

---

# SUMÁRIO/CONTENTS

211 PESQUISA EM DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: UM DESAFIO PRESENTE

## ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

215 CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO E DE HÁBITOS E QUEIXAS VOCAIS DE OPERADORES DE TELEMARKETING

**Mara Keli Christmann, Talita Marin Scherer, Carla Aparecida Cielo, Débora Meurer Brum**

229 EENCEFALOPATIA CRÔNICA INFANTIL NÃO PROGRESSIVA: A REALIDADE INESPERADA

**Liciane P. Valarelli, Sandra de O. SAES, Leila Maria Vieira**

247 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES NO HRAC/USP

**Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini, Isabel Aurélia Lisboa, Márcia Toita Shinomia, Elaine Mari Santos Rufino**

269 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF: A AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS DA PRIMIERA EQUIPE, BAURU/SP

**Márcia Aparecida Nuevo Gatti, Ana Carolina Medeiros, Simone Borges da Silva, Leila Maria Vieira, Alberto De Vitta**

283 O IMPACTO DO PROGRAMA DE ATIVIDADES FÍSICAS MENOPAUSA EM FORMA NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS

**Cesar Augusto de Souza Santos, Estélio Henrique Martin Dantas, Maria Helena Rodrigues Moreira**

293 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS CARDÍACAS

**Ana Paula Oliveira Cruz, Ronaldo Lopes**



# PESQUISA EM DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: UM DESAFIO PRESENTE

De acordo com o Ministério da Saúde, Doenças Negligenciadas (BRAIL, 2010) são doenças que, além de presentes em condições de pobreza, também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, pois que se constituem em obstáculo importante ao desenvolvimento dos países. Doença que se enquadram nesse conceito são a esquistossomose, dengue, doença de Chagas, a hanseníase, a leishmaniose, a malária, a tuberculose, entre outras. Outro aspecto característico dessas doenças, e alarmante, é que, presente-mente, cerca de um bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais da chamadas doenças negligenciadas. Em termos de tamanho do problema, no que concerne às Américas, a prevalência dessas do-enças é variada e extensiva (AULT, 2007). Apenas para citar duas importantes doenças, somente no Brasil, há mais de 30 mil casos em tratamento para hanseníase e os casos notificados de malária em 2001, apesar da importante diminuição ao longo dos últimos anos, eram mais que 300 mil.

Contraditoriamente, nesse campo a pesquisa em saúde não é necessariamente negligenciada. Existem financiamentos e centros de pesquisa interessados no assunto, sejam públicos ou privados. Entretanto, verifica-se que a produção científica na área pouco se reverte em melhoria no arsenal terapêutico utilizado no combate dessas doenças. Uma das razões apontadas para tal fracasso de re-sultado final seria o pouco interesse da indústria farmacêutica nes-se campo, uma vez que, atingindo maciçamente populações despri- vilegiadas economicamente, o potencial de retorno seria mínimo. Uma vez que este quadro se afirma, urge que os organismos estatais de fomento assumam essa lacuna. De fato, com afirma Carvalheiro (2008), essas doenças merecem atenção especial das agências de fomento de pesquisa por não serem tidas como prioritárias pela indústria farmacêutica. Felizmente, os investimentos públicos em pesquisa nessa área não tem sido negligenciados. Particularmente, é importante ressaltar, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde tem sido sensível a esta necessidade a atendido de forma exemplar a demanda de pesquisa sobre o tema na forma de editais especiais.

Por outro lado, os pesquisadores adstritos a área necessitam rever suas prioridades e incluírem o tema das negligenciadas em sua pauta de investigações. Mais que isto, a relação multidisciplinar em pesquisa também se faz necessária e desejável. De fato, a abordagem de investigação dessas doenças se incluem de forma concreta na estratégia das Metas do Milênio, à qual o país aderiu. Nesse sentido, há iniciativas que contemplam esta visão agregadora (VILLA, 2009) no âmbito da pesquisa, da mesma forma como a abordagem de controle ou eliminação das próprias doenças negligenciadas comporta essa visão integrativa, conforme sugere a resolução da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a Eliminação das Doenças Negligenciadas e outras Infecções relacionadas com a Pobreza (OPAS, 2009; AULT, 2010).

No que tange à divulgação dos conhecimentos na área, uma demonstração de sua posição de relevo pode ser vista na criação de um periódico internacional, o PLOS Neglected Tropical Diseases, cujo mérito maior não é apenas sua qualidade acadêmica, mas seu acesso livre. Mesmo com essa importante iniciativa, ainda a entaves que devem ser superados. Um deles diz respeito à potencial dificuldade de publicação de artigos da área em revista de relevo internacional devido não à questão do mérito, mas ao pouco interesse editorial de algumas revistas de relevo com temas que não são de interesse de sua área de interesse geográfico/acadêmico. Um agravante à divulgação local é o hábito lastimável perseguido por grande parte de pesquisadores brasileiros em recorrer a esses periódicos, por equivocada indução da CAPES, quando no país, e em outros países com a problemática das negligenciadas, existem periódicos de alta qualidade editorial que podem e desejam dar guarida a esta produção. Nesse sentido, as publicações sobre o tema merecem também mais atenção dos editores das demais revistas científicas brasileiras, uma vez que, devido a sua magnitude geográfica, populacional e a condição emergente em economia o faz o e o país um líder regional em prevalência de muitas dessas doenças (HOTEZ, 2008). De fato, este interesse em privilegiar a divulgação de conhecimentos gerados nesse campo não é recente, principalmente por parte da principais revistas da área de saúde pública no Brasil (WERNECK, 2006). Entretanto, assim como as agências de apoio à pesquisa não devem esmorecer em seu interesse no fomento da pesquisa dirigida à essas doenças, maior espaço deve ser garantido nas publicações periódicas para que se dê vazam à produção sobre as doenças negligenciadas. Arrisca-se dizer, por fim, abrir mais espaço para aquele percentual de produção que, por variadas razões, que não seja a qualidade acadêmica, muitas vezes não obtém espaço para sua divulgação.

*Marcos da Cunha Lopes Virmond*

## REFERÊNCIAS

AULT, S. K. Pan American Health Organization's Regional Strategic Framework for addressing neglected diseases in neglected populations in Latin America and the Caribbean. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, n. 102. sup. 1, 99-100, 2007

AULT, S. K. NICHOLLS, R.S. El abordaje integral de las enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe: un imperativo ético para alcanzar la justicia y la equidad social: [editorial]/ The comprehensive approach to neglected tropical diseases in Latin America and the Caribbean: an ethical imperative for achieving justice and social equality: [editorial]. **Biomédica**. Bogotá, v30, n. 2, 159-163, jun. 2010. .

BRASIL. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Informe Técnico. Ministério da Saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo: v.44, n.1:200-2, 2010.

CARVALHEIRO, J. R. Epidemias em escala mundial e no Brasil. **Estud. Av.** São Paulo. v. 22, n. 64: 7-17, 2008.

HOTEZ, P. The giant anteater in the room: Brazil's neglected tropical diseases problem. **PLoS Neglected Tropical Diseases**. ; v. 2, n.:77, 2008.

MALAFAIA, G. A importância do encorajamento de estudos sobre as doenças tropicais negligenciadas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 42, n. 5, Oct., 2009.

Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo. Resolución CD 49. R19, "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza"; 2 de octubre de 2009. Fecha de consulta: 19 de mayo de 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es).

VILLA, T. C. S.. Estratégias de pesquisa para o controle de doenças negligenciadas: projetos colaborativos de enfermagem em rede. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, Aug. :439-440, 2009

WERNECK, G.L. A pesquisa brasileira em saúde coletiva sobre as doenças negligenciadas [editorial]/ Brazilian research in public health about neglected diseases [editorial]. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 421-424, jul.-set. 2006.



# CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO E DE HÁBITOS E QUEIXAS VOCAIS DE OPERADORES DE TELEMARKETING

## Work characteristics and the habits and vocal complaints of telemarketers

Mara Keli Christmann<sup>1</sup>

Talita Marin Scherer<sup>2</sup>

Carla Aparecida Cielo<sup>3</sup>

Débora Meurer Brum<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Fonoaudióloga. Mes-tranda do curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria –RS, bolsista CNPq.

<sup>2</sup>Fonoaudióloga. Fonoaudióloga da Escola Antônio Francisco Lisboa, Santa Maria/RS.

<sup>3</sup>Fonoaudióloga. Professora do Curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria - RS. Doutora em Linguística Aplicada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>4</sup>Fonoaudióloga. Fonoaudióloga responsável pela empresa Comunicativa. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – RS.

Recebido em: 24/01/2011

Aceito em: 12/02/2011

CHRISTMANN, Mara Keli *et al.* Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

### RESUMO

**Objetivo:** verificar características de trabalho, hábitos e queixas vocais de operadores de *telemarketing*. **Métodos:** participaram 93 sujeitos, de ambos os sexos, entre 19 e 51 anos. Utilizou-se questionário com perguntas abertas e fechadas sobre idade, sexo, tempo de serviço, carga horária, usos vocais incorretos, hábitos e queixas vocais e possíveis causas. Análise estatística pelo Teste T e Qui-Quadrado, ambos com significância de 0,05. **Resultados:** Houve significância estatística em favor das mulheres ( $p=0,021$ ), com média de idade (28,84) maior do que a masculina (24,41) ( $p=0,021$ ); ingestão de café e ou chá preto (70,97%,  $p=0,003$ ); não realização de outra atividade com demanda vocal (83,87%,  $p=0,000$ ); não utilização de pastilhas ou *sprays* (93,55%,  $p=0,000$ ); não utilização de tabaco (81,72%,  $p=0,000$ ) nem de álcool (87,10%,  $p=0,000$ ); diversas queixas vocais (57,77%,  $p=0,000$ ) atribuídas aos maus hábitos vocais (26,88%,  $p=0,000$ ). Percentualmente, houve maioria de adultos jovens (96,7%), com menos de quatro anos de trabalho, jornada de

trabalho de até seis horas diárias, além de quantidade insuficiente de hidratação (58,06%). **Conclusão:** A maioria dos teleoperadores foi de mulheres adultas jovens, porém mais velhas e com tempo de trabalho maior do que os homens. No grupo, a média do tempo de trabalho foi discretamente maior do que a referida pela literatura, com jornada de até seis horas diárias. Predominaram a ingestão de café e ou chá preto e a baixa hidratação, e a presença de queixas e alterações de voz e ou de fala, atribuídas aos usos incorretos.

**Palavras-chave:** Voz. Distúrbios da voz. Disfonia. Qualidade da Voz. Saúde do Trabalhador.

## ABSTRACT

**Purpose:** *to verify characteristics of work, habits and vocal complaints of telemarketers. Methods:* 93 persons participated in both genders between 19 and 51 years old. Questionnaire with open and closed questions was used on age, gender, service time, workload, incorrect vocal uses, vocal habits and complaints and possible causes. Statistical analysis by t test and chi-square, both with significance 0.05. **Results:** *It had statistical significance for the women ( $p = 0.021$ ), average age (28.84) higher than the male (24.41) ( $p = 0.021$ ), ingestion of coffee and or black tea (70.97%,  $p = 0.003$ ), not with another activity with vocal demand (83.87%,  $p=0,000$ ); not use of tablets or sprays (93.55%,  $p=0.000$ ); not tobacco use (81.72%,  $p=0.000$ ) nor of alcohol (87.10%,  $p=0.000$ ); several vocal complaints (57.77%,  $p = 0.000$ ) attributed to the bad vocal habits (26.88%,  $p=0.000$ ). Percentilely, it had majority of young adults (96.7%), with less than four years of work, working hours of up to six hours a day, and not enough hydration (58.06%). Conclusion:* *The majority of the teleoperators was young adult women, but older and more time working than men. In the group, the average working time was higher than that in the related literature, with the working time up to six hours. Predominant intake of coffee or black tea and the low hydration, and the presence of complaints and changes in voice and or speech, attributed to incorrect uses.*

**Keywords:** *Voice. Voice Disorders. Dysphonia. Voice Quality. Occupational Health.*

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

CHRISTMANN,  
Mara Keli et al.  
Características  
de trabalho e  
de hábitos e  
queixas vocais  
de operadores  
de telemarketing.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 215-  
228, 2010.

## INTRODUÇÃO

As centrais de teleatendimento ou *telemarketing* são geralmente denominadas, em linguagem empresarial, como *call centers*. São empresas especializadas, prestadoras de serviços nessa modalidade, em que os trabalhadores são chamados operadores de *telemarketing* ou teleatendentes, sendo uma profissão nascida da antiga profissão de telefonista (SILVA, *et al.*, 2006; PERES *et al.*, 2006; SILVA, 2007). Os operadores de *telemarketing* utilizam seu tempo de trabalho realizando chamadas telefônicas, fazendo *marketing* à distância, operando, simultaneamente, terminais de computadores para estabelecer comunicação com clientes ou com a população usuária de serviços públicos e privados, com hora, tempo e destinatários previamente programados (VIEIRA e ASSUNÇÃO, 2004; ASSUNÇÃO *et al.*, 2006; PERES *et al.*, 2006; SILVA, 2007).

A área de teleatendimento vem se expandindo de maneira rápida, transformando-se no maior empregador na área de serviços (PERES *et al.*, 2006; VERGARA *et al.*, 2006; SILVA, 2007; FERREIRA *et al.*, 2008; MOCELIN e SILVA, 2008), por se tratar de uma nova alternativa para dinamizar os lucros da empresa, onde o teleoperador torna-se o seu principal representante, interferindo diretamente no seu sucesso (ASSUNÇÃO *et al.*, 2006; BEHLAU, 2008; FERREIRA *et al.*, 2008)

O crescimento constante desta modalidade do *marketing* exige do operador de *telemarketing* constante aperfeiçoamento, em função do importante papel que desempenha na comunicação entre a empresa e os clientes. A voz é um dos principais recursos do teleoperador, pois o cliente tem apenas o som da voz como referência da empresa. Vozes roucas e maltratadas transmitem a imagem de uma empresa descuidada, perdendo muita credibilidade comercial (SILVA *et al.*, 2006, FORTES *et al.*, 2007; NETO *et al.*, 2008; LOWELL *et al.*, 2008). Assim, é de extrema importância a atuação fonoaudiológica, sendo relevantes os estudos que visem conhecer melhor as características, necessidades e possibilidades de atuação com tal população.

Apesar de sua importância, geralmente o operador de *telemarketing* não dispõe de ambiente de trabalho adequado para o bom desempenho profissional, sendo que o ar condicionado frequentemente encontra-se forte ou desregulado, causando ressecamento do trato vocal, dificultando a vibração livre das pregas vocais e podendo resultar na produção de pigarro (PINHO, 2007; MOCELIN e SILVA, 2008). Ainda, a falta de isolamento acústico interfere nas ligações de modo que o teleoperador necessita intensificar a emissão vocal e aumentar o volume do *headset* - conjunto de fone de ouvido com

controle de volume e microfone acoplado para uso em computadores multimídia (SILVA, 2007; FERREIRA *et al.*, 2008). Outras condições desfavoráveis também são comumente encontradas, como a manutenção de posturas inadequadas, utilização contínua da voz, iluminação deficiente e restrições à satisfação das necessidades fisiológicas (JONES *et al.*, 2002; SILVA, 2007; FORTES *et al.*, 2007), além do constante estresse, uma vez que o teleoperador precisa tratar com demandas pessoais específicas e muitas vezes com o descontrole emocional do cliente, devendo desempenhar sua função de maneira eficiente e produtiva, atingindo parâmetros determinados e obedecendo a rígidos mecanismos de controle de tempo, conteúdo, comportamento e volume de serviços estabelecidos pela empresa (SILVA *et al.*, 2006).

Os operadores de *telemarketing* enquadram-se na categoria de profissionais da voz, pois a utilizam como principal instrumento de trabalho e, para eles, os problemas vocais significam muito mais do que para pessoas que não necessitam da voz para trabalhar (SOARES e BRITO, 2006; FORTES *et al.*, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2008; LOWELL *et al.*, 2008; UEDA *et al.*, 2008). Por esse motivo, torna-se tão importante para os fonoaudiólogos conhecer as características do comportamento vocal deste tipo de profissional, visando traçar metas para reduzir a ocorrência de possíveis problemas vocais, tais como a disfonia.

Considerando que os operadores de *telemarketing* estão constantemente expostos a diversos fatores de risco para o desenvolvimento de disfonias, o presente trabalho pretende verificar as características de trabalho, hábitos e queixas vocais de operadores de *telemarketing*.

## MÉTODOS

A pesquisa caracterizou-se por ser descritiva, transversal, retrospectiva, de caráter quantitativo, com a utilização de banco de dados de clínica-escola de Fonoaudiologia.

Os critérios de inclusão adotados para seleção dos registros do banco de dados dos sujeitos da amostra foram: ser operador de *telemarketing*, e conter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (norma 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/1996) assinado, autorizando a utilização das informações desde que mantido o sigilo sobre a identidade.

O critério de exclusão adotado foi o de registros com dados incompletos.

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

Do total de 103 registros de operadores de telemarketing do banco de dados, de três diferentes empresas, dez foram excluídos por conterem dados incompletos.

Desta forma, foram considerados para a amostra 93 registros de sujeitos de ambos os sexos com idade de 19 a 51 anos (média de 35 anos).

Dos registros da amostra, foram utilizados dados relativos a aspectos como idade; sexo; tempo de serviço; carga horária; presença de fatores de risco para possíveis disfonias, tais como uso de pastilhas ou *sprays* anestésicos, consumo de água, uso de tabaco, consumo de café, chá preto, bem como de bebidas alcoólicas; e exercício de outra atividade profissional com demanda de voz, baseados na literatura sobre uso vocal (PINHO, 2007; BEHLAU, 2008; UEDA *et al.*, 2008; BEHRMAN *et al.*, 2008; BEHLAU e OLIVEIRA, 2009).

Os critérios utilizados para classificar o nível do consumo de água foram os da literatura (PINHO, 2007; BEHLAU, 2008; BEHLAU e OLIVEIRA, 2009).

A pesquisa no banco de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem 23081.016945/2010-76.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados estatisticamente por meio do Teste T e Qui-Quadrado, ambos com nível de significância de 0,05.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados nas tabelas de um a cinco, expostas a seguir.

Tabela 1 – Idade e sexo dos teleoperadores

	Feminino			Masculino			Teste t		
	$\bar{x}$	n	$\sigma$	$\bar{x}$	n	$\sigma$	t-valor	gl	p-valor
Idade(anos)	28,84	76	7,48	24,41	17	4,33	2,35	91	0,021*

$\bar{x}$  = média;  $\sigma$  = desvio padrão; n = número de indivíduos; t-valor = valor da estatística t; gl= graus de liberdade

Tabela 2 – Carga horária diária de trabalho dos teleoperadores

Sexo	Feminino	Masculino	Total	p-valor
Idade	19 a 44 anos	45 a 64 anos	19 a 44 anos	
Até 6 horas diárias	53 (56,99%)	2 (2,15%)	11 (11,83%)	p=0,9523
Mais de 6 horas diárias	19 (20,43%)	1 (1,07%)	7 (7,50%)	27 (29%)

Tabela 3 - Tempo de trabalho dos teleoperadores

	Feminino		Masculino		Teste t		
	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	t-valor	gl	p-valor
Tempo de trabalho (anos)	3,68	76	2,63	17	1,144	91	0,2557

$\bar{x}$  = média; n = número de indivíduos; t-valor = valor da estatística t; gl = graus de liberdade

Tabela 4- Hábitos e outras demandas vocais dos teleoperadores

Hábitos e outras demandas vocais	Sim		Não	Total	p-valor
	Até 6 copos	Mais de 6 copos			
Consumo de Água	54 58,06%	39 41,94%	0 0%	93	p=0,271
Outra profissão com demanda vocal	15 16,13%	78 83,87%	0	93	p=0,000*
Canto	10 10,75%	83 89,25%	0	93	p=0,000*
Pastilhas ou spray para melhorar a voz	6 6,45%	87 93,55%	0	93	p=0,000*
Tabaco	17 18,28%	76 81,72%	0	93	p=0,000*
Álcool	12 12,90%	81 87,10%	0	93	p=0,000*
Café/Chá Preto	66 70,97%	27 29,03%	0	93	p=0,003*

Teste do Qui-Quadrado; p-valor= 0,05

Conforme os registros do banco de dados, as queixas vocais foram agrupadas nas seguintes categorias: **a) Disestesias**, incluindo as sensações relatadas de dor, fadiga, esforço, pigarro, tosse, “garganta seca”, ardência, tensão e ou falta de ar ao falar; **b) Alterações da qualidade vocal e ou de fala**, que incluiu as queixas de perda de voz, falar rápido, “alto”, “baixo”, rouquidão e ou problema de dicção, e, dos 90 que responderam este item, cinco mencionaram a presença de Refluxo Gastroesofágico (RGE) (Tabela 5). Salienta-se que a maioria dos teleoperadores (n= 78; 83,87%) referiu mais de uma queixa vocal. Três dos 93 sujeitos referiram não apresentar nenhuma queixa vocal.

As possíveis causas das queixas de voz foram agrupadas nas categorias: **a) Características do ambiente de trabalho**, que incluiu falta de água, ar condicionado, limitação do microfone, grande fluxo de

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

ligações, cadeiras inadequadas, pouco tempo de intervalo; **b) Maus hábitos vocais**, que incluiu consumo de cigarro, falar em excesso, falta de cuidado com a voz, falar rápido, mau uso da respiração, falar “alto”, fala repetitiva, mesma posição; **c) Problemas de saúde**, que incluiu rinite, sinusite, RGE, problemas de coluna ou de postura, estresse, dificuldade de audição, problemas inflamatórios, predisposição familiar, e pouca ingestão de água (Tabela 5).

Tabela 5- Queixas vocais e prováveis causas referidas pelos teleoperadores

Queixas vocais	n (%)	P – valor
Disestesias	29 (32,22)	0,00000*
Disestesias e alterações da qualidade de vocale ou de fala	52 (57,77)	
Alterações da qualidade vocal e ou de fala	9 (10)	
<b>TOTAL</b>	<b>90 (100)</b>	
Causa		
Características do ambiente de trabalho	17 (18,27)	0,00000*
Maus hábitos vocais	25 (26,88)	
Problemas de saúde	10 (10,75)	
Características do ambiente de trabalho e problemas de saúde	1 (1,07)	
Características do ambiente de trabalho e maus hábitos vocais	6 (6,41)	
Predisposição familiar e pouca ingestão de água	1 (1,07)	
Não sabem ou não responderam	33 (35,48)	
<b>TOTAL</b>	<b>93 (100)</b>	

n = número de indivíduos; p-valor= 0,05

## DISCUSSÃO

Neste estudo, a faixa etária que predomina percentualmente é de adultos jovens (Tabela 1 e 2), sendo este resultado também encontrado em outros trabalhos (VENÇO, 2006; SILVA *et al.*, 2006; FERREIRA *et al.*, 2008; MOCELIN e SILVA, 2008). Os teleoperadores normalmente constituem-se de população jovem, estando geralmente em uma fase decisiva da vida, sobretudo profissional, desse modo, pode-se supor que não há uma pretensão em manter-se por muito tempo e realizar carreira nesse ramo (FERREIRA *et al.*, 2008).

Outra justificativa provável para a maioria percentual de adultos jovens nessa profissão é o fato de que a idade pode influenciar a produção vocal, pois com a idade avançada tendem a surgir alterações relacionadas ao envelhecimento das estruturas, bem como alterações hormonais, entre as quais destacam-se o decréscimo da frequência fundamental, a rouquidão, a diminuição da intensidade vocal e a so-

prosidade (MENEZES e VICENTE, 2007; MIFUNE *et al.*, 2007; FERREIRA *et al.*, 2008; GAMA *et al.*, 2009). Tais alterações influenciam consideravelmente o exercício profissional.

Além disso, outro aspecto que tem atraído jovens para esse ramo é a possibilidade de trabalhar, em média, apenas seis horas diárias (SILVA, 2007), ter um salário razoável e alguns benefícios, além da chance para poder conciliar outro emprego, faculdade, e ter mais tempo para a família (SILVA *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2006; BEHLAU, 2008), o que converge com o presente estudo em que houve predomínio percentual de até seis horas diárias de trabalho para ambos os sexos (Tabela 2).

Quanto ao sexo, esta pesquisa mostrou predomínio significativo do sexo feminino (Tabela 1), estando de acordo com recentes estudos (FORTES *et al.*, 2007; UEDA *et al.*, 2008).

Possivelmente, tal achado possa estar relacionado ao fato do trabalho envolver atendimento que exige relativa delicadeza na comunicação, comportamento naturalmente mais característico das mulheres (MOCELIN e SILVA, 2008). No entanto, estudo atual mostrou porcentagem próxima de homens e mulheres atuando como teleoperadores, sendo 45% do sexo masculino e 55% do sexo feminino (FERREIRA *et al.*, 2008).

