: telephone advice to gynaecological surgical patients after discharge. *J Clin Nurs*. 2010; 19(23-24):3301-6.
17. Hartford K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *J Adv Nurs*. 2005; 50(5):459-68.
18. Harkness K, Smith KM, Taraba L, Mackenzie CL, Gunn E, Arthur HM. Effect of a postoperative telephone intervention on attendance at intake for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 2005; 34(3):179-86.
19. Dewar A, Scott J, Muir J. Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences. *J Perianesth Nurs*. 2004; 19(4):234-41.
20. Whitby M, McLawsy ML, Collopyz B, Looke DFL, Doidge S, Henderson B, et al. Post-discharge surveillance: can patients reliably diagnose surgical wound infections? *J Hosp Infect*. 2002; 52(3):155-60.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL NO PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO BASEADO NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA

ASSISTANCE PROTOCOL TO POST MYOCARDIAL ACUTE INFARCTION PATIENTS BASED ON NANDA NURSING DIAGNOSTICS AND INTERVENTIONS

PROTOCOLO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES POS IAM BASADA EN LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA NANDA E INTERVENCIONES DE NIC

Ana Cláudia Rosa Pereira*, Bruno Vilas Boas Dias**, Francilaine Theodoro dos Santos***

Resumo

Introdução: Protocolos assistenciais são instrumentos normativos do processo de intervenção técnica e social que orientam profissionais na realização de suas funções. **Objetivo:** Elaborar um protocolo assistencial de enfermagem baseado em diagnósticos e intervenções da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) para clientes pós-Infarto Agudo do Miocárdio, tratados em domicílio. **Material e Método:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de artigos publicados de 2005 a 2012 utilizados para a construção de um protocolo assistencial. Analisaram-se os artigos após a seleção nas fontes de dados e elaboração de duas etapas, consistindo na seleção de alguns diagnósticos pelos domínios e definições da NANDA, os quais foram agrupados e confrontados com a literatura científica, gerando, assim, os diagnósticos de enfermagem considerados principais para o atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio. **Resultados:** Foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem e estruturadas as intervenções de enfermagem adequadas para clientes com esse tipo de doença cardíaca considerando-se os aspectos familiares, emocionais, psicológicos e clínicos e, apresentadas as respectivas intervenções de enfermagem. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem selecionados mostram a necessidade de uma assistência qualificada para esses clientes, com enfoque no cuidado e na educação para a prevenção e diminuição das complicações cardíacas.

Palavras-chave: Planejamento de assistência ao paciente. Assistência domiciliar. Prestação integrada de cuidados de saúde. Continuidade da assistência ao paciente.

Abstract Introduction: Assistance protocols are normative instruments of technical and social intervention process, which guide professionals in performing their functions. Aim: To elaborate an assistance protocol of nursing based on NANDA diagnoses and interventions for post myocardial infarction home cared patients. Materials and Methods: It is a study based on bibliographical review of papers published from 2005 through 2012, used for building up a caring protocol. The papers were selected after a selection in databases and a two steps elaboration, consisting on the selection of some diagnosis through NANDA definitions. They were grouped and compared with scientific literature, obtaining this way major nursing diagnoses in order to care of myocardial acute infarction. Results: Major nursing diagnoses were identified, and main cares for patients with this kind of cardiac disease were structured. We considered familiar, emotional, psychological and clinical aspects with their respective nursing interventions. Conclusion: The selected nursing diagnoses show the need of a qualified assistance for these patients, focusing on the care and education in order to prevent and decrease cardiac complications.

Keywords: Patient assistance planning. Home nursing. Delivery of health care, integrated. Continuity of patient care.

Resumen

Introducción: Los protocolos de asistencia son los instrumentos normativos del proceso de intervención técnica y social que guían a los profesionales en el desempeño de sus funciones. **Objetivo:** Elaborar un protocolo de asistencia de enfermería basado en los diagnósticos y las intervenciones de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para los clientes postinfarto agudo del miocardio tratados en sus casas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de revisión bibliográfica de los artículos publicados desde 2005 hasta 2012 utilizados para la construcción de un protocolo de asistencia. Se analizaron los artículos después de la selección de las fuentes de datos y la elaboración de dos pasos, la selección de algunos diagnósticos por campos y definiciones de la NANDA, que fueron agrupados y confrontados con la literatura, generando así los principales diagnósticos de enfermería necesarios para el cuidado del infarto agudo del miocardio. **Resultados:** Los principales diagnósticos de enfermería fueron identificados y las intervenciones de enfermería fueron estructuradas, apropiadas para los clientes con este tipo de enfermedad cardíaca, en vista de los aspectos familiares, emocionales, psicológicos y clínicos, y presentadas sus intervenciones de enfermería. **Conclusión:** Los diagnósticos de enfermería seleccionados muestran la necesidad de una asistencia de calidad para estos clientes, centrándose en el cuidado y la educación para la prevención y reducción de complicaciones cardíacas.

Palabras clave: Planificación de asistencia al paciente. Atención domiciliar de salud. Prestación integrada de atención de salud. Continuidad de la atención al paciente.

* Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiá-SP. Colaboradora do Hospital de Clínicas de Caieiras. Contato: anarosapereiraenf@gmail.com

** Enfermeiro. Especialista em Cardiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Mestrando da Faculdade de Medicina de Jundiá. Professor do Centro Universitário Padre Anchieta Jundiá-SP. Contato: bruno.dias@anchieta.br

*** Enfermeira. graduada pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiá-SP. Colaboradora do Hospital Universitário de Jundiá-SP. Contato: francilaine.santos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é um profissional cuja competência tem foco no atendimento assistencial por meio do cuidado, nos julgamentos clínicos e no papel de diagnosticador de problemas. Para tal, utiliza o raciocínio clínico para elaborar os melhores diagnósticos, promover orientações e intervenções de enfermagem, tendo em vista proporcionar ao cliente/família os melhores resultados¹.

O processo de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, conforme a Lei 7.498/862, na qual disponibiliza essa atribuição segundo a regulamentação do exercício de enfermagem e expressa nos seus artigos 3º, 4º e 11º sobre o planejamento e a programação dos serviços de enfermagem, consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem.

Cuidar na enfermagem ocorre por meio de um processo interativo e sistematizado que exige zelo, pelo qual o enfermeiro analisa a pessoa em todas as suas dimensões, enquanto um ser biopsicossocioespíritual, devendo valorizar a promoção, proteção e restauração da saúde, compondo, assim, um conjunto de cuidados integrados².

