

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA



Facene



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA

ISSN 1679-1983



9771679198008

ideia

Volume 1
Número 1

2003

Revista
Semestral



FACENE – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

Ano 1, nº 1, julho de 2003.

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora-presidente da Entidade Mantenedora

Profª Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

Engº João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Adm. Eitel Santiago Silveira

ADMINISTRAÇÃO BÁSICA

Coordenadora do Curso de Enfermagem

Profª Maria Solange Vaz de Lima

Coordenador Acadêmico

Prof. José Augusto Peres

ÓRGÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO

Secretário Geral

Adm. Alexandre Henrique Santiago Silveira

Secretária Adjunta

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Tesouraria

Maria da Conceição Santiago Silveira

Centro de Processamento de Dados

Frederico Augusto Polaro Araújo

Antônio Santiago Silveira

Relações Públicas

João Fernando Pessoa Silveira Filho

Ana Karla de L. C. Santiago Silveira

Coordenadora da Biblioteca

Ana Úrsula Farias Pereira

Editor

Eduardo Jorge Lopes da Silva

Conselho Editorial:

Ana Úrsula Farias Pereira (Bibliotecária)

Maria Solange Vaz de Lima (Enfermeira)

Gladys Fonseca (Médica)

Danyelle Monte F. da Costa (Psicóloga)

Eduardo Jorge Lopes da Silva (Pedagogo)

Veruska Pedrosa Barreto (Nutricionista)

Ivana Maria Fachine Sette (Farmacêutica)

Conselho Consultivo:

Fabiano Santos (FACENE)

Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana (UFPB)

Iolanda Bezerra da Costa Santos (UFPB)

Marta Mirian Lopes (UFPB)

Gerson da Silva Ribeiro (UFPB)

Solidônio Arruda Sobreira (FACENE)

José Augusto Peres (Potiguar)

Francisco José Santiago de Brito Pereira (Clínica

Dom Rodrigo/João Pessoa)

João Gonçalves de Medeiros Filho (UFPB)

Revisor

Edielson Jean da Silva Nascimento

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v. 1 n. 1. João
Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE,
2003 –

v.: il.;

Semestral
ISSN

1. Enfermagem. 2. Ciências da Saúde. I. Título.

CDU – 616-083(081) (05)

Sumário

EDITORIAL

ARTIGOS

A CRIANÇA HOSPITALIZADA E AS ATIVIDADES RECREATIVAS: UMA QUESTÃO DE GERENCIAMENTO 06
Onélia Alves Ribeiro, Maria Auxiliadora Pereira

GERENCIAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE IDOSOS: VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DA CLIENTELA 22
Maria das Dores Lima de Melo, Maria Emília Romero de Miranda Enriques

GERENCIAMENTO E QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM: OPINIÕES DE ENFERMEIROS
Flávia Lira da Paz, Marta Miriam Lopes Costa Cunha

TREINAMENTO EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UMA PROPOSTA PARA SUA EFETIVAÇÃO
Gisélia Alves Araújo, Iolanda Beserra da Costa Santos

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM: ESTUDO COMPARATIVO UTILIZANDO A RESOLUÇÃO COFEN Nº 189/96
Yara Lúcia de Paula Cavalcanti, Sérgio Ribeiro dos Santos

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: INCIDÊNCIA ATUAL PREOCUPANTE.....
Danyelle Monte Fernandes da Costa, Richardson D. Wanderley Ramalho

PERCEPÇÃO SOBRE O DOENTE MENTAL: OPINIÕES DE GRADUANDOS EM PSICOLOGIA
Maria dos Prazeres Vieira da Silva, Danyelle Monte Fernandes da Costa, Nilton Soares Formiga

O PROBLEMA DA DESCRIMINAÇÃO DAS DROGAS NO BRASIL
Maria das Graças Madruga Paiva Santiago

PESQUISA

AVALIAÇÃO DE NUTRIENTES, NA RAIZ E PARTE AÉREA, DE PLANTAS DO SEMI-ÁRIDO PARAIBANO
Homero Preazzo Barbosa, Carolina Uchoa Guerra Barbosa

ENSAIO

BIOQUÍMICA, DETERMINISMO E CONDIÇÃO HUMANA
Fabiano Santos

ESPAÇO DISCENTE

UM ESTUDO PRELIMINAR SOBRE AS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS DOS IDOSOS EM UM ABRIGO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA
Catarina Figueiredo Pordeus, Dulcineide Lima Quirino, Martha Pereira dos Anjos Galvão, Veruscka Pedrosa Barreto

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO: UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA
Amanda Donato Cunha, Andréa Guimarães Teixeira, Rafaella Pereira Coutinho de Azevedo, Renata marinho Veloso, Wiviane Chaves Nunes

EDITORIAL

A Faculdade de Enfermagem de Nova Esperança (FACENE), estabelecimento de ensino superior isolado, situada na cidade de João Pessoa – PB, apresenta à comunidade acadêmica seu primeiro periódico semestral, organizado pelos seus docentes.

Nele destacam-se artigos, pesquisas e ensaios realizados por profissionais da área de Ciências da Saúde, como também de trabalhos produzidos por alunos da Instituição. A referida revista objetiva publicar artigos, traduções, resenhas, ensaios e resumos de pesquisa em nível de especialização, mestrado e doutorado da área da saúde e correlatas, dos docentes da Instituição, bem como de outras IES e órgãos de pesquisa.

A construção desse primeiro volume foi esforço coletivo da direção da Faculdade juntamente com os consultores da Revista.

Em um contexto em que os escassos incentivos à produção científica e a leitura são irrelevantes, torna-se privilégio para uma faculdade com apenas dois anos de atuação investir na divulgação da produção dos seus docentes, alunos e demais profissionais ligados direta ou indiretamente à saúde no Estado da Paraíba como também no país.

Assim, este volume apresenta trabalhos avaliados por membros do seu conselho, de diversas áreas, vinculados a FACENE e outros órgãos de ensino e pesquisa, levando-se em consideração, dentre outros critérios, a atualidade e relevância do tema; a originalidade e consistência científica e o atendimento às normas éticas.

Concluindo, esperamos que os leitores possam encontrar, nesse periódico, informações úteis para sua prática profissional, bem como emitir sugestões objetivando aprimorar a cada publicação a qualidade da Revista Ciência da Saúde Nova Esperança.

O Editor

ARTIGOS

A CRIANÇA HOSPITALIZADA E AS ATIVIDADES RECREATIVAS: UMA QUESTÃO DE GERENCIAMENTO¹

Onélia Alves Ribeiro²
Maria Auxiliadora Pereira³

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar as atividades recreativas que mais despertavam interesse nas crianças internadas na clínica pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, João Pessoa-PB. Foi realizado no período de julho a agosto de 2000 e a amostra constituiu-se de 17 crianças, a partir dos três anos, das quais 13 (77%) deambulavam e 4 (23%) encontravam-se acamadas; também foram incluídos seus acompanhantes, para identificar o envolvimento dos mesmos nas atividades desenvolvidas. Os resultados revelaram como atividades recreativas preferidas: jogos de memória, 12 (71%); pintura/desenho, 13 (76%); brincadeiras, 17 (100%); ler e ouvir histórias, 15 (88%); inventar brinquedos, 06 (35%); colecionar alguma coisa, 9 (53%) e imitar algum tipo de animal, 12 (71%). Quanto aos acompanhantes, 10 (59%) ficavam com as crianças menores para dar apoio; 6 (35%) gostariam de receber orientação sobre as atividades recreativas e 11 (65%) tinham habilidade para alguma atividade recreativa. Propôs-se o maior envolvimento dos acompanhantes nas atividades recreativas, bem como a incorporação dessas atividades como parte do cuidado à criança internada, tendo em vista que as brincadeiras e os brinquedos para essas crianças continuam fazendo parte imprescindível do seu cotidiano, mesmo estando num ambiente aparentemente estranho e hostil, como o hospital.

Palavras-chave: Criança; Hospitalização; Atividades Recreativas.

ABSTRACT

The aim of this study was the identification of the recreative activities that most brings the attention of children inner the pediatric clinic of the Lauro Wanderley University Hospital – UFPB in João Pessoa, PB. The study was done from July to August 2000 having 17 children upward three years old as sample of which 13 (77%) was able to walk and 4 (23%) was in bed. In order to identify the attachment of the children's partners in the activities they were included in the study. The results showed that the preferred recreative activities were the follow: memory games, 12 (71%); painting/drawing, 13 (76%); pranks, 17 (100%); to read and to listen to histories, 15 (88%); to invent toys, 06 (35%); to make any kind of collections, 9 (53%) and the imitation of animals, 12 (71%). Between the partners, 10 (59%) stayed with the small children to support them; 06 (35%) would like to receive any kind of orientation about the recreative activities and 11 (65%) had the ability for any recreative activity. As **conclusion** we suggest a bigger attachment of the

¹ Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Gerencial do DEMCA/CCS/UFPB.

² Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/CCS/UFPB. Especialista em Enfermagem Gerencial.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do DEMCA/CCS/UFPB. Orientadora do Trabalho.

partners in the recreative activities as well the incorporation of these activities in the inner child care, regarding that the plays and the toys still keep a important piece of their every day life although being in a strange like ambient as a hospital.

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização da criança, provocada pela doença, representa um transtorno psicológico e emocional tanto para a própria criança como para os pais, causando sofrimento, tristeza, insegurança e afastamento do ambiente familiar, para um outro, que lhe é desconhecido. Por essa razão, faz-se necessário que a equipe de enfermagem busque meios para prestar uma assistência holística, facilitando sua adaptação ao ambiente hospitalar, preparando-lhe uma recepção amistosa e um meio acolhedor e confiável, desde sua chegada até sua saída.

Crescentes mudanças têm sido observadas nas práticas do atendimento pediátrico, no intuito de facilitar o processo de adaptação da criança no hospital. Dentre estas, podemos citar a adoção do sistema de internação conjunta mãe-filho, a flexibilização dos horários de visitas e a recreação. A iniciativa de uma equipe composta por atores e atrizes, conhecidos por “Doutores da Alegria”, vem revolucionando os corredores de hospitais pediátricos, trazendo alegria e devolvendo o sorriso às crianças hospitalizadas, completando uma lacuna existente na recreação da rotina de hospitais do Sul do Brasil.

O grupo organizado tem como objetivo alegrar as crianças hospitalizadas, tornando-as mais esperançosas e menos ansiosas, através de brincadeiras com palhaços e músicas, alterando com eficácia a rotina hospitalar, fazendo brotar nos rostinhos sofridos, o sorriso e a recuperação da sua auto-estima, ajudando-as a compreender e a enfrentar o ambiente hospitalar, e, conseqüentemente, a doença. Vale salientar que essa iniciativa já está implantada também em João Pessoa, onde foi criada uma equipe que faz um trabalho semelhante, com a denominação de “Doutores Animados”.

Entretanto, estas atividades recreativas e à utilização dos brinquedos no ambiente hospitalar são vistos, ainda, com muita resistência por muitos profissionais de saúde, pois os consideram como fonte de contaminação e implicam em barulho, quebra de rotina, desarrumação do ambiente e sujeira.

Envolvidas muitas vezes em suas funções burocráticas, muitas enfermeiras não conseguem encontrar tempo para desempenhar habilidades de relacionamento e atividades que incluam a recreação junto à criança internada. Para muitas delas, o brincar

com a criança não é encarado como parte do seu trabalho, e se sentem até inibidas se são vistas brincando, pois podem parecer, aos olhos dos outros, “também como crianças”.

Junqueira (1999), refletindo acerca da relevância do brincar nas relações terapêuticas, ressalta que os profissionais de saúde envolvidos devem saber que, para se trabalhar com as crianças e poderem penetrar no seu mundo, precisam usar uma linguagem universal infantil, ou seja, o lúdico.

As atividades recreativas proporcionam à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar sua vida, diminuindo assim sua ansiedade e dando-lhe um sentido de perspectiva, durante sua permanência no hospital. Tais atividades, desenvolvidas através dos jogos, das brincadeiras e dos brinquedos – além de ser consideradas uma forma de diversão e de entretenimento – têm também função curativa, pois devolvem, em parte, os aspectos normais da vida diária e previnem maiores perturbações.