No que se refere ao tempo de trabalho, as empresas de teleatendimento se caracterizam pela alta rotatividade, devido ao perfil do trabalhador e por ser considerada uma ocupação temporária e não uma profissão, sendo a permanência média de tempo de trabalho de um ano e quatro meses (OLIVEIRA e JACQUES, 2006; SILVA, 2007; FERREIRA *et al.*, 2008), concordando com outro estudo em que se observou que 80% dos operadores de *telemarketing* não possuíam mais do que dois anos de emprego. No presente estudo, os resultados convergem parcialmente com os da literatura, observando-se predomínio de até 3,68 anos de trabalho para as mulheres e de 2,63 anos para os homens (Tabela 3), tempos de trabalho discretamente mais elevados do que refere a literatura.

Um dos possíveis fatores que a literatura traz para o tempo de trabalho de poucos anos são as condições não favoráveis para o exercício vocal, podendo gerar alterações na voz, impossibilitando o exercício da profissão (PERES *et al.*, 2006; FERREIRA *et al.*, 2008).

Considerando-se os achados deste estudo de predomínio feminino significativo, assim como média de idade feminina significativamente maior do que a média de idade masculina, além de média de tempo de trabalho das mulheres percentualmente maior do que a média dos homens, parece que as mulheres da presente amostra permanecem mais tempo trabalhando nesse ramo.

CHRISTMANN,  
Mara Keli et al.  
Características  
de trabalho e  
de hábitos e  
queixas vocais  
de operadores  
de telemarketing.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 215-  
228, 2010.

CHRISTMANN,  
Mara Keli et al.  
Características  
de trabalho e  
de hábitos e  
queixas vocais  
de operadores  
de telemarketing.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 215-  
228, 2010.

Quanto às condições em que o teleoperador atua, existem vários fatores que interferem na qualidade do trabalho, como aparelhos de ar condicionado (NETO *et al.*, 2008), estresse, ambientes fechados com locais de fumantes, instalações e equipamentos pouco confortáveis (SILVA, 2007; BEHLAU, 2008). Associados aos fatores ambientais, têm-se os chamados usos incorretos da voz, mencionados em também noutro estudo que verificou: falar muito (69%), comer chocolate (65%), tomar café (60%) e tabagismo (24%) em teleoperadores. Ainda, em trabalho realizado com vendedores, os hábitos relacionados à voz mais citados foram falar muito (83%), tomar gelado (73%), tomar café (68%), ingerir derivados de leite (61%), comer chocolate (56%), gritar (27%) e fumar (24%) (FERREIRA *et al.*, 2008).

No presente estudo, quanto aos hábitos inadequados, foi estatisticamente significativa a ingestão de café e ou chá preto e houve predomínio percentual de quantidade insuficiente de hidratação (PINHO, 2007; BEHLAU, 2008). Um dado positivo no grupo estudado é que a maioria significativa não realiza outra atividade com demanda vocal, não canta, não utiliza pastilhas ou *sprays*, não fuma e não ingere álcool (Tabela 4).

O consumo de café ou chá preto pode favorecer o RGE, que é extremamente irritante para as sensíveis mucosas da laringe (BEHRMAN *et al.*, 2008; BEHLAU, 2008), sendo que neste estudo poucos teleoperadores referiram queixa sugestiva de RGE. Quanto à hidratação, é um dos fatores que contribui para a saúde orgânica e funcional da laringe, sendo um hábito de higiene vocal importante na manutenção da qualidade de voz, sobretudo para os profissionais que necessitam da mesma (BEHLAU, 2008). A eficácia da hidratação para a boa produção vocal é descrita em estudos que a apontam como um dos fatores importantes na diminuição das queixas vocais e, conseqüentemente, na melhora da produção vocal (VERDOLINI *et al.*, 2002; UEDA *et al.*, 2008; BEHRMAN *et al.*, 2008; BEHLAU e OLIVEIRA, 2009).

Os hábitos inadequados para saúde vocal podem gerar diversas queixas vocais entre os teleoperadores (UEDA *et al.*, 2008; BEHRMAN *et al.*, 2008; BEHLAU e OLIVEIRA, 2009). No Brasil, uma pesquisa pioneira realizada com esses profissionais, revelou que, apesar de satisfeitos com a voz, os teleoperadores apresentavam queixas vocais principalmente de ressecamento de garganta, cansaço ao falar e rouquidão (FERREIRA *et al.*, 2008). Convergingo com essa pesquisa, o presente estudo também revelou que a maioria significativa do grupo estudado referiu a presença de disestesias vocais paralelamente a queixas de alterações de voz e ou de fala, atribuindo como causa significativa os maus hábitos vocais (Tabela 5), o que

revela um certo grau de conhecimento sobre o assunto por parte dos teleoperadores deste estudo, concordando com outro, no qual 51% dos indivíduos também atribuíram tais sintomas aos usos incorretos (FERREIRA *et al.*, 2008). Assim, recomendações de higiene vocal são importantes para a prevenção de distúrbios vocais neste meio (FORTES *et al.*, 2007; NETO *et al.*, 2008; UEDA *et al.*, 2008).

Cabe ressaltar, ainda, que existem diferenças hormonais e estruturais importantes entre os sexos, sendo que as mulheres possuem maior concentração de fibronectina, precursor para formação de cicatriz que pode favorecer o desenvolvimento de nódulos vocais (FORTES *et al.*, 2007; BEHLAU, 2008; FERREIRA *et al.*, 2008) e o homem possui mais ácido hialurônico, cuja função é absorver os impactos, protegendo as pregas vocais de possíveis fonotraumas (BARBOSA *et al.*, 2008). Mais um agravante para o sexo feminino é que baixos índices de proporção glótica são frequentemente acompanhados de fechamento glótico incompleto, com formação de fenda triangular posterior (FLORIANI *et al.*, 2007; BEHLAU, 2008). Tais características femininas, quando associadas a comportamentos de uso incorreto podem gerar hipertensão vocal e disestesias, como as citadas no presente estudo (tabela 5), possibilitando o aparecimento de fenda triangular médio-posterior e até nódulos vocais (JONES *et al.*, 2002). Tal fato possivelmente esteja contribuindo para o elevado número de queixas vocais da amostra da presente pesquisa em que predominam mulheres, considerando-se o fato de não haver tantos usos incorretos.

Em pesquisa realizada com teleoperadores e um grupo de controle, foi possível constatar que o teleoperador tem duas vezes mais chance de apresentar um ou mais sintomas vocais, principalmente se for mulher, fumante, tiver problemas nasais, estiver exposto a ambiente frio e se for sedentário (JONES *et al.*, 2002), o que também converge com os achados deste estudo em que a maioria dos sujeitos era do sexo feminino e apresentou mais de uma queixa vocal (tabela 5).

As frequentes queixas vocais que têm sido relatadas entre profissionais da voz, podem ser consequência do estresse sofrido na profissão e também da falta de aquecimento vocal que leva muitos profissionais ao uso intensivo da voz sem necessidade (FORTES *et al.*, 2007; SILVERIO *et al.*, 2008).

Considerando-se os resultados deste estudo e a discussão com a literatura, nota-se que ainda falta informação sobre o uso profissional da voz tanto para os empregados quanto para os empregadores em *telemarketing*, sendo que poucos são conscientes de que a voz do teleoperador representa a empresa e que a atuação fonoaudiológica beneficiaria tanto o indivíduo como a empresa (FORTES *et al.*, 2007; FERREIRA *et al.*, 2008).

CHRISTMANN,  
Mara Keli et al.  
Características  
de trabalho e  
de hábitos e  
queixas vocais  
de operadores  
de telemarketing.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 215-  
228, 2010.

CHRISTMANN,  
Mara Keli et al.  
Características  
de trabalho e  
de hábitos e  
queixas vocais  
de operadores  
de telemarketing.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 215-  
228, 2010.

## CONCLUSÃO

A maioria dos teleoperadores deste trabalho foi de mulheres adultas jovens, porém mais velhas e com tempo de trabalho maior do que os homens.

No grupo, a média do tempo de trabalho foi discretamente maior do que a referida pela literatura, sendo de até 3,68 anos para as mulheres e de 2,63 anos para os homens, predominando a jornada de até seis horas diárias.

Predominaram a ingestão de café e ou chá preto e a baixa hidratação, e a presença de queixas e alterações de voz e ou de fala, atribuídas aos usos incorretos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. T.; REIS, E. J. F. B.; CARVALHO, M.; PORTO, L. A.; REIS, I. C.; ANDRADE, J. M. Fatores associados a alterações vocais em professoras. **Cad Saúde Publ.** Rio de Janeiro, v.24, n.6, p. 1229-1238, 2008.

ASSUNÇÃO, A. A.; MARINHO-SILVA, A.; VILELA, L. V. O.; GUTHIER M. H. Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teleatendentes no Brasil. **Rev Bras Saúde Ocupacional.** São Paulo, v.31, n.114, p.47-62, 2006.

BARBOSA, L. H. F.; RAMOS, H. V. L.; NEVES, L. R.; BIASE, N. G.; OSHIMA, C.; PREDROSO, J. E. S. Detecção de receptor de ácido hialurônico em prega vocal humana por método imunohistoquímico. **Rev Bras Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 74, n.2, p. 201-206, 2008.

BEHLAU, M. **Voz: O livro do Especialista.** Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

BEHLAU, M.; OLIVEIRA, G. Vocal hygiene for the voice Professional. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.** Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 149-54, 2009.

BEHRMAN, A.; RUTLEDGE, J.; HEMBREE, A.; SHERIDAN, S. Vocal hygiene education, voice production therapy, and the role of patient adherence: a treatment effectiveness study in women with phonotrauma. **J Speech Lang Hear Res.** Rockville, v.51, p. 350-366, 2008.

FERREIRA, L. P.; AKUTSU, C. M.; LUCIANO, P.; VIVIANO, N. A. G. Condições de produção vocal de teleoperadores: correlação entre questões de saúde, hábitos e sintomas vocais. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** São Paulo, v. 13, n. 4, p. 307-315, 2008.

FERREIRA, L. P.; LUCIANO, P.; AKUTSU, C.M. Condições de produção vocal de vendedores de móveis e eletrodomésticos: correlação entre questões de saúde, hábitos e sintomas vocais. **Rev CEFAC.** São Paulo, v.10, n.4, p.528-35, 2008.

FORTES, F. S. G.; IMAMURA, R.; TSUJI, D. H.; SENNES, L. U. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. **Rev Bras Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 73, n.1, p.27-31, 2007.

FLORIANI, A.; FILHO, E. D. M.; SANTOS, R. S.; JURKIEWICZ, A. L. Proposal for determination of vocal fold nodules position. **Arq Int Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 23-27, 2007.

GAMA, A. C. C.; ALVES, C. F. T.; CERCEAU, J. S. B.; TEIXEIRA, L. C. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. **Pró-Fono.** São Paulo, v. 21, n.2, p. 125-130, 2009.

JONES, K.; SIGMON, J.; HOCK, L.; NELSON, E.; SULLIVAN, M.; OGREN, F. Prevalence and risk factors for voice problems among telemarketers. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.** Chicago, v.128, n. 5, p. 571-577, 2002.

LOWELL, S. Y.; BARKMEIER-KRAEMER, J. M.; HOILT, J. D.; STORY, B. H. Respiratory and laryngeal function during spontaneous speaking in teachers with voice disorders. **J Speech Lang Hear Res,** v. 51, p.333-349, 2008.

MENEZES, L. N.; VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Rev CEFAC.** São Paulo, v. 9, n.1, p.90-98, 2007.

MIFUNE, E.; JUSTINO, V. S. S.; CAMARGO, Z.; GREGIO, F. Análise acústica da voz do idoso: caracterização da frequência fundamental. **Rev CEFAC.** São Paulo, v. 9, n.2, p.238-247, 2007.

MOCELIN, D. G.; SILVA, L. F. S. C. O telemarketing e o perfil sócio-ocupacional dos empregados em call centers. **Cad CRH.** Salvador, v.21, n.53, p.365-387, 2008.

NETO, F. X. P.; NETO, O. B. R.; FILHO, J. S. F.; PALHETA, A. C. P.; RODRIGUES, L. G.; SILVA, A. S. Relationship between working conditions and grade school teachers vocal self-evaluation. **Arq Int Otorrinolaringol.** Salvador, v. 12, n.2: p. 230-238, 2008.

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

OLIVEIRA, S.; JACQUES, M. G. C. Políticas e práticas de gestão e saúde: recortes sobre o trabalho de teleatendimento no Rio Grande do Sul. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.31, n.114, p.63-72, 2006.

OLIVEIRA, S.; REZENDE, M. S.; BRITO, J. Saberes e estratégias dos operadores de *telemarketing* frente às adversidades do trabalho. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.31, n. 114, p. 125-134, 2006.

PERES, C. C.; SILVA, A. M.; FERNANDES, E. C.; ROCHA, L. E. Uma construção social: o anexo da norma brasileira de ergonomia para o trabalho dos operadores de telemarketing. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.31, n.114, p.35-46, 2006.

PINHO, S. M. R. **Manual de higiene vocal para profissionais da voz**. São Paulo: Pró-fono, 2007.

SILVA, M. C. B.; CUNHA, M. B.; SOUZA, C. C. L. S.; MITRE, E. I. Avaliação do Processamento Auditivo em Operadores de Telemarketing. **Rev CEFAC**. São Paulo, v. 8, n. 4, p.536-542, 2006.

SILVA, A. M. Condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores em teleatendimento: uma breve revisão. **Rev Gestão integrada em saúde, trabalho e meio ambiente**. [s.i], v.1, n.3, 2007.

SILVÉRIO, K. C. A.; GONÇALVES, C. G. O.; PENTEADO, R. Z.; VIEIRA, T. P. G.; LIBARDI, A.; ROSSI, D. Ações em saúde vocal: proposta de melhoria do perfil vocal de professores. **Pró-Fono**. São Paulo, v. 20, n.3, p. 177-182, 2008.

SOARES, E. B.; BRITO, C. M. C. P. Perfil vocal do guia de turismo. **Rev CEFAC**. São Paulo, v.8, n.4, p. 501-508, 2006.

UEDA, K. H.; SANTOS, L. Z.; OLIVEIRA, I. B. 25 anos de cuidados com a voz profissional: avaliando ações. **Rev CEFAC**. São Paulo, v.10, n. 4, p.557-565, 2008.

VENÇO, S. Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.31, n.114, p. 7-18, 2006.

VERDOLINI, K.; MIN, Y.; TITZE, I. R.; LEMKE, J.; BROWN, K.; Mersbergen, M. Biological mechanisms underlying voice changes due to dehydration. **J Speech Lang Hear Res**. Rockville, v.45, p.268-281, 2002.

VERGARA, E. F.; STEFFANI, J.; GERGES, S. N. Y.; PEDROSO, M. Avaliação da exposição de operadores de teleatendimento a ruído. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.31, n.114, p.161-172, 2006.

VILELA, L. V. O.; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Cad Saúde Publ.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1069-1078, 2004.

CHRISTMANN, Mara Keli et al. Características de trabalho e de hábitos e queixas vocais de operadores de telemarketing. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 215-228, 2010.

# ENCEFALOPATIA CRÔNICA INFANTIL NÃO PROGRESSIVA: A REALIDADE INESPERADA

## Non Progressive Chronic Encephalopathy: Unexpected Reality

Liciane P. Valarelli<sup>1</sup>  
Sandra de O. Saes<sup>2</sup>  
Leila Maria Vieira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ex-Discente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração- Bauru – USC – SP, Especialista em Motricidade Orofacial com enfoque em disfagia neonatal e em lactentes.

<sup>2</sup>Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração- Bauru – USC – SP. Doutor em Pediatria.

<sup>3</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração- Bauru – USC – SP. Doutor em pediatria.

Recebido em: 10/08/2010  
Aceito em: 28/12/2010

VALARELLI, Liciane P., SAES, Sandra de O. e VIEIRA, Leila Maria. Encefalopatia crônica infantil não progressiva: realidade inesperada. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 229-246, 2010.

### RESUMO

**OBJETIVOS:** analisar, no contexto qualitativo, as experiências vivenciadas por mães de lactentes encefalopatas do diagnóstico à prática do aleitamento materno e demais aspectos alimentares.

**MÉTODOS:** Foi desenvolvido na Clínica de Educação para Saúde, da Universidade do Sagrado Coração, por meio da análise qualitativa, tendo como referencial teórico o interacionismo simbólico e metodológico da “*Ground Theory*”, a qual permitiu descrever as experiências de 10 mães de filhos diagnosticados com Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva.

**RESULTADOS:** Os resultados revelaram três fenômenos: Vivenciando a Gestação, Vivenciando o Parto e Vivenciando o Período Pós-Natal, dos quais emergiram seis categorias: sendo surpreendida pelas intercorrências, recebendo informações, tendo medo, refletindo sobre as informações, vivenciando o processo alimentar e

necessitando de esclarecimentos, que permitiram identificar suas subcategorias. A partir da análise do processo desenvolveu-se a categoria central: ENCEFALOPATIA CRÔNICA INFANTIL NÃO PROGRESSIVA: A REALIDADE INESPERADA.

**CONCLUSÕES:** a análise qualitativa possibilitou a compreensão dos fatores que interferem direta ou indiretamente no período neonatal e que poderiam ser prevenidos ou minimizados por meio de intervenção interdisciplinar sistematizada no período gestacional, puerperal e de lactação.

**Palavras-chave:** Encefalopatia Crônica. Lactentes. Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** *analyze, in the qualitative context, the experiences of mothers of suckles with encephalopathy since the diagnosis to practical of the breast-feeding and the others alimentary aspects.*

**METHODS:** *The study was developed in the Clínica de Educação para Saúde of the Universidade do Sagrado Coração, through qualitative analysis, with the theoretical referential of the symbolic and methodological interaction the “Ground Theory”. This theory allowed describing the experiences of 10 children of mothers diagnosed with non progressive chronic encephalopathy.*

**RESULTS:** *The results evidenced three phenomena: living the gestation, living the childbirth and living the postnatal period. For that reason, six categories emerged: Being surprised by events, receiving information, taking fear, reflecting on the information, the living the process food and requiring clarification, we have identified their subs. Before the analysis of the process which developed a central category: NON PROGRESSIVE CHRONICAL ENCEPHALOPATHY: THE UNEXPECTED REALITY.*

**CONCLUSIONS:** *The qualitative analysis made possible the understanding of the factors that intervene directly or indirectly with the neonatal period and that they could be prevented or be minimized by means of an interdisciplinary intervention adequate and systemize in the gestational period, puerperal and lactation.*

**Keywords:** *Chronic Encephalopathy. Suckling. Qualitative research.*

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Líciene P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

## INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva (ECInP) é definida como uma perturbação funcional do sistema nervoso central, sendo conseqüência de lesão neurológica pré, peri ou pós-natal desenvolvida nos primeiros anos de vida (FRAZÃO, 2004).

O trabalho desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, no ambiente hospitalar, tem proporcionado melhor prognóstico para prematuros, recém-nascidos de baixo peso, com alterações anatômicas e estruturais ou com lesões neurológicas, envolvendo e conduzindo as famílias a enfrentar as dificuldades e reconhecer a importância de um trabalho humanizado junto aos profissionais da saúde.

Além de estabelecer interações afetivas com as mães desses bebês encefalopatas, transformando-os em parceiros na experiência materna de vivenciar o nascimento do filho doente (BELLI, 2000).

Porém, apesar dos esforços e envolvimento das equipes interdisciplinares que atuam nos berçários, os profissionais responsáveis pelos atendimentos terapêuticos efetuados nos primeiros anos de vida destas crianças, têm evidenciado que, muitos familiares encontram significativas dificuldades, que envolvem o entendimento referente às intercorrências, o diagnóstico, a necessidade de orientações e tratamentos específicos (BORGNETH, 1999). Esses poderiam ser melhor trabalhados durante o processo diagnóstico e conseqüentemente minimizadas as ansiedades e desestruturas familiares, as quais freqüentemente estão presentes neste contexto.

A primeira dificuldade vivenciada pela família compreende o momento do diagnóstico, desencadeando diversos sentimentos e atitudes, as quais irão nortear a procura de recursos para enfrentar a nova situação.

Para a mãe o processo de amamentação, muitas vezes representa um desafio, podendo ser impossibilitado ou dificultado por problemas emocionais vivenciados e/ou por inabilidade do neonato, que precisa de condições satisfatórias para executar adequadamente a sucção, porém, nem todos esses bebês apresentam tais condições, quer seja por problemas anatômicos e estruturais ou por alterações neurológicas, freqüentemente presentes em portadores de Encefalopatia Crônica (FIGUEIREDO, 1999; LANA, 2001).

Sendo assim, a atuação dos profissionais da saúde torna-se importante para detectar as dificuldades tanto do bebê quanto da mãe, incentivar, promover apoio, sensibilizar os familiares e auxiliar as mães para a promoção do aleitamento materno, tentando assim, preparar os familiares para aceitação e desenvolvimento do lactente encefalopata (FIGUEIREDO, 1999).

A partir destes pressupostos, o presente estudo teve como objetivo compreender as experiências vivenciadas por mães de lactentes encefalopatas, desde as intercorrências, o diagnóstico, as condutas e à prática do aleitamento materno e demais aspectos alimentares.

## MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido na Clínica de Educação para Saúde (CEPS) da Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru-SP. Inicialmente, o trabalho foi autorizado pela direção da clínica e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração, com protocolo de nº. 107/2005, sendo desenvolvido no período de Maio de 2006 a janeiro de 2007.

Para este estudo foram entrevistadas 10 mães de indivíduos com diagnóstico clínico de Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva, com idade de 0 a 24 meses, por referir-se ao período de lactação. Vale ressaltar que no momento de coleta de dados haviam 10 lactentes atendidos na CEPS e/ou nos estágios de neuro-infantil dos cursos de fonoaudiologia, fisioterapia e/ou terapia ocupacional da USC, com diagnóstico de Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva confirmado e todas as mães dos respectivos lactentes concordaram em participar da pesquisa.

Inicialmente, estabeleceu-se contato com as mães dos pacientes, sendo fornecidas orientações sobre os objetivos e procedimentos a serem desenvolvidos no trabalho, bem como dos aspectos éticos que reservam total sigilo de identificação e individualidade, conforme a Resolução 96/1996 sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Na concordância de tais aspectos, os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa se processou optando por empregar a metodologia inserida nos pressupostos da abordagem qualitativa, buscando informações do processo vivenciado pelas mães. Dentre os principais referenciais teóricos utilizados em pesquisas qualitativas optou-se pelo Interacionismo Simbólico que tem como propósito compreender as razões da ação humana transformada de maneira que a definição dada pelo indivíduo tenha significado (CHARON, 1989). Tal abordagem concebe a “sociedade” como uma entidade composta de indivíduos e de grupos em interação (consigo mesmo e com os outros), tendo como base o compartilhar de sentidos ou significados sob a forma de compreensão e expectativas comuns (HAGUETE, 1992). A “Ground Theory”, foi a metodologia adotada para o desenvolvimento do estudo pois a sua preocupação principal é o estudo

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

dos aspectos internos ou experimentais do comportamento humano. Esse é um processo descrito como amostragem teórica, quando os dados coletados começam a se repetir e novas informações não são mais identificadas (GLASTER e STRAUSS, 1967). Este método tem como fio condutor à formação de categorias indicadas por Chenitz e Swanson (1986), tais autores preconizaram a nomeação dos fenômenos, categorias e subcategorias. Nesse sentido, o processo descritivo constituiu, nesse estudo, um material de análise preliminar e contínua, que avançou para codificação, categorização e subcategorização.

Para esta etapa a pesquisadora utilizou entrevista semi-estruturada, a qual se iniciava por meio de uma pergunta: Conte-me como foi seu pré-natal? Após os relatos, quando naturalmente não surgiam as informações seqüências referentes ao parto e pós-parto, a entrevistadora fazia um novo questionamento: E o parto, como foi? Seguindo a mesma metodologia para a obtenção das informações referentes ao período pós-natal e os aspectos alimentares. Ou seja, com as seguintes questões: E o período após o nascimento, como foi? E a amamentação?

As mães iniciavam as suas histórias contando as dificuldades, inseguranças e medos encontrados até o momento da entrevista. Quando não surgiam espontaneamente informações sobre as possíveis intercorrências, situações de aleitamento materno e demais aspectos alimentares, a entrevistadora questionava tais aspectos.

As entrevistas foram gravadas em fita k-7 e posteriormente transcritas. Para facilitar a localização das informações, as entrevistas foram numeradas de 1 a 10, conforme sua ocorrência e as falas foram transportadas nas folhas por frases ditas pelas mães, utilizando uma seqüência de numeração. Exemplificando: (5.3) refere-se à entrevista número 5, sendo que a fala transcrita se encontra na página de número 3.

Após a transcrição das entrevistas, todas as informações foram analisadas e comparadas, efetuando-se assim o processo de codificação, categorização, subcategorização e nomeação dos fenômenos.