Na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/20092 a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é o método que o enfermeiro utiliza para o levantamento de dados e o julgamento clínico; a organização e direção da ordem e o planejamento dos cuidados, objetivando adquirir informações específicas e direcionar o cuidado ao paciente. A SAE consiste em cinco fases²:

I. Coleta de dados de Enfermagem – processo sistematizado e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, com o objetivo de coletar informações particulares, familiares, da coletividade humana e sobre respostas;

II. Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa do processo de enfermagem, para a tomada de decisão. Representa as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença;

III. Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações e intervenções de enfermagem que serão realizadas em face de respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença; identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

IV. Implantação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;

V. Avaliação de Enfermagem – processo deliberado,

sistematizado e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença para determinar se todas as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado².

A educação faz parte do cuidado de enfermagem na assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Também é uma medida aliada na influência do comportamento do cliente, pois pode modificar o conceito que o mesmo tem sobre a doença e fazê-lo mudar suas perspectivas, melhorando seu conhecimento, auxiliando-o a ter uma boa qualidade de vida. A tarefa do educador em saúde centra-se nas particularidades individuais. Assim, cada indivíduo deve conscientizar-se da própria saúde e perceber a necessidade e a importância da mudança, para que, conseqüentemente, tais benefícios evitem novas internações e diminua riscos de novos episódios, predispondo ao enfermeiro identificar, orientar, treinar e auxiliar no cuidado e na tomada de decisões, objetivando a preservação da saúde³.

O Infarto Agudo do miocárdio (IAM) corresponde à forma mais grave de síndrome coronariana aguda. Nessa condição, há oclusão coronariana e acúmulo de vultuosas quantidades de produtos de decomposição do metabolismo energético, como a adenosina e o lactato, traduzindo-se por profundo desconforto torácico com ampla irradiação e resposta simpática exacerbada. Assim, além de forte dor que tende a se estender por mais de trinta minutos costuma aparecer sudorese, náuseas e extremidades frias e úmidas. A manifestação máxima é classicamente acompanhada de sensação de morte iminente. O reconhecimento da insuficiência coronariana aguda diferencial entre as duas formas clínicas de apresentação é feito pela avaliação dos sintomas, à admissão hospitalar, alterações no eletrocardiograma e detecção de marcadores de necrose miocárdica⁴. Diante desse evento cardíaco, o cuidado deve contemplar as novas limitações que se apresentam à pessoa e a melhoria das condições de vida, prevenindo a morbidade e a mortalidade por complicações.

Atualmente, esse tipo de agravo à saúde é uma das principais causas de morte no Brasil. Dados mostram que em 2009 foram 76.359 óbitos por IAM, considerando o total de 742.779 óbitos por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), ou seja, 10,28%. Neste mesmo ano, o estado de São Paulo destacou-se como a região com mais números de casos de IAM registrados⁵. Projeções para o ano de 2020 evidenciam a sua persistência e a causa principal de mortalidade e incapacitação⁶. As doenças cardiovasculares afetam as artérias

e consecutivamente o coração, causando arritmias cardíacas, anginas e isquemias⁵, e promoveram 29,4% de todas as mortes registradas em apenas um ano no Brasil, pois aproximadamente 300 mil pessoas morrem por IAM e acidentes vasculares cerebrais.

Resultados do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia-SP mostram que 60% dos pacientes com IAM são homens, com média de idade em torno de 56 anos. Tem-se como justificativa o fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens e, conseqüentemente, realizam mais exames preventivos⁷. Esses dados colocam o Brasil entre os dez países onde ocorrem mais mortes por causas cardiovasculares⁸. O IAM causa grande impacto na vida do paciente, ocasionando morbimortalidade para a população⁷.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando suas ações para contender o IAM. Como medidas utilizam-se estratégias para o combate e intensificação das DCNTs⁸. Há serviços que se orientem pelos principais atributos de Atenção Primária à Saúde e integração de informações, para extinguir doenças, principalmente as crônicas, pois há uma maior satisfação dos clientes e menores custos em saúde⁷. No Brasil, nos últimos anos, as DCNTs vêm representando 69% dos gastos hospitalares no SUS, responsáveis por alta frequência de internações⁹.

As causas do IAM podem decorrer de oclusão das artérias coronarianas por placa aterosclerótica e do acúmulo de gordura. A lesão ocasiona a liberação de enzimas específicas do músculo cardíaco: creatinocinase (elevação a partir de 4 horas do IAM), mioglobina (marcador que se altera mais rapidamente após o IAM), troponina I (proteína exclusiva cardíaca, de altíssima especificidade no IAM). Os sinais e sintomas clínicos mais comuns: desconforto torácico, incluindo queimação, sensação de aperto por mais de 30 minutos; pele fria, pegajosa e diaforética, náuseas, vômitos, ansiedade, inquietação, dispnéia, presença de ruídos adventícios (associado a congestão pulmonar) e fadiga¹⁰.

A aterosclerose, causa mais comum do IAM, retrata um acúmulo de gordura nas paredes das artérias, restringindo ou interrompendo totalmente a passagem de sangue. A principal causa da aterosclerose deve-se a maus hábitos adquiridos como⁸: tabagismo, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), colesterol elevado e consumo exagerado de álcool.

Pela portaria SS-G8 de 1993 da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a consulta de enfermagem é reconhecida e implantada oficialmente. Ela possibilita melhorar a coleta de dados, sendo primordial para a excelência na descoberta das

necessidades individuais, da família e da comunidade, pois também considera os processos educativos que incrementam a consulta de enfermagem e, conseqüentemente, melhoraram as expectativas da adesão no tratamento pós infarto^{11,12}. Constam dos objetivos da consulta de enfermagem¹⁰: promover interação com o cliente e a família; melhorar a confiança da pessoa e da família no tratamento e nos cuidados domiciliares e orientá-los, promovendo vínculos entre a equipe de saúde, além de esclarecê-los quanto às conseqüências do IAM e possíveis sequelas.

A implantação de um protocolo de enfermagem possibilita e facilita ajustes clínicos da equipe multidisciplinar e realização de avaliações críticas do cuidado, cujo objetivo é prevenir novas internações hospitalares. Também permite analisar os fatores de risco e as possíveis complicações do sistema cardiovascular¹¹.