Por fazermos parte da equipe de enfermagem de uma clínica Pediátrica de um Hospital Público, e, examinando atentamente o Setor de Recreação, pudemos constatar que as crianças dispõem de um espaço reduzido e pouco ventilado, localizado próximo ao elevador social, que dá acesso ao corredor e ao setor de hidratação, onde são atendidas crianças que chegam à clínica. Devido à grande circulação de pessoas e ao choro das crianças atendidas na hidratação, aquelas que freqüentam a recreação ficam ansiosas e não conseguem se concentrar nas atividades recreativas.

Quanto aos recursos disponíveis para as atividades recreativas, o setor dispõe de um videogame; um televisor; um aparelho de som; brinquedos, como bonecas, bolas e carrinhos; jogos, do tipo quebra-cabeças, dominó, jogo de damas; material de desenho e pintura. Vale ressaltar que os brinquedos e os jogos, além do número insuficiente para a quantidade de crianças que freqüentam a sala, em sua maioria, encontram-se quebrados e não há reposição.

As crianças menores costumam brincar em grupos ou sentadas em volta de uma mesa grande para os jogos, pinturas e desenhos. As crianças maiores (acima de sete anos), não se sentem motivadas a participar das brincadeiras, apenas assistem televisão, jogam videogame ou jogo de damas.

As crianças restritas ao leito, devido à própria doença ou por imposição do tratamento, por não poderem se locomover até o setor de recreação, não são beneficiadas com as atividades recreativas. No momento em que as recreacionistas passavam nas

enfermarias convidando as crianças para a sala de recreação, notei nos rostinhos das que estavam restritas ao leito, um apelo e um pedido suplicante ao colega do lado, “brinque aqui”, “traga o brinquedo, eu me contentarei em vê-lo brincar”, olhavam para a tia e no olhar transmitiam outro pedido, “traga um livro de histórias e leia para mim, já que eu não posso sair daqui”.

Partindo dessas observações e tendo em vista que o objetivo principal da recreação é proporcionar espaço para que as crianças dêem asas à sua imaginação, participem das brincadeiras de forma que se divirtam e ao mesmo tempo mantenham um bom relacionamento com outras crianças, surgiu o interesse em realizar o presente estudo, com os seguintes objetivos:

- identificar as atividades recreativas que mais despertam interesse nas crianças internadas na clínica pediátrica do HULW;
- propor alternativas pertinentes às atividades recreativas das crianças internadas na clínica pediátrica do HULW.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, de natureza descritiva, desenvolvida na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, João Pessoa, tendo em vista que aquela clínica constitui campo de atuação prática da pesquisadora, como enfermeira assistencial, há cinco anos. A amostra foi constituída pelas crianças internadas no período de julho a agosto de 2000, que deambulavam ou estavam restritas ao leito, com idade a partir dos três anos. A escolha desta faixa etária se deu pelo fato de que as crianças, a partir dessa idade, tornam-se sociáveis e são capazes de entender e responder questões sobre o tema do estudo. Foram incluídos seus acompanhantes para identificar o envolvimento dos mesmos nas atividades recreativas desenvolvidas. Foi utilizado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, referentes à idade, sexo, condição de movimentação e as predileções das crianças quanto às atividades recreativas, além de um questionário com os acompanhantes acerca do seu envolvimento nessas atividades.

A coleta dos dados ocorreu nas dependências da clínica pediátrica, no período de 20 de julho a 20 de agosto de 2000, após os acompanhantes das crianças terem sido convenientemente informados sobre o estudo, garantindo-lhe a privacidade e o

anonimato, e, ainda, a suspensão imediata da pesquisa, se a criança ou seu responsável assim o desejasse. Os dados extraídos dos dois questionários foram analisados de forma sistemática e dispostos em forma de gráficos e tabelas, com enfoque no método quantitativo. Em seguida, foram discutidos à luz da literatura pertinente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em duas etapas, onde, na primeira, são discutidas as informações colhidas junto às crianças pesquisadas sobre as atividades recreativas de sua preferência, e, na segunda, são avaliadas as questões dirigidas aos acompanhantes, referentes às atividades recreativas e seu envolvimento ou participação nas mesmas.

3.1 As atividades recreativas na percepção das crianças pesquisadas

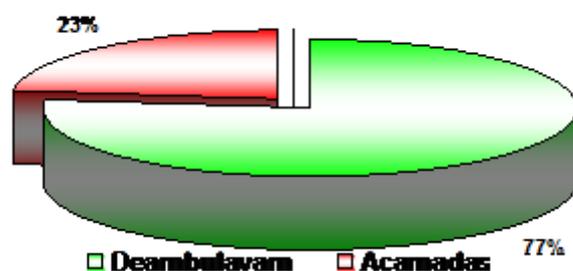
A caracterização das crianças pesquisadas envolveu aspectos como idade, sexo e condição de movimentação (se deambulava ou estava acamada). No período de 20 de julho a 20 de agosto, correspondente à coleta de dados para o presente estudo, 81 crianças foram admitidas na clínica pediátrica, e, desse total, 40 do sexo masculino e 41 feminino. A amostra foi constituída de 17 crianças, com idades entre três e treze anos, sendo 10 do sexo masculino e 07 do sexo feminino, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 — Distribuição das crianças pesquisadas de acordo com a idade e o sexo.

| Idade (anos) | 3 < 6 | 6 < 9 | 9 < 12 | > 12 | Total |
|---------------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|--------------|
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 2 | 2 | 6 | – | 10 |
| Feminino | 2 | 3 | 1 | 1 | 07 |
| Total | 4 | 5 | 7 | 1 | 17 |

De acordo com o gráfico 1, abaixo, das 17 crianças envolvidas no estudo, 13 (77%) deambulavam e 4 (23%) encontravam-se acamadas.

Gráfico 1 – Distribuição das crianças pesquisadas de acordo com a capacidade de locomoção.



As crianças que se encontravam acamadas, seja pela condição patológica, por incapacidade física ou imposição terapêutica, não participavam das brincadeiras proporcionadas pelo serviço de recreação, da mesma forma que eram oferecidas às crianças que deambulavam.

O fato de as crianças estarem restritas ao leito não pode ser visto como empecilho para não incluí-las nos entretenimentos. No entanto, eis aí a nossa realidade. Estas crianças deviam ser liberadas sempre que possível, pois o confinamento é frustrante, principalmente para os pequenos que estão começando a andar. Essa limitação de movimentos e de espaço provoca sensações desagradáveis nestas crianças, como a tristeza, a raiva, a ansiedade e a solidão.

A opinião expressa pelas 17 crianças pesquisadas, em relação à **preferência por brincar sozinha ou acompanhada**, foi a seguinte: 15 (88%) preferiam brincar com irmãos ou colegas e 2 (12%) sozinhas e/ou colegas. Não houve relato sobre o “brincar sozinho(a)”. Estas respostas retratam a característica do pré-escolar e do escolar, os quais, nestas idades, começam a se integrar com os coleguinhas e a formar turmas, desenvolvendo seu senso de companheirismo (WHALEY e WONG, 1989).

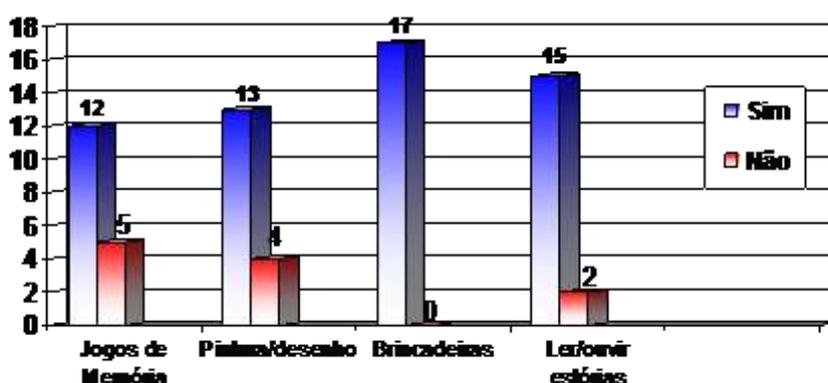
Sabe-se, entretanto, que se a criança é colocada em ambiente estranho com crianças que não conhece, volta a brincar sozinha. Da mesma forma, em situação de crise, como a doença e a hospitalização, é comum a criança se isolar para brincar, até que possa dominar essa nova experiência e se integrar de forma gradativa ao novo ambiente e ao grupo.

No que diz respeito aos **horários em que mais gostam de brincar**, das 17 crianças do estudo, 8 (47%) costumavam brincar mais no horário da tarde, 5 (29%) preferiam brincar pela manhã e 4 (24%) em qualquer horário. As crianças que mencionaram qualquer horário foram aquelas que ainda não ingressaram na escola e, portanto, dispõem de todo o tempo para as brincadeiras, diferentemente daquelas que

mencionaram um período (manhã ou tarde), alegando que no outro período frequentavam a escola.

Quando indagadas sobre *os brinquedos com que mais gostam de brincar*, as respostas das crianças foram as mais variadas. Todas elas citaram mais de um brinquedo, já incluindo aí as brincadeiras. Para o presente estudo, as respostas obtidas foram agrupadas e categorizadas nos seguintes grupos: jogos de memória, pintura/desenho, brincadeiras, ler e ouvir histórias, conforme pode ser visto no gráfico 2.

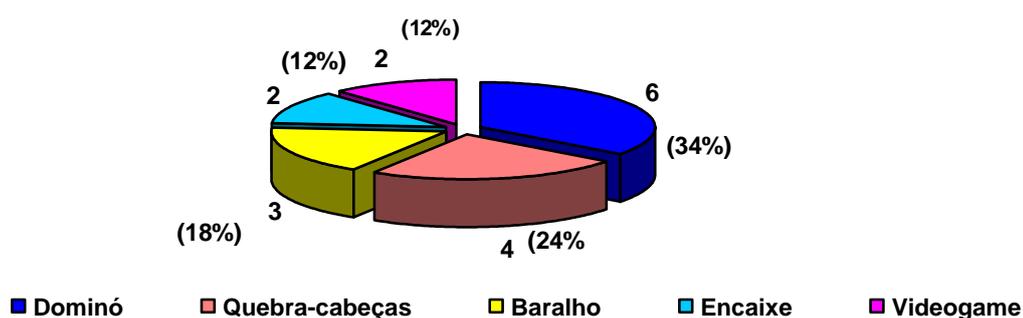
Gráfico 2 – Distribuição das crianças pesquisadas (N=17) de acordo com a preferência por brinquedos (o que mais gosta ou prefere fazer).



Na categoria jogos de memória, 12 crianças, tanto meninos como meninas expressaram preferências para dominó, quebra-cabeças, baralho, encaixe e videogame, conforme vistos no gráfico 3, abaixo.

Aguiar (1997) afirma que o jogo proporciona à criança, um “*ambiente agradável, motivador, planejado e enriquecido*”, proporcionando a apreensão de diversas habilidades. Por intermédio dos jogos, a criança mantém a lucidez mental e desenvolve a atenção e coordenação motora.

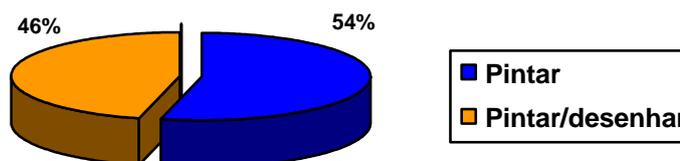
Gráfico 3 – Relação dos brinquedos de Jogos de Memória citados pelas crianças pesquisadas (N = 12) de acordo com a preferência.



O interesse por novos jogos como dominó, quebra-cabeça, baralho (jogos de regras) surge com mais ênfase no período da alfabetização, referenciado por Prizculnik (1991), onde são formados os grupos sociais para competição, havendo, assim, uma combinação amistosa entre “*aptidão intelectual e sorte*”. As crianças aprendem a conviver com o companheirismo, respeitar as regras, esperar a sua vez no jogo, saber ganhar e perder. Esse tipo de atividade lúdica, “*subsiste e desenvolve-se mesmo durante toda a vida do ser socializado*” (PIAGET, 1990).