Identificados todos os fenômenos e suas respectivas categorias e sub-categorias, buscou-se a identificação da categoria central, a qual faz parte do método Ground Theory, a validação de uma ilustração que transporte para a imagem os aspectos teóricos estudados. Esta validação é realizada de acordo com as recomendações de Strauss & Corbin (1998), autores que descrevem a importância da representação ilustrativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade materna na época do nascimento do lactente variou entre 19 e 40 anos. Referente ao número de gestações, 7 mães eram primigestas, 1 mãe estava na segunda gestação, outra na terceira e outra mãe havia tido cinco gestações anteriores. Para a idade gestacional ao nascimento, 4 lactentes nasceram com menos de 37 semanas e 6 lactentes nasceram com idade gestacional entre 37 a 40 semanas. A idade dos lactentes, no momento da entrevista, variou de 8 a 23 meses e dos 10 lactentes acompanhados, 7 eram do sexo masculino e 3 femininos.

O dado referente à idade materna neste estudo, encontra-se de acordo com estudos (TAKIUTI, 1999; BRASIL, 2006) descritos na literatura, na qual a maioria dos registros de partos ocorreu na idade reprodutiva, ou seja, entre 20 e 35 anos.

De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, neste estudo 4 bebês nasceram pré-termos enquanto que 7 nasceram a termo.

Das mães participantes, 7 relataram intercorrências gestacionais, sendo o maior índice para sangramento, ocorridos entre o 2º e 5º mês gestacional. As intercorrências peri-natais foram relatadas por 7 mães, sendo que 5 destas são as mesmas que relataram intercorrências pré-natais, sendo o maior índice para asfixia durante o parto. As intercorrências pós-natais foram relatadas por 6 mães sendo que 3 dessas mães relataram intercorrências pré, peri e pós natais.

A análise qualitativa dos depoimentos possibilitou a constatação de 3 fenômenos que representaram o processo vivenciado, sendo caracterizado como: vivenciando a gestação, vivenciando o parto e vivenciando o período pós-natal.

O primeiro fenômeno descreve fatos ocorridos durante a gestação. As categorias que integraram este fenômeno foram podem ser vistas na Figura 1.

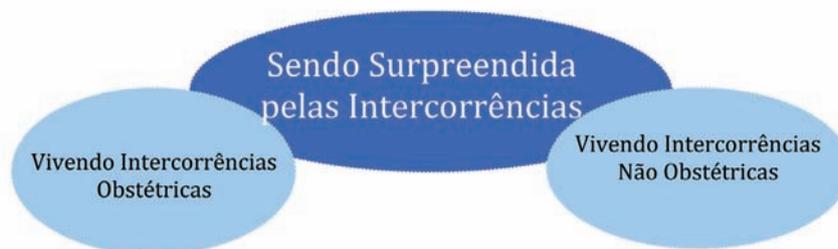


Figura 1– Categoria Sendo Surpreendida pelas Intercorrências

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

Sendo surpreendida pelas intercorrências exprime momentos inesperadas, que atinge a gestante e todos os membros da família. As subcategorias descobertas foram:

Vivendo as intercorrências obstétricas:

Reflete e exprime os momentos vividos pelas mães durante a gestação, diretamente relacionados com o bebê, causando insegurança.

”... No 4o mês, meu filho queria nascer daí deram pontos para eu segurar ele...” (4.2).

Vivendo as intercorrências não obstétricas:

Relata experiências não obstétricas vividas, as quais geraram ansiedade e preocupação, quanto as possíveis conseqüências para o bebê.

“... Sofri acidente de moto quando estava no 7º mês...” (2.1).

Pode-se presenciar neste trabalho, no primeiro momento a vivência com a gestação, no qual as mães se depararam com intercorrências pré-natais, sugerindo preocupação. Alguns estudos comprovam que tais intercorrências influenciam o diagnóstico de encefalopatia (PAZ, 2003; LIMONGI, 2003; FRAZÃO, 2004). Na presença de um fator de risco na gestação os pais e profissionais da área de saúde devem estar atentos durante o desenvolvimento do bebê.



Figura 2 – Categoria Recebendo Informações

A categoria recebendo informações (Figura 2) revela o momento em que as mães recebem orientações dos profissionais da saúde sobre as condições e desenvolvimento da gestação. As subcategorias constatadas foram:

### Recebendo Orientações sobre a Gestação

Exprime informações oferecidas pelos profissionais da saúde durante o período gestacional.

“... No meu ultra-som, a médica já me informou que a placenta estava baixa...” (1.1).

## Recebendo orientação sobre amamentação

Caracteriza o momento em que as mães recebem orientações, objetivando a promoção do aleitamento materno.

“... No pré-natal, o ginecologista me falou de como o meu leite era bom para o meu filho...” (4.1).

O pré-natal desempenha um papel importante de cuidados preventivos em gestantes, objetivando a orientação quanto à promoção da saúde e do bem-estar, além de enfatizar o tratamento de problemas que afetam as mães e seus filhos (CARROLI, ROONEY e VILLAR, 2001; DINKEVICH e OZUAH, 2002), e de orientar e incentivar as mães a amamentarem os mesmos (VASCONCELOS, LIRA e LIMA, 2006).

O pré-natal realizado, segundo as mães desta pesquisa foi superficial e sucinto, não sendo percebido como um programa de atenção a saúde das gestantes e de seus filhos, embora em alguns casos fossem constatados o incentivo ao aleitamento materno. Estudos realizados em unidades básicas de saúde comprovam a falta de efetividade na atenção ao pré-natal (PICCINI *et al.*, 2007).

No segundo fenômeno identificado “Vivenciando o parto” as participantes relataram momentos envolvendo o nascimento do filho e situações inesperadas. As categorias que integram este fenômeno foram: tendo medo (Figura 3) e refletindo sobre as informações.



Figura 3 – Categoria: Tendo medo

Na primeira categoria as experiências expressam situações indesejadas, ocorridas ao neonato no momento do nascimento, proporcionando sentimento de dúvida, fazendo os pais enfrentarem essas experiências. Sendo assim, pode-se descobrir as subcategorias:

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

## Vivenciando experiências traumáticas

Traduz as experiências vividas pelas mães relacionadas às intercorrências do parto, as quais causaram choque.

“... No parto, minha filha teve parada cardíaca e falta de ar...”(3.1).

## Tendo que enfrentar a experiência

Relata as experiências das mães no decorrer do parto e a necessidade de enfrentar a experiência.

“... Quando nasceu, ele ficou internado 4 dias por nascer com falta de oxigênio e batimentos cardíacos baixos, indo direto para UTI...” (10.1).

As experiências traumáticas, pelo nascimento de um bebê permeado por intercorrências, fizeram com que as mães refletissem sobre a saúde de seus filhos, desestruturando a família. Alguns autores descrevem sobre a luta e batalha dos pais para recuperar o equilíbrio e enfrentar as dificuldades encontradas com os filhos encefalopatas (VASH, 1988; ASSUMPCÃO Jr e SPROVIERI, 1993; MILLER, 1995, BELLI, 2000; NADER, 2004).



Figura 4 – Categoria Refletindo sobre as Informações e subcategorias

A categoria refletindo sobre as informações (Figura 4) reflete as informações fornecidas e a falta que as mães sentiram quando não receberam informações suficientes pelos profissionais da saúde sobre as condições do neonato. As subcategorias envolvidas foram:

## Recebendo Informação

É o momento em que as mães pensam sobre as informações transmitidas pelos profissionais da saúde sobre as condições do neonato, assim como orientações para promover a saúde do mesmo.

“... O médico me informou que a placenta saiu antes da minha filha, com isso ela teve falta de oxigênio e precisou ser reanimada...” (1.2).

## Sentindo falta de informações

Revela os momentos em que os pais sentem a necessidade de informações e não as obtiveram dos profissionais da saúde, trazendo dúvidas, desconhecimento do quadro clínico de seus filhos e insegurança para cuidar dos mesmos.

“... Eu tive ele normal, fiz pré-natal, fiz tudo certinho, não me falaram nada, não sabia o que estava acontecendo...” (5.2).

As situações vividas fizeram com que todos da família pensassem sobre as informações dadas pela equipe de saúde ou sobre a necessidade que sentiram de tais informações.

As mães deste estudo tiveram que enfrentar esta experiência durante o parto de seus filhos, tendo que aceitar a ausência dos mesmos por estarem internados necessitando de maiores cuidados médicos. É inegável importância da orientação dos profissionais da saúde para que a família aprenda a lidar de forma adequada com a nova situação (BORGNETH, 1999).

No entanto, neste estudo notou-se que as mães sentiram falta das informações e orientações médicas, fato que as deixou perdidas, sem saber da saúde de seus filhos.

O último fenômeno desvelado “Vivenciando o período pós-natal” mostrou acontecimentos vividos após o parto, permeados pela busca de esclarecimento, orientações, apoio e tratamentos. Este fenômeno integrou as categorias: vivenciando o processo alimentar (Figura 5), necessitando de esclarecimentos e refletindo sobre o apoio.



Figura 5 – Categoria Vivenciando o Processo alimentar

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

*Na primeira categoria as experiências denotam as dificuldades, dúvidas, soluções e auxílios encontrados por essas mães para conseguirem amamentar naturalmente seus filhos. Esta categoria integrou as subcategorias:*

## **Tendo dificuldade para amamentar**

Denota as dificuldades das mães após o nascimento do filho para oferecer o leite materno.

“... Foi pra casa sem sonda, só que a médica falou que ele já tava conseguindo sugar, só que ele não tava sugando nada...” (7.3).

Tendo dificuldade para alimentar o bebê

Refere-se às dificuldades no processo de alimentação encontradas pelas mães desde o período neonatal até o momento das entrevistas.

“... Ele engasgava bastante, nós passamos um sufoco com ele para comer, um horror...” (9.2).

## **Recebendo informações sobre aleitamento**

Refere-se às informações recebidas pelos profissionais da saúde após o parto.

“... O banco de leite e a enfermeira que me falaram sobre o aleitamento materno, depois que ele nasceu...” (6.1).

Quanto às dificuldades para a alimentação, neste estudo, as mães enfatizaram a falta de sucção de seus filhos, tornando uma barreira para o aleitamento materno, além de dificuldades posteriores para a ingestão de alimentos líquidos, pastosos e sólidos, sendo presenciado com engasgos e tosses frequentes.

Crianças diagnosticadas como portadoras de ECInP poderão ter problemas no reflexo de sucção e na sucção coordenada devido a músculos orofaríngeos flácidos (XAVIER, 2000; MARUJO, 1998). Sendo notada assim uma incoordenação entre a sucção/deglutição/respiração causando a disfagia (QUINTELA, SILVA e BOTELHO, 1999).

Todas as mães durante a entrevista relataram vontade de amamentar seus filhos, porém poucas conseguiram e estas fizeram-no por um período curto. Esse acontecimento poderia ser evitado por meio de uma intervenção fonoaudiológica precoce, podendo reverter os padrões funcionais, evitando o desmame precoce (SANCHES, 2002). Os autores Pinelli e Symington (PINELLI e SUMINGTN, 2001) consideraram essa intervenção benigna em 19 estudos revisados pelos mesmos.

As mães também relataram receber informações sobre o aleitamento materno após o nascimento dos filhos, sendo que o pré-natal é o melhor momento para a abordagem adequada do incentivo do mesmo (VENTURA, 2006).



Figura 6 – Categoria Necessitando de Esclarecimentos

A segunda categoria denotou as dificuldades e a busca de soluções das mães bem como a necessidade do apoio da equipe interdisciplinar para a orientação e esclarecimento dos acontecimentos (Figura 6). Esta categoria integrou as subcategorias:

### **Tendo medo do desconhecido**

Exprime as necessidades de uma participação mais efetiva de profissionais que pudessem esclarecer os acontecimentos e possíveis manifestações. As experiências relataram momentos inesperados e difíceis durante o crescimento e desenvolvimento das crianças.

“... A cabeça do I. era mole demais, ele era muito hipotônico, parecia um macarrão...” (9.3).

### **Tendo necessidades de orientações**

Exprime os questionamentos das mães quanto às informações ou dados que poderiam ter sido fornecidos durante o período pré-natal, além da necessidade de uma participação mais efetiva dos profissionais da saúde.

“... Ele é muito bravo, quando fica nervoso, estica as pernas e faz muita força, ficando duro demais...” (4.2).

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Líciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

## Buscando soluções

Relatou a busca das mães por conhecimentos, auxílio, ajuda e condutas para solucionar as dificuldades do filho.

“... Ela vai à fono, fisioterapia e terapia ocupacional...” (3.2).

Este estudo desvelou que as mães sentiram muitas dúvidas e incertezas referentes ao desenvolvimento de seus filhos, tendo que buscar conhecimento, auxílio e ajuda dos profissionais da saúde para enfrentar todas as dificuldades e tentar um melhor prognóstico para seus filhos.

Para o sucesso na reabilitação dessas crianças, as orientações devem ser oferecidas desde o âmbito hospitalar, o clínico até o domiciliar (BORGNETH, 1999; LEVY e RAINHO, 2004).

O estudo buscou fatos incidentes e comuns no discurso das mães, o que tornou possível identificar esses fenômenos e construir um modelo teórico representativo que foi validado e capaz de contextualizar a categoria central “Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva: A Realidade Inesperada”.

Diante da inter-relação entre os fenômenos e buscando compará-los e analisá-los, pode-se identificar as categorias e subcategorias chaves. Sendo esta as estratégias utilizadas para descobrir a categoria central que foi denominada como: ENCEFALOPATIA CRÔNICA INFANTIL NÃO PROGRESSIVA: A REALIDADE INESPERADA.

Nesta categoria (Figura 7) pode-se ilustrar primeiramente uma gestação onde a mãe sonha e espera um filho ideal e perfeito e posteriormente, após o nascimento de um lactente encefalopata, nota-se uma desestruturação familiar, demonstrando que os pais nesse momento encontram-se perdidos e desorientados com relação ao prognóstico de seu filho.



Figura 7 – Categoria Central: Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva: a realidade inesperada

## CONCLUSÃO

Pode-se compreender que todos os lactentes participantes desta pesquisa apresentaram intercorrências em um ou mais dos períodos pré, peri e pós natal. Tais dados alertam para a necessidade de atua-

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

VALARELLI,  
Liciane P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

ção e acompanhamento das gestantes, puérperas, neonatos e lactentes expostos a intercorrências.

As mães sentiram falta de orientações e informações dos profissionais da saúde, principalmente no período pré-natal, referentes aos benefícios do aleitamento materno. Tal responsabilidade aponta para a necessidade de maior envolvimento dos profissionais da saúde no pré-natal, o que possibilitaria melhores condições de vida para as mães e seus bebês, promovendo a prática do aleitamento materno.

Compreender qualitativamente os aspectos referentes à gestação, parto e pós parto, possibilitou conhecer os fatores que interferem direta ou indiretamente no período neonatal e que poderiam ser prevenidos ou minimizados por meio de uma intervenção interdisciplinar adequada e sistematizada no período gestacional, puerperal e de lactação.

## REFERÊNCIAS

- ASSUMPCÃO JUNIOR, F. B.; SPROVIERI, M. H. Deficiência Mental, Família e Sexualidade. São Paulo: Memmon; 1993.
- BELLI, M. A. J. Mães com Filho Internado na UTI Neonatal: um estudo sobre representações sociais [dissertação mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
- BORGNETH, L. R. L. **Estimulação Essencial: Conceituação.** In: LOPES, S. M. B; LOPES, J. M. A. Follow up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- BRASIL: Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. [2006 Nov 10].
- CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. Who Programme to map the best reproductive health practices: how effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Paediatric Perinat Epidemiol**; v. 15, n. 1, p. 1-42, 2001.
- CHARON, J. M. Symbolic interactionism: na introduction, an interpretation, an integration. New York: Prentice Hall; 1989.
- CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. From Practice to Grounded Theory. Menlo Park. Califórnia: Addison-Wesley Publishing Company; 1986.
- DINKEVICH, E.; OZUAH, P. O. Well-child care: effectiveness of current recommendations. **Clin Pediatr**; v. 41, p. 211-7, 2002.
- FIGUEIREDO, A. L. M. **Bebês que recusam o peito.** In: REGO, J. D. Aleitamento Materno. São Paulo: Frontis, 1999.
- FRAZÃO, Y. S. **Disfagia na Paralisia Cerebral.** In: FERREIRA, P. L.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 370-85.
- GLASER, B.G.; STRAUSS, A. L. The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: **Aldine**; 1967.
- HAGUETE, T. M. F. Metodologias, qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1992.
- LANA, A. P. B. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.
- VALARELLI, Liciane P., SAES, Sandra de O. e VIEIRA, Leila Maria. Encefalopatia crônica infantil não progressiva: realidade inesperada. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 229-246, 2010.

VALARELLI,  
Líciãe P.,  
SAES, Sandra  
de O. e VIEIRA,  
Leila Maria.  
Encefalopatia  
crônica infantil  
não progressiva:  
realidade  
inesperada.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 229-  
246, 2010.

LEVY, D. S.; RAINHO, L. **Abordagem em Disfagia Infantil – Proposta fonoaudiológica e fisioterápica.** In: JACOBI, J. S.; LEVY, D. S.; SILVA, L. M. C. *Disfagia: Avaliação e Tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

LIMONGI, S. C. O. **Paralisia Cerebral e Fonoaudiologia.** In: \_\_\_\_\_ . *Fonoaudiologia. Informação para a formação, linguagem: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p 87–122.

MARUJO, V. L. M. B. **Fonoaudiologia em Paralisia Cerebral.** In: SOUZA, A. A. M. C.; FERRARETTO, I. *Paralisia Cerebral: Aspectos Práticos.* São Paulo: Memnon; 1998. p. 207–30.

MILLER, N. B. *Ninguém é Perfeito. Vivendo e Crescendo com Crianças que Têm Necessidades Especiais.* Campinas: Papyrus; 1995.

NADER, S. S. *Atendimento em Sala de Parto.* In: Nader SS, Pereira DN. *Atenção integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2004.

PAZ, J. A. **Encefalopatias Crônicas Infantis não Progressivas (PC).** In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. *Pediatria Básica. Pediatria Clínica Geral.* São Paulo: Savier; 2003. p. 883–99.

PICCINI, R. X. *et al.* *Efetividade da Atenção Pré-Natal e de Periclitura em Unidades Básicas de Saúde do Sul e do Nordeste do Brasil.* **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.;** Recife, v. 7, n. 1, p. 75-85, 2007.

PINELLI, J.; SUMINGTN, A. *Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterms infants.* Cochrane Neonatal Group. *Cochrane Dataase of Systematic Reviews.* Issue 1; 2001.

QUINTELLA, T.; SILVA, A. A.; BOTELHO, M. I. M. R. **Distúrbio da Deglutição (E Aspiração) na Infância.** In: FURQUIM, A. M.; SANTINI, C. S. *Disfagias Orofaríngeas.* Carapicuíba: Pró-Fono; 1999. p. 61–95.

SANCHES, M. T. C. **Amamentação – Enfoque Fonoaudiológico.** In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 50-9.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. organizadores. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.* London: SAGE Publications, 1998.

TAKIUTI, A. D. *Programa Pioneiro dá Atenção Integral à Adolescência.* **Integração;** v. 2, n. 16, p. 4-5, 1999.

TROSTER, E. J.; TOMA, E. Asfixia Perinatal. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência Integrada ao Recém-Nascido. São Paulo: Atheneu; 1996.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e Fatores associados ao aleitamento Materno em Crianças Menores de 24 meses de Idade no Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**; v. 6, n. 1, 2006.

VASH, C. L. Enfrentando a Deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação. São Paulo: Pioneira; 1988.

VENTURA, W. P. **Promovendo o Aleitamento Materno no Pré-natal, Pré-parto e Nascimento.** In: REGO, J. D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 121-36.

XAVIER, C. **Trabalho fonoaudiológico com bebês durante a fase hospitalar.** In: LIMONGI, S. C. O. Paralisia Cerebral – Processo Terapêutico em Linguagem e Cognição (Pontos de Vista e Abrangência). São Paulo: Pró-Fono; 2000.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES NO HRAC/USP\*

## Nursing care to pregnant women at HRAC/USP

Cassiana Mendes Bertoncello Fontes<sup>1</sup>

Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini<sup>2</sup>

Isabel Aurélia Lisboa<sup>3</sup>

Márcia Toita Shinomia<sup>3</sup>

Elaine Mari Santos Rufino<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Doutora em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Diretora Técnica do Serviço de Enfermagem do HRAC/USP, Bauru/SP – Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira do HRAC/USP, Doutora em Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas pelo HRAC/USP, Bauru/SP – Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira do HRAC/USP.

<sup>4</sup>Bolsista PIBIC/CNPq (2009-2010). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia – Universidade Sagrado Coração (USC), Bauru/SP – Brasil.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello e *et al.* Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-268, 2010.

### RESUMO

**Objetivos:** Os objetivos deste estudo são identificar e caracterizar as principais reações emocionais, as frequências absolutas e relativas e os domínios dos diagnósticos de enfermagem de gestantes e familiares mediante o impacto do nascimento de um filho com fissura labiopalatina, defeito congênito comum caracterizado por aberturas anatômicas anormais de lábio e de palato. **Métodos:** A partir de abordagem quali-quantitativa e pesquisa descritiva, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 18 gestantes atendidas no Hospital de Reabilitação e Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo no período de outubro de 2008 a abril de 2009. **Resultados:** Mediante a análise de conteúdo dos dados, constatou-se que as prin-

Recebido em: 07/10/2010

Aceito em: 28/12/2010

\* Pesquisa realizada com apoio financeiro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – 2009/2010.

principais reações emocionais apresentadas pelas gestantes foram: *choro; susto; culpa; preocupação; tristeza; apreensão; medo; nervosismo; surpresa; angústia; choque; depressão; equilíbrio; insegurança; lamentação; luto; e “sem ação”*. A partir dos dados coletados foram elaborados 10 (100%) diagnósticos de enfermagem agrupadas em 4 (100%) domínios. Os diagnósticos de enfermagem em seus respectivos domínios foram: *Ansiedade, Disposição para Enfrentamento Aumentado, Medo, Pesar, Disposição para Enfrentamento Familiar Aumentado e Enfrentamento Familiar Comprometido no domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse; Controle Familiar Ineficaz do Regime Terapêutico e Disposição para Controle Aumentado do Regime Terapêutico no domínio Promoção da Saúde; Disposição para Paternidade/Maternidade Melhorada no domínio Autopercepção e Disposição para Autoconceito Melhorado no domínio Papéis e Relacionamentos*. **Conclusão:** Os resultados deste estudo provêm subsídios para a atuação do enfermeiro na sistematização da assistência de enfermagem, objetivando capacitar os pais para receberem seu bebê, reforçando o vínculo materno-infantil, e promovendo qualidade de vida para a gestante, seus familiares e futuro bebê.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem. Gestante. Fissura Labiopalatina. Diagnóstico de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** *The objectives of this study are to identify and characterize the major emotional reactions, the absolute and relative frequencies and domains of nursing diagnoses to pregnant women and families through the impact of the birth of a child with cleft lip and palate, congenital defect characterized by common abnormal anatomic openings lip and palate.* **Method:** *From qualitative and quantitative approach and descriptive research, there were semi-structured interviews with 18 women at the Hospital of Rehabilitation and Craniofacial Anomalies, University of São Paulo from October 2008 to April 2009.* **Results:** *Through content analysis of the data, it was found that the main emotional reactions displayed by these women were: crying, fright, guilt, concern, sadness, apprehension, fear, nervousness, surprise, distress, shock, depression, balance, insecure, lamentation, mourning, and “no action”. From the data collected were prepared 10 (100%) nursing diagnoses grouped into 4 (100%) fields. The nursing diagnoses in their respective fields were: Anxiety, Increased, Willingness to Fight, Fear, Weigh Provision for Enhanced Family Coping and Coping in the field Committed Family Coping*

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana  
Mendes Betoncello  
e et al. Assitência  
de enfermagem a  
gestante no HRAC/  
USP. *Salusvita*,  
Bauru, v. 29, n. 3, p.  
247-266, 2010.

*/ Stress Tolerance; Family Ineffective Control of the therapeutic regimen for Control and Disposition of Increased therapeutic regimen in the field of Health Promotion, Provision for Parenting Improved in the field of Self-perception and Willingness to Improved Self-concept in the field Roles and Relationships. Conclusion: The results of this study come from subsidies for nursing work in the systematization of nursing care, aiming to enable parents to receive her baby, strengthening the mother-child bond, and promoting quality of life for pregnant women, their families and future baby.*

**Key Words:** *Nursing Care. Woman Pregnant. Cleft Lip and Palate. Nursing Diagnoses.*

## INTRODUÇÃO

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), conhecido carinhosamente como “Centrinho”, é considerado um centro de referência e excelência pela Organização Mundial da Saúde, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, do qual recebeu por duas vezes consecutivas (2009/2010) o prêmio Qualidade Hospitalar, na identificação, tratamento e reabilitação das fissuras labiopalatinas associadas às anomalias craniofaciais. As fissuras labiopalatinas são os defeitos congênitos mais comuns, caracterizados por aberturas anatômicas anormais de lábio e de palato. Desenvolvem-se na 8ª semana do período embrionário para lábio e rebordo alveolar e 12ª para palato. No período pré-natal é possível diagnosticar a malformação através da ultrassonografia, exame de diagnóstico por imagem, sendo possível intervir nas fissuras somente a partir do nascimento da criança (KLAUS E KLAUS, 2001; JOHNSON E SANDY, 2003; TRINDADE E SILVA FILHO, 2007).