Por meio desse processo, torna-se mais fácil compreender as respostas do indivíduo acometido por IAM, considerando-se a necessidade emergente de autonomia do cliente/família. Também possibilita o exercício profissional da enfermagem baseada em evidências, pela associação dos sinais e sintomas clínicos, comumente conhecidos na prática clínica cardiológica como fenômenos¹³.

O Sistema de Classificação de diagnósticos de enfermagem da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) é bastante divulgado e aplicado em âmbito mundial. Apresenta 201 diagnósticos distribuídos em 13 domínios¹, possibilita a padronização da linguagem e dos dados obtidos na primeira fase do processo de enfermagem. É composto por 542 intervenções de enfermagem, agrupadas de acordo com as classes e domínios, constituídas pelos seguintes elementos: título e definição, além de uma lista de atividades que descrevem as ações profissionais para a execução das intervenções de enfermagem. Consta de 12.000 atividades distribuídas nas intervenções de enfermagem incluídas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)¹⁴.

Tem-se como propósito neste estudo, apresentar ações/intervenções de enfermagem segundo a linguagem universal acerca dos cuidados de enfermagem para clientes acometidos por IAM.

OBJETIVO

Elaborar um protocolo assistencial de enfermagem tendo como base os diagnósticos e intervenções da NANDA para pacientes pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), tratados em domicílio.

MATERIAL E MÉTODO

Optou-se neste estudo empregar o método de revisão bibliográfica, no período de 2005 a 2012 com intuito de encontrar protocolos de enfermagem para atendimento do cliente infartado, tratados em domicílio. Foram utilizadas como fontes de dados: bases de dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foi usada a associação dos seguintes descritores: planejamento de assistência ao paciente; serviço de assistência domiciliar; assistência integrada à saúde; continuidade de assistência ao paciente; protocolo.

Todavia, não foram encontrados protocolos referentes ao paciente pós-infarto para atendimento em domicílio. Dessa forma, para atingir o objetivo foram elaboradas duas etapas: na primeira foram selecionados alguns diagnósticos de acordo com seus domínios e definições da NANDA, agrupando-os e confrontando-os com a literatura científica, gerando, assim, os diagnósticos de enfermagem considerados principais para o atendimento do IAM. Na segunda etapa foram elaboradas as intervenções, com base na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), para cada um dos diagnósticos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na sequência são apresentados o protocolo elaborado no estudo com os diagnósticos de enfermagem baseados na NANDA e as respectivas intervenções NIC.

Intolerância à atividade

Após o IAM ocorre uma diminuição da variabilidade da frequência cardíaca, resultado da redução da modulação vagal e conseqüentemente relativa predominância simpática. A intolerância à atividade nesta doença pode ser representada pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitação que a pessoa sente ao desenvolver suas atividades de vida cotidianas, pela incapacidade do coração em manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio e da redução do fluxo sanguíneo periférico¹³⁻¹⁵. Intervenções: orientar o cliente sobre os medicamentos prescritos, esclarecer o cliente e a família quanto ao autocuidado e, em caso de algia na região torácica, mais especificamente no peito, a buscarem atendimento médico de emergência, orientando-os sobre os limites quanto a levantar/empurrar objetos pesados; coordenar, direcionar e encaminhar os pacientes para atendimento com nutricionistas, fisioterapeuta, dentre outros profissionais da área da saúde¹⁶.

Débito cardíaco diminuído

A quantidade de sangue bombeada pelo coração para a artéria aorta a cada minuto denomina-se débito cardíaco, neste, o sangue circulante feito por esse bombeamento garante o transporte de várias substâncias suprindo todos os tecidos orgânicos, portanto, este evento é o mais importante da circulação¹⁷. Intervenções: orientar o cliente e a família sobre as restrições e progressões das atividades, monitorar a ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia; orientar o cliente quanto à importância de informar imediatamente qualquer desconforto sentido na região torácica e no peito¹⁶.

Ansiedade/medo

Os fatores emocionais contribuem para as doenças cardíacas. Além do risco de um novo evento de infarto a pessoa tem que conviver com as conseqüências do IAM. Portanto, a doença interfere no equilíbrio e nas emoções e, muitas vezes, os fatores emocionais fogem do controle pessoal e, de forma consciente, ameaçam a integridade do ego, tornando-se um agravante para a saúde. A ansiedade também pode ser um redutor do foco erótico, interferindo na vida sexual. O medo de complicações cardíacas ocorre não somente no cliente, mas também na sua parceira, causando mais ansiedade e, às vezes, sentimentos de raiva^{18,19}. Intervenções: oferecer informações reais sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico; orientar o cliente/família sobre o uso de técnicas de relaxamento, encorajar a expressão de emoções e sentimentos e as percepções de medo e ansiedade¹⁶.

Dor aguda

A categoria gênero, como ferramenta analítica, pode ainda revelar percepções culturalmente construídas por mulheres e homens sobre as doenças e suas formas de tratamento. Observam-se condutas diferenciadas em ambos os sexos quanto a buscarem atenção à saúde, havendo diferenças de tratamento e cuidados realizados pelos profissionais de saúde. Deste modo, há também diferenças nas formas ou razões de homens e mulheres encararem as dores e, como conseqüência, buscarem serviços de saúde para o seu alívio²⁰. A causa da elevada mortalidade pré-hospitalar reside, principalmente, no desconhecimento da dor do IAM, assim como em fatores como idade avançada, baixo nível socioeconômico, sexo feminino e automedicação²⁰, levando ao retardo na procura por serviços de emergência. Intervenções: observar o impacto da dor na qualidade de vida; assegurar que o cliente receba cuidados precisos de analgesia e orientá-lo sobre os métodos farmacológicos para o alívio da dor¹⁶.