Na categoria pintura/desenho, das 13 crianças que optaram por essa modalidade de brinquedo, 6 preferiram desenhar e pintar, enquanto 7, só desenharam, conforme representado no gráfico 4, abaixo.

Gráfico 4 – Relação das atividades de pintura/desenho citadas pelas crianças pesquisadas (N=13) de acordo com a preferência.



Durante a recreação, foi possível observar que as crianças menores, tanto os meninos como as meninas, gostavam de rabiscar desenhos, embora estes se apresentassem mal definidos, tendo em vista a coordenação motora pouco desenvolvida. Nos seus desenhos, as crianças criavam formas simbólicas que se pareciam com objetos que elas estavam representando.

Estas crianças se envolviam mais nas atividades de pintura, utilizando o lápis de cor. Kolck (1981) explica que há um interesse pelo colorir nas crianças menores, que preferem o uso das cores mais fortes, como o vermelho e o amarelo, perdurando até a idade pré-escolar. À medida que elas vão crescendo, na fase escolar, já entrosadas entre seus grupos sociais, usam com mais limite as variedades das cores.

Sabe-se que o exercício lúdico, através da utilização do lápis de cor, do giz de cera colorida e do papel favorece à memorização, ajudando a criança na habilidade de desenhar e criar. Observou-se, durante a recreação, que as crianças já recebiam o desenho pronto para pintar, não tendo oportunidade de usar a criatividade, bem como dar vazão à sua imaginação, para expressar através dos desenhos, o que não conseguiam verbalizar.

Com relação às *brincadeiras mais citadas pelas crianças*, listadas no quadro 5, abaixo, podemos destacar: brincar de carro e de bola, pega-pega e bonecos, como as brincadeiras preferidas.

Quadro 5 – Relação das brincadeiras mais citadas pelas crianças pesquisadas (N=17), de acordo com a preferência.

| Brincadeiras | Nº |
|---------------------|-----------|
| Carro | 6 |
| Bola | 5 |
| Pega-pega | 5 |
| Boneca | 4 |
| Escolinha | 3 |
| Esconde-esconde | 3 |
| Cantigas de roda | 2 |
| Boneco | 2 |
| Casinha | 2 |
| Bolinha de gude | 2 |
| Dança | 2 |
| Amarelinha | 1 |
| Adivinhação | 1 |
| Estátua | 1 |
| Pula-corda | 1 |
| Canto | 1 |

Sobre a preferência pelo carro e pela bola, foram citados só por meninos, por ser uma brincadeira ainda considerada tipicamente masculina; bem como a boneca, utilizada exclusivamente pelas meninas. Na brincadeira de pega-pega, há interação das crianças da mesma faixa etária e entre os dois sexos, masculino e feminino, onde são estabelecidas as relações sociais e de liderança.

As demais brincadeiras citadas são comuns às crianças maiores, como cantigas de roda, saltar amarelinha, pular corda, jogar bolinhas de gude. Estas brincadeiras ajudam a ampliar os referenciais da criança em relação à exploração do próprio corpo, do ambiente e das outras crianças com as quais interage. De acordo com Potter e Perry (1999), os escolares brincam cooperativamente em atividades de grupo, como pular corda, amarelinha e futebol. O jogo se torna competitivo e as crianças geralmente têm dificuldade

em aprender a perder. São características dessa idade o insulto, o desafio, a superstição e a sensibilidade aumentada.

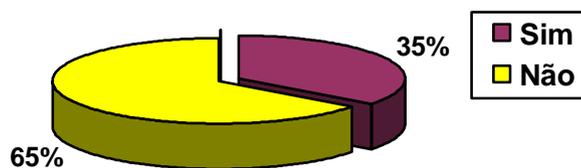
As brincadeiras de casinha e de escolinha, preferidas pelas meninas, possibilitam à criança criar situações da realidade do adulto de acordo com a sua ótica, inventando sala de aula, festas de aniversário, de batizado, de casamento e imitando os papéis de professora, pai, mãe, filho, irmão, entre outros.

No universo das histórias infantis, 15 (88%) crianças relataram gostar de ler e/ou ouvir histórias, e apenas duas não gostavam. Os livros de histórias infantis exercem especial atrativo sobre as crianças, exatamente por refletirem um mundo de fantasias. As crianças menores têm pensamento mágico e extrema sensibilidade, e nunca se cansam de ouvir as mesmas histórias várias vezes. Os livros de histórias ilustradas as encantam pelo forte colorido das figuras, nas quais se debruçam por repetidas vezes para contemplá-las.

As crianças maiores, por já possuírem a capacidade de julgar e compreender determinados fatos e situações penetram no mundo do “era uma vez...”, dando aos seus personagens (bruxas, fadas, príncipes e princesas) a forma humana, e esse tipo de leitura tem como principal ingrediente a emoção. Nas suas histórias, a criança fantasia personagens diferentes e amplia sua compreensão acerca dos diferentes papéis e relacionamentos entre as pessoas.

Em se tratando de *inventar brinquedos*, apenas 06 crianças do estudo referiram essa modalidade de entretenimento, conforme gráfico 5, abaixo. Os tipos de brinquedos mais inventados pelos meninos são carrinhos de lata ou de caixas de papelão, jogos de encaixe, confecção de pipas e de pião. Já as meninas preferem inventar e confeccionar modelos de roupas para as bonecas.

Gráfico 5 – Distribuição das crianças pesquisadas (N=17) de acordo com a preferência em inventar brinquedos.



De acordo com Machado (1997) é a partir dos três anos até os 12-14, que o brinquedo passa a ser visto pelas crianças com a função de criatividade e construção. É comum encontrar a criança na tarefa de desmontar um brinquedo pronto para refazê-lo ou

criar outro a partir deste. A invenção ou reinvenção é estimulante para ela porque a faz procurar e selecionar material necessário ao seu propósito de criação.

Portanto, devem ser oferecidos materiais os mais variados possíveis, para que possa explorar sua curiosidade e prazer em construir. O brinquedo inventado diverte porque a criança o faz à sua maneira: embeleza e desmonta para reinventar, pois sabe que sempre pode fazer outro igualzinho ou totalmente diferente.

Quando indagadas se *costumavam colecionar alguma coisa*, nove das 17 crianças pesquisadas informaram colecionar algum objeto, conforme apresentado no quadro 6.

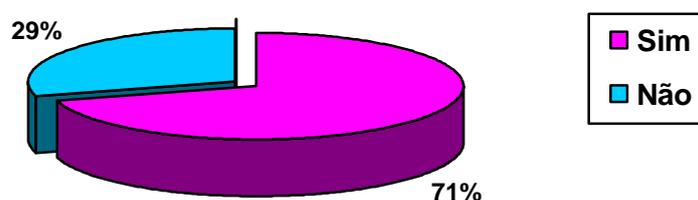
Quadro 6 – Relação dos objetos colecionados pelas crianças pesquisadas, de acordo com a preferência (N=09).

| Objetos colecionados | Nº |
|-----------------------|----|
| Figuras de chicletes | 3 |
| Cartões telefônicos | 2 |
| Tampinhas de garrafas | 1 |
| Bolas de gude | 1 |
| Bonecos | 1 |
| Figuras Pokémon | 1 |

Segundo Whaley e Wong (1989), um traço característico na idade escolar é a habilidade e o prazer que a criança expressa ao classificar e organizar seu ambiente. Nessa idade possui a habilidade de colocar os objetos numa ordem lógica, de agrupar e separar. Dedicar-se com avidez em colecionar variedades de objetos de sua preferência e que estejam no auge, ou na moda, como: selos, carros, bonecas, conchas, pedras, figurinhas de desenho animado, papéis de balas e chicletes, cartões e outros.

A *imitação de algum tipo de animal* foi citada por 12 (71%) crianças do estudo, conforme apresentado no Gráfico 6. Segundo Piaget (1990) “*a imitação é o produto da atividade perceptiva por assimilação e acomodação ativamente combinadas*”. E as crianças aprendem a imitar objetos, pessoas e animais.

Gráfico 6 – Distribuição das crianças pesquisadas (N=17), de acordo com a preferência em imitar animais.



Em relação aos animais mais imitados destacam-se o cachorro e o gato como os preferidos pelas crianças, seguidos pelo cavalo e o macaco, conforme apresentado no quadro 7, abaixo. Provavelmente por se tratar de animais domésticos que fazem parte do convívio diário das pessoas, o cão e o gato sejam os animais preferidos pelas crianças, em geral nas brincadeiras de imitação.

Quadro 7 – Relação dos animais mais imitados pelas crianças pesquisadas, de acordo com a preferência (N=12).

| Animais preferidos para imitação | Nº |
|----------------------------------|----|
| Gato | 5 |
| Cachorro | 5 |
| Cavalo | 3 |
| Macaco | 2 |
| Bode | 1 |
| Vaca | 1 |
| Borboleta | 1 |
| Pateta | 1 |
| Pato Donald | 1 |

Em relação ao cão, é considerado um companheiro fiel das crianças e participa, de maneira divertida, das brincadeiras, como jogar bola, correr e pegar objetos, seguir pistas. O gato, enquanto pequeno, brinca com os objetos que as crianças oferecem, como bolinha, linha de lã ou com o seu próprio rabo. Mas não se apega às pessoas e na fase adulta torna-se arisco.

3.2 As atividades recreativas na percepção dos acompanhantes das crianças pesquisadas

A análise destes dados permite considerar as opiniões dos acompanhantes das crianças pesquisadas, acerca das atividades recreativas e seu envolvimento enquanto expectador e/ou participante nessas atividades. A participação dos pais, dos adultos, em geral e de outras crianças proporcionam uma parceria sociável, onde poderá pedir e receber ajuda para a solução dos problemas, sem com isso interferir na criatividade, pois a criança sente prazer em inventar brincadeiras.

Ao serem questionadas acerca de sua *participação nas atividades recreativas da criança*, das 17 acompanhantes entrevistadas, todas do sexo feminino, apenas dez informaram comparecer ao setor de recreação acompanhando seus filhos menores e permanecendo ali para dar apoio e ajudá-los nas atividades de pintura e colagem. As demais (7) ficavam nas enfermarias.

Diversos estudos têm constatado que a participação efetiva da pessoa é significativa para a criança, na figura da mãe, do pai, da tia ou outro parente, não só ajudando a criança, mas brincando também de igual para igual, é percebida como agradável e prazerosa, e, além disso, fortalece o vínculo entre essas crianças e seus acompanhantes. Para Winnicott (1975) é imprescindível a presença de um adulto “fidedigno”, aquele que desperte confiança e valorize o processo de brincar.

Quando indagadas se *receberam algum tipo de orientação e/ou preparação para as atividades recreativas*, bem como *o tipo de orientação recebida*, todas as mães foram unânimes em informar que não receberam nenhum tipo de orientação e/ou preparação nesse sentido. Quanto às *orientações que gostariam de receber*, 11 delas não responderam e 6 relataram que gostariam que fossem ensinados trabalhos voltados para as brincadeiras das crianças, pois além de terem a oportunidade de aprender algo, estariam ocupando o tempo livre e ocioso durante sua permanência no hospital.

No tocante ao *que gostaria ou sabia fazer para participar e/ou ajudar durante as atividades recreativas*, das 17 acompanhantes questionadas, duas sabiam contar histórias, duas gostavam de costurar roupas de boneca e sete sabiam fazer trabalhos manuais, tipo crochê, tricô, bordado e pintura em tecido. Essas acompanhantes confessaram que esse tipo de atividade ajudava a passar o tempo e que se sentiriam bem

mais contentes se pudessem repassar seus conhecimentos para aquelas que demonstrassem interesse.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados encontrados verificou-se que as brincadeiras e os brinquedos para essas crianças continuam fazendo parte imprescindível do seu cotidiano, mesmo estando num ambiente aparentemente estranho e hostil, como o hospital. Indicou, igualmente, que, apesar de doentes, também são ativas e necessitam de espaço, tempo e material para estas atividades, mesmo que esse material seja o mais simples possível.