A gestação é um período em que a mulher passa por diversas mudanças que envolvem tanto aspectos fisiológicos, quanto emocionais. Segundo Carvalho *et al.* (2006), a gravidez é um período ideativo em que a mulher constrói a imagem de um bebê ideal, perfeito e sadio, sendo dessa forma inevitável os sentimentos, as reações dos pais, principalmente da gestante, ao receber o diagnóstico de um filho com malformação craniofacial. O que deveria ser então um momento de alegria e satisfação torna-se doloroso, dando lugar ao luto, aflição e a desorganização emocional (LAGO E NUNES, 2002; 2003).

Sunelaitis, Arruda e Marcom (2007), em estudo qualitativo, referem que a repercussão de um diagnóstico de malformação, durante a gestação no cotidiano familiar, proporciona aos pais maior tempo

para preparar e aceitar a condição da criança; identificar os aspectos específicos em relação ao cuidado com o recém-nascido e conhecer sobre a malformação específica.

Em 2001, a Seção de Enfermagem do Ambulatório do HRAC/USP iniciou o atendimento às gestantes que procuravam e/ou ligavam para a Instituição, e que tinham conhecimento da malformação em seus bebês. Em 2008 este atendimento tornou-se rotina na instituição e a sistematização deste atendimento foi protocolada em forma de projeto de pesquisa. Após anuência do comitê de Ética do HRAC/USP iniciou-se a investigação dos fenômenos relativos ao impacto emocional vivenciados pela gestante e seus familiares. Em 2009, o projeto “Assistência de Enfermagem a Gestante no HRAC/USP” foi beneficiado com uma bolsa de iniciação científica PIBIC/CNPq (2009-2010). Este artigo apresenta os resultados obtidos no projeto.

A assistência de enfermagem, hoje, parte dos princípios científicos determinados pelo processo de enfermagem que, através de suas etapas, nos permite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como se dão os padrões de resposta humana à doença e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem (BARROS, 2009; GARCIA E NOBREGA, 2000). Para que esse processo seja desenvolvido, a enfermagem faz uso de uma importante ferramenta de avaliação, os diagnósticos de enfermagem (DE). Segundo Fontes (2001), os DE são indicadores de necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou grupo que está sendo cuidado. As vantagens do seu uso incluem o direcionamento da assistência de enfermagem segundo as necessidades do cliente, bem como a sua continuidade, a escolha de intervenções mais adequadas, segundo critérios científicos, o registro objetivo e uniforme das reações do cliente, e a possibilidade de avaliação dos cuidados prestados. Os DE são compostos por definição, características definidoras (CD), fatores relacionados (FR) ou fatores de risco (FRi). A definição consiste na descrição do diagnóstico e indicação de aplicabilidade, as CD são o conjunto de sinais e sintomas que evidenciam o DE, e os FR ou de risco são os fatores que contribuem ou são a causa de determinado diagnóstico. O agrupamento dos DE em seus respectivos domínios e classes formam a classificação diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). A NANDA é um sistema de classificação diagnóstica que descreve a reação do paciente diante da doença, através de um código compacto que se baseia em padrões de resposta humana à doença, caracterizados por domínios. A taxonomia utilizada para este estudo foi da NANDA-I 2009/2011 (2010), que possui 13 domínios, 47 classes e 201 categorias diagnósticas (BARROS, 2009; NANDA-I, 2010).

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

Os objetivos deste estudo foram identificar e caracterizar as principais reações emocionais dos pais, e as necessidades de cuidados de enfermagem relacionando os DE e os respectivos domínios segundo a classificação da NANDA-I (2010). A finalidade da sistematização do atendimento é capacitar os pais para receberem seu bebê, reforçando o vínculo materno-infantil por meio das orientações e intervenções de enfermagem, promovendo uma melhor qualidade de vida para a gestante, seus familiares e futuro bebê.

## MÉTODOS

Este estudo qualiquantitativo e descritivo foi conduzido na Seção de Ambulatório do HRAC/USP, com as gestantes que solicitaram seu agendamento na Instituição no período compreendido entre outubro de 2008 a abril de 2009. Após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da USP, o entendimento, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das mesmas, foram realizadas a consulta de enfermagem e a coleta de dados pelas enfermeiras pesquisadoras. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, composto de perguntas abertas e fechadas, que abordavam os aspectos referentes à gestação, as reações emocionais da gestante e sua família vivenciada ao saber do diagnóstico da malformação, e as reações emocionais da gestante após as orientações recebidas na consulta de enfermagem.

Durante a consulta de enfermagem foram proporcionados aos pais esclarecimentos sobre a fissura de lábio e/ou palato e suas prováveis causas, o tratamento, cuidados gerais e alimentares, importância do aleitamento materno e condições gerais da criança para cirurgia. As orientações de enfermagem abordaram o incentivo ao aleitamento materno; a necessidade de criar e manter o vínculo entre bebê e a família; as condições de alimentação e higiene ideais; controle de puericultura; manutenção da condição clínica para a primeira cirurgia e o agendamento do bebê na Instituição.

As respostas obtidas durante a consulta de enfermagem foram registradas na íntegra e analisadas posteriormente pelas enfermeiras pesquisadoras. As reações emocionais foram categorizadas, e os DE e domínios foram elaborados baseando-se na NANDA-I (2010) e no julgamento clínico. As CD, os FR e os FRi foram relacionados em frequências absolutas e relativas. Na interpretação dos DE foram listadas as CD, FR e/ou de risco, contidas na NANDA-I (2010) e as identificadas no estudo, não contempladas por essa taxonomia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 18 gestantes atendidas na Seção do Ambulatório do HRAC/USP, com idade média de 28 anos e média de idade gestacional de 27 semanas, acompanhadas pelo cônjuge na sua maioria, sendo 9 procedentes do estado de São Paulo, 3 de Minas Gerais, 3 do Rio de Janeiro e 1 do Pará, sendo 1 não informado. A amostra foi composta de 15 mulheres de raça branca, 1 amarela e 1 parda; de 16 (100%), 12 (75%) eram primigestas, 3 (18,75%) estavam na segunda gestação e 1 (6,25%) na terceira. Dezesesseis eram casadas (88,88%), apenas 1 (5,55%) solteira e 1 (5,55%) amasiada. O grau de instrução das participantes era 11 com nível superior (72,22%) e 6 com nível médio (27,77%), 1 (5,55%) não informado. Em relação à religião, 12 (66,66%) eram católicas, 4 (22,22%) evangélicas e 2 (11,11%) espíritas. Em todos os casos, o diagnóstico da malformação da criança foi dado pelo médico ultrassonografista, em exame de rotina, por volta da 23ª semana de gestação. Das 18 (100%) gestantes, 8 (44,44%) possuíam antecedentes familiares de fissuras labiopalatinas. O meio de informação sobre o tratamento do HRAC/USP foi por consulta via internet (n=9, 50%) e pelo médico obstetra responsável (n=9, 50%).

As reações emocionais das gestantes foram identificadas conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Reações emocionais da gestante frente ao diagnóstico gestacional. Bauru, 2009.

Categoria das reações emocionais	n	(%)
Choro	5	27,77
Susto	5	27,77
Culpa	3	16,66
Preocupação	3	16,66
Tristeza	3	16,66
Apreensão	2	11,11
Medo	2	11,11
Nervosismo	2	11,11
Surpresa	2	11,11
Angústia	1	5,55
Choque	1	5,55
Depressão	1	5,55
Equilíbrio	1	5,55
Insegurança	1	5,55
Lamentação	1	5,55
Luto	1	5,55
"Sem ação"	1	5,55

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

Considera-se inevitável o impacto da família, principalmente da gestante, mediante o diagnóstico da malformação craniofacial do filho. Segundo os resultados obtidos nesse estudo, constatou-se que as principais reações emocionais das gestantes foram: 5 (27,77%) *choro*; 5 (27,77%) *susto*; 3 (16,66%) *culpa*; 3 (16,66%) *preocupação*; 3 (16,66%) *tristeza*; 2 (11,11%) *apreensão*; 2 (11,11%) *medo*; 2 (11,11%) *nervosismo*; 2 (11,11%) *surpresa*. Estudos complementam que mães podem reagir com negação da realidade, isolamento, sensação de desamparo e impotência, ambivalência, rejeição, vergonha, raiva, pessimismo, frustração, e até somatização (GALLO 2003; LAGO, 2001; LAGO E NUNES, 2002, 2003; VIANA, 1994). Os sentimentos apresentados justificam-se pelas expectativas que os pais apresentam em relação ao filho e a adaptação do filho ideal para o real. A imagem mental que a gestante faz do seu bebê durante a gestação sofre alterações radicais, o que desencadeia um processo de luto; pois, embora não tenha ocorrido uma perda concreta, perdeu-se a figura idealizada do filho, o que evidencia os sentimentos depressivos e de pesar (CARVALHO, 2006; LAGO, 2001). Algumas gestantes apresentaram mais de uma categoria de reações emocionais.

As reações emocionais do casal, após as orientações de enfermagem recebidas, foram identificadas conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Reações emocionais do casal após as orientações recebidas. Bauru, 2009.

Categoria das reações emocionais	n	(%)
Queriam ver criança com fissura	18	100
Ficaram tranquilos	4	22,22
Ficaram felizes ao ver criança com fissura	3	16,66
Necessidade de conhecer mais sobre o assunto	3	16,66
Choro ao ter contato com criança com fissura	2	11,11
Desejaram pegar no colo criança com fissura	2	11,11
Relataram que estavam preparados para o nascimento	2	11,11
Trocaram experiências com outros familiares	2	11,11
Citou ter ideia do que vivenciaria	1	5,55

Na Tabela 2, as categorias das reações emocionais referidas pela gestante e cônjuge, após as orientações fornecidas pela enfermeira, foram: 18 (100%) *referiram que queriam ver uma criança com fissura*; 4 (22,22%) *ficaram tranquilos*; 3 (16,66%) *ficaram felizes ao ver a criança com fissura*; 3 (16,66%) *relataram a necessidade de conhecer mais sobre o assunto*; 2 (11,11%) *apresentaram choro ao ter contato com a criança com fissura*; 2 (11,11%) *desejaram pegar no colo a criança com fissura*; 2 (11,11%) *relataram que estavam preparados para o nascimento da criança*; 2 (11,11%) *trocaram experiências*

com outros familiares; 1 (5,55%) citou ter ideia do que vivenciaria. Os resultados obtidos nesse item nos remetem a um caráter positivo de enfrentamento e adaptação. De acordo com a literatura, quando ocorre à comunicação aberta com orientações, esclarecimento das dúvidas e dos tratamentos possíveis, as famílias apresentam uma melhor adaptação e competência para lidar com as dificuldades e cuidados pós-natais. Segundo Sunelaitis, Arruda e Marcom (2007), muitas das dificuldades enfrentadas pelas famílias advêm da falta de informação e orientação, sendo o aconselhamento adequado o grande diferencial para atingir resultados positivos de enfrentamento e adaptação (SCHARDOSIM *et al.*, 2004).

Com base na taxonomia NANDA-I (2010) foram determinadas as categorias diagnósticas e os domínios de saúde. As distribuições das categorias diagnósticas nos seus respectivos domínios e frequências estão representados na Tabela 3.

Tabela 3. Diagnósticos de enfermagem agrupados em domínios de saúde e respectivas frequências. Bauru, 2010.

Domínio	Categoria diagnóstica	Entrevista/Consulta n=18	de Enfermagem 100%
Enfrentamento/ tolerância ao estresse	- Ansiedade	18	100%
	- Disposição para enfrentamento aumentado	18	100%
	- Medo	18	100%
	- Pesar	18	100%
	- Disposição para enfrentamento familiar aumentado		
	- Enfrentamento familiar comprometido	16	88,88%
		2	11,11%
Promoção da saúde	- Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	1	5,55%
	- Disposição para controle aumentado do regime terapêutico		
		1	5,55%
Papéis e relacionamentos	- Disposição para paternidade/maternidade melhorada	18	100%
Autopercepção	- Disposição para autoconceito melhorado	15	83,33%

Como observamos, a repercussão de um diagnóstico de malformação durante a gestação vai gerar reações emocionais na família e, em especial, na gestante. Esses fenômenos devem ser investigados, pois determinam necessidades de cuidados de enfermagem. As nomeações dessas necessidades são localizadas na Classificação Diagnóstica da NANDA-I (2010). Os dados coletados nesse estudo foram analisados e categorizados por DE e domínios. Foram identificadas

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

10 (100%) categorias diagnósticas agrupadas em 4 (100%) domínios. No domínio *Enfrentamento/Tolerância ao Estresse*, foram identificados 6 (60%) DE: *Ansiedade, Disposição para Enfrentamento Aumentado, Medo, Pesar, Disposição para Enfrentamento Familiar Aumentado e Enfrentamento Familiar Comprometido*. No domínio *Promoção da Saúde*, foram identificados 2 (20%) DE: *Controle Familiar Ineficaz do Regime Terapêutico e Disposição para Controle Aumentado do Regime Terapêutico*. No domínio *Autopercepção*, foi identificado 1 (10%) DE: *Disposição para Paternidade/Maternidade Melhorada*. No domínio *Papéis e Relacionamentos*, foi identificado 1 (10%) DE: *Disposição para Autoconceito Melhorado*.

Para cada DE foram identificados as CD, os FR e os FRi. Os resultados estão apresentados em frequências absolutas e relativas nas Tabelas de 4 a 13.

Tabela 4. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Ansiedade*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=18	100%
- Ansioso	18	100%
- Apreensivo	16	88,88%
- Preocupado	13	72,22%
- Assustado	11	61,11%
- Pesaroso	10	55,55%
- Sofrimento	8	44,44%
- Nervoso	5	27,77%
- Culpa	4	22,22%
- Aflito	1	5,55%
Fator relacionado	n=18	100%
-Ameaça a função do papel	18	100%
-Ameaça aos padrões de interação	18	100%
-Crises situacionais	18	100%
-Mudança no estado de saúde (do bebê)	18	100%

O DE *Ansiedade* foi identificado nos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: 18 (100%) *ansiedade*, 16 (88,88%) *aprensão*, 13 (72,22%) *preocupação*, 11 (61,11%) *susto*, 10 (55,55%) *pesar*, 8 (44,44%) *sofrimento*, 5 (27,77%) *nervosismo*, 4 (22,22%) *culpa* e 1 (5,55%) *aflição*. Os FR identificados foram: *ameaça à função do papel, ameaça aos padrões de interação, crises situacionais e mudança no estado de saúde*, relativos ao nascimento do bebê. As CD e FR identificados coincidem com os referidos pela NANDA-I (2010).

A ansiedade é um fenômeno esperado para o período da gestação, podendo evoluir para um estado patológico. Muitas mulheres apresentam este sintoma como resultado da preocupação com a saúde do

bebê, do momento do parto, das adaptações pós-natais, entre outras motivações. Estudos referem que a ansiedade e as preocupações com a maternidade durante a gestação têm implicações ao nível de saúde da mãe e do bebê (CONDE E FIGUEIREDO, 2005; 2007; FAISAL, 2006). Elevados níveis de ansiedade têm sido associados a complicações durante o parto e a alterações de comportamento da criança. Dessa forma, torna-se fundamental o acompanhamento de enfermagem a gestantes com diagnóstico comprovado de malformação craniofacial em seus bebês, como forma de prevenir ou minimizar as possíveis complicações e os efeitos adversos decorrentes da ansiedade já esperados e os reforçados pelo diagnóstico pré-natal (ARAÚJO *et al*, 2008).

Associado à ansiedade, um fenômeno típico da gestação é o medo. No estudo, o fenômeno medo foi identificado e sua frequência é demonstrada na Tabela 5.

Tabela 5. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Medo*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=18	100%
- Relato de apreensão	16	88,88%
- Relato de estar assustado	11	61,11%
- Relato de nervosismo	4	22,22%
- Relato de autosegurança diminuída	3	16,66%
Fator relacionado	n=18	100%
- Falta de familiaridade com a experiência ambiental (doença)		
- Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (doença/hospital)	18	100%
	18	100%

O DE *Medo* foi identificado nos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: *relato de apreensão* em 16 gestantes (88,88%), *relato de estar assustado* em 11 gestantes (61,11%), *relato de nervosismo* em 4 gestantes (22,22%), *relato de autosegurança diminuída* em 3 gestantes (16,66%). Os FR identificados nos 18 (100%) instrumentos foram: *falta de familiaridade com a experiência ambiental* e a *separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante*. As CD e FR identificados coincidem com os referidos pela NANDA-I (2010). Em estudo realizado com gestantes de alto risco na cidade de São Paulo, constatou-se que 52,01% das gestantes entrevistadas apresentavam diagnóstico de medo (GOUVEA E LOPES, 2004). Em nosso estudo, o DE *Medo* foi identificado em todas as gestantes. São muitos os fatores que podem causar medo na gestante: medo em relação à saúde do bebê, medo do vínculo mãe-bebê, medo do momento do parto, medo da dor, medo do nascimento, medo das

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al*. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

reações no que diz respeito às gestantes diagnosticadas com malformações craniofaciais em seus bebês. A assistência de enfermagem deve amparar e focar o cuidado de forma a contribuir para a segurança, a tranquilidade e o enfrentamento da gestante (CARVALHO *et al.*, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2006).

Apesar de sintomas como ansiedade e medo serem comuns no período gestacional e estudos identificarem estes DE no ciclo grávidico da mulher, observa-se que são poucas as intervenções realizadas pela enfermagem. Isso nos leva a refletir o tipo de assistência de enfermagem que estamos oferecendo a essas gestantes, e se estamos atingindo suas reais necessidades, nas suas diferentes dimensões, biopsicossocioculturais e espirituais (PEREIRA E BACHION, 2005).

A perda da imagem do filho ideal reflete um processo de luto para os pais e a gestante. O papel da enfermagem nessas novas condições é de apoio, atenção, escuta, e orientação aos pais, até que eles desenvolvam a capacidade de elaborar e resolver o conflito do real com o imaginário, e adaptar-se física e emocionalmente com a nova realidade (CARVALHO *et al.*, 2006; LAGO E NUNES, 2003; RODRIGUES *et al.*, 2006).

As características do processo de luto são descritas no DE *Pesar*, e a Tabela 6 aponta suas frequências.

Tabela 6. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Pesar*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=18	100%
- Dor	18	100%
- Sofrimento	18	100%
- Culpa	4	22,22%
- Desorganização	2	11,11%
- Crescimento pessoal	1	5,55%
Fator relacionado	n=18	100%
- Antecipação da perda de pessoa significativa (imagem do bebê ideal)	18	100%

O DE *Pesar* foi identificado nos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: *dor* e *sofrimento* em 18 gestantes (100%), *culpa* em 4 gestantes (22,22%), *desorganização* em 2 gestantes (11,11%), e *crescimento pessoal* em 1 gestante (5,55%). O FR identificado nos 18 (100%) instrumentos foi: *a antecipação da perda de pessoa significativa*, relativo à imagem do bebê ideal. As CD e FR identificados coincidem com os referidos pela NANDA-I (2010).

A elaboração, resolução e adaptação de uma situação problemática e estressante, nos leva a discutir o termo enfrentamento. Enfrentamen-

to pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais para o manejo de situações que transcendem os recursos do indivíduo. A aceitação é pré-requisito para a postura de enfrentamento. Contudo, o enfrentamento vai além de aceitar com naturalidade e conformismo a situação que lhe foi imposta, mas resulta na adoção de estratégias para minimizar a experiência negativa e estressante a níveis consideráveis de bem-estar psicológico e emocional. Quando o enfrentamento maternal é positivo, a criança e seu tratamento são diretamente beneficiados (NANDA-I, 2010; TRINDADE E SILVA FILHO, 2007).

As características do enfrentamento positivo e aumentado são encontradas no DE *Disposição para enfrentamento aumentado* e discutidas conforme a Tabela 7.

Tabela 7. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Disposição para enfrentamento aumentado*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=18	100%
- Define os estressores como administráveis (lida com a situação)		
- Busca de informações/orientações	18	100%
- Sentimentos/reações positivas	18	100%
- Solicitação/aceitação verbal de contato com bebê com fissura	17	94,44%
- Experiência familiar (ou própria)	17	94,44%
- Procura conhecer novas estratégias	8	44,44%
	3	16,66%
Fator relacionado	n=18	100%
- Encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição		
- Fator de motivação intrínseca do pai/mãe	18	100%
	18	100%

O DE *Disposição para enfrentamento aumentado* foi identificado nos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: *define estressores como administráveis e busca de informações/orientações* em 18 gestantes (100%), *sentimentos/reações positivas e solicitação/aceitação verbal de contato com bebê com fissura* em 17 gestantes (94,44%), *experiência familiar (ou própria)* em 8 gestantes (44,44%) e *procura por conhecer novas estratégias* em 3 gestantes (16,66%). Os FR identificados nos 18 (100%) instrumentos foram: *o encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição* e *o fator de motivação intrínseca do pai e/ou da mãe*.

Descrevemos a seguir a interpretação de CD e FR de DE que oportunamente são contemplados pelo NANDA-I (2010) e aqueles cujos CD e FR foram identificados e desenvolvidos nesta pesquisa e que não são contemplados por essa taxonomia.

As CD do DE *Disposição para enfrentamento aumentado* citadas pela NANDA-I (2010), foram: *define estressores como administrá-*

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

veis e procura conhecer novas estratégias. As CD identificadas em nosso estudo foram: *busca de informações/orientações, sentimentos e/ou reações positivas, solicitação e/ou aceitação verbal de contato com o bebê com fissura e experiência familiar* (ou própria). Os FR apresentados foram identificados pelo estudo e foram: *encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição e fator de motivação intrínseca do pai/mãe*.

Uma vez que a família é provedora das condições ideais para o desenvolvimento psíquico, afetivo e social da criança, é importante incluí-las e participá-las nas etapas de reabilitação e dos cuidados com a criança que apresenta fissuras labiopalatinas. Devido ao tratamento longo e complexo, a família também deve ser alvo das intervenções multiprofissionais e de enfermagem. Os profissionais de enfermagem devem então atendê-la nas suas necessidades, através da escuta, apoio e orientações, e oferecer subsídios para o restabelecimento do equilíbrio familiar interno, favorecendo o ambiente para a recuperação da criança com malformação craniofacial (TRINDADE E SILVA FILHO, 2007).

O enfrentamento familiar positivo e aumentado é encontrado no DE *Disposição para enfrentamento familiar aumentado*, e sua frequência é demonstrada na Tabela 8.

Tabela 8. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Disposição para enfrentamento familiar aumentado*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=16	100%
- Escolhe experiências que otimizem bem-estar/enfrentamento		
- Busca de informações/orientações	16	100%
- Sentimentos/reações positivas	16	100%
- Indivíduo expressa interesse em fazer contato com pessoa que tenha vivido situação similar	16	100%
- Satisfação com as orientações		
- Experiência familiar	15	93,75%
- Membro da família age para promover a saúde	15	93,75%
	7	43,75%
	1	6,25%
Fator relacionado	n=16	100%
- Encorajamento e apoio do enfermeiro e da instituição		
- Fatores de motivação intrínseca dos pais e familiares	16	100%
	16	100%

O DE *Disposição para enfrentamento familiar aumentado* foi identificado em 16 (88,88%) dos 18 (100%) instrumentos. As fre-

quências das CD foram: *escolha de experiências que otimizam o bem-estar/enfrentamento, busca de informações/orientações e sentimentos/reações positivas* em 16 gestantes (100%), *interesse expresso em fazer contato com pessoas que tenham vivido situação similar e satisfação com as orientações* em 15 gestantes (93,75%), *experiência familiar* em 7 gestantes (43,75%) e *promoção da saúde por membro da família* em 1 gestante (6,25%). Os FR identificados nos 16 (88,88%) dos 18 (100%) instrumentos foram: *o encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição, e o fator de motivação intrínseca da família*. As CD do DE *Disposição para enfrentamento familiar aumentado* citadas pela NANDA-I (2010), foram: *escolhe experiências que otimizem o bem-estar/enfrentamento, indivíduo expressa interesse em fazer contato com pessoa que tenha vivido situação similar, e membro da família age para promover a saúde*. As CD identificadas em nosso estudo foram: *busca de informações/orientações, sentimentos/reações positivas, satisfação com as orientações realizadas na consulta de enfermagem, e experiência familiar*. Os FR apresentados foram identificados pelo estudo e foram: *encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição e fator de motivação intrínseca do pai/mãe*.

A Tabela 9 aponta as frequências do DE *Disposição para autoconceito melhorado*, que será discutido a seguir.