Processos familiares interrompidos

Cada família tem formas próprias de encarar situações, pois cada uma interage segundo os padrões sociais e culturais nos quais estão inseridos, comportando-se de acordo com suas representações. Assim, poderá haver uma difícil aceitação no processo da doença, pois na urgência de uma doença, principalmente crônica, o contexto familiar sofre impacto e terá que adaptar-se a essa realidade, sendo que o tratamento não pode ser interrompido. Também requer uma participação ativa da família, com mudanças na rotina, hábitos alimentares e no estilo de vida. O IAM pode ocasionar no cliente e família, além do medo, insegurança, sofrimento, entre outros sentimentos, principalmente diante da dificuldade e/ou talvez por não conseguir oferecer ajuda ao ente querido⁶. Intervenções: fomentar esperanças realistas, discutir estratégias para normatizar a vida familiar com os membros da família, identificar necessidades de atendimento domiciliar e as formas de incorporá-las ao modo de vida da família; ensinar a família sobre o desenvolvimento de habilidades de controle/organização do tempo, quando da realização dos cuidados domiciliares¹⁶.

Risco de baixa autoestima situacional/risco de impotência

A qualidade de vida concebe a percepção do indivíduo sobre os aspectos e estado de saúde, as relações sociais, o estado físico, psicológico, econômico e espiritual²². A falta de controle de uma situação pode gerar um transtorno depressivo¹⁶. Atualmente, o IAM é a doença cardiovascular mais frequente, com maiores taxas de reinfarto, morbidade e mortalidade. Adoecer do coração, na maioria das vezes, desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, como também pode gerar depressão e angústia, trazendo dúvidas aos pacientes quanto ao prognóstico, a incerteza de levar uma vida normal, podendo alterar a própria imagem. Diante dos riscos relacionados à saúde cardíaca, os clientes mostram-se agoniados e se sentem mal com a situação⁶. Intervenções: evitar críticas negativas, auxiliar a pessoa a aceitar a dependência dos outros, conforme apropriado à nova situação, e encorajá-la a aceitar novos desafios¹⁶.

Disfunção sexual (DS)

Geralmente, há uma significativa redução da vida sexual após o IAM. O medo de complicações está bastante presente no cotidiano da pessoa, diante da dúvida em sua capacidade e funcionalidade sexual. Consequentemente, aparecem dificuldades sexuais para ambos os sexos. A

disfunção sexual após IAM também está relacionada à idade e quanto mais elevada, maior é a disfunção. As informações disponíveis na literatura sobre os preditores desse tipo de disfunção no pós IAM são ainda escassas¹⁹. Intervenções: discutir sobre o efeito de medicações e da doença na saúde sexual, oferecer informações concretas sobre mitos e desmistificar informações errôneas sobre sexo; encaminhar o cliente para uma terapêutica sexual, conforme apropriado¹⁶.

Falta de adesão ao tratamento

A terapêutica imposta aos clientes requer muitas mudanças em seus hábitos, especialmente após um evento cardíaco. A adesão ao tratamento necessita de fidelidade total da pessoa, pois é um processo complexo, também influenciado pelo meio ambiente e pelos profissionais de saúde. Quanto maior a mudança exigida diante da doença, menor será a possibilidade de adesão ao tratamento, geralmente em pessoas do sexo masculino. Outros fatores também interferem na adesão ao tratamento, o grau de escolaridade e a situação econômica²². Intervenções: estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito, estimular a expressão dos sentimentos, reforçar e promover o desenvolvimento de novas habilidades, auxiliar o cliente a identificar o problema ou a situação que está causando sofrimento e auxiliá-lo a listar e priorizar todas as alternativas possíveis no tratamento, diante dos problemas¹⁶.

CONCLUSÃO

O conjunto de intervenções apresentadas nos oito diagnósticos de enfermagem selecionados evidencia a problemática da pessoa que vivencia a doença e a necessidade de intervenções específicas no pós-IAM.

Os cuidados de enfermagem para clientes com diagnóstico clínico de IAM após alta hospitalar ainda são pouco publicados. Acredita-se que a elaboração de protocolos de enfermagem específicos contribuirá para influenciar positivamente no controle dos aspectos emocionais, familiares, psicológicos e clínicos, por ocasião da doença e durante seu tratamento.

Protocolos assistenciais consistem num poderoso instrumento, pois permitem que os enfermeiros coloquem em prática suas habilidades e competências. Os resultados obtidos neste estudo, evidenciam que as intervenções de enfermagem estabelecem prioridades nas decisões, além de oferecerem ao cliente/família no contexto do âmbito familiar um cuidado mais integral e satisfatório para atender à várias necessidades e problemas durante o tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. Oxford: Wiley Blackwell; 2008.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Legislações [internet]. [acesso em 2012 jun 26]. Disponível em: www.novo.portalcofen.gov.br.
3. Sampaio ES, Mussi FC. Cuidado de Enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(3):442-6.
4. Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, editores. *Clinica médica*. São Paulo: Manole; 2009. p. 2
5. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares [internet]. [SD]. Disponível em: www.brasil.gov.br.
6. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1):81-9.
7. Batista RR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):34-42.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Notícias [internet]. [acesso em 2011 set 19]. Disponível em: www.saude.gov.br.
9. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):7-17.
10. Mohallem AGC, Farah OGD, Laselva CR. *Enfermagem pelo método de estudo de casos*. Barueri, SP: Albert Einstein; 2011.
11. Curcio R, Lima MHM, Torres HC. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em insulino-terapia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):552-7.
12. Carvalho SD. O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente. São Paulo: Atheneu; 2012. cap. 1.
13. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(4):737-74.
14. Nalin TR, Lima GMP, Dias BVB. Protocolo de assistência para pacientes em uso de circulação extra-ventricular baseado nos diagnósticos de enfermagem de NANDA e intervenções de NIC. *Rev Multidisciplinar da Saúde*. 2010; ano 2(3):107-19.
15. Hiss MD, Neves VR, Hiss FC, Silva E, Silva AB, Catai AM. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. *Fisioter Mov*. 2012; 25(1):153-63.
16. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Mosby; 2010.
17. Guyton AC, Hall JE. *Fisiologia médica: a circulação*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1997. cap. 14-26.
18. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Müller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia Teoria e Pesquisa*; 2008; 24(4):471-6.
19. Vacanti LJ, Caramelli B. Idade e distúrbios psicológicos. Variáveis associadas à disfunção sexual no período pós-infarto. *Arq Bras Card*. 2005; 85(2):110-4.
20. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2):170-8.
21. Dracup K, Alonso AA, Atkins JM, Bennett NM, Braslow A, Clark LT, et al. The physician's role in minimizing prehospital delay in patients at high risk for acute myocardial infarction: recommendations from the National Heart Attack Alert Program. *Ann Intern Med*. 1997; 126(8):645-51.
22. Carvalho MP, Oliveira Filho RS, Gomes HC, Veiga DF, Juliano Y, Ferreira LM. Autoestima em pacientes com carcinomas de pele. *Rev Col Bras Cir*. 2007; 34(6):361-6.
23. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4):367-73.

A ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM DOR: REVISÃO DE LITERATURA

NURSING CARE IN THE PATIENT WITH PAIN: LITERATURE REVIEW

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR: REVISIÓN DE LITERATURA

Fabricia Conceição de Carvalho*, Adriana Cristina Camargos de Rezende**

Resumo

Introdução: Uma das principais causas de sofrimento humano, a dor compromete a qualidade de vida das pessoas e reflete no seu estado físico e psicossocial. Portanto, manifesta e sinaliza organicamente, um padrão de anormalidade. Atualmente recebe a denominação de "5º sinal vital", e por ser subjetiva, é muitas vezes ignorada ou subvalorizada pela equipe de saúde. **Objetivo:** Identificar o papel da enfermagem nos cuidados a pessoa com dor, além de explanar sobre a influência da subjetividade na percepção deste sinal. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, desenvolvido por meio de artigos localizados nas bases de dados *Open Journal Systems* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), pelos descritores: dor, enfermagem e ações de enfermagem ao paciente com dor. Foram efetuadas buscas também em livros sobre dor e na rede Sociedade Brasileira de Estudo para Dor, no período de 2001 a 2010. **Resultados:** Dentre as publicações analisadas, observou-se a ótica da dor mais como um sinal objetivo, influenciada por mecanismos fisiológicos do que no seu amplo aspecto subjetivo, pois ainda pouco se valoriza a dimensão que a dor infere individualmente. A enfermagem, como parte da equipe multiprofissional, assume papel relevante no controle da dor, por assistir diretamente o cliente em um maior período de tempo. **Conclusão:** A dor ainda é um fenômeno subestimado sendo necessário à enfermagem oferecer maior atenção e comprometimento ao ato de cuidar de pessoas com esse tipo de problema. É fundamental entender todos os mecanismos que a envolvem para uma intervenção imediata e atendimento integral às necessidades do cliente, particularmente, para o alívio, além do tratamento.

Palavras-chave: Dor. Tratamento. Enfermagem.

Abstract Introduction: Being one of the main causes of human suffering, pain compromises the quality of people life reflecting on the physical and psychosocial status. Therefore, manifests and organically signals a pattern of abnormality. It is currently called the 5th vital sign, and for being subjective, is frequently ignored or underestimated by the health team. Objective: To identify the role of nursing in the care of patients with pain, explaining as well the influence of subjectivity in the perception of this signal. Material and methods: This is a literature review, which examined articles from databases *Open Journal Systems* and *SCIELO* through the following descriptors: pain, nursing, and nursing action with the patient in pain. We also perform searches in books about pain and inside the network of Brazilian Society for the Study of Pain - SBED in the period from 2001 to 2010. Results: Among the surveyed publications, we noticed the view of pain just as an objective sign, influenced only by physiological mechanisms, rather than its subjective aspect, because of the little value given to its particular dimension related to each individual. Nursing as part of the multidisciplinary team, plays a relevant role in the control of pain, since it is the one who provides direct client care for the longest period of time. Conclusion: pain is still an underestimated phenomenon and nursing team needs to provide greater attention and commitment, when taking care of patient with this type of problem. It is critical a correct understanding of all mechanisms involved in order to perform a prompt intervention and a total patient care, especially for pain relief, besides from the treatment.

Keywords: Pain. Treatment. Nursing.

Resumen

Introducción: Una de las principales causas del sufrimiento humano, el dolor compromete la calidad de vida de las personas y refleja en su estado físico y psicossocial. Por lo tanto, el dolor manifiesta y orgánicamente indica un modelo de anormalidad. Actualmente recibe el nombre de "quinto signo vital", y por ser subjetivo, es a menudo ignorado o infravalorado por el equipo de salud. **Objetivo:** Identificar el papel de la enfermería en el cuidado de las personas con dolor, y explicar la influencia de la subjetividad en la percepción de esta señal. **Material y métodos:** Se trata de un estudio de revisión de la literatura, desarrollado a través de artículos que se encuentran en las bases de datos *Open Journal Systems* y *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), mediante los descriptores: dolor, enfermería y acciones de enfermería para los pacientes con dolor. También se realizaron búsquedas en los libros sobre el dolor y en la red Sociedad Brasileña para el Estudio del Dolor, en el período 2001-2010. **Resultados:** Entre las publicaciones analizadas, se observó el dolor como un signo objetivo, influenciado más por mecanismos fisiológicos que en su amplio aspecto subjetivo, porque poco se valora la dimensión que el dolor infiere individualmente. La enfermería como parte del equipo multidisciplinar tiene un papel importante en el control del dolor, por asistir directamente al cliente en un período de tiempo más largo. **Conclusión:** El dolor es todavía un fenómeno subestimado, así la enfermería necesita proporcionar una mayor atención y compromiso en el cuidado de las personas con este tipo de problema. Es fundamental entender todos los mecanismos que impliquen el dolor para una intervención inmediata y la atención integral a las necesidades de los pacientes, en particular para el alivio, además del tratamiento.

Palabras clave: Dolor. Tratamiento. Enfermería.

* Enfermeira, pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade São Camilo de Belo Horizonte-MG. Contato: fabriciacarvalho@yahoo.com.br

** Enfermeira na Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG). Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Contato: drica_camargos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Toda pessoa, em algum momento de sua vida vivenciou a experiência de dor, caracterizada como uma manifestação do organismo para sinalizar algo fora dos padrões fisiológicos, além de ser responsável por alterações na pressão arterial e frequências respiratória e cardíaca. Também, gera transtornos ao bem estar físico e mental, causa incômodo fazendo com que os indivíduos que a sentem, procurem atendimento médico¹. "Em muitos casos, mais do que um sintoma, a dor é a doença em si, e o seu controle é o objetivo do tratamento"².

A dor é referida como uma percepção sensorial particular devendo ser analisada individualmente, no que tange a sua localização, tipo, intensidade e frequência, pois cada um possui uma capacidade de percepção de dor diferente. A existência de encefalinas e endorfinas em maior ou menor quantidade explicam o porquê de algumas pessoas sentirem dor em diferentes níveis de intensidade a partir dos mesmos estímulos. Autores afirmam que a dor não é um fenômeno puramente fisiológico, pois sofre influências de fenômenos psicossocioculturais que cercam o indivíduo³.