Assim, as atividades envolvendo recreação e entretenimento devem fazer parte do planejamento da assistência de enfermagem, tendo em vista que é o profissional de enfermagem que compartilha diretamente dos problemas pertinentes a esse grupo especial de clientela, bem como dos seus acompanhantes.

No que diz respeito à seleção dos brinquedos, estes devem ser escolhidos, de preferência, pela idade da criança, evitando que os mesmos representem riscos para a sua segurança. Em relação às crianças restritas ao leito, pela gravidade da doença ou por deficiência física, os brinquedos devem ser escolhidos pelo mesmo princípio, dando ênfase aos critérios de segurança e à capacidade da atividade da criança, seguindo um ritmo moderado e com objetivo terapêutico.

O brinquedo pode ser utilizado para simular situações hospitalares nas quais a criança receberá explicações do procedimento a que deverá ser submetida. Bonecos de pano caracterizando médico, enfermeiro, pai, mãe e crianças; material hospitalar como termômetro, seringa, estetoscópio, espátula; utensílios domésticos como pratos, colheres, mamadeiras, são recursos perfeitamente possíveis de serem adquiridos e facilmente manipuláveis.

Basicamente, estes brinquedos devem ser seguros, duráveis e apropriados para o nível de desenvolvimento, a fim de que as atividades recreativas possam acontecer num espaço em que se apresentem para as crianças como próprios à sua cultura e adequados à sua faixa etária. O estado de saúde da criança deve ser considerado para determinar a quantidade de atividades e o tempo em que a criança poderá participar.

No que diz respeito ao preparo e orientação do acompanhante, seja mãe, pai ou outra pessoa significativa para a criança, esta é condição indispensável para um trabalho cooperativo e humanístico ao binômio mãe/filho.

As sugestões, a seguir, são direcionadas a ajudar, além das próprias crianças e seus acompanhantes, os profissionais e estudantes de enfermagem e os recreacionistas, tendo como foco principal, o bem estar integral da criança:

- incorporar a brincadeira nas atividades diárias de banho, vestir-se, alimentar-se e mensuração dos sinais vitais;
- manter a sala de recreação apenas para as atividades recreativas, impedindo a realização de procedimentos terapêuticos ou tratamentos, como a administração de medicamentos;
- estimular a criança a criar histórias que expressem seus medos e preocupações vivenciadas no ambiente hospitalar, utilizando recorte de figuras de revistas para colagem, bem como os materiais de pintura e desenho existentes na sala de recreação;
- criar oportunidade para as crianças reproduzirem, brincando com as situações experimentadas no hospital, através da dramatização de histórias inventadas por elas;
- promover brincadeiras apropriadas ao ensinamento de procedimentos de cuidados com materiais e equipamentos do hospital, como termômetro, seringa, estetoscópio, algodão etc;
- estimular a criança a participar de brincadeiras que envolvam a percepção e a descoberta de som, movimento, gosto, cheiro, toque, através de atividades e de objetos apropriados;
- criar oportunidade para as crianças acamadas, de ir à sala de recreação ou engajá-las em brincadeiras que possam ser feitas no próprio leito;
- incentivar os acompanhantes das crianças acamadas, a selecionar, para estas, brinquedos e jogos apropriados que permitam brincar no leito;
- solicitar a colaboração dos acompanhantes nas atividades recreativas explorando suas habilidades naturais como contar histórias, desenhar, pintar, dançar, cantar, fazer trabalhos manuais etc.;
- dar oportunidade para os acompanhantes trazer de casa os brinquedos favoritos da criança, estimulando a participação efetiva nas brincadeiras do filho;

- envolver o estudante de Graduação em enfermagem, nas atividades recreativas, com conteúdos que explorem, entre outros, métodos e técnicas de brincadeiras, dramatização, música e dança;
- realizar parceria com os Departamentos de Artes, de Música e de Psicologia da UFPB para que possam desenvolver cursos e atividades de recreação, envolvendo profissionais e estudantes da área de saúde, acompanhantes e demais pessoas interessadas.

Esperamos que as sugestões, aqui apresentadas, possam favorecer o contato da criança com a realidade hospitalar durante a sua estada, até a alta, para o convívio familiar, fortalecendo os laços dessa criança com o seu acompanhante, e, conseqüentemente, promovendo a relação terapêutica destes, com a equipe de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. S. Elaboração e avaliação de um programa de jogos recreativos infantis para ensino de conceitos a crianças pré-escolares. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 57-70, 1997.

JUNQUEIRA, M. F. P. da S. O brincar e o desenvolvimento infantil. **Rev. Pediatria Moderna**, v. 35, n. 12, p. 988-990, dez. 1999.

KOLCK, O. L. V. **Interpretação psicológica de desenhos**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1981.

MACHADO, D. V. M. O brinquedo e suas funções. **Anais Nestlé**, São Paulo, n. 100, p. 54-58, 1997.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo, imagem e representação**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1990. p. 94-187.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 56-83.

PRISZKULNIK, L. O brincar na infância. **Rev. Pediatria Moderna**, v. 27, n. 7, p. 541-544, dez. 1991.

WHALEY; WONG. **Enfermagem pediátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p.161-165.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio e Janeiro: Imago, 1975.

GERENCIAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE IDOSOS: VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DA CLIENTELA

Maria das Dores Lima de Melo¹
Maria Emília Romero de Miranda Henriques²

RESUMO

Trata-se de um estudo onde objetivamos verificar como se processa o gerenciamento em instituições de idosos, na visão dos gerentes e na visão dos idosos. Como referencial teórico utilizamos alguns pontos fundamentais que serviram para nortear este estudo: aspectos epidemiológicos e conceituais do envelhecimento; idosos em asilos; gerenciamento em saúde e gerenciamento asilar. O tipo do estudo foi exploratório-descritivo, numa abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado em três instituições de idosos, tendo uma amostra três gerentes e dezoito idosos. A coleta foi realizada no mês de maio de 2000 e utilizamos dois instrumentos diferenciados, conforme a clientela. Para analisar os dados usamos as etapas da análise de conteúdo de Bardin (1977). Para melhor compreendermos o processo de análise caracterizamos as instituições e o grupo do estudo: categorizamos as falas dos gerentes e dos idosos em categorias que foram originadas das falas dos idosos, desdobrando-as em sub-categorias para análise à luz da literatura pesquisada. Os resultados permitiram inferir que, nos asilos, o gerenciamento é realizado quase de forma caritativa; que os idosos começam a mudar sua postura muitas vezes até por opção própria, morando nestes lares; que os asilos carecem de recursos e de algumas mudanças que garantam um maior espaço físico; e, por fim, permitiu-nos refletir sobre o que é envelhecer a partir da visão geral de um abrigo de idosos.

Palavras-chave: Idoso. Gerenciamento. Instituições asilares.

ABSTRACT

The aim of this study is to verify how it is done the management in ancient shelters according the manager's and of the ancient's view. As a theoretical basis we used some fundamental points that make up useful to guide this study as the epidemiological and conceptual aspects of growing old; the use of ancients in the shelters and the health's management. The kind of the study was exploratory-descriptive in a quanti-qualitative perspective and it was made in three ancient's shelters. The data were collected in May 2000 and we used two different instrumentations according the populations. For the analysis of data we used the steps of Bardin's content analysis (1977). For a better understanding of analysis process we characterized the institutions and the study group by the categorization of the manager's and the ancients speeches in groups originated from the ancient's speeches apparting them in under categories for the analysis according the

¹ Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Enfermagem Gerencial – CCS/UFPB.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profª do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração – DEMCA/CCS/UFPB – Orientadora.

literature searched. The results showed that the management in the shelters is done in an almost creative manner; that the ancients change their behavior spontaneously in these places and that the shelters are empty of sources. Some changes that allowed a bigger space and allow us to reflect about the process of getting older in a shelter.

Key words: Aciert. Mannegement. aciert shelters.

INTRODUÇÃO

Cantinho do Amor

*Se da minha vida não disponho
Ainda tenho um grande sonho
Ter ao menos um cantinho
Para de noite me aconchegar...*

(Maria Emilia R. M. Henriques)

O Brasil tem enfrentado inúmeras dificuldades com relação à pobreza, ao desemprego, e, agora, se avizinha o problema para o qual todos os setores, especificadamente o da saúde, tem que mostrar um melhor desempenho, no sentido de aumentar a qualidade da assistência.

Vale salientar que nos países desenvolvidos, a terceira idade se inicia aos 65 anos e, no Brasil, aos 60. Três pontos fundamentais concorreram para esta brusca mudança nos padrões demográficos: a redução da mortalidade geral e em especial a infantil, a diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida do brasileiro (VERAS, et al, 1997).

Diante da perspectiva de termos 34 milhões de pessoas idosas no ano de 2026, o Presidente da República sancionou a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e estabelece outras providências, cujo Art. 1º refere: “A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1998).

Segundo Mascaro (1997), é em torno dos sessenta anos que se acentuam as transformações biológicas típicas da terceira fase da vida. É também neste momento que acontece a aposentadoria e também alguns papéis tradicionais da vida adulta, como os decorrentes da emancipação dos filhos.

Nesse contexto, os idosos ficam sozinhos e quando chega a incapacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) são encaminhados, ou vão, por opção própria, às instituições cuidadoras de idosos.

Conforme Lago (1996), “a pessoa que não é aceita tem dificuldade em se aceitar, e, conseqüentemente, de aceitar o seu semelhante. A condição de ser aceito gera estima, confiança e segurança em si e nos outros”.

As mudanças que o indivíduo sofre ao longo de sua vida não ocorrem no vazio, mas imersas na cultura de cada sociedade, impregnadas pelos valores e ideologias de um dado contexto histórico. Na sociedade capitalista em que vivemos, o velho é discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”, nem integrar-se aos padrões de beleza requeridos pela sociedade (CALDAS, 1998).

Verificamos que esse fenômeno ocorre na prática em instituições asilares, e o descaso com essa população em instituição tem sido objeto de motivação veiculado através da mídia para a sociedade.

O idoso que enfrenta problema de solidão, geralmente não aceita a velhice e desenvolve condutas que o deixam isolado dos demais, levando-o muitas vezes à depressão, principalmente se o mesmo já carrega traumas de rejeições ao longo de sua vida.

Portanto, a avaliação funcional do idoso é de extrema importância e o profissional que o assiste, bem como as pessoas que exercem cargos de direção nas instituições, têm que reconhecer os problemas que o idoso apresenta decorrentes do desgaste fisiológico e o que eles poderão apresentar diante da situação de isolamento e abandono familiar.

A melhoria da assistência aos que convivem nos asilos poderá ser efetivamente de boa qualidade a partir de um trabalho integrado, no qual uma equipe multiprofissional promova uma assistência efetiva, considerando os aspectos físicos, mental e social deste indivíduo.

Tornar este idoso tão produtivo quanto possível talvez seja o ponto inicial de uma assistência que busque resgatar a identidade da pessoa idosa.

Tendo vivenciado a experiência de residir em uma instituição de idosos por quase dois anos, pudemos observar a necessidade de maior capacitação daqueles que trabalham com essas pessoas, no que diz respeito a noções de geriatria, ao apego à profissão e à necessidade de uma maior definição sobre as suas atividades no dia-a-dia,

dentro das referidas instituições. Podemos, diante de nossa prática, dizer que, tanto a solidão quanto as patologias são bastante frequentes nessas unidades de idosos.

Mediante essa contextualização existe uma preocupação no sentido de pessoas qualificadas prestarem cuidados a idosos. Observamos, na prática, que a maioria dos profissionais que exercem atividades assistenciais são auxiliares de Enfermagem e voluntários, as quais recebem salários irrisórios, tendo muitas vezes que trabalhar em diversos empregos para a garantia de sua sobrevivência.

Outro ponto a ser questionado é o gerenciamento nesses asilos. Quem faz a supervisão? Quem lida diretamente com os idosos? Por que essas pessoas optaram por esse tipo de cuidar? Como desenvolvem seu trabalho nas instituições asilares?