Tabela 9. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Disposição para autoconceito melhorado*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consultadeenfermagem	
	n=15	100%
- Satisfação com a consulta de enfermagem	15	100%
- Expressa preparo para o cuidado	8	53,33%
- Expressa confiança/segurança em suas capacidades		
- Expressa satisfação com o desempenho de papéis	7	46,66%
	3	20%
Fator relacionado	n=15	100%
- Aquisição de competências para o cuidado	15	100%
- Encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição		
- Fator de motivação intrínseca do pai/mãe	15	100%
	15	100%

O DE *Disposição para autoconceito melhorado* foi identificado em 15 (83,33%) dos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: *satisfação com a consulta de enfermagem* em 15 gestantes (100%), *relato de preparo para o cuidado* em 8 gestantes (53,33%), *expressão de confiança/segurança em suas capacidades* em 7 gestantes (46,66%) e *satisfação expressa com o desempenho de papéis* em 3 gestantes (20%). Os FR identificados em 15 (83,33%) dos 18

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/ USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

(100%) instrumentos foram: *a aquisição de competências para o cuidado, o encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição e o fator de motivação intrínseca do pai e/ou da mãe*. As CD do DE *Disposição para autoconceito melhorado* citadas pela NANDA-I (2010), foram: *expressa preparo para o cuidado, expressa confiança/segurança em suas capacidades, e expressa satisfação com o desempenho de papéis*. A CD identificada em nosso estudo foi: *satisfação com a consulta de enfermagem*. O FR citado pela NANDA-I (2010) foi: *aquisição de competências para o cuidado*. Os FR identificados em nosso estudo foram: *encorajamento e apoio da família, do enfermeiro e da instituição e o fator de motivação intrínseca do pai e/ou da mãe*.

A participação ativa e consciente dos pais na reabilitação da criança com fissura contribui para a melhora da imagem que eles têm sobre si, sobre suas relações e sobre o papel que exercem. Muitas são as dificuldades apresentadas pelas crianças com fissuras, tais como dificuldades na amamentação, na deglutição, fala, higiene, entre outros. Contudo, essas dificuldades são revertidas, quando é realizado o aconselhamento pré-natal adequado, objetivando desenvolver a capacidade e a competência dos pais, principalmente da gestante para lidar com os problemas e os cuidados pós-natais (NANDA-I, 2010; SCHARDOSIM *et al*, 2004; SUNELAITIS, ARRUDA E MARCOM, 2007). O desenvolvimento da segurança e da capacidade resolutive contribui de forma positiva para a formação do autoconceito do pai e da mãe, como vimos anteriormente, e na execução do papel paterno/materno como podemos observar na Tabela 10.

Tabela 10. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Disposição para paternidade/maternidade melhorada*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=18	100%
- Busca de informações/orientações	17	94,44%
- Reações positivas	17	94,44%
- Relato de segurança/preparo para o cuidado	9	50%
- Expressa desejo de melhorar paternidade/maternidade	4	22,22%
Fator relacionado	n=18	100%
- Bem-estar geral da criança	18	100%
- Fator de motivação intrínseca do pai/mãe	18	100%

O DE *Disposição para paternidade/maternidade melhorada* foi identificado nos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: *busca de informações/orientações e reações positivas* em 17 gestantes (94,44%), *relato de segurança/preparo para o cuidado* em 9 gestantes (50%), e *desejo expresso de melhorar a paternida-*

*de/maternidade* em 4 gestantes (22,22%). Os FR identificados nos 18 (100%) instrumentos foram: o *bem-estar geral da criança* e o *fator de motivação intrínseca do pai/mãe*. A CD do DE *Disposição para paternidade/maternidade melhorada* citada pela NANDA-I (2010), foi: *expressa desejo de melhorar paternidade/maternidade*. As CD identificadas em nosso estudo foram: *busca de informações/orientações, reações positivas, e relato de segurança/preparo para o cuidado*. Os FR apresentados foram identificados pelo estudo e foram: *bem-estar geral da criança* e *fator de motivação intrínseca do pai/mãe*.

A instrumentalização cognitiva dos pais confere a eles a capacidade de se reorganizarem em relação ao tratamento da criança, e integrarem medidas diárias para alcançar os objetivos relacionados à saúde. Uma das vantagens do aconselhamento pré-natal adequado é viabilizar aos pais o programa de tratamento das fissuras de lábio e/ou palato, para que assumam sua participação, controle e decisão no plano de cuidados e reabilitação (NANDA-I, 2010; TRINDADE E SILVA FILHO, 2007).

A Tabela 11 identifica as frequências das características que determinam o DE *Disposição para controle aumentado do regime terapêutico*.

Tabela 11. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Disposição para controle aumentado do regime terapêutico*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Entrevista/Consulta de enfermagem	
	n=1	100%
- Escolhas do dia a dia adequadas para o atendimento das metas	1	100%
- Adesão as orientações recebidas	1	100%
Fator relacionado	n=1	100%
- Aquisição de competências para o cuidado	1	100%
- Assume papel de cuidador	1	100%
- Bem-estar geral da criança	1	100%

O DE *Disposição para controle aumentado do regime terapêutico* foi identificado em 1 (5,55%) dos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD apresentadas foram: *escolhas do dia a dia adequadas para o atendimento das metas* e *adesão às orientações recebidas na consulta de enfermagem* em 1 gestante (100%). Os FR identificados em 1 (5,55%) dos 18 (100%) instrumentos foram: *a aquisição de competências para o cuidado, assumir o papel de cuidador e o bem-estar geral da criança*. A CD do DE *Disposição para controle aumentado do regime terapêutico*, citada pela NANDA-I (2010), foi: *escolhas do dia a dia adequadas para o atendimento das metas*. A

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/ USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

CD identificada em nosso estudo foi: *adesão às orientações recebidas na consulta de enfermagem*. Os FR apresentados, identificados pelo estudo, foram: *aquisição de competências para o cuidado, assume o papel de cuidador e bem-estar geral da criança*.

Da mesma forma que os pais podem contribuir para um maior alcance das metas terapêuticas, eles também podem assumir uma postura ineficaz para o tratamento e reabilitação da criança, como é descrito nas Tabelas 12 e 13.

Tabela 12. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=1	100%
-Atividades familiares inadequadas para atingir objetivos de saúde	1	100%
- Não seguiu as orientações recebidas	1	100%
Fator relacionado	n=1	100%
- Complexidade do regime terapêutico	1	100%
- Conflito familiar	1	100%
- Conflitos de decisão	1	100%

O DE Controle familiar ineficaz do regime terapêutico foi identificado em 1 (5,55%) dos 18 (100%) instrumentos. As frequências das CD foram: atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de saúde e a não adesão das orientações recebidas na consulta de enfermagem em 1 gestante (100%). Os FR identificados em 1 (5,55%) dos 18 (100%) instrumentos foram: a complexidade do regime terapêutico, conflitos familiares e conflitos de decisão. A CD do DE Controle familiar ineficaz do regime terapêutico citada pela NANDA-I (2010), foi: atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de saúde. A CD identificada em nosso estudo foi: a não adesão das orientações recebidas na consulta de enfermagem. Todos os FR apresentados foram citados pela NANDA-I (2010): complexidade do regime terapêutico, conflito familiar e conflitos de decisão.

A seguir, na Tabela 13 encontra-se a frequência das CD e FR do DE Enfrentamento familiar comprometido.

Tabela 13. Frequência de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem *Enfrentamento familiar comprometido*. Bauru, 2010.

Característica definidora	Consulta de enfermagem	
	n=2	100%
-Pessoas significativas nega-se à situação de enfrentamento	2	100%
Fator relacionado	n=2	100%
-Crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando	2	100%

O DE *Enfrentamento familiar comprometido* foi identificado em 2 (11,11%) dos 18 (100%) instrumentos. A frequência da CD foi: *pessoa significativa negar-se à situação de enfrentamento* em 2 gestantes (100%). O FR identificado em 2 (11,11%) dos 18 (100%) instrumentos foi: *a crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando*. A CD do DE *Enfrentamento familiar comprometido* apresentada, foi citada pela NANDA-I (2010): *pessoa significativa nega-se à situação de enfrentamento*. O FR apresentado foi citado pela NANDA-I (2010): *crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando*.

Como foi evidenciado nas Tabelas 12 e 13, os DE elaborados estão relacionados à crise e aos conflitos que a gestante, pai e família estão passando. ScharDOSIM et. al (2004) afirmam que esse processo envolve uma série de etapas emocionais que serão trabalhadas de forma mais ou menos eficientes, dependendo do indivíduo ou grupo familiar. Segundo a autora, o aconselhamento pré-natal adequado realizado por profissionais capacitados influi diretamente na resolução e adaptação do grupo em questão. Estudo realizado por Robinson et. al (2001) demonstrou que a maior parte dos pais que receberam aconselhamento pré-natal referiram estar psicologicamente preparados para o nascimento da criança, enquanto que os pais que receberam as orientações pós-natais relataram que a quantidade de informação foi esmagadora; portanto, menos eficaz.

Os resultados alcançados nesse estudo evidenciam que o aconselhamento pré-natal a gestantes é uma importante ferramenta para auxiliar os pais a superarem as dificuldades no processo de reabilitação da criança diagnosticada com fissuras de lábio e/ou palato. Por se tratar de um projeto de pesquisa e devido à dificuldade de divulgação desse serviço, justifica-se o número limitado de casos incluídos no estudo. Todavia os resultados expressam a realidade do atendimento prestado às gestantes no HRAC/USP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico pré-natal das fissuras labiopalatinas não poupa os pais de vivenciarem, no momento do nascimento da criança, sentimentos de choque, tristeza e pesar. No entanto, proporciona a eles um tempo maior para preparar, compreender e aceitar a condição da criança (ASPINALL, 2002). Consideramos que o aconselhamento pré-natal adequado, realizado por equipe multiprofissional capacitada, auxilia os pais no enfrentamento e na superação dos obstáculos

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e et al. Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana  
Mendes Betoncello  
e *et al.* Assistência  
de enfermagem a  
gestante no HRAC/  
USP. *Salusvita*,  
Bauru, v. 29, n. 3, p.  
247-266, 2010.

encontrados no difícil e longo processo de reabilitação da criança com fissura. Cabe aos profissionais de enfermagem contribuir para minimizar os fenômenos emocionais identificados no estudo, através da sistematização da assistência de enfermagem, individualizando suas intervenções e objetivando capacitar os pais para receberem seu bebê, reforçando o vínculo materno-infantil, por meio das orientações e promovendo uma melhor qualidade de vida para a gestante, seus familiares e futuro bebê.

O grande mérito deste estudo foi a oportunidade de trazermos da prática assistencial à gestante a identificação e o desenvolvimento de CD e FR ou de risco não apontados pela NANDA-I (2010). A contribuição é importante no sentido de que a prática clínica traz subsídios para o desenvolvimento do estudo dos fenômenos relativos às classificações de enfermagem e o processo de cuidar de grupos e família com malformações craniofaciais relacionadas às fissuras de labiopalatinas.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D.M.R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde de Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 333-340, jul-set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a13v8n3.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.
- ASPINALL, C.L. Dealing with the prenatal diagnosis of clefting: a parent's perspective. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, Pittsburgh's, v. 39, n. 2, p. 183-187, mar. 2002. Disponível em: <[http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569\(2002\)039%3C0183%3ADWTPDO%3E2.0.CO%3B2](http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569(2002)039%3C0183%3ADWTPDO%3E2.0.CO%3B2)>. Acesso em: 05 ago 2010.
- BARROS, A.L.B.L. Classificação de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p.864-867, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2010.
- CARVALHO, Q.C.M. *et al.* Malformação congênita: significado da experiência para os pais. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.5, n.3, p. 389-397, set-dez 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5039/3262>>. Acesso em: 17 abr 2010.
- CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 1, n. 36, p. 41-49, 2005. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4646/1/Ansiedade%20na%20gravidez.%20Implica%20a%20sa%20e%20desenvolvimento%20do%20beb%20e%20mecanismos%20neurofisiol%20>>. Acesso em: 20 jun. 2010.
- CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 3, p. 381-398, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a06.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 171-178, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000300006)>. Acesso em: 15 abr. 2010.
- FONTES, C.M.B. **Fissuras Lábio-Palatais**: Diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório. 2001. 146f. Dissertação (Mestre em
- FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assitência de enfermagem a gestante no HRAC/ USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

GALLO, M.A. **A tristeza no espelho**: reflexões sobre o olhar materno a bebês malformados. 2003. 139f. Tese (Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Universidade de São Paulo. São Paulo.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, n.º 52, 2000. Olinda. Resumos... Olinda: Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”, 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2010.

GOUVEIA, H.G.; LOPES, M.H.B.M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p.175-182, mar-abr 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

KLAUS, M.; KLAUS., P. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

JOHNSON, N.; SANDY, J.R. Prenatal diagnosis of cleft lip and palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, Pittsburgh's, v. 40, n. 2, p. 186-189, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569%282003%29040%3C0186%3APDOCLA%3E2.0.CO%3B2>>. Acesso em: 05 ago 2010.

LAGO, C.P. **Manifestações psicológicas em mães de crianças portadoras de fissuras labio-palatal**. 2001. 167f. Tese. Porto Alegre.

LAGO CP, NUNES MLT. Reações, sentimentos, atitudes de mães de portadores de fissuras lábio-palatais e causas atribuídas à malformação. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.17, n.37, p. 223-230, jul-set 2002.

LAGO CP, NUNES MLT. Mães de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais: luto ou pesar crônico. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n.19, p. 65-73, jul-dez. 2003.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

ROBINSON, J.N. *et al.* Prenatal ultrasonography and the diagnosis of fetal cleft lip. **Journal of Ultrasound in Medicine**, v.20, n.11, p. 1165-1170, 2001. Disponível em: <<http://www.jultrasoundmed.org/cgi/reprint/20/11/1165>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

RODRIGUES, D.P.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 232-238, abr-jun. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

SCHARDOSIM, L.R. *et al.* Bebês portadores de fissuras labiopalatal: satisfação dos pais com as orientações recebidas dos profissionais. **Revista Ibero-Americana Odontopediatria Odontologia Bebê**, Curitiba, v. 7, n. 40, p. 568-573, nov-dez. 2004.

SUNELAITIS, RC, ARRUDA DC, MARCOM SS. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 264-71, jul-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a04v20n3.pdf>>. Acesso em: 27 set 2009.

TRINDADE, IEK; SILVA FILHO, OGS. **Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos; 2007.

VIANNA, M.L.; GIACOMONI, C.H.; RASHID, L. “O que fiz por merecer?”: aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 9, n. 17, p. 21-29, jun. 1994.

FONTES, Cassiana Mendes Betoncello e *et al.* Assistência de enfermagem a gestante no HRAC/USP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 247-266, 2010.

# PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF: A AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS DA PRIMEIRA EQUIPE, BAURU/SP

## Family Health Program: the evaluation of users of the first team in Bauru, SP.

Márcia Aparecida Nuevo Gatti<sup>1</sup>  
Ana Carolina Medeiros<sup>2</sup>  
Simone Borges da Silva<sup>3</sup>  
Leila Maria Vieira<sup>4</sup>  
Alberto De Vitta<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Professora Doutora da  
Universidade Sagrado  
Coração - USC

<sup>2</sup>Especialista em Saúde  
Pública com Ênfase em PSF  
pela Universidade Sagrado  
Coração – USC.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde  
Pública com Ênfase em PSF  
pela Universidade Sagrado  
Coração – USC.

<sup>4</sup>Professora Doutora da  
Universidade Sagrado  
Coração – USC.

<sup>5</sup>Professor Doutor da  
Universidade do Sagrado  
Coração – USC.

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo *et al.* Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

### RESUMO

**Objetivo:** Este trabalho pretendeu apresentar os resultados de uma pesquisa que descreve a avaliação de usuários da primeira equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Bauru - São Paulo. **Métodos:** Inicialmente foi elaborado um questionário que serviu de base para a coleta de dados da pesquisa, com questões voltadas à avaliação da estrutura física e atendimento às famílias cadastradas no programa. Foram visitadas e entrevistadas 100 famílias atendidas pela primeira equipe de PSF introduzida na cidade, no período de Junho a Agosto de 2008. **Resultados:** A análise dos resultados descreveu as dificuldades em relação às instalações físicas que eram bem improvisadas, mas com destaque para a eficiência no atendimento às famílias, tanto em tempo de consulta como resolução de problemas. **Conclusão:** Concluimos que os usuários receberam positivamente a nova proposta de atendimento de saúde, relatando melhora no atendimento e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** PSF. Avaliação. Saúde coletiva.

Recebido em: 07/10/2010

Aceito em: 28/12/2010

## ABSTRACT

**Objective:** *This paper presented the results of a survey that describes the user evaluation of the first team of the Health Program (FHP) of Bauru - Sao Paulo.* **Methods:** *Initially a questionnaire was prepared which formed the basis for collecting survey data, with questions aimed at assessing the physical structure and support to families in the program. Were visited and interviewed 100 families served by the FHP team first introduced in the city, from June to August 2008.*

**Results:** *The results described the difficulties in relation to physical facilities that were well improvised, but with emphasis on efficiency of service to families in times of consultation and troubleshooting.*

**Conclusion:** *We conclude that users received positively the new proposal for health care, reporting improvement in care and health promotion.*

**Keywords:** *PSF. Assessment. Collective health.*

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo et al. Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

## INTRODUÇÃO

A estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 2003).

Essa perspectiva faz com que as famílias passem a ser objeto precípua da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliar e na qual se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida - permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

O PSF caracteriza-se por uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Parte de uma alternativa de reestruturação da atenção primária à saúde, o PSF propõe a desvinculação da área delimitada pelos serviços de saúde, a partir de um diagnóstico dos problemas de saúde das famílias atendidas, e do desenvolvimento de ações específicas para cada uma dessas famílias. As equipes do programa são formadas por no mínimo um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários

GATTI, Márcia  
Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
saúde da família  
- PSF: a avaliação  
de usuários  
da primeira  
equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 61-  
74, 2010.

de Saúde, com atribuições específicas para cada um dos membros da Equipe de PSF.

O tema Saúde da Família constitui um grande desafio para o profissional que se propõe estudá-lo, pois envolve questões que passam desde os sistemas de saúde, estendendo-se à prática profissional até as questões relacionadas às famílias propriamente ditas. Por outro lado, busca concretizar os princípios e diretrizes básicas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS): acesso universal e igualitário às ações e serviços, rede regionalizada e hierarquizada, descentralização, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 2003).

O Programa de Saúde da Família em seu processo de trabalho tem como enfoque central a família, entendendo-a como sujeito do processo saúde-doença, com características, dinâmica e relações próprias, e que pode ser parceira na construção de sua saúde e na melhoria da qualidade de vida de seus membros bem como de toda a comunidade.

Diante de um modelo de reestruturação da atenção primária à saúde, onde parte-se do diagnóstico dos problemas de saúde das famílias atendidas, e planejamento de ações específicas para cada uma dessas famílias, esse novo modelo ainda gera conflitos e insatisfação em seus usuários.

Torna-se necessário conhecer a assistência à saúde que vem sendo prestada às famílias, na avaliação das mesmas, depois da implantação da primeira equipe do PSF, na cidade de Bauru/SP, propondo as equipes melhorias na qualidade de assistência, justificando assim a importância desse trabalho, que tem como objetivo conhecer a avaliação quanto ao programa, das famílias cadastradas na primeira equipe do PSF na cidade de Bauru.

Propõe-se ainda, como objetivos específicos descrever as mudanças do Sistema Municipal de Saúde de Bauru após a implantação da Primeira Equipe do programa de PSF, relacionar aspectos positivos apontados pelas famílias após a implantação do programa, relacionar aspectos negativos apontados pelas famílias cadastradas após a implantação do programa, propor melhorias para as equipes na qualidade de assistência.

## METODOLOGIA

O presente trabalho tem como elemento de estudo as ações desenvolvidas na primeira equipe do PSF da Cidade de Bauru, Estado de São Paulo, segundo a avaliação das famílias atendidas.

Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa e descritiva, com aplicação de questionário semi-estruturado, aos usuários cadastrados na primeira equipe do Programa de Saúde da família (Anexo A).

O estudo foi realizado no município de Bauru, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, a 345 km da capital. Segundo o Censo do IBGE -01/07/2007, a cidade conta com uma população estimada de 352.887 habitantes, sendo 180.327 do sexo feminino e 172.560 do sexo masculino. A taxa de crescimento populacional de 2000 a 2006 foi de 1,65 % a.a (IBGE, 2007).

Sua população concentra-se na área urbana (98,58%), com atividade econômica voltada para o comércio, transporte e prestação de serviços.

A rede de Serviços Públicos Municipais de Saúde é composta de vinte e uma UBS sendo: três Unidades Integradas de Atendimento Ambulatorial e de Urgência, um Pronto Socorro Central Adulto, Infantil e Odontológico e sete unidades de PSF; nove Unidades Especializadas: Programa Municipal de Atenção ao Idoso (PROMAI), Ambulatório Municipal de Saúde Mental (AMSM), Divisão de Saúde do Trabalhador (DST) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - AMST, Centro de Referência/SAE, Centro de Controle de Zoonoses, Banco de Leite Humano, Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer (SOPC) e Centro de Testagem e Aconselhamento - (CTA) e seis departamentos de saúde: Unidades Ambulatoriais – DUA, Urgência e Emergência – DUE, Saúde Coletiva – DSC, Administração – D.A./ Almoarifado de Medicamentos – DA, Planejamento Avaliação e Controle – DPAC – Bauru (PM/SMS, 2007).

Fizeram parte desta pesquisa, usuários da Unidade de Saúde da Vila São Paulo, cadastrados na primeira equipe de PSF e que compareceram nas Unidades no período desenvolvimento da pesquisa e concordaram em responder o questionário, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade do Sagrado Coração, registrado pelo protocolo número 167/ 07, obtendo-se a aprovação em reunião ocorrida no dia 26/11/07.

Para conhecer a avaliação das famílias cadastradas na primeira equipe do PSF na cidade de Bauru quanto ao programa, elaborou-se um questionário composto por 15 perguntas semi-estruturadas.

As informações coletadas foram codificadas no próprio questionário e elaborados gráficos de porcentagem para melhor visualização e interpretação dos resultados.

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo *et al.* Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

GATTI, Márcia  
Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
saúde da família  
- PSF: a avaliação  
de usuários  
da primeira  
equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 61-  
74, 2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa estão demonstrados em textos descritivos, tabelas e gráficos. Participaram da pesquisa 90 mulheres e 10 homens na faixa etária entre sexo feminino de 20 a 75 anos e masculino de 30 a 70 anos. Havendo uma predominância na procura pelos serviços de saúde por mulheres, o que não foge à realidade do tipo de demanda da maioria dos serviços de saúde na região do estudo e até no âmbito nacional.

Este fato tem uma relação com a dinâmica da maioria das famílias, principalmente de área rural, mas não deixando de lado a área urbana, como é o caso do universo da pesquisa, no qual o homem tem uma maior participação no trabalho extradomiciliar, ficando a mulher com os afazeres domésticos e o cuidado dos filhos, cabendo a estas a responsabilidade pela saúde da família. Sendo assim, a mulher termina por ser o membro da família que mais procura o serviço de saúde, estando mais presente na unidade de saúde.

Pode-se afirmar que, sendo a mulher aquela que gesta, pare e amamenta, certamente buscará mais apoio no serviço de saúde. Ademais, não se pode deixar de ressaltar que os serviços de PSF estão mais bem estruturados para oferecer ações voltadas para a saúde da mulher, pois historicamente a saúde materno-infantil constituiu-se em pauta no campo da Saúde Pública.

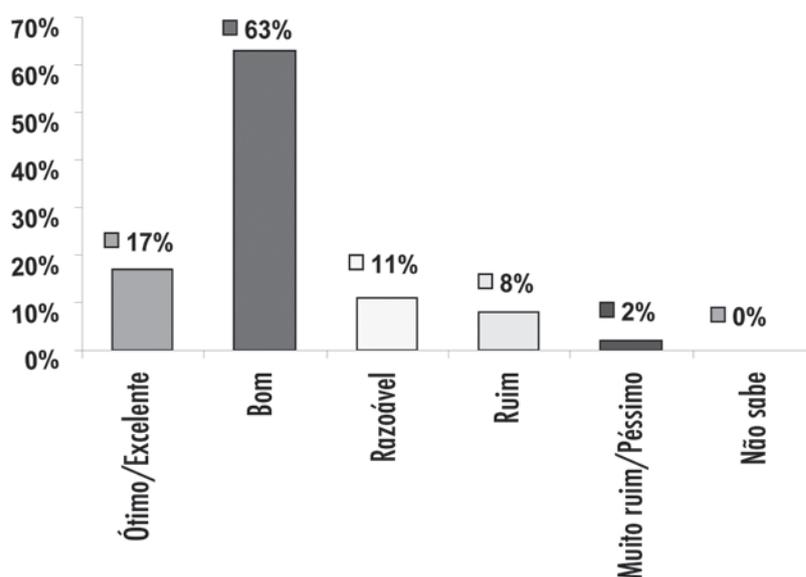
Vale ressaltar a ausência de serviços voltados para homens, como a prevenção do câncer de próstata e de detecção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), além do que os horários de funcionamento dos serviços de saúde são incompatíveis com o horário da jornada de trabalho, eventos que também justificam a baixa presença desses usuários nas unidades de saúde.