Quando se fala em dor, a tendência é associá-la a um fenômeno neurofisiológico. Admite-se, cada vez mais, que existam "componentes" psíquicos e sociais, na forma como se sente e se vivencia a dor. Esta concepção, no entanto, implica a dor como uma experiência corporal prévia, à qual se agregam significados psíquicos e culturais⁴.

"A sua quantificação e qualificação são fundamentalmente definidas e baseadas no relato verbal e nas atitudes dos doentes"⁵. Hoje, a vasta terapêutica para o tratamento da dor, composta por meios farmacológicos, não-farmacológicos, cirúrgicos e terapias alternativas, contribui para ampliar o campo de escolha do tratamento, trazendo benefícios a todas as pessoas. O fenômeno da dor tem grande significância, impactando no cotidiano do ser humano de tal forma que é capaz de alterar todo o contexto físico, biológico e psíquico que o envolve.

Logo, é importante que a equipe de enfermagem saiba identificar o paciente com dor e consiga intervir de modo a eliminá-la, prevenindo eventos recorrentes. Dessa forma, profissionais da enfermagem com conhecimentos específicos acerca do quadro doloroso, não apenas em seu contexto fisiológico, mas também psíquico e social, e dos métodos de tratamento farmacológicos e não farmacológicos, conseguirão, junto à equipe médica e demais profissionais da área da saúde, introduzir uma terapêutica mais eficaz de cuidados, capazes de proporcionar alívio e bem-estar a pessoa acometida por um evento de dor.

OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo foi identificar na literatura científica brasileira no período de 2001 a 2010, o papel da enfermagem nos cuidados a pessoa com dor, além de explanar sobre a influência da subjetividade na percepção deste sinal.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada por meio de levantamento bibliográfico. Foram utilizados artigos, textos disponibilizados em livros e periódicos na Biblioteca da Universidade Presidente Antônio Carlos em Conselheiro Lafaiete-MG, além de buscas *on-line*. Foram incluídos artigos científicos obtidos na íntegra e redigidos em português, pesquisados artigos das bases de dados *Open Journal Systems e Scientific Electronic Library Online (SciELO)* pelos descritores: dor, enfermagem e ações de enfermagem ao paciente com dor. Livros sobre dor e a rede Sociedade Brasileira de Estudo para Dor complementaram a busca.

O período de pesquisa bibliográfica envolveu o período de dezembro de 2009 a novembro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as várias fontes consultadas, dez obras foram selecionadas para compor a amostra. Destas, apenas duas tratavam da influência da cultura sobre os quadros de dor e uma abordava o aspecto religioso na percepção da dor. As demais retratavam questões inerentes à objetividade da dor, os mecanismos fisiopatológicos, os tipos de dor e as formas de tratamento.

A Tabela 1 apresenta as obras selecionadas no estudo segundo o periódico, bem como o ano de publicação.

Tabela 1 - Publicações selecionadas segundo o tipo de periódico e ano de publicação

PERIÓDICOS	2001	2002	2005	2006	2007	2010	TOTAL
Revista Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR.			1				1
Revista Saúde e Sociedade.		1					1
Revista Escola da Enfermagem - USP.			1		2		3
Sociedade Brasileira de Estudo para a Dor SBED.	-					1	1
Kazanowisk MK, Laccetti MS Dor: fundamentos, abordagem clínica e tratamento.				1			1
Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.				1			1
Revista Latino-Americana de Enfermagem.			1		1	1	3
Instituto Nacional do Câncer (INCA).			1				1
TOTAL	1	3	3	1	2	1	12

Comumente a dor é vista mais como um sinal fisiológico que logo é sanado por terapêuticas medicamentosas, do que pela subjetividade permeada por suas sensações, em detrimento da cultura e crenças individuais. A ótica que cada indivíduo possui acerca da dor deve-se ao fato de que cada cultura atribuir um significado à dor; segundo algumas crenças, é simbolizada como ato de resistência e coragem, comum em cultos e rituais; outras vezes tida como uma manifestação de sofrimento, geralmente associada a castigos divinos ou a enfermidades⁶.

"As crenças influenciam o doente na percepção e expressão da dor, nas formas manejo, bem como no tratamento"⁷. Portanto, a fé influencia a tolerância à dor, podendo auxiliar a suportar este sinal e a induzir o indivíduo a crer que obterá a cura através de sua crença religiosa. A variedade dos tipos de dor deve-se às diversas causas de dor, a região em que ocorre o estímulo e a resposta com que cada indivíduo a infere. A resposta varia individualmente para um mesmo estímulo, pois cada estímulo doloroso recebe influência de mecanismos fisiológicos, psíquicos e socioculturais; assim, nem toda dor, necessariamente acompanhada de sofrimento^{4,6,7}.

A dor é classificada, quanto ao período cronológico, em aguda, quando abrange um período inferior a seis meses; e crônica, quando ocorre e persiste além desse período. Quanto à localização, a dor é superficial quando é resultante da estimulação de nociceptores superficiais encontrados na pele ou mucosas; e visceral, a partir da estimulação de nociceptores mais profundos, sendo associada aos sintomas de palidez, sudorese, cólicas abdominais e diarreia; é somática, quando decorre de exercícios e traumatismos; dor carencial ou por excesso metabólico, por insuficiência vascular arterial ou venosa; dor neuropática, resultante de um dano ao sistema nervoso central ou periférico; e dor fantasma, aquela que pode ocorrer após amputação de membros, sendo uma forma específica da dor neuropática¹.

É importante que todo profissional da área saúde, em especial a enfermagem, tenha conhecimento acerca do processo e dos mecanismos da dor, pois este é um dos maiores motivos de procura por assistência, além de um grande causador de transtornos físico-psicossociais. Antes de implantar um tratamento é importante avaliar sistematicamente a pessoa e identificar os problemas, o que implicará em um tratamento mais bem sucedido, seguramente feito com base na anamnese e no exame físico do cliente².