A convivência em uma instituição de idosos somada à vontade de realizar um trabalho com essas pessoas em asilos foi o impulso necessário para o desenvolvimento desta pesquisa, com a qual pretendemos contribuir para a melhoria do cuidar em instituições asilares. Neste sentido, concentramos nossas inquietações, onde procuramos desvendá-las através dos objetivos a que nos propomos nesta investigação: verificar como se processa o gerenciamento em instituições de idosos, na visão do gerente e na visão da clientela.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, que, de acordo com Gil (1991) tem “como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias com vistas à formulação de problemas”.

O estudo foi realizado em três instituições de idosos localizadas na cidade de João Pessoa-PB.

A população do estudo constituiu-se de funcionários e idosos das instituições asilares. A amostra foi composta por três profissionais que desempenham funções de gerente nas instituições escolhidas para o estudo, e dezoito idosos, seis em cada lar, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino, em cada uma das instituições.

Para seleção da amostra obedecemos aos seguintes critérios: com relação aos gerentes: aceitar participar do estudo; com relação aos idosos: ser lúcido; estar presente na hora da coleta e concordar em participar da entrevista.

Neste estudo foram observados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa, tratando-o em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia e defendendo-o em sua vulnerabilidade (BRASIL,1998).

A coleta de dados foi realizada nos dias úteis do mês de maio de 2000. A técnica utilizada foi uma entrevista, que, de acordo com Gil (1991), “é a técnica básica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Utilizamos como instrumento dois formulários: um dirigido aos gerentes e outro aos idosos, com perguntas relacionadas ao gerenciamento em instituição asilar, na visão destes.

Para melhor compreensão da análise dos dados dividimos o material coletado em duas etapas: na primeira, descrevemos as instituições de idosos e sumarizamos o perfil do grupo do estudo, ou seja, caracterizamos os gerentes e os idosos.

A segunda etapa prendeu-se à análise dos depoimentos dos gerentes e dos idosos com relação ao gerenciamento. Para esta análise, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (1977), com algumas adaptações requeridas pelo estudo. Esta segunda etapa constou de duas fases, como segue:

Inicialmente, lemos as entrevistas sucessivamente e iniciamos o processo de codificação na primeira fase. Codificamos as respostas dos gerentes, dando a cada agrupamento de respostas um número cardinal. Em seguida, desse agrupamento, extraímos categorias, as quais denominam, como segue: 1. Ajudando no gerenciamento; 2. Igualdade no gerenciamento; 3. Qualidade de vida no gerenciamento; 4. Dificuldade no gerenciamento; 5. Planejando o gerenciamento.

Quanto à codificação das respostas dos idosos demos a cada agrupamento de respostas uma letra do nosso alfabeto. Desse agrupamento extraímos as seguintes categorias: **A.** Substituindo a família; **B.** Aspectos da organização asilar; **C.** Desfrutando da moradia asilar; **E.** Melhorias asilares.

A partir dessas categorias, formamos sub categorias que levaram, além das letras das categorias, um número cardinal em ordem crescente. Em seguida, fizemos novo agrupamento de depoimentos e elencamos em cada sub-categoria, como segue:

A. SUBSTITUINDO A FAMÍLIA - A₁ Vivenciando a família; A₂. Distanciamento familiar; A₃. Satisfação asilar

B. ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO ASILAR – B₁. Aspectos positivos; B₂. Aspectos negativos

C. DESFRUTANDO DA MORADIA ASILAR – C₁. Substituindo sua casa; C₂. Buscando companhia; C₃. Opção por ausência familiar.

D. DIFICULDADES VIVENCIADAS NA MORADIA ASILAR - D₁. Limitações vivenciadas no asilo; D₂. Dependências físicas vivenciadas no asilo; D₃. Recordações vivenciadas no asilo.

E. MELHORIAS ASILARES - E₁. Profissionais noturnos no asilo; E₂. Visitas asilares; E₃. Ajudas para manter o asilo; E₄. Direitos de cidadão preservados; E₅. Sem sugestões para melhoria do asilo.

Em seguida, colocamos em tabelas as categorias e sub-categorias, evidenciando sua frequência, procedendo a análise à luz da literatura pesquisada.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Instituição nº 1 - Esta instituição, de caráter filantrópico, abriga setenta e quatro idosos (oito homens e sessenta e seis mulheres); recebe ajuda da prefeitura; possui quatorze prestadoras de serviço (seis são auxiliares de enfermagem e cinco agentes operacionais).

Com relação ao ambiente, verificamos que existe um posto de atendimento com medicamentos de urgência para prestação de primeiros socorros. Os ambientes onde residem os idosos são organizados pelo nível de dependência física, formando 2 pavilhões: o masculino e o feminino. A instituição possui dois refeitórios, um para dias especiais, ou seja, de festa; e outro, para as refeições diárias.

A gerente é auxiliar de Enfermagem e faz supervisão nas enfermarias dos pavilhões diariamente. Os idosos recebem visitas de voluntários e familiares nos finais de semana.

Instituição nº 2 - Nesta instituição vivem cinquenta e quatro idosos, sendo vinte e oito mulheres e vinte e seis homens. Sua renda provém de três fontes: da família dos idosos; das aposentadorias e da prefeitura do município de João Pessoa. A instituição possui dezessete prestadores de serviços (doze auxiliares de enfermagem e cinco agentes operacionais) que recebem seus salários pela prefeitura e um complemento da própria instituição.

O asilo é composto de um posto para atendimento, com medicação de urgência para primeiros socorros, e o médico comparece para atendimento aos idosos do asilo duas vezes por semana, manhã ou tarde, dependendo da disponibilidade do mesmo. O ambiente é organizado em duas alas distintas: uma feminina e outra masculina. Por sua vez, cada ala sofre uma subdivisão: idosos lúcidos e não lúcidos, em duas alas distintas; os que possuem renda e os que não possuem e, ainda, os acamados, em outra ala. Esse critério é usado nesta instituição para idosos de ambos os sexos. Ainda encontramos na instituição um refeitório para cada ala, uma capela para missa e celebração de outros ritos, como o da penitência. Esta instituição ainda possui 02 casas onde moram idosos e um pavilhão em construção.

O gerente é administrador e faz supervisão em todas as enfermarias diariamente. Os prestadores de serviço trabalham até 18h e 30min. Os idosos lúcidos ajudam no atendimento simples a outros idosos na própria instituição e têm liberdade para sair, visitar seus parentes e familiares, em qualquer dia da semana.

Instituição 3 - Esta instituição abriga cinquenta e dois idosos e configura-se em um lar de pessoas de poder aquisitivo mais elevado que as duas primeiras descritas. Os idosos do sexo masculino vivem em um pavilhão denominado Sagrado Coração de Jesus, e as mulheres em três pavilhões distintos: Santa Catarina, Santo Antônio e Nossa Senhora de Lourdes. Os idosos acamados ficam em quartos separados. Existe neste asilo uma capela, uma lavanderia, uma cozinha e cada pavilhão tem uma copa organizada para os dias festivos.

O médico consulta os idosos e, além dele, há recreadoras voluntárias para muitas festividades, incluindo uma anualmente que angaria fundos para a referida instituição. Vale salientar que os cuidadores de idosos desta instituição são, em sua maioria, religiosos. Nesta instituição o gerente é administrador.

Caracterização do grupo do estudo: os gerentes e os idosos

Procuramos sumarizar o perfil dos gerentes e dos idosos para melhor compreender o processo de análise.

Os gerentes - Participaram do estudo três gerentes, um de cada instituição, sendo um do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades variando de 45 a 61 anos.

Dois gerentes eram administradores e uma auxiliar de enfermagem. O tempo de serviço desses profissionais variou de seis a vinte anos de trabalho no asilo, e o vínculo empregatício é a prestação de serviço (prefeitura) e também trabalho caritativo.

Os idosos – Os idosos participantes da investigação, foram em número de 18, sendo 9, do sexo masculino e 9, do feminino.

O maior número de idosos, ou seja 4, que corresponde a 22,2% dos participantes do estudo, tinham idade de 70 a 75 anos. Com relação ao estado civil, predominou a viuvez, fato este que pode ter contribuído para o ingresso do(a) idoso(a) na instituição.

Os filhos tiveram também participação efetiva no tocante à moradia no asilo; sete idosos nunca tiveram filhos e o restante tinha filhos variando de 1 a 6; estes, segundo os idosos, tinham vida própria, muitos filhos não tinham tempo disponível para cuidar deles. O tempo em que os idosos convivem na instituição asilar varia de 1 mês a 21 anos.

No desenvolvimento desta investigação verificamos que os idosos permanecem por muito tempo na instituição e a causa deste fenômeno pode ser a ausência dos filhos. A prática nos mostrou que muitas idosas moram nestes lares por opção própria e, comparando com os homens, observamos que as mulheres são mais produtivas, no sentido de executarem trabalhos manuais, bem como prestar cuidados a idosos acamados.

O Gerenciamento em Instituições Asilares na Visão dos Gerentes

Procuramos neste capítulo discutir os depoimentos dos gerentes sobre o gerenciamento nas instituições.

Categoria 1 – Ajudando no Gerenciamento

“Eles precisam de alguém que fique à frente dos cuidados”; “São pessoas carentes e precisam de carinho; “Pessoas que precisam de ajuda”.

Esses depoimentos evidenciam a necessidade que os idosos têm de ser cuidados por pessoas que tenham sensibilidade suficiente para entender suas carências.

Cuidando de idosos em uma instituição, percebemos que as pessoas que moram nesses lugares carecem não só de assistência física, sendo também pessoas carentes de afeto. No mundo atual, podemos afirmar que isto não é privilégio dos idosos: caminhamos para um mundo cada vez mais competitivo, que nos remete à solidão e nos torna, a **todos**, carentes.

Com relação aos gerentes das referidas instituições, podemos dizer que a pessoa que se propõe a este serviço, além da generosidade, tem que ser administradora por excelência, pois não é fácil administrar, dirigir, coordenar, supervisionar, angariar fundos para manter essas instituições, já que elas, em sua maioria, são originárias de caráter filantrópico.

Neste sentido, faz-se necessário que os profissionais que gerenciam essas instituições tenham conhecimento dos aspectos físicos e psicológicos que acontecem no desgaste fisiológico normal de todo ser humano. Este profissional deve, ainda, ter um bom relacionamento, ser criativo, dinâmico, e, principalmente, goste de lidar com pessoas idosas. Estes requisitos, como vimos no referencial deste trabalho, são indispensáveis a quem se propõe a ser gerente em lares de idosos.

Atualmente, em outro contexto, além dos asilos onde os idosos permanecem por todo tempo, existem casas em que eles passam o dia, desenvolvem atividades e voltam para dormir em suas residências.

Categoria 2 - Igualdade no gerenciamento

“Gosto de trabalhar com os dois sexos; precisam do mesmo trato”;
“Ambos os sexos me relaciono bem”; “Os dois sexos merecem atenção igual”.

Verificamos, através das falas dos gerentes, que o sexo não importa e sim o cuidado ao ser humano. Essas falas vêm desmistificar o conceito usado em alguma sociedade sobre a mulher idosa. Segundo Mascaro (1997), a imagem da velhice feminina na mitologia e no folclore, apresenta diferença significativa da imagem da velhice masculina: o homem idoso, cheio de vigor, bondade e sabedoria, se contrapõe à mulher

que representa o lado negativo e sombrio da vida, pois esta é vista como a bruxa, a mulher infértil e não se identifica com a mãe, que fecunda e nutre o seu filho.

Concordamos, portanto, com os gerentes, pois não existe sexo no cuidar. Homem ou mulher, em qualquer faixa etária, sobrevivente neste planeta, tem direito à saúde, assegurado como dispõem as constituições dessas sociedades, embora em algumas, como a indígena, o idoso é considerado o chefe, o líder – nunca vimos pajé do sexo feminino, nem mulher na Presidente da República, no Brasil. Vale refletir, ainda, sobre este posicionamento.

Categoria 3 - Qualidade de vida no gerenciamento

“Falta o aconchego e visita das famílias”; “Desfrutam de tudo, médico, serviço de enfermagem, psicólogo, recreação, fisioterapia, boa alimentação”; “Desfrutam livremente dos tratamentos, carinho”.