Verificou-se que o tempo de residência na área de estudo é maior que 6 anos, e o nível de escolaridade dos entrevistados é de 8% analfabetos, 71 (71%) não completaram o Primeiro Grau, 20 (20%) não completaram o Segundo Grau e apenas uma mulher 1 (1%) que chegou ao nível terciário incompleto. A amostrada estudada mantém uma renda familiar entre R\$ 200,00 a R\$ 2.200,00.

Tabela 1. Procurou algum serviço de Saúde Pública em Bauru depois da implantação do Programa de Saúde da Família, Bauru-SP. 2009.

Procura por outro serviço depois da implantação do PSF	Número	Porcentagem (%)
Sim	61	61%
Não	39	39%
Não sabe	0	0%
		Total: 100%

Pela tabela 1, constata-se que 61 pessoas (61%) dos usuários procuraram outro serviço depois da implantação do PSF e 39 pessoas (39%) mantêm-se fiel ao programa. Verificou-se através do presente estudo que os usuários desta primeira equipe são orientados quanto aos tratamentos oferecidos pela unidade e rede de serviço de saúde, sabem onde e como procurar quando da necessidade de atendimento de urgência e emergência. Relataram e souberam explicar qual a finalidade da unidade de ESF.



**Figura 1.** Classificação entre o tempo de espera entre marcação da consulta e o atendimento.

Através da figura 1 verificou-se que nos dias atuais as consultas são pré-agendadas pelos agentes de Saúde ou pelo próprio usuário com data e horário pré-determinado para cada equipe nos dias da semana, agilizando o atendimento e evitando que os usuários frequentemente fiquem na madrugada. Possibilitando assim uma maior facilidade para os usuários, sendo que os mesmos já não precisam mais enfren-

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo *et al.* Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

GATTI, Márcia  
Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
saúde da família  
- PSF: a avaliação  
de usuários  
da primeira  
equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 61-  
74, 2010.

tam filas e dedicar horas de seu precioso dia atrás agendamentos em diversos postos de saúde. E através dessa figura ficou nítido o alto índice de satisfação dos assistidos.

Tabela 2. Avaliação sobre os profissionais (funcionários) no atendimento, Bauru-SP. 2009.

Variável	N	%
Ótimo/ excelente	44	44%
Bom	55	55%
Razoável	1	1%
Ruim	0	0%
Muito ruim/Péssimo	0	0%
Não sabe	0	0%
Total	100	100%

Na tabela 2 constatamos que a maioria 55 pessoas (55%) considera Bom o atendimento por parte dos funcionários e 44 pessoas (44%) Ótimo /Excelente; apenas 1 pessoa (1%) considera Razoável e quanto às alternativas Ruim, Muito Ruim/Péssimo e Não souberam responder 0 pessoa (0%).

Portanto a avaliação dos profissionais foi positiva, ressaltando a importância e a valorização dadas aos mesmos, observamos a grande receptividade com que eles são recebidos frente à proposta do PSF na atuação domiciliar.

Levy (2004) em estudo qualitativo sobre a percepção dos usuários a respeito do trabalho realizados pelos ACS, destacou como principal atividade desenvolvida às visitas domiciliares, enquanto fator que corrobora a satisfação mostrada pelo usuário. Ao analisar a frequência de visita domiciliar realizada pelo ACS no município podemos perceber rapidamente a valorização dessas visitas e a importância da mesma para uma vida mais saudável.

Tabela 3. Problema de saúde foi resolvido, Bauru-SP. 2009.

Problema de saúde resolvido	N	%
Sim	92	92%
Não	8	8%
Não sabe	0	0%
Total	100	100%

Constatamos na tabela 3 que ao perguntar sobre se o problema de saúde foi resolvido, dos 100 entrevistados (100%), 92 pessoas (92%) responderam que sim e ressaltam ainda a importância dos agendamentos e das visitas domiciliares e somente 8 pessoas (8%) disseram

que não, isso devido a grande dificuldade que os mesmos enfrentam para realizar agendamentos em algumas especialidades.

De acordo com Aguiar *et al.* (2004), os dados revelaram predominância do *nível de satisfação dos usuários* entrevistados como bom, estando os mesmos a considerar que o PSF resolve parte dos problemas de saúde da população. Sobre essa questão, é importante ressaltar que os profissionais que atuam no PSF devem dialogar com a população adstrita a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, explicando o poder de resolução da atenção primária (em torno de 85% dos problemas de saúde são resolvidos nesse nível de complexidade do sistema) contando com um serviço organizado e a parceria de cada indivíduo, família e comunidade. Esse esclarecimento é importante, no sentido de que a própria população possa participar do processo de organização da demanda nos três níveis de atenção, estando uma vez consciente de que a sobrecarga dos níveis secundário e terciário põe em risco a vida daqueles que realmente precisam de atendimento nesses níveis.

Tabela 4. Avaliação da instalação física da unidade utilizada, Bauru-SP. 2009.

Instalação Física da unidade de ESF	N	%
Ótimo/ excelente	8	8%
Bom	44	44%
Razoável	37	37%
Ruim	5	5%
Muito ruim/Péssimo	2	2%
Não sabe	4	4%
Total	100	100%

Na avaliação da instalação física da unidade utilizada pode-se observar que 8 pessoas (8%) consideram a instalação física da unidade Ótima /Excelente, 44 pessoas (44%) Bom; 37 pessoas (37%) Razoável; 5 pessoas (5%) Ruim; 2 pessoas (2%) Muito Ruim/Péssimo e 4 pessoas (4%) Não souberam responder. Relataram que a instalação física anterior era menos adequada, porém era atendida apenas uma equipe e hoje com a nova instalação além de mais longe da área, dividem o espaço com outras equipes.

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo *et al.* Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

GATTI, Márcia  
 Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
 saúde da família  
 - PSF: a avaliação  
 de usuários  
 da primeira  
 equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
 v. 29, n. 3, p. 61-  
 74, 2010.

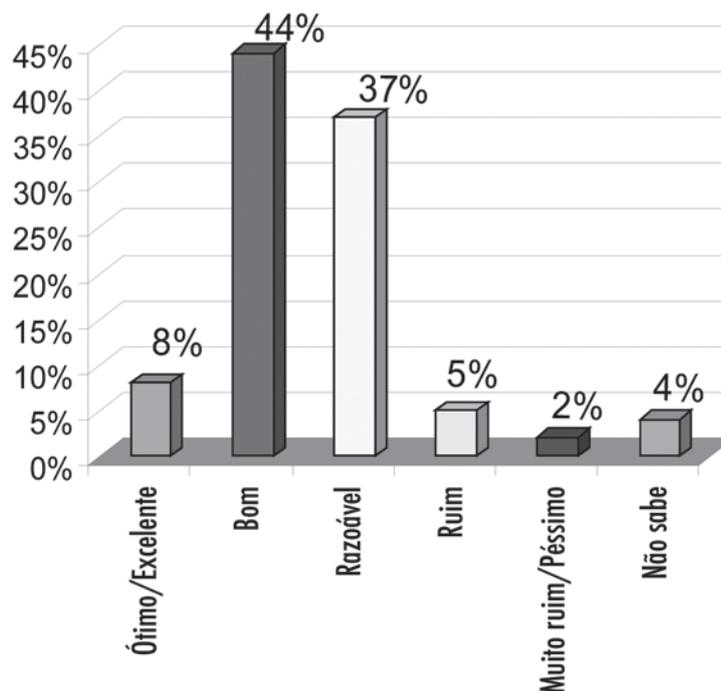


Figura 2 - Avaliação da instalação física da unidade utilizada.

Tabela 5. Como era o atendimento de saúde em Bauru antes da implantação do PSF, Bauru-SP. 2009.

Atendimento antes da instalação da unidade de ESF	N	%
Ótimo/ excelente	0	0%
Bom	27	27%
Razoável	19	19%
Ruim	19	19%
Muito ruim/Péssimo	27	27%
Não sabe	8	8%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Na distribuição dos resultados de como era o atendimento de saúde em Bauru antes da implantação do PSF dos 100 entrevistados 0 pessoas (0%) responderam Ótimo/Excelente; 27 pessoas (27%) responderam que era Bom; 16 pessoas (16%) citaram que era Razoável; 22 pessoas (22%) classificaram como Ruim; 31 pessoas (31%) avaliaram como Muito Ruim/ Péssimo e 4 pessoas (4%) não souberam responder.

Através destes dados e relatos durante a pesquisa muitos citaram o fato de que antigamente ficavam madrugadas em filas, e que o atendimento era muito ruim, por parte do serviço em geral, falta

de funcionários, demora no atendimento, escassez de medicamentos e outros.

Para Merhy (1997), o SUS e o Sistema de Saúde Brasileiro ainda apresentam várias falhas e injustiças sociais. Segundo o mesmo:

“Inúmeros são os exemplos que mostram a desumanização” dos serviços em relação à clientela; a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no Atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e o privilegiamento dos cidadãos, que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor”.

Tabela 6. Preferência pelo atendimento público de saúde o antigo UBS ou PSF (Novo), Bauru-SP. 2009.

Preferência	N	%
Antes: UBS	9	9%
Agora: ESF	84	84%
Não sabe	7	7%
Total	100	100%

De acordo com a tabela 6, através dos resultados obtidos das cem pessoas entrevistadas, verificamos a preferência pelo PSF com 82 pessoas (82%) e 10 pessoas (10%) ainda pela UBS e 8 pessoas (8%) não souberam responder.

Consoante Cotta *et al.* (2005) sobre a satisfação comunitária com o PSF apontam sempre para um bom nível de aprovação popular, isso devido ao maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação, do processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar.

Os usuários consideraram o atendimento proporcionado pela equipe de PSF como o aspecto mais relevante. Fizeram menção ao atendimento oferecido especificamente pelas enfermeiras, agentes de saúde e atendimento médico domiciliar e os entrevistados ressaltaram também a questão da garantia de vacinas, oferta de serviço odontológico, encaminhamentos para especialidades, distribuição de medicamentos e serviço social. As alternativas apontadas demonstram que os usuários têm uma preocupação voltada para o assistencial, na qual e a quem recorrer se algum problema ou agravo já se instalou, uma vez que canalizaram os aspectos relevantes do PSF para “o atendimento”.

Essa realidade é resultado de um modelo curativo que predominou por décadas e que se perpetua apesar da filosofia inovadora do PSF que tenta inverter esse enfoque, adotando ações de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida da população.

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo *et al.* Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

GATTI, Márcia  
Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
saúde da família  
- PSF: a avaliação  
de usuários  
da primeira  
equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 61-  
74, 2010.

## CONCLUSÃO

Assim sendo concluímos esse trabalho apontando que os usuários que foram entrevistados receberam positivamente a nova proposta de atendimento de saúde. Os mesmos relataram que puderam observar uma excelente melhora no atendimento e na promoção da saúde, e ressaltam também que existiu uma preferência pela primeira unidade de PSF criada em Bauru, pois atendiam apenas uma equipe, o que tornava a proposta mais atuante, individualizada e acessível aos usuários.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C.S.; MOURA, E.R.F. **Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um distrito de Caucaia-CE.** Revista Brasileira em Promoção à Saúde, Fortaleza v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004

BAURU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Atividades.** Bauru, 2007. Disponível em [www.bauru.sp.gov.br](http://www.bauru.sp.gov.br). Acesso em Outubro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Agentes Comunitários da Saúde, e Equipes de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/resumo\\_por\\_uf\\_07\\_2007.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/resumo_por_uf_07_2007.pdf). Acesso em ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília. Ministério da Saúde, 2002. 131p. <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em Julho 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família 2002.** [citado 2003 Dez]. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. 5p. Disponível em <[www.saude.gov.br/psf/programa/comocomeçou.asp](http://www.saude.gov.br/psf/programa/comocomeçou.asp)>. Acesso em Julho 2007.

Equipes de Saúde Bucal em atuação. Brasília (DF). 2006. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 12 junh. 2007.

COTTA, R.M.M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Sci. med.*, v. 15 n. 4, p.227-234, 2005

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2007. Rio de Janeiro: Fundação Brasileira de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 jul. 2007.

LEVY, F. M.; Matos P.E.S.; Tomita, N. E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde.** Cad. Saúde Pública. 2004. 20(1): 197-203.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** Sonia Fleury (org.).São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3a Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec; 1994.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo *et al.* Programa de saúde da família - PSF: a avaliação de usuários da primeira equipe, Bauru/SP. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 269-282, 2010.

Pesquisa Qualitativa. <http://www.pesquisaquantitativa.com.br/pesquisa-quantitativa.htm>. Acesso em 1.º de out. de 2010.

## APÊNDICE A

Programa de saúde da Família – PSF: a percepção de usuários da primeira equipe, Bauru/SP.

1- Sexo do entrevistado  masculino  feminino

2- Idade \_\_\_\_\_

3- Tempo de residência no município: \_\_\_\_\_ anos

4- Até que ano o (a) Sr. (a) estudou? \_\_\_\_\_

5- Qual a renda bruta de todos que moram no domicílio? R\$ \_\_\_\_\_

6- Procurou algum serviço de saúde público em Bauru depois da implantação do PSF?

Sim  Não  Não sabe

7- Que serviço utilizou da última vez?

GATTI, Márcia  
Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
saúde da família  
- PSF: a avaliação  
de usuários  
da primeira  
equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 61-  
74, 2010.

Posto de Saúde

Programa de Saúde da Família

Hospital

Consultório odontológico

Não sabe

Outros \_\_\_\_\_

8- O Sr. (a) constatou alguma dificuldade de acesso à unidade de PSF?

Sim

Não

Não sabe

9- Como classifica o tempo de espera entre a marcação da consulta e o atendimento?

Ótimo/Excelente

Bom

Razoável

Ruim

Muito ruim/péssimo

Não sabe

10- Como avalia o tempo gasto na consulta?

Ótimo/Excelente

Bom

Razoável

Ruim

Muito ruim/péssimo

Não sabe

11- Qual a sua opinião sobre os profissionais que lhe atendeu?

Ótimo/Excelente

Bom

Razoável

- Ruim  
 Muito ruim/péssimo  
 Outros \_\_\_\_\_

12- Seu problema de saúde foi resolvido?

- Sim                       Não                       Não sabe

13- Como avalia a instalação física da unidade utilizada?

- Ótimo/Excelente  
 Bom  
 Razoável  
 Ruim  
 Muito ruim/péssimo  
 Não sabe

14- Como era o atendimento de saúde em Bauru antes da implantação do PSF?

- Ótimo/Excelente  
 Bom  
 Razoável  
 Ruim  
 Muito ruim/péssimo  
 Outros \_\_\_\_\_

15- O (a) Sr. (a) gostava mais do atendimento público de saúde antes da implantação do PSF ou agora?

- Sim                       Não                       Não sabe

GATTI, Márcia  
Aparecida Nuevo  
*et al.* Programa de  
saúde da família  
- PSF: a avaliação  
de usuários  
da primeira  
equipe, Bauru/SP.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 269-  
282, 2010.

# O IMPACTO DO PROGRAMA DE ATIVIDADES FÍSICAS *MENOPAUSA EM FORMA* NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS

## The impact of a post-menopausal physical activities program in the quality of life of elderly women

Cesar Augusto de Souza Santos<sup>1</sup>  
Estélio Henrique Martin Dantas<sup>2</sup>  
Maria Helena Rodrigues Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Trás-dos-Montes e Alto Douro (UTAD) - Vila Real Portugal

<sup>2</sup>Lab. de Biociências da Motricidade Humana da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - LABIMH-UNIRIO;RJ  
BRASIL

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o impacto de atividades físicas do Programa Menopausa em Forma sobre a qualidade de vida de idosos. **Material e métodos:** O presente estudo tem caráter longitudinal, quase-experimental. A amostra de 323 idosas (idade=69 ±5,53 anos), não institucionalizadas, pós-menopáusicas, pertencentes à Casa do Idoso no município de Belém – Pará – Brasil, praticou uma das atividades (dança ou caminhada) durante dez meses. O protocolo utilizado na avaliação da qualidade de vida foi o WHOQOL-OLD. Ambas as atividades foram realizadas três vezes na semana, durante uma hora, no período de dez meses. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Nos resultados, o teste de Wilcoxon apresentou resultados significativos, no pós-teste ( $\Delta\% = 9,19\%$ ;  $p = 0,001$ ). No entanto, na análise inter-grupos, o teste de Mann Whitney não revelou diferença significativa entre as duas modalidades de atividade física. **Conclusões:** Desta forma pôde-se inferir que as atividades físicas do

Recebido em: 07/10/2010

Aceito em: 28/12/2010

Programa Menopausa em Forma repercutiram em melhoras significativas na qualidade de vida de idosas menopausadas.

**Palavras-Chaves:** Qualidade de vida; Idoso; Atividade motora.

## ABSTRACT

**Objective:** *This study aimed to evaluate the impact of post-menopausal physical activity Program Form on the quality of life of elderly women.*

**Methods:** *This study has a longitudinal quasi-experimental. The sample of 323 elderly (age =  $69 \pm 5.53$  years), non-institutionalized, post-menopausal women, belonging to the House for the Elderly in the city of Belém - Pará - Brazil, engaged in an activity (dance or walk) for ten months. The protocol used in assessing the quality of life was the WHOQOL-OLD. Both activities were held three times a week for an hour, within ten months. The level of significance was  $p < 0.05$ . **Results:** *Comparing the two types of physical activity, the Wilcoxon test showed significant results in the post-test ( $\Delta\% = 9.19\%$ ,  $p = 0.001$ ). However, in inter-group analysis, the Mann Whitney test showed no significant differences between the two modes of physical activity. **Conclusion:** *Thus one could infer that the physical activities of the Post-Menopausal Program echoed in significant improvements in quality of life of older postmenopausal women.***

**Key-words:** *Quality of life; Aged; Motor activity.*

## INTRODUÇÃO

A transição demográfica, de um país jovem para um país idoso, pode ser observada no Brasil, levando preocupações que devem ser respondidas o mais rápido possível. Pode-se dizer que o Brasil atravessa por um período emergente de envelhecimento populacional e ainda não se apresentam estudos eficazes para atender às diversas necessidades dessa crescente faixa populacional (CAMARANO, 2002).

O envelhecimento é um processo pelo quais todos os indivíduos e organismos passam e é caracterizado pela diminuição gradativa das capacidades dos vários sistemas orgânicos em conseguir realizar suas funções de maneira eficaz. No entanto, este processo não ocorre necessariamente em paralelo ao avanço da idade cronológica, apresentando considerável variação individual, podendo estar associado com a diminuição do nível de atividade física (MATSUDO *et al.*,

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas menopausa em forma na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

2000). Na mulher, além das alterações fisiológicas decorrentes da idade e da inatividade física, ocorrem outras em função da menopausa (HALBE e FONSECA, 2000).

Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice (NÉRI, 1993). Neste contexto, não é possível assumir que instrumentos adequados para avaliar populações de adultos jovens, sejam os mesmos ou apropriados para populações de adultos idosos.

Neste sentido surge o questionário *World Health Organization of Quality of life old* (WHOQOL-OLD) oferecendo uma abordagem adequada para a avaliação da qualidade de vida do geronte, o qual aborda questões relativas ao funcionamento sensorial, a autonomia, as atividades passadas, presentes e futuras, a participação social, as inquietações e temores da morte e morrer e a intimidade do idoso (FLECK *et al.*, 2003).

O sistema de suporte formal obviamente não tem sido capaz de substituir o papel da família na realização de suas atividades pessoais ou domésticas (Fundação João Pinheiro, 1993). As políticas públicas devem ser fomentadas para que se evitem enormes prejuízos às pessoas que tanto contribuíram para o nosso desenvolvimento e também do nosso Estado – o idoso.

A fim de minimizar as alterações frente à senescência e suprir as carências das políticas públicas, surge o programa Menopausa em Forma, uma extensão do projeto elaborado pelo Departamento de Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) em colaboração com a Sub-Região de Saúde de Vila Real e o Instituto de Desporto de Portugal.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da prática de atividades físicas (dança e caminhada) do Programa Menopausa em Forma sobre a qualidade de vida de idosas menopausadas.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Participantes

O presente estudo, de caráter longitudinal, se constitui como sendo uma pesquisa quase-experimental. As idosas não institucionalizadas, pós-menopáusicas, pertencem à Casa do Idoso no município de Belém, situado no estado do Pará, Brasil.

Todas as participantes da amostra foram incluídas no estudo após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa. Foram excluídas após acompanhamento clínico, psicológico e geriátrico e apreciação do parecer dos referidos profissionais, baseado nos seguintes critérios: a) existência de doença cardiovascular (sintomas de angina de peito ou de enfarte no miocárdio nos últimos 3 meses); b) presença de valores de triglicéridos superiores a 400 mg/dl; c) existência de hipertensão descontrolada (pressão arterial sistólica superiores a 200 mmHg e a diastólica superior a 105 mmHg); d) com doença renal, hepática ou hematológica significativa; e) utilizadoras de medicamentos beta-bloqueadores ou anti-arrítmicos; f) com limitações músculo-esqueléticas susceptíveis de condicionarem a prática do exercício ou serem agravadas pelo mesmo; g) apresentação, nos últimos três meses, de problemas respiratórios.

Após o crivo dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra contou com um quantitativo de 347 idosas, as quais foram divididas em dois grupos de acordo com sua livre escolha e desenvolveram atividades de dança e caminhada durante dez meses. Entretanto, ao longo do estudo, houve uma perda amostral de 24 indivíduos, findando o estudo com um n= 323 (idade=69 ±5,53 anos).

Todos os procedimentos tomados estão de acordo com os procedimentos éticos em seres humanos descritos na Declaração de Helsinki (WMA, 2008).

## Procedimentos

A Qualidade de Vida das gerontes foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL-OLD modificado para pessoas idosas, que avalia a qualidade de vida através de seis facetas (FLECK *et al.*, 2006). Cada faceta consiste de quatro itens (o módulo consiste em 24 itens) avaliados pela da escala de Likert (1 a 5 pontos) atribuídos a seis facetas, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (QVG) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida e vice-versa.

O projeto “Menopausa em Forma” foi criado e desenvolvido pelo Departamento de Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), em colaboração com o Instituto de Despor-

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

to Portugal (Delegação Distrital de Vila Real) e a Administração Regional de Saúde do Norte (Sub-Região de Saúde de Vila Real) e propõe-se promover o exercício e a saúde em mulheres pós-menopáusicas, cuja condição se estabeleceu de forma natural ou foi induzida por cirurgia.

As aulas de dança e caminhada do Programa Menopausa em Forma eram realizadas três vezes na semana, durante uma hora, no período de dez meses.

Os ritmos da aula de dança eram variados, tais como: foxtrot, rumba, swing, carimbó e tango. A estrutura básica da aula foi a mesma para todos os participantes; entretanto cada geronte possuía seu próprio desenvolvimento (progressão), dependendo de sua capacidade física, nível de energia, motivação e capacidade cognitiva. Todas as aulas eram precedidas de um período de aquecimento e flexibilidade (10 minutos) e terminaram com relaxamento (5 minutos).

A caminhada também era precedida de um período de aquecimento e flexibilidade (10 minutos) e terminava com relaxamento (5 minutos).

O controle da intensidade do esforço, utilizado nas caminhadas e nas aulas de dança, foi feito pela escala de Borg, de 6-20 pontos (BORG, 2008), que é o instrumento mais frequentemente utilizado para a avaliação da percepção subjetiva do esforço. Para tanto, foi feito um período de familiarização com a mesma, instruindo-se as idosas sobre as diretrizes de sua utilização.

## Tratamento Estatístico

Em um primeiro momento, foi realizada a análise da estatística descritiva. O segundo momento foi relativo à Estatística Inferencial através da qual se fez o teste de Kolmogorov Smirnov para a análise da normalidade da amostra; o teste de Wilcoxon para comparação entre as médias entre os dois diferentes momentos de testagem (antes e depois do treinamento) e o teste de Kruskal Wallis seguido do Mann-Whitney para a avaliação inter-grupos.

O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ . Os procedimentos estatísticos foram suportados pelos programas excell e SPSS versão 14.

## RESULTADOS

Na avaliação da normalidade da amostra, ambos os grupos apresentaram a distribuição não-normal dos dados ( $p < 0,05$ ).

A Figura 1 apresenta a análise descritiva e inferencial da qualidade de vida geral. Nele pode-se observar que houve um aumento significativo ( $p < 0,05$ ) no nível de qualidade de vida, no pós-teste.