A avaliação da dor nas instituições de saúde deve ser bem implantada por meio de estratégias adequadas, devendo

o seu registro juntamente com os demais sinais vitais garantir, na sua vigência, imediata intervenção e reavaliações subsequentes. A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para o acompanhamento da evolução do quadro de dor e para que se realizem os ajustes necessários ao tratamento. A inclusão da avaliação da dor junto aos sinais vitais pode assegurar que todos os clientes tenham acesso às intervenções para controle da mesma, assim que ocorre o tratamento imediato das demais alterações⁸.

"A avaliação é uma etapa essencial para o alívio adequado da dor e deverá ser realizada no início e regularmente ao longo de toda a trajetória do tratamento ou da enfermidade"¹.

Quando a pessoa é questionada sobre a dor, durante a anamnese, poderão ser utilizados instrumentos que irão descrevê-la em sua intensidade. Por ser a dor um sinal subjetivo, quantificado e qualificado apenas por quem a sente, foram criados meios para orientar o profissional a avaliar e facilitar ao indivíduo portador de dor, sua classificação.

A cultura, a religião seja ela qual for, e crenças, as mais variadas, também influenciam a expressão de dor^{6,7}. As escalas para avaliação da dor atualmente utilizadas têm como finalidade auxiliar o indivíduo a descrever e atribuir um valor referente à intensidade da dor⁹.

A intensidade da dor é uma característica importante que pode ser feita de várias formas. Dentre as escalas para mensuração da dor, as mais utilizadas são: Escala de Dor Visual Analógica (EVA), Escala de Dor Visual Numérica (EVN), Escala de Dor de Faces (EF) com seis faces. A EVA consiste em uma linha horizontal com dez centímetros de comprimento, assinalada em uma de suas extremidades a classificação "sem dor" e, na outra, a classificação "dor máxima". A pessoa realiza a marcação com um traço no ponto que representa a intensidade de sua dor. A EVN consiste em uma régua dividida em dez partes iguais, numeradas sucessivamente de zero a dez. A referência é feita quanto à equivalência entre a intensidade da dor sentida e uma classificação numérica, sendo que zero corresponde a classificação "sem dor" e dez "máxima dor". Na EF o voluntário indica a intensidade de sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde à classificação "sem dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde à classificação "dor máxima"¹⁰.

Escalas unidirecionais para avaliação da dor por serem consideradas simplistas na avaliação desse evento evoluíram para escalas multidimensionais, cujo foco centra-se nas

dimensões: sensorial-discriminativa; motivacional-afetiva e cognitiva-avaliativa. A qualidade sensorial refere-se a como o paciente percebe a dor, a afetiva compreende como o paciente sente a experiência dolorosa, e a classe avaliativa como o doente expressa a experiência vivenciada da dor^{2,9}. A dor deve ser mensurada e registrada tanto quanto os sinais de temperatura, pulso, respiração e pressão arterial, também como um sinal vital e em todo ambiente clínico deverá ser registrada por ocasião da admissão e permanência do cliente no hospital^{8,10,11}.

O examinador que faz uso de algum instrumento para mensurar a dor, deverá, antes, verificar se o mesmo é adequado ao cliente que está sendo avaliado, pois este poderá apresentar necessidades que exigirão intervenções especiais. O exame físico, um importante constituinte do processo de avaliação da dor, demonstrará ao examinador a localização da área acometida pela dor, subsidiando o profissional para a próxima etapa: o diagnóstico do problema e a causa da dor. O cliente poderá apresentar sinais na região dolorosa como: rubor, edema, calor ou frio; ao avaliar a funcionalidade de um membro, caso este se apresente dolorido, poderá ocorrer limitação de movimento¹¹. Assim, ao examinar o paciente, o profissional de saúde deverá fazê-lo com cuidado, pois poderão existir áreas dolorosas sensíveis aos métodos de percussão e palpação¹.

Além da influência de fatores culturais, situacionais e, também, pela atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, assim as variáveis externas interferem na intensidade e qualidade da dor. A maior parte da informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor origina-se do que o cliente relata, complementada pela avaliação física^{2,12}. O cliente é considerado (no ambiente clínico ou de pesquisa) como um instrumento de mensuração¹¹⁻¹³.

A psicofísica tem como suposição central que o sistema perceptual é um instrumento de mensuração que gera resultados (experiências, julgamentos, respostas) que podem ser sistematicamente mensurados e analisados. Dessa forma, cumpre mencionar a importância de escutar qualitativamente o outro de tal forma que envolva empatia, interesse e respeito às diferenças e à subjetividade, para que o pesquisador não projete valores e crenças, assim como o mundo interno, fazendo com que a percepção se torne distorcida em relação à percepção da vida e da dor do outro^{14,15}.

A dor é um fenômeno multidimensional com componentes sensitivos, emocionais e cognitivos. O estado mental do cliente pode ser influenciado ou não pelo estímulo doloroso, sendo preponderante durante uma avaliação. Assim,

quando o cliente se apresentar confuso ou torporoso é necessário buscar a causa desta alteração e corrigi-la, antes de se proceder à avaliação de dor. A confusão, outro problema que pode interferir na avaliação do cliente, pode ser resultante de um estado fisiológico, como, por exemplo, hipóxia, perda de sangue, hipotensão, hipoglicemia, desequilíbrios eletrolíticos, ingestão de medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central. Outros fatores implicados na confusão são mudanças na alimentação e no estado de nutrição do cliente, mudanças no ambiente e na rotina, traumatismo e idade¹. Evidências apontam que o alívio inadequado da dor acelera a evolução para o óbito devido ao aumento do estresse psicológico, diminuição do potencial de imunocompetência, redução da mobilidade, aumento do risco para desenvolver pneumonia e tromboembolismo, aumento do trabalho respiratório e elevação da necessidade de oxigênio pelo miocárdio¹⁶.

Após a realização de uma avaliação sistematizada da dor, serão identificados meios de tratamento que estabelecerão o seu alívio e a promoção de conforto ao indivíduo que a sente. Assim, meios farmacológicos, não-farmacológicos, bloqueios de nervos e terapias alternativas compõem os diversos meios de tratamento para a dor. Em casos de clientes oncológicos, além dos métodos acima citados, recursos auxiliares de quimioterapia e radioterapia são aplicados para redução do tumor e conseqüente descompressão deste, em áreas adjacentes e nervos¹⁷.

A abordagem terapêutica para o alívio da dor pode ser classificada em tradicional, conforme os meios anteriormente descritos, e não-tradicional, quando envolve o emprego de abordagens culturais e métodos religiosos^{1,11}.