De fato, à medida que a idade avança, a família se converte no eixo principal das suas relações, proporcionando tanto ajuda e cuidados como companhia. A família é o ponto de referência da estrutura social. A maioria dos idosos (80%) mantém uma relação forte com suas famílias; os casados e as viúvas mantêm maior contato com filhas (os) e netas (os), enquanto que as solteiras e os separados o têm com irmãos, sobrinhos e primas.

Durante o desenvolvimento deste estudo pudemos observar que, apesar dos idosos não terem o aconchego familiar, desfrutam de atendimento à saúde, alimentação, fisioterapia e outras necessidades que, talvez, em suas residências, não tivessem oportunidade. Por esta causa eles procuram se adaptar à condição de asilado e muitos se apegam às pessoas da administração e vice-versa.

É salutar que o indivíduo alcance o processo de envelhecimento de forma a manter-se autônomo e integrado à sociedade, seguindo o lema do Ministério da Saúde que é *“viva bem a idade que você tem”*. Os requisitos prévios compreendem uma série de condições necessárias ou fundamentais, para que todas as situações e procedimentos possam ser realizados com sucesso. Enfim, o planejamento é a chave para a abertura de uma prestação de serviços com êxito.

O gerenciamento em instituições asilares na visão dos idosos

Neste capítulo apresentaremos a categorização e subcategorização da fala dos idosos, com relação ao gerenciamento destas instituições na visão dos mesmos, para facilitar a compreensão e dar prosseguimento à análise dos dados.

A categoria Substituindo a família foi contemplada com 03 sub-categorias, segundo o número de respostas dos idosos: Vivendo sozinha, 05 respostas; Distanciamento familiar, 06 respostas e Satisfação asilar, 07 respostas.

A sub-categoria mais incidente na categoria “**Substituindo a família**” foi a satisfação asilar, como podemos constatar nos seguintes depoimentos:

“Porque a comida é boa, tudo é bom aqui”; “Tenho a companhia dos outros”; “Paz, tranquilidade, segurança, não tem outro jeito”.

Com relação a esta categoria, torna-se evidente que os idosos consideram como satisfação a comida, a companhia, paz, entre outros benefícios a que são favorecidos na instituição asilar. Esta afirmativa verificada nestas falas são necessidades descritas por Horta (1979) como essenciais à sobrevivência do ser humano. São as chamadas Necessidades Humanas Básicas. A sub-categoria menos evidenciada foi “*vivendo sozinha*”, conforme mostramos a seguir:

“Aqui eu tenho família e não fico sozinho”; “Se eu não morasse aqui, viveria só”; “Eu não tenho família melhor aqui do que sozinho”.

Nesses depoimentos, podemos verificar que o idoso na instituição tem garantida a companhia de outras pessoas e afirma não estar sozinho. Isto é muito importante, mesmo porque a solidão pode levar à depressão, doença que atualmente preocupa todo o mundo. Segundo Stope Júnior e Louzã Neto (1996), a diminuição do suporte social no idoso pode levá-lo à depressão e que esta é muito difícil de ser diagnosticada, porque muitas vezes se assemelha ao estado de envelhecimento normal. É evidente que se sentir só é uma questão de interiorização e muitas vezes o idoso está inserido no seio familiar, mas se sente solitário e melancólico e talvez até se defina uma maior expectativa com relação à atenção, porque a rede de suporte deste idoso repousa nos próprios familiares, ou seja, nos parentes próximos.

A categoria Aspectos da organização Asilar originou as subcategorias, Aspectos positivos, com 20 respostas, e Aspectos negativos, com 05.

Os idosos, em sua maioria, responderam positivamente às questões referentes ao aspecto organização asilar. Esta inferência por parte dos depoentes, nos deixa com certa tranqüilidade no sentido de que, apesar das instituições asilares carecerem de recursos materiais e de pessoal, a postura das pessoas que se abrigam nestes lares, com relação à administração, começa a mudar, como podemos observar nos depoimentos:

“Não tenho o que dizer, o administrador é como se fosse meu filho”;
“Boa, o organizador é atencioso, distinto”; “Boa, não tenho o que falar”.

A administração de uma instituição hospitalar não é tarefa fácil, principalmente na atual conjuntura do país, que atravessa uma avassaladora crise financeira em todos os setores, incluindo o setor saúde. Somos sabedores que a expectativa de vida do brasileiro tem aumentado, e este fenômeno, aliado a outros, vai fazer com que os indivíduos vivam mais, e os que não tiverem um estilo de vida saudável ou trouxerem consigo uma herança genética negativa, do ponto de vista do adoecer, com certeza, viverão com as doenças crônicas e degenerativas, próprias da idade. Além dessas peculiaridades dos idosos, o administrador tem que lidar com as pessoas que cuidam dos mesmos, e, vale observar, que estas são mal remuneradas, fazendo um trabalho quase que caritativo, ou seja, de doação.

Com relação à sub-categoria “**aspectos negativos**”, apenas cinco idosos emitiram opiniões negativas com relação ao administrador e às condições de vida no asilo, como segue:

“Já foi melhor antes, com a outra administradora”; “Não gosto, queria que tivesse mais comida e cigarro para mim, como não tenho, não tenho quem me dê”; “Não é tão boa como antes mas a gente vai levando”.

O idoso muitas vezes se torna resistente a mudanças, e estas podem lhe causar insatisfação e levá-lo ao estresse. Com relação à comida e ao consumo de cigarro, esses idosos que vivem nessas instituições, geralmente depositam sua aposentadoria nas mesmas e não têm acesso ao dinheiro, o que, de certa maneira, dificulta a compra de algo a mais do que é oferecido na instituição. Portanto, a mudança de administrador pode se constituir em motivo de queixa para o idoso. Entretanto, este fato não se verifica em

instituições que abrigam idosos de poder aquisitivo melhor do que os do grupo do estudo. A permissividade total para o idoso pode trazer conseqüências drásticas como, por exemplo, o idoso diabético, de posse de dinheiro, iria abusar da má-alimentação, e isso, com certeza, aumentaria seus níveis de glicose sanguínea, lhe trazendo, assim, sérias complicações de saúde. Vale salientar que nesses lares existem idosos que se encontram em um elevado processo de senilidade. Neste sentido, Gonçalves (1994) afirma: “*Muito depende dos idosos o tributo de consideração e afeto por eles esperado de parte de outras pessoas*”. Diante dessa premissa, a questão do administrador e a administração depende de conceitos e aceitabilidade individual, e também do nível de adaptação de cada idoso que ali reside.

A sub-categoria Desfrutando da Moradia Asilar originou 03 sub-categorias: Substituindo sua casa, com 05 respostas; Buscando companhia, com 04; e Opção por ausência familiar, com 09.

A sub-categoria mais incidente da categoria “**Desfrutando da Moradia Asilar**” foi a opção de morar no asilo por ausência familiar. Esta se constitui em ausência real e provocada, quando o familiar deixa seu idoso e não aparece para visitar. Ainda outros familiares visitam-no, mas delegam todo cuidado à instituição cuidadora de idosos, como verificamos nos depoimentos a seguir:

“Como não tenho família, acho bom aqui”; “Não vim por opção, gostaria de ter uma família”; “Em parte boa, e em parte ruim, solidão, lembranças, aconchego dos familiares, isto eu não tenho aqui”.

Vale a pena refletir este aspecto de opção ou não de moradia asilar, principalmente com relação à questão tão em voga de reintegração do idoso à sociedade. Isto é um paradoxo, tendo em vista que o idoso nunca se desintegrou da família e/ou comunidade, mas estas sim, o deixaram à margem. É a própria sociedade que exclui o velho do trabalho, da família, dos eventos sociais e aos poucos vai tornando-o improdutivo, até porque existe a lei do uso e desuso de Lamarck, e que se aplica ao ser humano nas suas atividades de vida diária.

Entretanto, outro aspecto devemos considerar: se a expectativa do brasileiro aumentou, podemos dizer que os familiares vão tomar conta deste idoso por mais tempo também, e isto implica em um grande desgaste para a família e para ele. A questão da permanência do idoso em abrigos determina uma mudança de postura da sociedade e

implica diretamente no perfil dessas instituições. Estudos realizados por Santos (1997) têm demonstrado que a família não se constitui na maior rede de suporte da pessoa idosa, mesmo porque, estamos adotando hoje outro tipo de família, onde todos precisam trabalhar para o sustento e que por vezes não se configura nos padrões da família patriarcal, aquela que permanecia junta para que não houvesse quebra dos laços familiares. Hoje ocorrem as separações, os cônjuges refazem suas vidas; e os avós, com quem ficam? Precisamos, diante desta exposição, repensar os modelos das instituições cuidadoras de idosos, para que estas não se constituam em uma opção forçada ao idoso, mas que ele, neste lugar, possa sentir-se bem e consiga resgatar seus valores, tornando-se produtivo, enquanto puder.

A sub-categoria com menor número de respostas foi “**Buscando companhia**”, como evidenciamos nos depoimentos:

“Aqui eu tenho companhia, não fico só”; “Em parte, pelo menos não me sinto só”.

A solidão talvez não seja um episódio vivido apenas pelo idoso. Nos dias de hoje, onde encontramos tanta violência, percebemos que as pessoas se isolam cada vez mais. As lembranças das brincadeiras nas calçadas das casas não passam de mera lembrança. Com o idoso, essa solidão toma um rumo mais grave, porque o leva a ociosidade. Como já referenciado no decorrer desta pesquisa, você pode estar no asilo e não estar só, como pudemos observar nos depoimentos.

A categoria Dificuldades Asilares foi contemplada com 03 sub-categorias: Limitações vivenciadas no asilo, com 05 respostas; Dificuldades físicas vivenciadas no asilo, com 04; e Recordações vivenciadas no asilo, com 02.

Com relação à categoria “**Dificuldades Asilares**”, é de se esperar que os idosos tenham inúmeras dificuldades, pois sabemos que o envelhecimento determina algumas limitações, mas que muitas vezes estas não os impedem de tocar a vida. Vejamos os depoimentos da sub-categoria “Limitações vivenciadas no asilo”, a qual foi mais incidente nesta categoria:

“Gosto de andar e os espaços são limitados”; “Não poder andar com os outros, sozinho não posso, por causa de minhas pernas”; “Para mim tanto faz, eu não tenho dinheiro”.

Estes depoimentos nos faz refletir duas questões opostas: se por um lado esses idosos se sentem dispostos a andar, por outro, é uma temeridade deixar um idoso só, andando pelas ruas, mesmo porque as limitações físicas acontecem, a exemplo da audição e da marcha que fica mais lenta com o passar dos anos (CALDAS, 1998).

A sub-categoria ”**Recordações vivenciadas no asilo**” teve um número menor em relação às duas outras integrantes desta categoria, acima referenciada. Vejamos os depoimentos:

“Lembranças dos filhos, de casa, de todos da família”; “Solidão, não poder andar, sair”.

Estes depoimentos são a expressão mais verdadeira de abandono e segregação. Esta é uma questão cultural e difere de sociedade para sociedade. Em algumas comunidades o velho é tido como sábio (índios, por exemplo); em outras, o velho é considerado um demente, que não possui voz nem voto nas atitudes familiares (MASCARO, 1997). Alguns idosos negam até que têm família e quando a gente pergunta a outras pessoas tomamos conhecimento que a família existe, mas não vem visitar o seu idoso. As pessoas que pretendem formar lares de idosos e os administradores dos já existentes devem observar a questão da segregação do idoso. Estas casas que são construídas longe das cidades só podem servir para alienar a pessoa idosa. O velho precisa ver gente nova, precisa sentir o cheiro da cidade, ver o movimento dos carros. Enfim, precisa ter tratamento de ser humano e sentir que está vivo.

A categoria Melhorias Asilares originou 05 sub-categorias: Profissionais noturnos no asilo, com 06 respostas; Visitas asilares, com 04; Ajudas para manter o asilo, 03; Direitos de cidadão preservados, 01, e 04 respostas na sub-categoria Sem sugestões.