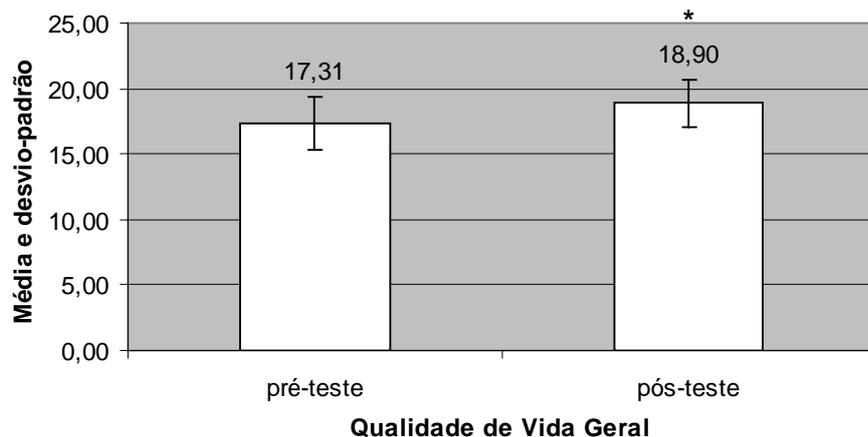


Figura 1: Análise descritiva e inferencial da qualidade de vida geral.

\*  $p < 0,05$

Na comparação intergrupos, não foi evidenciado diferença significativa entre as modalidades de atividades físicas estudadas (dança e caminhada).

## DISCUSSÃO

Como o instrumento WHOQOL-old é específico para a avaliação de idosos, é difícil estabelecer alguma análise com as facetas dos WHOQOL-100 ou WHOQOL-brief. Pela restrição de estudos publicados com o WHOQOL-old (FRAGA *et al.*, 2010; FIGUEIRA *et al.*, 2008, FIGUEIRA *et al.*, 2009; FIGUEIRA *et al.*, 2010), a vigente investigação se limitará em realizar comparações com o índice geral – QVG (FLECK *et al.*, 2006).

A crescente demanda da população idosa (acima de 60 anos) tem produzido mudanças nos modelos de assistência do governo (VERAS, 2003). No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), implementado pelo Governo Federal amplia o acesso ao sistema de saúde no município, aumentar a prevenção e promoção na esfera da saúde (SIAB, 2008). Nesta perspectiva, o objetivo de Figueira *et al.* (2008), em um grupo de idosas do PSF, foi analisar a diferença da QVG, através do WHOQOL-old, entre três faixas etárias: jovens-idosos

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

SANTOS, Cesar Augusto de Souza,  
DANTAS, Estélio Henrique Martin e  
MOREIRA, Maria Helena Rodrigues.  
O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

(n= 17; 60-69 anos), de meia-idade (n= 9, 70-79 anos) e idosos mais velhos (n= 5; mais de 80 anos). Em seus achados, observaram uma regressão progressiva e estatística ( $p= 0,0001$ ) no nível de qualidade de vida no grupo de idosos mais velhos.

Utilizando o questionário WHOQOL-old, um estudo revelou que 28 idosas praticantes de medicina oriental tradicional (FIGUEIRA *et al.*, 2010) possuíam um nível satisfatório de qualidade de vida ( $16,36\pm 1,69$ ), estando estes dados em semelhança com aquele revelado no vigente trabalho. Entretanto, contrapondo os resultados da presente investigação, Figueira *et al.* (2009), observaram um nível insatisfatório de qualidade de vida (QVG:  $11,67\pm 1,65$ ) de idosas participantes do programa saúde da família. Segundo os autores, esta insatisfação foi justificada pela baixa renda financeira.

A avaliação dos efeitos dos programas de dança e caminhada (Programa Menopausa em Forma) sobre os níveis de qualidade de vida das idosas revelou resultados significativos ( $p<0,05$ ) no pós-teste quando comparados aos valores do pré-teste. Entretanto, ambos os valores (pré e pós-teste) revelaram um bom nível de qualidade de vida (Figura 1). Em uma revisão de literatura, Stella *et al.* (2002) observaram que a depressão representa enfermidade mental freqüente no idoso, comprometendo, se forma significativa, sua qualidade de vida. Entretanto, quando o idoso está engajado em um programa de atividade física regular o, como o proposto pela casa do idoso, isto irá contribuir para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima e implementação das funções cognitivas, fatores estes muito importantes no contexto desta população.

Em um grupo de idosas portadoras de depressão foi verificado, após a realização de um trabalho de força (musculação), uma melhora significativa ( $p<0,05$ ) na qualidade de vida através do questionário WHOQOL-bref no grupo experimental (CARTA *et al.* 2008). Entretanto, o grupo que permaneceu sem qualquer prática de atividade física (grupo controle), apenas com uso de medicação antidepressiva, não obteve diferença no nível de qualidade de vida, vindo ao encontro dos achados expostos na vigente pesquisa, a qual revelou qualidade de vida satisfatória na amostra ativa, praticante de atividade física.

Em um estudo experimental, foi verificado através do questionário *Short-form 36* (SF-36) que o grupo controle (n=42 idosos), sedentário, teve uma pontuação significativamente menor em todos os domínios do teste quando comparada ao do grupo experimental (n=46 idosos), que participou da atividade física (MOTA *et al.*, 2006). Estes resultados dão sustentação aqueles revelados na presente pesquisa,

pois o Figura 1 demonstrou que os idosos praticantes de atividade física na casa do idoso possui uma qualidade de vida satisfatória e que, com a implementação de uma atividade física controlada, como a proposta pelo Programa Menopausa em Forma, otimizou os resultados dos níveis de qualidade de vida.

Os achados do trabalho de Vale (2004) corroboram com os dados da presente pesquisa, pois encontraram melhora significativa nos Dom3 (nível de independência) e o Dom4 (relações sociais) do questionário WHOQOL-100 após um programa de treinamento de força por 16 semanas com idosas. Um dado importante relatado pelo autor é que, embora o grupo tenha tido percepção na melhora de sua qualidade de vida, estatisticamente não foi observada melhora na QVG, salientando a importância da presente investigação em utilizar um questionário específico e sensível para a referida população, a fim de encontrar resultados mais fidedignos.

Abas as atividades físicas praticadas no Programa Menopausa em Forma são reconhecidas como atividade aeróbica. Embora de baixa intensidade, a vigente pesquisa revelou resultados estatisticamente satisfatórios ( $p < 0,05$ ) na qualidade de vida das idosas praticantes destas atividades. Estes dados possuem a mesma tendência daqueles revelados por Antunes *et al.* (2005) os quais, após o treinamento aeróbico com idosos saudáveis (grupo experimental com  $n=23$ ; idade =  $66 \pm 4,8$  anos), observaram melhora significativa ( $p < 0,05$ ) no nível de qualidade de vida através do questionário Short-form 36 (SF-36).

## CONCLUSÕES

Foi com intuito de analisar a qualidade de vida em mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, pós menopáusicas, não institucionalizadas, matriculadas na Casa do Idoso, que se procurou evidenciar a importância de atividades físicas (dança e caminhada) no âmbito físico e social no sentido de manter o idoso num processo de educação permanente, de forma a garantir seu desenvolvimento contínuo.

Diante de todo o exposto, pôde-se inferir que o Programa Menopausa em Forma interferiu, de forma satisfatória, na qualidade de vida da população analisada.

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

SANTOS, Cesar Augusto de Souza, DANTAS, Estélio Henrique Martin e MOREIRA, Maria Helena Rodrigues. O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, H.K.M.; STELLA, S.G.; *et al.* Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v.27, n.4, p.266-271, 2005.

BORG, G. Borg's perceived exertion and pain scales. *QP*. 321(B), 69, 2008.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto para discussão nº 858; janeiro, 2002.

CARTA, M.G.; HARDOY, M.C.; *et al.* Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. **Clin Pract Epidemiol Ment Health.** Londres, v.4, n.1, p.1-6, 2008.

FIGUEIRA, H.A.; FIGUEIRA, O.A.; FIGUEIRA, A.A.; FIGUEIRA, J.A.; VAREJÃO, R.; GIANI, T.S.; DANTAS, E.H.M. Quality of Life of Elderly Outpatients Served by Traditional Oriental Medicine. **Indian Journal of Gerontology.** Jaipur, v.24, n.2, p.150-156, 2010.

FIGUEIRA, H.A.; FIGUEIRA, J.A.; MELLO, D.; DANTAS, E.H.M. Quality of life throughout ageing. **Acta Medica Lituanica.** Vilna, v.15, p.169-172, 2008.

FIGUEIRA, H.A.; GIANI, T.S.; BERESFORD, H.; FERREIRA, M.A.; MELLO, D.; FIGUEIRA, A.A.; FIGUEIRA, J.A.; DANTAS, E.H.M. Quality of Life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics.** Limerick, v.49, p.368-372, 2009.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL- OLD: metodo e grupo focal no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.37, n.6, p.793-799, 2003.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.40, p.785-791, 2006.

FRAGA, M.J.Z.; CADER, S.A.; FERREIRA, M.A.; GIANI, T.S.; DANTAS, E.H.M. Aerobic resistance, functional autonomy and quality of life (QoL) of elderly women impacted by a recreation and walking program. **Archives of Gerontology and Geriatrics** (Accept for publication), 2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento**. v. 1. Perfil da população idosa e políticas de atendimento na Região Metropolitana de Belo Horizonte [versão preliminar]. 1993.

HALBE, H.W.; FONSECA, M.A. **Síndrome do climatério**. In: Halbe, H.W. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca, 2000. p.1519-1557.

MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **R. Bras. Ci. e Mov.** São Caetano do Sul, v.8, n.4, p.21-32, 2000.

MOTA, J.; RIBEIRO, J.L.; *et al.* Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Rev Bras Educ Fis Esp.** São Paulo, v.20, n.3, p.219-225, 2006.

NÉRI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas (SP): Papirus, 1993

SIAB. **Sistema Informação Básica 2008 da Secretaria de Saúde**. Disponível em: URL: <http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php>. Acesso em: 18 January 2008.

STELLA, F.; GOBBI, S.; *et al.* Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**. Rio Claro, v.8, n.3, p.91-98, 2002.

VALE, R.G.S. **Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia e a qualidade de vida de mulheres senescentes**. 2004 218 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade Humana). Universidade Castelo Branco - UCB. Rio de Janeiro.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada a saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, 2003.

WMA - World Medical Association. **Declaration of Helsinki**. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 59th WMA General Assembly, Seoul, October, 2008.

SANTOS, Cesar Augusto de Souza,  
DANTAS, Estélio Henrique Martin e  
MOREIRA, Maria Helena Rodrigues.  
O impacto do programa de atividades físicas *menopausa em forma* na qualidade de vida de idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

# DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS CARDÍACAS

## Nursing diagnosis in the post operative period of cardiac surgery

Ana Paula Oliveira Cruz<sup>1</sup>

Ronaldo Lopes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, graduada pela Universidade Sagrado Coração, Bauru.

<sup>2</sup>Graduado em Enfermagem e Obstetrícia, especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e mestre em Saúde Coletiva. Professor da Universidade Sagrado Coração, Bauru

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

### RESUMO

**Introdução:** Os cuidados de enfermagem ao longo da história retratam diferentes realidades, e para cada uma delas, práticas assistenciais que foram aplicadas inicialmente de forma empírica que com o avanço científico assumiu patamar atualmente considerado como uma ciência generalista na equipe multiprofissional da saúde, principalmente quando fundamentada numa dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabilizam a organização da assistência de enfermagem com uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas e necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa. **Objetivo:** identificar os principais diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uma unidade de terapia intensiva de hospital público no município de Bauru. **Métodos:** A metodologia deu-se através de visitas diárias no período da manhã, com a realização de anamnese e exame físico de enfermagem para elaboração dos diagnósticos, cujas frequência acima de 25% foram admitidas como

Recebido em: 10/10/2010

Aceito em: 15/12/2010

os prevalentes na população estudada, baseando-se na taxonomia NANDA 2007-2008. **Resultados:** A análise dos resultados permitiu identificar que o perfil dos pacientes atendidos no referido período da pesquisa foi de homens, acima dos 70 anos de idade, e aposentados. Quanto às patologias associadas, temos a prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com infarto agudo do miocárdio, insuficiência coronariana e insuficiência cardíaca congestiva como principais diagnósticos médicos para indicação da revascularização do miocárdio. **Conclusão:** Concluiu-se que este trabalho contribuirá com a elaboração do plano de cuidados de enfermagem e que os objetivos alcançados possibilitarão a construção e validação de instrumentos de coleta de dados para a identificação de diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos, no período perioperatório de cirurgia cardíaca, agregando subsídios para a implementação da SAE e melhoria dos cuidados de enfermagem a serem prestados ao paciente gravemente enfermo.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva; Diagnósticos de Enfermagem; Cirurgia Cardíaca.

## ABSTRACT

**Introduction:** *The nursing care throughout history depict different situations, and for each one of them, practices that were first applied empirically that with advancing scientific assumed level currently considered as a general science in the multidisciplinary team of health, especially when based on a dynamics of systematic and interrelated, that enable the organization of nursing care with an approach to nursing ethics and humane, addressed to the resolution of problems and needs of health care and nursing of a person.*

**Objective:** *Facing this situation, there was this research aimed to identify the main nursing diagnoses in the postoperative period of cardiac surgery in an intensive care unit of a public hospital in the city of Bauru.* **Methods:** *The methodology included daily visits with the completion of history and physical preparation for nursing diagnoses whose frequency above 25% were admitted as prevalent in the population studied, based on the NANDA taxonomy 2007-2008.*

**Results:** *The results identified that the profile of patients treated at that time of the study were men, up from 70 years of age, and retirees. The associated conditions, we have the prevalence of hypertension and diabetes mellitus with acute myocardial infarction, coronary artery disease and congestive heart failure as the main indication for*

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

*medical diagnosis of coronary artery bypass grafting. Conclusion: It was concluded that this study will contribute to the development of the plan of nursing care and the objectives achieved will enable the construction and validation of instruments for collecting data to identify nursing diagnoses of adult patients in the perioperative period of cardiac surgery, adding subsidies for the implementation of NCS and improvement of nursing care to be provided to the seriously ill patient.*

**Keywords:** *Intensive Care Unit, Nursing Diagnoses; Cardiac Surgery.*

## INTRODUÇÃO

### A Sistematização da assistência de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem ao longo da história retratam diferentes realidades, e para cada uma delas práticas assistenciais que foram aplicadas inicialmente de forma empírica, e com o avanço científico assumiu patamar atualmente considerado como uma ciência generalista na equipe multiprofissional da saúde. É a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, com base filosófica, científica, tecnológica e ética, para uma abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades. Desde tempos primórdios o cuidado manteve estreita relação com a maternidade, e era exclusivamente feito por mulheres, alargando a prestação de cuidados ao sexo masculino, dos moribundos da guerra. Surgiu com suas bases de rigor técnico e científico, desenvolvidas no século XIX, através de Florence Nightingale, que estruturou seu modelo de assistência depois de ter trabalhado no cuidado de soldados durante a guerra da Criméia (SELBACH, 2009).

De acordo com autor acima referido, a constituição histórica da enfermagem no interior do sistema hospitalar, de um lado para assegurar o bom funcionamento da instituição e da ordem médica e, de outro, para prestar cuidados contínuos aos pacientes nas 24 horas, permitiu a esses profissionais configurar um saber fazer assistencial e de coordenação da assistência. Este saber, à medida que se consolidar como possibilidade de articulação, permitirá um distanciamento

da concepção burocrática do gerenciamento e aproximação de uma prática gerencial articuladora e integradora dos processos de trabalho de enfermagem.

Ao considerar que o cuidado é a marca e o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem, de modo que a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial compromete essa qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde. Neste processo observa-se algumas divisões técnicas que envolvem diferentes categorias - enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. Portanto, resulta num processo que fragmenta a assistência e o cuidado e indica a necessidade de recomposição dos trabalhos e de mudança da concepção de processo saúde-doença na perspectiva do cuidado integral e da integralidade da saúde (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem. Representa uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa. No Brasil é uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, constituindo, portanto, uma ferramenta de trabalho do enfermeiro. Na literatura, podemos encontrar outras denominações para o PE e, entre elas, Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Têm na sua estrutura três grandes dimensões, que são analisadas como: propósito, organização e propriedades. O propósito principal do processo é oferecer uma estrutura que atenda às necessidades individualizadas do cliente, família e comunidade numa relação interativa entre o cliente e o enfermeiro, tendo como foco o cliente (DELL'ACQUA, MIYADAHIRA, 2000).

A SAE tem demonstrado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, depende de muitos esforços dos atores envolvidos nos diversos cenários dos serviços e comunidade para que sua construção cotidiana ocorra. Ao longo dos anos identifica-se mudanças nas ações do enfermeiro em função das necessidades dos serviços de saúde, com o afastamento gradativo desse profissional em relação ao cuidado direto ao paciente, e sua inserção gradativa nas atividades de gestão. A finalidade de implantar a SAE nas instituições hospitalares do Brasil é a de organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando ao enfermeiro a (re)definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho no campo da gerência

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

em saúde e da assistência em Enfermagem; dependendo da escolha do referencial de gestão e estratégias utilizadas, haverá maior envolvimento dos profissionais de saúde, possibilitando conscientização individual e grupal, ao se refletir sobre as condições de trabalho e seu modo de agir. Isso interfere no processo de implantação e implementação da SAE e na conseqüente identificação de problemas e seu processamento na busca de solução (CASTILHO, RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

A SAE veio consolidar as práticas do cuidado, visto que constitui um meio para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizando sua prática profissional. Os enfermeiros têm sido sobrecarregados com atividades burocráticas, despendendo até 50% do seu tempo em atividades como coleta, administração e documentação. A SAE colabora na organização do serviço de enfermagem e facilita o planejamento do cuidado. Para a elaboração da SAE o enfermeiro usa métodos para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente, caracterizando assim sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão, havendo ênfase na importância na documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela, inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional (SPERANDIO e ÉVORA, 2005).

A taxonomia NANDA apareceu pela primeira vez em 2001-2002 e explorou a possibilidade de desenvolver uma estrutura taxonômica comum, buscando tornar visível a relação entre três classificações – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. É uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende os critérios estabelecidos pelo comitê para infra-estrutura de informações da prática de enfermagem (NANDA, 2008).

Pode-se afirmar que a NANDA contribui para os focos clínicos da ciência de enfermagem, refinando e desenvolvendo um sistema de conceito para a classificação dos diagnósticos, permitindo ao enfermeiro conhecer o cliente de uma maneira global. A realização do diagnóstico feita pela assistência de enfermagem em clientes hospitalizados deve estar padronizada de acordo com a taxonomia II da NANDA, estabelecendo um cuidado organizado e também qualificado para enfermeiros, baseiando-se tanto nos problemas reais quanto visualização dos potenciais voltados para o futuro, sendo fisiológicos, comportamentais, psicossociais, e também espirituais (ANDRADE; VIEIRA; RIBEIRO, 2008).

A NANDA proporciona meios para coleta de dados de enfermagem, que são analisados de forma sistemática nas organizações de

atendimento de saúde, além da fundamentação para qualquer análise de custo-benefício para a prática da enfermagem. O principal desafio dos diagnósticos de enfermagem é sua implementação na prática clínica diária., a qual varia em cada parte do mundo e em cada sistema de saúde. Requer liderança de enfermagem especializada e altamente qualificada, visto que o uso de diagnósticos é essencial para o futuro do cuidado de enfermagem profissional e baseado em evidências. Assim precisa tornar-se prioridade para todas as lideranças de enfermagem na administração e no gerenciamento, a fim de conferir visibilidade á prática de enfermagem, algo vital para o futuro da profissão, possibilitando um atendimento mais eficiente das necessidades dos pacientes (NANDA, 2008).

Em conjunto com os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA, temos a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC (Nursing Intervention Classification), outra classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelas enfermeiras, útil para a documentação clínica, para a comunicação de diferentes cuidados entre unidades de tratamento, para a integração de dados em sistemas de informação e unidades, para a eficácia das pesquisas, para a medida da produtividade para a avaliação de competências, para o reembolso e para o planejamento curricular; pode ser utilizada em todos os locais de atuação em enfermagem. Inclui aspectos fisiológicos e psicossocial, tratamento e prevenções das doenças, cada quais com classificações com um título que a identifica e também uma definição que permite o entendimento do título, além de um conjunto de atividades para serem executadas, acrescidas de bibliografia que fundamentam os cuidados, evidenciada numa listagem de 486 intervenções, empregadas de forma específica em cada uma das especialidades (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

Percebe-se que muitas mudanças significativas na prestação do cuidado de enfermagem, no que diz respeito a sua forma de assistir, sendo que o enfermeiro está deixando de atuar apenas no atendimento das ordens médicas para estabelecer o seu próprio diagnóstico, o planejamento da assistência e a prescrição dos cuidados ao paciente. À luz deste contexto, vislumbramos utilizar as tecnologias de informação para melhorar o processo de cuidado ao paciente, modificar a assistência à saúde e inovar, fato que é corroborado com ações sistematizadas, que oportunamente podem dispor da tecnologia científica para melhoria das intervenções (SANTANA, 2000).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se destina ao tratamento de pacientes em estado crítico, dispondo de uma infra-estrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, através de uma prática assistencial segura e contínua, busca

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

o restabelecimento das funções vitais do corpo. O Enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e através da utilização da SAE, assegura uma prática assistencial adequada e individualizada, onde os diagnósticos de enfermagem identificam a situação de saúde/doença dos indivíduos internados, resultando em um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico. Para a realização de uma assistência de enfermagem adequada e individualizada é necessária a aplicação de uma SAE baseada em uma Teoria de Enfermagem que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam cuidado, ajustada às possibilidades de cada instituição (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Diante desta nova realidade na prática da assistência de enfermagem, surgem os diagnósticos como instrumento para classificar as necessidades quanto ao cuidado do paciente, e pautar as práticas da equipe (FARIAS, 1990).

No Brasil, na década de 70, com os trabalhos de Wanda de Aguiar Horta, o diagnóstico de enfermagem passou a ser pensado e estudado, mas somente nos anos 90 ganhou força, retomando-se os estudos e ampliando-se a utilização do diagnóstico como fase do processo de enfermagem. A definição de diagnóstico de enfermagem proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é: “o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família e da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais a enfermeira é a responsável” (NANDA, 2008).

Angerami, 1991 (apud Coler, 1992) avalia que, ao elaborar o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro dá significado à coleta de dados, analisando e interpretando os achados e traçando o percurso de ação. Ao dar significado aos dados, revela o profissional que é, sua visão de mundo, sua base teórica, sua inserção profissional. A intervenção proposta ao fenômeno que se apresenta, a realidade e os encaminhamentos de intervenção e avaliação de resultados são os indicadores da competência profissional no processo de cuidar e curar.

A SAE é a metodologia que permite ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos, os quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo e, por vezes, exigente. A enfermagem como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada à saúde, deve ter uma metodologia de trabalho clara, prática e coerente com a realidade local principalmente nas unidades de assistência ao paciente gravemente enfermo, já que dada a sua situação instável, a assistência sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará os domínios apurados da técnica,

conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico (BITTAR, PEREIRA; LEMOS, 2006).

A SAE é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, e possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos, e permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, sendo que sua implementação proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem, além de oportunizar avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde. É composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem, a fase do histórico, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento e a avaliação de enfermagem, sendo que esta divisão tem cunho apenas didático, uma vez que na prática assistencial é um processo com etapas inter-relacionadas de maneira dinâmica. A adoção de sistemas de classificação permite o uso de uma linguagem única e padronizada, que favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem profissional e fundamentalmente confere cientificidade ao cuidado, sendo estritamente necessária a normatização da terminologia para possibilitar a uniformidade do significado dos termos e o seu uso científico (CHISTEL *et al.* 2009).

Nas diferentes realidades, a assistência ao paciente crítico tem se revelado uma das práticas passíveis de melhora quando implantado um serviço sistematizado, reunindo subsídios para a avaliação global do paciente e união de esforços para a busca de sua reabilitação, de maneira articulada. Usualmente, nestas unidades evidencia-se a presença de pacientes cardiopatas, os quais muitas vezes vivenciaram procedimentos invasivos e cirúrgicos como parte das inúmeras terapias, trazendo complexidade aos cuidados de enfermagem, afirmando que o cuidado em UTI atrelado ao processo de enfermagem se torna imprescindível devido a gravidade da situação de saúde dos pacientes internados (AMANTE, ROSSETO e CHNEIDER, 2009).

Galdeano e Rossi (2002) relatam que a enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo novas alternativas de assistência, desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um método científico, isto é, fundamentada no processo de enfermagem, considerado uma possibilidade de resposta a sérios questionamentos referentes à qualidade do cuidado e desenvolvimento científico da enfermagem.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

## A revascularização do miocárdio

Os problemas atuais da vida da população, como stress, sedentarismo, alimentação não balanceada, consumo de cigarro e álcool, dentre outros, têm contribuído com o aumento da quantidade de doenças cardíacas, que são a causa predominante de incapacidade e morte em todas as nações industrializadas. Existem quatro categorias de doenças cardíacas que contribuem com cerca de 85% a 90% de causa mortis: em primeiro lugar, temos a cardiopatia coronariana que contribui sozinha com cerca de 80% de toda a mortalidade cardíaca, seguida das cardiopatias hipertensivas, doenças valvulares e cardiopatias congênitas. A doença coronariana é o resultado da formação de placas de aterosclerose, que são placas de tecido fibroso e colesterol, que crescem e se acumulam na parede dos vasos a ponto de dificultar e impedir a passagem do sangue. Quando a obstrução da artéria pela aterosclerose envolve mais de 50% a 70% do seu diâmetro, o fluxo sanguíneo torna-se insuficiente para nutrir a porção do coração. Nessa situação a cirurgia de revascularização do miocárdio é indicada, a qual resulta numa ação necessária para que se evitem problemas mais sérios e letais, como as alterações no metabolismo que levam ao infarto do miocárdio, ou, se este já tiver ocorrido, para evitar novas isquemias (ROSA, COUTINHO, DOMINGUES e MOURA, 2006).