Na elaboração do plano terapêutico, é importante incluir as intervenções tradicionais e não-tradicionais para que se obtenha um registro completo sobre a dor, excluindo-se tentativas de abordagem exclusivas e isoladas, principalmente porque intervenções isoladas raramente proporcionam o alívio completo^{1,2}. A enfermagem, componente da equipe multiprofissional, é a que mais despense tempo no cuidado com os clientes. Assim, é preciso que os profissionais da equipe de enfermagem conheçam a fisiologia da dor, os métodos de avaliação e tratamento, tendo em vista identificar e intervir durante o processo de dor, compreendendo suas conseqüências psicofisiológicas, podendo, desta forma, implantar cuidados de conforto e bem-estar a pessoa assistida.

Além da entrevista e a coleta de dados que deverão ser adequadas de acordo com o tipo de cliente, deverá ser abordado o contexto biopsicossocial. Neste âmbito, a

enfermagem pode fazer uso de escalas de dor como método avaliatório do nível de intensidade e o incômodo que este sinal acarreta a pessoa. Alterações fisiológicas involuntárias como: aumento de pressão arterial, de frequências cardíaca e respiratória, palidez e sudorese devem ser avaliadas pelo enfermeiro, durante o atendimento ao paciente com dor, bem como, a busca pela causa dos fatores precipitantes e atenuantes deste sinal.

O enfermeiro contribui na avaliação da dor quando incorpora ao processo de enfermagem prescrições de cuidados para o seu alívio, medidas sejam elas farmacológicas ou não. Deve também avaliar a eficácia das ações/intervenções implantadas, monitorar a presença de efeitos adversos e atuar quando alguma intervenção prescrita se mostrar ineficaz. O campo de ações da enfermagem compreende atuar amplamente, embora em respeito à aceitação e a cultura individual. Assim, termoterapia, orientação quanto à prática de exercícios, como caminhadas, massagens, toque terapêutico, distrações, mudanças de posição, técnicas de relaxamento, terapias alternativas como o Reiki, acupuntura e acupressão, além de musicoterapia são intervenções que o enfermeiro poderá implantar, isolada ou associadamente a terapia farmacológica, respeitadas as competências técnica e legal, para a aplicação das intervenções³.

CONCLUSÃO

A dor faz parte da subjetividade humana e compõe um dos mais temidos sofrimentos humanos. É de fundamental relevância a identificação e o tratamento da dor, tanto para o indivíduo hospitalizado, aquele que se encontra em domicílio ou em tratamento pelos programas de saúde pública.

Comumente a dor é uma das causas responsáveis pela procura por assistência médica e pelas altas taxas de absenteísmo, pois é capaz de promover desordem física e psíquica, até mesmo quando manifestada como um sinal isolado. Assim, a equipe multiprofissional precisa concentrar esforços e interesses pela busca de conhecimentos e desenvolver habilidades e sensibilidade no atendimento desse tipo de problema, especialmente a indivíduos idosos e crianças. A equipe de enfermagem assume grande relevância no atendimento de pessoas acometidas por dor, pois é a que mais depende tempo e contato direto nos cuidados a pessoas enfermas.

O enfermeiro, responsável pela assistência contínua ao cliente com dor, deverá focar sua atenção em intervenções holísticas, contemplando as dimensões biopsicosoculturais da pessoa assistida. Enquanto prestadora de cuidados diretos,

a enfermagem promove uma assistência de qualidade quando consegue compreender que o foco de seu trabalho não se restringe apenas em eliminar/tratar alterações fisiológicas, mas estabelecer estratégias que contemplem efetivamente as necessidades individuais proporcionando conforto e a segurança pessoal, além de alto grau de satisfação para o cliente, a família e a equipe de saúde.

REFERENCIAS

- 1.Kazanowski MK, Laccetti MS. Teoria da dor. In: Kazanowski MK, Laccetti MS. Dor: fundamentos, abordagem clínica e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005; p. 41-62.
- 2.Rigotti, MA, Ferreira, AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde Rev. 2005; 12:50-4.
- 3.Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 4.Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. Saúde Socied Res. 2001; 10:3-13.
- 5.Sanches LM, Boemer M. O convívio com a dor: um enfoque existencial. Rev. Esc Enferm USP. 2002; 36:386-93.
- 6.Budó ML, Nicolini D, Resta DG, Büttgenbender E, Pippi MC, Resse LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. Rev. Esc Enferm USP. 2007; 41:36-43.
- 7.Salveti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. Rev. Esc Enferm USP. 2007; 41:135-40.
- 8.Sociedade Brasileira de Estudo para a Dor SBED. Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [acesso em 2010 ago 10]. Disponível em: www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.
- 9.Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IMN, et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 2008; 29(2):201-12.
- 10.Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino Am Enferm. 2002; 10(03):446-7.
- 11.Faleiros FS, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). Rev Latinoam Enfermagem, 2010. [acesso 2012 mar 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf Acesso em: 12/03/2012.
- 12.Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. Anesthesiology 1971; 34(1):50-9.
- 13.Sousa FAEF, Silva JA. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em Enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 1996; 4(2):147-78.
- 14.Sousa FAEF, Hortense P. Social perception of nursing professional assessed by different scales. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(6):857-62.
- 15.Sousa FAEF, Pereira LV, Hortense P. Avaliação e mensuração da percepção da dor. In: Alves O Neto, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ, et al Dor: Princípios e prática. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009. p. 370-81.
- 16.Fine PG, Low CM. Principles of effective pain management at the end of life. Medscape CDE/CE.[acesso em 2012 jun 20]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewprogram/6079>.
- 17.Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos. Controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **CuidArte Enfermagem**, revista das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP, 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. Seguir instruções que constam na preparação do artigo. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O texto deve conter fontes bibliográficas internacionais. 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.

RELATOS DE CASO(S): descrição de casos envolvendo pacientes, ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto em questão aborda os aspectos relevantes que devem ser comparados com os disponíveis na literatura. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP.

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, devendo ser anexada a **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**, nos seguintes moldes: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) 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 depolimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico, em fonte 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 nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) 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

informativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados analisados.

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 estudos¹¹⁻⁹". - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos^{11,3,7-10,12}". 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 - ICMJE*).

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. 2013

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

Abood 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

CuidArte
Enfermagem

Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema
Catanduva-SP
CEP 15.809-144
Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br
Fone: (17) 3311-3331