Vale a pena extrair das sub-categorias, os depoimentos que melhor definem a categoria “*Melhorias Asilares*”:

Que tivesse uma pessoa à noite para dormir, às 7h fecham as portas e ficamos sozinhos, se morreu, morreu”; “Que os filhos tivessem mais humildade e viessem me buscar para passear”; “Que os nossos direitos fossem levados em conta, o que é bom para mim, não é para todos.

A sugestão que mais apareceu foi a solicitação de pessoal para dormir com os idosos. Na realidade, como essas instituições são de caráter beneficente, a

obrigatoriedade de revezamento de pessoal, não é possível em todos os turnos. Entretanto, esta situação vai mudar a partir do momento em que essas casas começarem a crescer em número, em decorrência do aumento da população nessa faixa de idade, e o cuidador passe a ter seus direitos assegurados. O que observamos no momento são pessoas que cuidam de idosos, mas recebem salários irrisórios. Embora exista a Política Nacional do Idoso, nesta capital, onde realizamos esta pesquisa, ainda não aconteceu o despertar para essa realidade: Hoje, é ele ou ela; amanhã, quem sabe, sou eu ou você vivenciando esta realidade asilar. Verificamos, ainda, nestes depoimentos, a cobrança dos direitos e o respeito à individualidade de cada um. Temos que ter consciência que cada ser, embora velho, é único no mundo. Como dito anteriormente, o estigma da velhice se assemelha ao de algumas doenças contagiosas, mas apenas esquecemos que o indivíduo ou envelhece ou morre jovem. A opção muitas vezes está em suas mãos. Alertemos nossos jovens aos hábitos da vida saudável, para que, no inverno de nossas vidas, tenhamos construído uma cobertura que seja suficientemente eficaz para nos abrigar; e só conseguiremos isto fazendo alguma coisa pelo irmão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu compreender o gerenciamento a partir da fala dos gerentes e dos idosos, e nos proporcionou identificar aspectos positivos e negativos neste gerenciar.

Do ponto de vista dos gerentes, observamos que mais do que uma profissão ou um trabalho, é uma doação. Os recursos são precários, principalmente no que diz respeito ao pessoal para cuidar dos idosos, pois estes também, como o gerente, não possuem rendimento suficiente para uma dedicação exclusiva a essas instituições. Os gerentes não possuem opção de sexo para cuidar: masculino ou feminino. É o idoso que precisa ser cuidado. Esta afirmativa nos surpreendeu, tendo em vista que a mulher idosa, em todas as épocas, sofre um preconceito maior do que o idoso de sexo masculino. Enquanto a velha é a “bruxa malvada”, o idoso é o velho que “tem sabedoria”. Detectamos, ainda, na fala dos gerentes, que, diante da situação em que está mergulhada a economia brasileira e com o irrisório dinheiro das aposentadorias, há que se fazer “milagre”, no sentido de oferecer uma boa qualidade de vida aos idosos internados em lares.

A fala dos idosos com relação ao gerenciamento surpreendeu-nos em alguns aspectos, principalmente porque, quando falamos em asilos, logo pensamos em maus tratos. Acreditamos que a sociedade legou esse tributo a essas casas de idosos. Poucos idosos falaram de deficiências da instituição. Observamos que, de certa forma, as pessoas do lar substituem a família na vida diária. Com relação à permanência no asilo, verificamos que as mulheres que não têm filhos permanecem mais tempo do que os homens em igual condição. Esse fato merece um estudo de maior profundidade.

Concluimos, ainda, que alguns idosos revelaram que o espaço se torna pequeno para andar e alguns mencionaram a questão da solidão alegando não se sentirem sós no asilo. Quando os idosos sugeriram algumas melhorias, estas se detiveram, quase que exclusivamente, à questão da solicitação de pessoal à noite, recursos para a instituição, e, ainda, comentaram que gostavam do administrador.

Esta pesquisa trouxe para nós, profissionais de saúde, o conhecimento, no sentido de verificarmos, diante dessas falas, que as instituições de idosos já conseguem passar para os internos uma realidade vivida e experienciada, não tão negativa como anteriormente, mas que esforços maiores ainda devam ser feitos, principalmente no que diz respeito à ociosidade nestas casas.

Este estudo nos leva a refletir sobre o que significa envelhecer.

Será que este Brasil de muitos “Brasis” está se preparando verdadeiramente para receber o contingente populacional que vem aí?

Segundo Caldas (1998),

A visibilidade social das questões do envelhecimento é um convite à reflexão dos que lidam com idoso, para que possam rever atitudes que reproduzem estigmas e desenvolver um olhar que considere a humanidade do velho, sujeito que tem sua, uma história pessoal, uma vivência de trabalho e relações sociais, gostos, habilidades e interesses.

Ao término desta investigação estamos conscientes de que muito se pode fazer pela pessoa que se encontra na velhice, terceira idade, melhor idade etc. O primeiro passo não se concretiza em mudar a nomenclatura. Velho é velho, idoso é idoso; o que precisamos é mudar nossa postura diante da velhice.

Ser velho significa, *a priori*, que o idoso não seja mais “útil” à sociedade, ainda que nada possua para dar ao outro, a sabedoria não se compra, ela é adquirida ao longo dos anos, vivendo e envelhecendo. Adotamos a corrente de estudiosos que diz que o

envelhecimento se inicia a partir do nosso nascimento. Neste momento, começamos a ser atores e espectadores de nossa própria história. Neste trabalho oferecemos uma visão da velhice e do gerenciamento, e precisamos, para isso, de ação, como dizia o pensador: “Visão sem ação, não passa de sonho. Ação sem visão é puro passatempo. Ação com visão, pode modificar o mundo” (D. HÉLDER CÂMARA).

Faz-se necessário, portanto, que os profissionais da referida área invistam na compreensão desta fase, para melhor poder cuidar dos seus escolhidos. E aí vai um grande alerta: BREVEMENTE TEREMOS UMA QUARTA IDADE...bem expressiva.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso**: Programa Nacional dos Direitos Humanos, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1998.

CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UNATI, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, P. **O direito e o avesso da velhice**. São Paulo: Atheneu, 1994.

LAGO, M.P.A. Prevenção dos problemas psíquicos. In: GUIDI, M. L. M.; MOREIRA, M. R. L. P. (Orgs.). **Rejuvenescer a velhice**. 2. ed. Brasília, DF: EDUnB, 1996.

MASCARO, S. A. **O que é envelhecer**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

SANTOS, S. S. C. **O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar**. Uma relação de ajuda na enfermagem. 1997. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. **Depressão na Terceira Idade - apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica**. São Paulo: Lemos, 1996.

VERAS, R. P. et al. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Revista Esc. de Enf. USP**, São Paulo, n. 2., p. 228, ago. 1997.

GERENCIAMENTO E QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM: OPINIÕES DE ENFERMEIROS

Flávia Lira da Paz¹
Marta Miriam Lopes Costa Cunha²

RESUMO

Este estudo foi do tipo exploratório descritivo, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa, com uma amostra de vinte enfermeiros gerentes, pertencentes a seis instituições de saúde. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 1999 a outubro de 2000. Teve como objetivos investigar as opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento e a qualidade no serviço de enfermagem, e identificar as atividades gerenciais que os enfermeiros desempenham no mesmo. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada e evidenciaram que a maioria dos enfermeiros, gerentes da população amostral, admitem as inúmeras vantagens que os conhecimentos gerenciais proporcionam tanto para a instituição de saúde como também para elevar cada vez mais a qualidade da assistência prestada. Verificou-se, ainda, que os enfermeiros desenvolvem atividades como: comunicação, assistência, educação continuada, motivação, liderança, planejamento, coordenação e supervisão. Diante das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e pela ânsia de mudar esta realidade, concluímos, ressaltando a importância de uma política institucional de educação continuada, que forneça subsídios para que o gerenciamento alcance a qualidade total.

ABSTRACT

This was a descriptive exploratory study developed under a quantitative perspective with a sample of twenty manager nurses of six health's institutions. The research was made between december 1999 to october 2000 and had as an aim the investigation of the nurses's impressions about the management and the quality of the nursing service. The data were obtained through an structured interview and they showed the the major part of the nurses recognize the several advantages that the management knowledgment brings to the total quality of the service as well to the growth of the health's institution. It was also showed that the nurses play activity as communications, assistance, continued education, motivation, leadership, planning and supervision. Front of the difficults face out by the nurses we concluded that must be an anheacement of an institutional politics of continuous education that give the basis for the management of total quality.

¹Enfermeira do Programa Saúde da Família. Especialista em Enfermagem Gerencial. DEMCA/CCS/UFPB.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde CCS/UFPB. Profa. Adjunto do DEMCA/CCS/UFPB. Orientadora.

INTRODUÇÃO

É inegável que os temas gerenciamento e qualidade, exercem, a cada dia que passa, um inexorável apelo, tanto aos que dirigem, como àqueles que são dirigidos. A gestão da qualidade total surgiu como uma forma de gerenciamento que visa obter uma maior produtividade no campo empresarial, sob a forma de gerenciar envolvendo pessoas (LOPES NETO, 1997, p. 3).

Esse grande interesse pelo assunto nos leva ao encontro de vários enfoques que são capazes de conter o significado do tema. Porém, é preciso considerar inúmeros fatores que norteiam o bom gerenciamento e a qualidade total do serviço prestado, como o planejamento, a educação continuada, a liderança, a motivação, a boa comunicação, dentre outros. Nesta perspectiva, podemos considerar que não somente o gerente, mas seus subordinados, as contingências do momento e do ambiente, representam papéis importantes para se obter eficácia neste processo de qualidade.

O intuito primordial de qualquer organização de saúde é o de alcançar a qualidade total no seu atendimento, o que implica em satisfazer sua clientela através de um serviço que atenda de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo, às necessidades dos seus clientes, visto que, segundo Mezomo (1994 apud SANTOS, 1997, p. 57), “satisfação é sinônimo de qualidade”, dessa forma, o paciente no hospital representa “o termômetro que avalia a qualidade do serviço médico prestado. A satisfação do paciente ou cliente constitui uma valiosa retroalimentação que vai contribuir para a melhoria contínua da equipe de saúde”.

Assim entendida, a qualidade transforma-se em filosofia de gerência, o que significa refletir, tomar decisões e atitudes, fazer acontecer e colher resultados. Tudo isso deve ser previsto, analisado e avaliado, porém, a obtenção desses objetivos resulta de uma constante interação humana (MOTTA, et al. 1998, p. 53).

A qualidade total é algo que não acontece isoladamente. Necessita da cooperação de todos os membros da empresa, o que é essencial para se atingir a perfeição no atendimento às necessidades do cliente.

Sendo as empresas constituídas por pessoas, o gerenciamento só poderia focalizar o indivíduo como sua base de análise. Assim, o gerenciamento das pessoas deve

ser feito levando-se em consideração a motivação, a liderança e a comunicação (OAKLAND, 1994, p. 30).

Enfatizando o estilo de gerência aberta, democrática e tentando transformar os gerentes em verdadeiros gestores de pessoas, Chiavenato (1992, p. 63) tece comentários sobre a administração participativa, pontuando que “o trabalho em equipe é um requisito que proporciona a participação grupal e, portanto, o núcleo da administração participativa”.

O gerenciamento baseado na participação é atualmente considerado um processo que envolve gerentes e gerenciados num clima de envolvimento mental e emocional, motivacional e de aceitação de responsabilidade (CHIAVENATO, 1992, p. 63).

Sob essa ótica, percebe-se que é preciso trabalhar o pessoal de enfermagem com qualidade, com habilidade e liderança. Mas, é importante salientar que a enfermagem é parte integrante do sistema hospitalar e que todos os profissionais de saúde precisam estar envolvidos em fazer saúde com qualidade total (SANTOS, 1995, p. 215).

Evidencia-se, portanto, que não podemos administrar recursos materiais e financeiros, nem espaços físicos independentemente de pessoas humanas.