Os avanços nas técnicas de diagnósticos, tratamento clínico, técnicas cirúrgica e anestésica, bem como no cuidado fornecido em unidades de terapia intensiva e cirúrgica, cuidados domiciliares e programas de reabilitação, ajudaram a tornar a cirurgia uma opção de tratamento viável para pacientes com doença cardíaca. Esta tem sido realizada há cerca de 35 anos através de um procedimento cirúrgico em que um vaso sanguíneo de outra região do corpo é enxertado na artéria coronária ocluída. De modo que o sangue possa fluir além da oclusa. Os candidatos são pacientes com angina – não controlada através de clínica; angina instável; bloqueio; lesão artéria coronária esquerda superior a 60%, disfunção ventricular esquerda, bloqueio de duas ou mais artérias coronárias. O vaso mais comumente empregado é a veia safena, porém também são utilizadas as veias cefálicas e basílica, seguindo de enxerto na aorta ascendente e na artéria coronária distal á lesão. As artérias mamárias internas (direita e esquerda) e ocasionalmente as artérias radiais também são usadas. Os enxertos arteriais são preferidos aos enxertos venosos, porque eles não desenvolvem as alterações ateroscleróticas com tanta rapidez e permanecem permeáveis por mais tempo (SMELTZER; BARE, 2005).

Reitera-se que tais avanços, sobretudo da cirurgia cardíaca permitiu o desenvolvimento significativo dos cuidados junto ao paciente

gravemente enferme, além dos cuidados da equipe de enfermagem, privilegiados com ações sistematizadas (BACHION *et al.* 1995).

Conforme os autores, nesse contexto, a enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo novas alternativas de assistência, sendo a sistematização uma proposta metodológica que melhora a qualidade da assistência diante de questionamentos e planejamento de propostas do cuidado individualizado.

O procedimento é realizado com o paciente sob anestesia geral e depois o paciente é transferido para UTI. Os pacientes com cardiopatia não aguda podem ser admitidos no hospital no mesmo dia da cirurgia ou na véspera. Grande parte da avaliação pré-operatória é feita antes com levantamento da história e o exame físico incluindo radiografia de tórax, eletrocardiograma, exames laboratoriais, tipagem sanguínea, prova cruzada e a doação de sangue. O histórico de saúde focaliza a obtenção das informações fisiológicas, psicológicas e sociais basais. As necessidades de aprendizado do paciente e da família são identificadas e abordadas, quando necessário (SMELTZER; BARE, 2005).

A enfermagem deve atentar aos sinais e sintomas do indivíduo em pós-operatório, conhecer a sua história pregressa e a evolução do tratamento nos períodos pré e trans operatórios, visando prever e prover cuidados sempre que estes se fizerem necessários. Tais descrições podem indicar a presença de distúrbios relacionados à função e ao ritmo cardíaco, com alteração vascular, como a fibrilação atrial, que é uma das alterações mais frequentes pós cirurgia de revascularização do miocárdio, alterações na função pulmonar, complicações cerebrovasculares como êmbolos de aorta aterosclerótica e de outros vasos, do circuito da aparelhagem de *bypass* cardiopulmonar e suas tubulações, como também presença de hipotensão intraoperatória, particularmente em indivíduos com hipertensão anterior. Além destes problemas, temos as complicações gastrintestinais, que apesar de não serem constantes, são de difícil diagnóstico e de conseqüências severas relacionadas à hipoperfusão durante o período da circulação extracorpórea (CEC). O enfermeiro, um dos principais agentes do cuidado, deve estar preparado para entender cada fase da resposta humana à doença, sabendo identificar e perceber os sinais que comunicam o que cada indivíduo apresenta. O paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca apresenta grande vulnerabilidade, requerendo ações sistemáticas e bem elaboradas por parte deste profissional (CARVALHO *et al.* 2006).

Uma das complicações observadas nessa cirurgia é a ocorrência de acidente vascular cerebral durante ou após esse tipo de cirurgia. Estes podem surgir após a realização de um procedimento cirúrgico absolutamente sem anormalidades e suas conseqüências podem ser

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

trágicas para os pacientes. Os pacientes podem se recuperar completamente, ou esta complicação pode constituir um campo favorável ao desenvolvimento de outras complicações, como as infecções, por exemplo; podem levar à morte ou causarem seqüelas permanentes, capazes de restringir a capacidade física e ou intelectual. Pode trazer ainda muitas outras conseqüências, com aumento do tempo de permanência hospitalar (ROSA *et al.* 2006).

Deve, assim, ter a sensibilidade e o discernimento para saber agir da maneira mais condizente com o período em que o indivíduo passa e com os sentimentos que este consegue expressar, sendo importante ressaltar que o cuidado é a essência da enfermagem e sendo assim, o enfermeiro é essencial nos processos de atenção à saúde e que no contexto hospitalar, o papel do enfermeiro pode se tornar ainda mais relevante quando este cuida de pacientes que se encontram em período perioperatório, ou seja, desde o pré-operatório, passando pelo trans e dando seqüência ao pós-operatório (CARVALHO *et al.* 2006).

Diante destas considerações e da necessidade de se agregar subsídios para a implementação da SAE para os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca em UTI, realizou-se este estudo cujo objetivo central foi a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes que incidem nesta população, fomentando dados para a elaboração de planos assistenciais e para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

## OBJETIVOS

Identificar os principais diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas, fundamentados na Taxonomia NANDA / 2008.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva – ROP do Hospital de Base, situado no município de Bauru. Entidade dirigida pela Associação Hospitalar de Bauru através de um convênio com a secretaria da Saúde de São Paulo. A UTI – ROP atende especificamente pacientes pós-operados de cirurgias cardíacas, neurológicas, ortopédicas, transplantados renais e traumatizados. Esta conta com 15 leitos, sendo 13 normais e dois para isolamento.

A amostra constituiu-se de 20 pacientes admitidos na Unidade de Terapia intensiva ROP no pós-operatório de cirurgias cardíacas no período de outubro e novembro de 2009. A metodologia deu-se mediante realização de entrevista e exame físico e observações clínicas dos pacientes submetidos à cirurgias cardíacas no período proposto, coletando informações acerca das principais manifestações e possíveis intercorrências, além das necessidades de cada indivíduo. Para a realização do exame físico foi utilizado um roteiro retirado de um artigo da Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Após a coleta de dados, selecionaram-se os principais diagnósticos de enfermagem fundamentados na taxonomia da NANDA/2007-2008 para o cuidado frente às necessidades constatadas, compreendendo apenas aqueles que supriam os critérios de apresentação das características definidoras e fatores relacionados. Para a condução de tais ações, cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a justificativa e os objetivos desta pesquisa.

As informações foram transcritas em planilhas eletrônicas, seguindo da composição de gráficos e tabelas com análise quantitativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados permitiu-se realizar algumas considerações acerca da sistematização de enfermagem junto ao paciente em estado grave, desde aspectos sócio-demográficas até a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, a serem utilizados para fomento técnico-científico na área assistencial.

Em relação ao sexo, foi identificada predominância do sexo masculino, com 60% dos casos admitidos no pós-operatório de revascularização miocárdica, como revela a Figura 1:

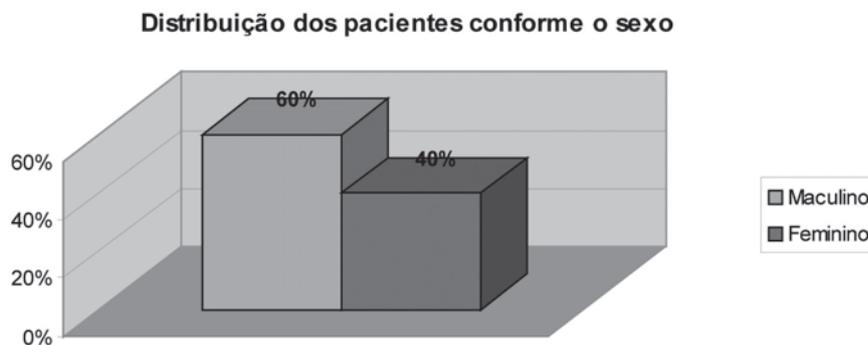


Figura 1 – Distribuição dos pacientes conforme o sexo

Fonte: elaborada pela autora

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

O conhecimento desta variável diante do planejamento da assistência de enfermagem é de suma importância, visto que cada grupo estabelece características individuais que devem ser valorizadas, sendo que alguns sinais e sintomas são mais frequentes em um sexo ou outro, como a percepção da dor e manifestações psicossomáticas como a ansiedade e medo.

Conforme Lima *et al.* (2006), as cardiopatias são patologias crônico-degenerativas, de alta incidência no Brasil e no mundo, que podem acometer seres humanos de qualquer faixa etária. Os autores verificaram em estudo realizado no ano de 2006 as mesmas perspectivas de incidência do sexo masculino encontradas por esta pesquisa, cujo percentual correspondeu a 53% do contingente amostral, realizando ainda considerações sobre dados estatísticos do Ministério da Saúde que referencia predominância do sexo masculino em cerca de 54% dentre as manifestações de doenças do aparelho circulatório.

Em relação à faixa etária, identificou-se a prevalência de pacientes acima dos 70 anos de idade (35%), seguindo por aqueles com 51 a 60 anos (30%), 61 a 70 anos (25%) e apenas 10% com idade entre 48 e 50 anos, como se vê na Figura 2:

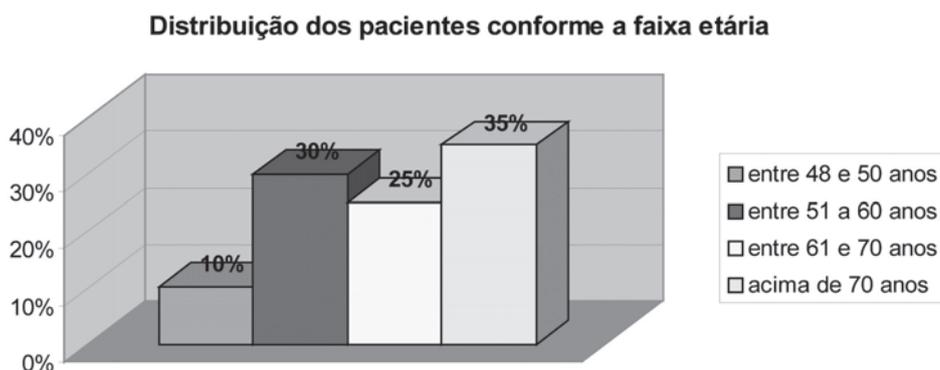


Figura 2 – Distribuição dos pacientes conforme a faixa etária  
Fonte: elaborada pela autora

A idade é um fator que influencia diretamente na recuperação pós-operatória, já que conforme o aumento da faixa etária, maior são as debilitações do organismo e capacidade de recuperação frente às fragilidades resultantes do envelhecimento. Certamente, conforme o observado neste estudo, a predominância de pacientes com idade elevada ainda é algo notório nas instituições hospitalares, apesar do aumento considerável de enfermidades em outros grupos etários, economicamente ativos como verificado nas incidências dos grupos entre 48 e 60 anos de idade, cujos percentuais somam 40% da população pesquisada.

LIMA *et al* (2006) também faz referências em sua pesquisa, identificando predominância de faixa etária elevada, variando entre 31 e 83 anos de idade, sendo estimado cerca de 30% desta população entre os 51 e 60 anos. Neste estudo observou que o grupo que corresponde à mesma faixa etária apresentada por Lima *et al.* (2006) foi admitida com a segunda maior porcentagem dentre os casos admitidos, porém com aumento significativo de 5% para a população mais incidente (acima dos 70 anos).

Outra questão a ser relevada é a eventual manifestação de lesões cardiovasculares ao longo do tempo, justificando o aumento de idosos dentre os investigados, os quais apresentavam episódios de angina instável, lesão e estenose aórtica e infarto agudo do miocárdio, igualmente abordados por Lima *et al.* (2006).

Quanto à condição trabalhista, verificou-se que a maioria dos pacientes era aposentada (60%), enquanto que apenas 15% revelaram estar economicamente ativo. Outros 25% referiram não ter nenhuma atividade remunerada ou estarem desempregados.

O número prevalente de aposentados pode ser justificado pela característica da população pesquisada, a qual apresenta maior contingente de idosos, como descrito anteriormente. Foi verificado que dentre as profissões exercidas pelos sujeitos da pesquisa, a maioria estava associada ao estresse e rotinas desgastantes, como serviços bancários, motoristas rodoviários e atividades administrativas, todas áreas associadas com manifestações psicossomáticas e manifestações de disfunções cardiovasculares.

Reiterando tais aspectos, foram investigadas as patologias associadas, constatando maior quantidade de hipertensos (50%), seguindo por hipertensão associada ao diabetes mellitus (10%). Verificou-se que cerca de 10% dos pacientes tinham histórico de alcoolismo e tabagismo, como mostra o gráfico na Figura 3.

**Distribuição dos pacientes conforme patologias associadas**

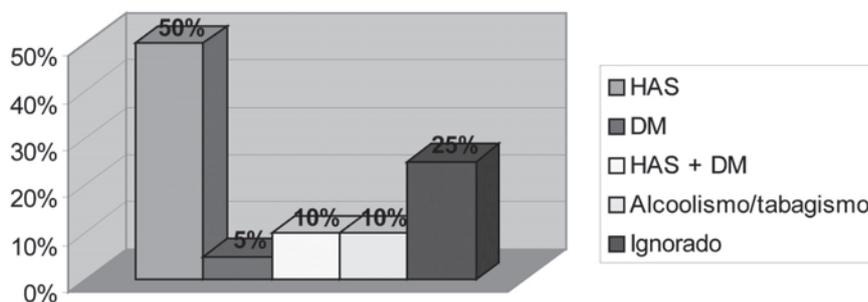


Figura 3 – Distribuição dos pacientes conforme patologias associadas  
Fonte: elaborada pela autora

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

Domingues e Moura (2006), afirmam que os problemas atuais da vida da população, como stress, sedentarismo, alimentação não balanceada contribui com o aumento da quantidade de doenças cardíacas, com destaque para o consumo de álcool e cigarros, ambos fatores evidenciados neste estudo.

Associado às patologias acima, identificou-se as hipóteses diagnósticas dentre os casos admitidos no pós-operatório de revascularização do miocárdio, compreendendo em sua maioria como decorrência de infarto agudo do miocárdio, com 60% de incidência.

Dentre os demais diagnósticos, foi identificado 15% de casos de insuficiência coronariana e 10% de insuficiência cardíaca congestiva. Em 15% dos casos identificaram-se outros problemas como problemas de mal-formação e estenose aórtica, como revela a Figura 4.

#### Distribuição dos alunos conforme as hipóteses diagnósticas

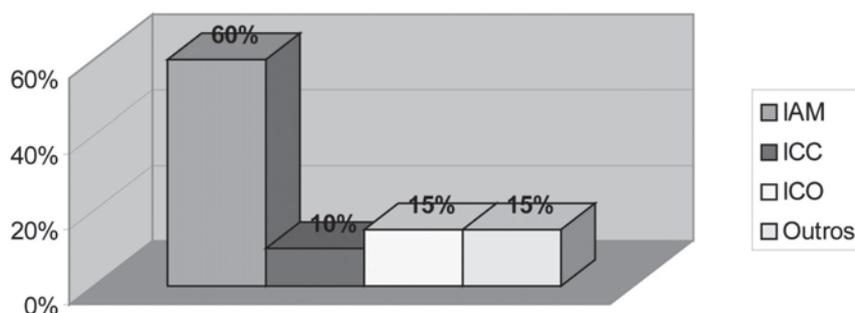


Figura 4 – Distribuição dos pacientes conforme as hipóteses diagnósticas  
Fonte: elaborada pela autora

Por fim, a partir do exame físico realizado, ocorreu o levantamento de informações que permitiram identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no pós-operatório de revascularização miocárdica.

Foram classificados como mais freqüentes os diagnósticos com incidência de pelo menos 25% dos 20 casos avaliados, descritos conforme as características definidoras e fatores relacionados. Didaticamente, estes diagnósticos foram descritos apenas com o título, visto que cada paciente apresentou características definidoras e fatores relacionados distintos, mas que permitiram traçar o perfil da população estudada frente aos cuidados sistematizados de enfermagem. Reitera-se que as análises foram fundamentadas no North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2007-2008, a qual apresenta evidências da importância da sistematização da assistência de enfermagem com o levantamento dos diagnósticos, os quais são definidos como “julgamento clínico das respostas do indivíduo, família

ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA, 2008).

Os diagnósticos seguem descritos na tabela 1, em ordem decrescente conforme o grau de incidência admitida a partir dos 100%, como pode ser observado:

Tabela 1 – Diagnósticos de enfermagem em POI de cirurgia cardíaca.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Fi	F%
Ansiedade	20	100%
Comunicação verbal prejudicada	20	100%
Déficit no autocuidado (alimentação, banho, higiene e higiene íntima)	20	100%
Dor aguda	20	100%
Integridade tissular prejudicada	20	100%
Mobilidade no leito prejudicada	20	100%
Risco para aspiração	20	100%
Risco para glicemia	20	100%
Risco para infecção	20	100%
Risco para integridade da pele prejudicada	20	100%
Risco para volume de líquidos desequilibrado	20	100%
Medo	15	75%
Débito cardíaco diminuído	12	60%
Padrão respiratório ineficaz	12	60%
Náusea	6	30%
Baixo autoestima situacional	4	20%
Fadiga	4	20%
Hipotermia	4	20%
Ventilação espontânea prejudicada	4	20%
Constipação	3	15%
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	3	15%
Volume de líquidos excessivo	3	15%
Desesperança	2	10%
Perfusão tissular ineficaz	1	5%

Foram identificados 24 diagnósticos de enfermagem, sendo 15 deles considerados como mais frequentes (incidência maior que 25%), sendo 5 diagnósticos de risco e 10 diagnósticos reais.

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

Destes, apenas dois diagnósticos foram associados à fatores psicológicos (medo e ansiedade), enquanto que os demais se referiram à alterações fisiológicas, e apenas um no grupo funcional (déficit no autocuidado).

A maioria dos diagnósticos incidentes também foi identificada por Truppel *et al.* (2009), porém somente 6 deles foram admitidos em 100% dos pacientes (Comunicação verbal prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene, déficit no autocuidado para higiene íntima, desobstrução ineficaz de vias aéreas, dor aguda e risco para infecção).

De acordo com os autores, a sistematização otimiza o cuidado, já que privilegia as ações de enfermagem de forma organizada, permitindo visibilidade de toda a equipe e pelo enfermeiro na gestão assistencial. Além disso, referem que o levantamento de diagnósticos de enfermagem subsidiam o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, sustentam e caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, beneficiando diretamente os pacientes, bem como à instituição e todos os membros da equipe multidisciplinar (Truppel *et al* 2009).

## CONCLUSÕES

Os diagnósticos de enfermagem encontrados servirão de base para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, considerando a individualidade do paciente. Evidenciou-se o alcance dos objetivos propostos por esta pesquisa, cujo fundamento foi identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em pacientes adultos no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Visto que a SAE veio para consolidar as práticas do cuidado, constituindo em meio para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnicos-científicos, caracterizando sua prática profissional. A elaboração de diagnósticos de enfermagem atribuem maior significado às práticas do enfermeiro, o qual analisa e interpreta os achados de forma crítica frente ao planejamento da assistência. Permite ao enfermeiro a aplicar seus conhecimentos, oferecendo uma assistência qualificada à saúde, com metodologias claras, práticas e coerentes com a realidade local, principalmente nas unidades de assistência ao paciente gravemente enfermo, oferecendo um cuidado humanizado e holístico.

Conclui-se que a necessidade de se agrupar subsídios para a implementação da SAE para os pacientes de pós-operatório de cirurgia cardíaca em unidade de terapia intensiva certamente foi privilegiada

com a identificação dos mais frequentes diagnósticos de Enfermagem, contribuindo com a elaboração dos planos assistenciais e melhoria dos cuidados de enfermagem a serem prestados.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por oferecer a oportunidade de realizar meu sonho; concluir a faculdade de enfermagem, proporcionando-me sempre momentos de esperança, vitalidade, saúde, paz e muita alegria.

Ao meu pai que hoje não mais presente, mas que sempre me incentivou e orgulhou-se de minha escolha profissional.

Aos meus familiares que juntos, não mediram esforços nem incentivos para me ajudarem.

Ao meu marido Bruno que de forma especial e carinhosa permaneceu firme diante das dificuldades e não mediu esforços para me incentivar, e estar presente em todos os momentos.

Agradecer de forma grata, a grandiosa disposição do Cariston, um colega de turma e do Professor Mestre Ronaldo Lopes, orientador do trabalho, que iluminaram, apoiaram meus pensamentos levando a buscar mais conhecimentos.

CRUZ, Ana  
Paula Oliveira e  
LOPES, Ronaldo.  
Diagnóstico de  
enfermagem no  
pós-operatório de  
cirurgias cardíacas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 29, n. 3, p. 293-  
312, 2010.

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

## REFERÊNCIAS

- AMANTE, L. N. ROSSETTO, A. P. SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. São Paulo. 2009, v.43. n.1 p. 54-64.
- ANDRADE, A. C. VIEIRA, E. O. RIBEIRO, S. M. **O trabalho da enfermagem na sistematização da assistência em diagnóstico de enfermagem.** Artigo [on line]. Paraná. 2008.
- AUSMANN, M. PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** [online]. Florianópolis. 2009, v.18, n.2, p.258-265.
- BACHION, Maria Márcia *et al* . Clientela com alterações cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, jul. 1995.
- BITTAR, D. B. PEREIRA, L. V. LEMOS, R. C. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto contexto - enferm.** [online]. Florianópolis. 2006, v.15, n.4, p. 617-628.
- CARVALHO, A. R. S. MATSUDA, L. M. CARVALHO, M. S. S. ALMEIDA, R. M. S. S. A. SCHNEIDER, D. S. L. G. complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica. **Maringá** v. 5, n. 1 p. 50-59 jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02/09/2009.
- CASTILHO, N. C. RIBEIRO, P. C. CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto contexto - enferm.** [online]. Florianópolis. 2009, v.18, n.2, p. 280-289. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02/09/2009.
- DELL'ACQUA, M. C. Q. MIYADAHIRA, A. M. K. Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. São Paulo. v.34 n.4 p. 383-389. 2000.
- GALDEANO, L. E. ROSSI, L. A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. Ribeirão Preto. 2002, v.10 n.6 p. 800-804.
- LIMA, L. R. de; PEREIRA, S. V. M. CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco. **Contribuição de Orem.** Belo Horizonte, v. 59. n. 3. p. 285-290, 2009.

MCCLOSKEY, J. C. **Classificação das Intervenções de enfermagem - NIC** / Joanne C. McCloskey e Glória M. Buleshek; Trad. Regina Garcez. 3ª Ed.. Porto Alegre: Artmed. 2004.

NANDA – **Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2007 / 2008** / North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2008. 396 p. 20 cm.

ROSA, C. M. COUTINHO, K. S. DOMINGUES, M. F. M, MOURA, D. S. A prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) no pós-operatório de revascularização do miocárdio. **RBPS**. v. 19 n. 1. p. 25-34. Fortaleza. 2006. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe?IsisScript=ph18/003.xis&cipar=ph18.cip&bool=exp&opc=decorado&exp=acidente%20cerebral%20vascular&code=&lang=por>. Acesso em: 15/08/2009.

SANTANA, J. S. da S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Creche: Reflexões de uma Prática. **Revista Nursing**. Bahia, n.24 p.24-9, 2000.

SELBACH, P. T. S. **Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular: um estudo com professores do Curso de Enfermagem**. São Luis/MA: EDUFMA, 2009. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=132264](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=132264). Acesso em: 16/08/2009.

SMELTZER, S. C. BARE. B. G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. Suzanne C. Smaltzer, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa; tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SPERANDIO, D. J. ÉVORA, Y. D. M. Proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. **Ciênc. cuid. saúde**. v. 3 n. 1 p. 99-104 São Paulo. jan.-abr. 2004.

TRUPPEL, T. C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**. V. 62 N. 2. p. 221-7. Brasília. mar-abril. 2009.

CRUZ, Ana Paula Oliveira e LOPES, Ronaldo. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Salusvita*, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.