Por conseguinte, o gerenciamento tornou-se um novo axioma para a assistência de qualidade na busca da eficiência; da eficácia e, conseqüentemente, da produtividade, envolvendo a elaboração de critérios que devam emergir dos envolvidos na ação e extrapolem a mera preocupação com a eficiência e o lucro, enfatizando a satisfação do cliente dentro de um ambiente participativo e cooperativo, levando em conta as discussões dos resultados sociais (SILVA, 2000, p. 12).

Partindo-se do pressuposto básico que gerência e qualidade estão interligados, é indispensável ressaltar, que neste processo, o ideal desejado só será alcançado com a elaboração de estratégias que devam fazer parte de um processo contínuo para a construção dessa realidade almejada.

Junqueira (1987, p. 52) enfatiza que: “A gerência não é um mecanismo atemporal, mas uma relação que se dá em uma organização, onde os diversos atores interagem mediados pelos recursos materiais, financeiros e tecnológicos para atingir os objetivos organizacionais e, também, objetivos individuais e de grupos”.

O despertar para este estudo emergiu da nossa vivência acadêmica nos estágios supervisionados, como enfermeira instrutora e supervisora do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde, na direção do Centro de Saúde do Município de Prata, e como pós-graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem Gerencial procurei adentrar em outra área do conhecimento em Enfermagem Gerencial.

A complexidade do tema nos leva a uma nova visão, ou ainda, a um novo ideal filosófico, com relação ao gerenciamento com qualidade, representando uma importante condição para a consciência de que o preparo do enfermeiro é inesgotável, indispensável e contínuo.

Mas o importante em toda essa constatação, não será somente apontar as técnicas gerenciais, tampouco àquilo que está por ser feito na gerência da enfermagem das instituições de saúde.

Dentro desse prisma, torna-se uma necessidade premente que o enfermeiro, na busca da satisfação do cliente, compreenda-o holisticamente como um todo: corpo, mente, consciência e espiritualidade.

Atualmente, o enfermeiro engloba uma grande dimensão de atuação, que se estende desde a prestação dos cuidados elementares ao paciente, até às atividades de gerenciamento. Entretanto, reconhecemos que, hoje, a discrepância entre o ideal e o real é muito grande, pois há uma emergência em englobar todos estes conhecimentos científicos pela enfermagem, com o objetivo de fortalecer cada vez mais esta ciência do cuidar, tornando-a mais unida e responsável no progresso, levando em consideração o cliente como um todo.

Nesse contexto, reconhece-se o gerenciamento com qualidade, como um instrumento eficaz e capaz de organizar as ações de enfermagem, de forma dinâmica, motivadora e sistemática.

Analisando-se o cenário da questão saúde e focalizando-se a enfermagem neste contexto, questionou-se: *quais as opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento e a qualidade no serviço de enfermagem? Quais as atividades gerenciais que os enfermeiros desempenham no serviço de enfermagem?*

Objetivos

- Investigar as opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento e a qualidade no serviço de enfermagem;
- Identificar as atividades gerenciais que os enfermeiros desempenham no serviço de enfermagem.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente estudo se configura numa pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Richardson (1999, p. 70) “[...] caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas [...]”.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada com enfermeiros gerentes de seis instituições de saúde. Sendo um hospital federal, um hospital estadual, dois hospitais municipais, um centro de saúde municipal e um hospital privado.

População/amostra

O universo da pesquisa foi configurado com todos os enfermeiros que exercem funções gerenciais nos serviços de enfermagem escolhidos para realização do estudo.

A amostra foi constituída por 20 enfermeiros que atenderam os seguintes critérios estabelecidos para seleção: a) ser enfermeiro diplomado, gerente e pertencer ao quadro de funcionários das instituições de saúde; b) estar presente no turno da manhã e da tarde no período da coleta de dados; c) concordar em participar da pesquisa.

Instrumento

O instrumento utilizado no estudo foi um roteiro estruturado de entrevista composta de duas partes, sendo a primeira, referente ao termo de consentimento livre e esclarecido, e a segunda, contendo questões abertas, relacionadas às opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento pela qualidade em enfermagem, subdividida nos dados de identificação e nos aspectos gerenciais.

Posicionamento ético

É importante salientar que, no transcorrer deste estudo, levamos em consideração os aspectos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que

regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido que se refere à anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, potenciais, riscos e o incômodo em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (CONEP, 1998, p. 35).

Coleta de dados

Os dados de identificação dos participantes foram coletados pela pesquisadora através da técnica de entrevista, realizada com os enfermeiros gerentes, que se encontravam trabalhando no período de junho a agosto de 2000, nos turnos matutino e vespertino.

Análise dos dados

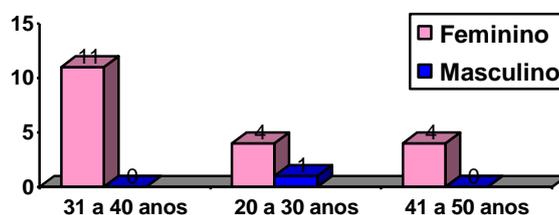
Os dados foram agrupados, analisados e apresentados em forma de tabela e gráficos, contendo números absolutos e percentuais para análise e discussão dos resultados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, fizeram parte do estudo, vinte enfermeiros gerentes, pertencentes às instituições de saúde pesquisadas.

Os resultados do estudo foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo discutidos à luz da literatura pertinente.

Gráfico 1 — Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o sexo.



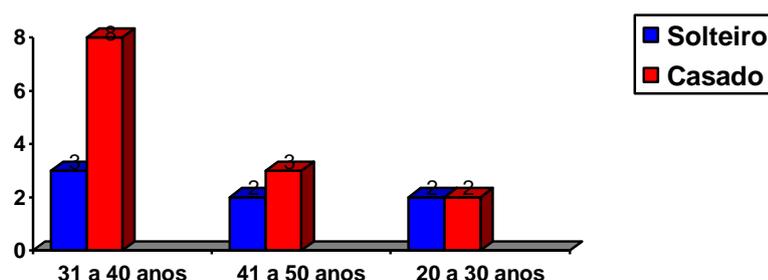
O gráfico 1 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o sexo. Observa-se que a faixa etária predominante no estudo varia de 20 a 50 anos. Verifica-se que o maior percentual encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos, com 11 (55%), todos do sexo feminino. No que se refere à faixa etária de 20 a 30 anos, os

resultados evidenciaram que, dos 5 (25%), 4 (20%) eram do sexo feminino e 1 (5%), do sexo masculino. E em relação à faixa etária de 41 a 50 anos, evidencia-se que os 4 (20%), pertencentes a essa categoria, eram do sexo feminino. A variável sexo apresentou uma significativa predominância do sexo feminino 19 (95%), em relação ao sexo masculino 1 (5%).

Os resultados revelaram uma particularidade da profissão de enfermagem. Em se tratando dos dados relativos ao sexo, a maioria dos sujeitos da amostra é do sexo feminino. Neste contexto “[...] a enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir sua própria existência” (Almeida e Rocha, 1997, p.18).

Reforçando este quadro, dados censitários da Fundação IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1996) referente à população brasileira, por sexo no Brasil, em 1996 mostrou a prevalência de mulheres 79.627.298, para um total de 17.442.865 homens, para uma população de 157.070.163 habitantes. Na Paraíba, este dado reflete ainda mais a realidade do país, cuja população no estado totaliza 3.305.615 habitantes, e a população feminina é de 1706.230, enquanto que a masculina foi de apenas 1.599.386, fator este que pode estar contribuindo com o grande contingente de mulheres inseridas no mercado de trabalho, no campo da enfermagem.

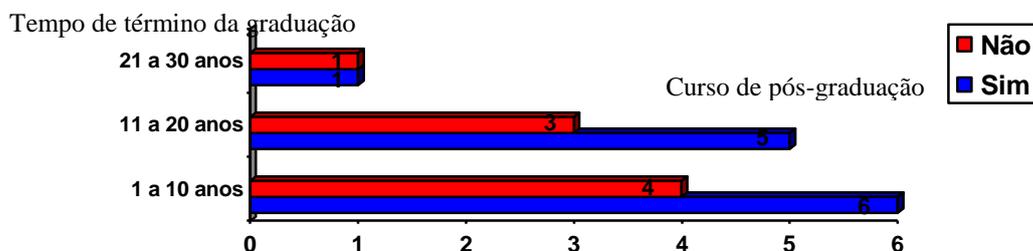
Gráfico 2 — Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o estado civil.



O gráfico 2 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o estado civil. Os dados revelam que dos 11 (55%), enfermeiros pertencentes à faixa etária de 31 a 40 anos, 03 (15%) são solteiros e 08 (40%) são casados. Com relação à faixa etária de 41 a 50 anos, dos 05 (25%) enfermeiros, 02 (10%) são solteiros e 03 (15%) são casados. O estado civil de maior predominância no estudo foi o casado, cuja representatividade percentual perfaz 13 (65%), enquanto o solteiro abrange 07 (35%) do total da população

estudada. Este fato se justifica devido à predominância no estudo ser constituída por enfermeiros de 31 a 40 anos.

Gráfico 3 — Distribuição dos enfermeiros segundo tempo do término da graduação e curso de pós-graduação.

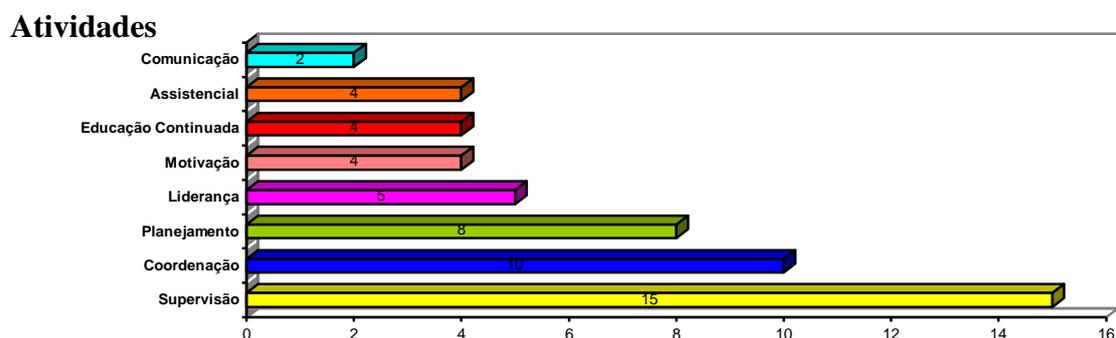


O gráfico 3 evidencia a distribuição dos enfermeiros segundo o tempo do término de graduação e curso de pós-graduação. Verifica-se que o maior percentual de enfermeiros concluiu o curso de graduação de 1 a 10 anos, com 10 (50%), dos quais 04 (20%) fizeram apenas a graduação e 06 (30%) fizeram curso de pós-graduação. Com o término da graduação de 11 a 20 anos, 03 (15%) não fizeram curso de pós-graduação e 05 (25%) fizeram esse curso. No que tange ao tempo de 21 a 30 anos evidencia-se que 01 (5%) fez e 01 (5%) não fez curso de pós-graduação. Observa-se, portanto, que dos 20 enfermeiros questionados, 08 (40%) fizeram apenas graduação e 12 (60%) fizeram curso de pós-graduação.

Considerando os dados apresentados, observa-se que existe uma predominância dos enfermeiros que fizeram curso de pós-graduação em relação àqueles que têm apenas o curso de graduação, o que nos leva a inferir que as instituições de saúde, objeto do estudo, gradativamente, estão oferecendo uma política de incentivo ao aperfeiçoamento de seus funcionários e de acordo com Marshall e Luffingham (1999, p. 30), o resultado desta especialização dos enfermeiros será a inevitável redução do conflito e uma melhoria na assistência prestada.

Na concepção de Leite e Pereira (1991, p. 147) as instituições de saúde necessitam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos.

Gráfico 4 — Distribuição das atividades que os enfermeiros desempenham na instituição de saúde.



O gráfico 4 apresenta a distribuição das atividades que os enfermeiros desempenham nas instituições de saúde. Verificou-se que a supervisão foi a atividade mais apontada pelos enfermeiros questionados com 15 (28,8%), seguidos pela coordenação, com 10 (19,3%); o planejamento totalizou 08 (15,4%) das respostas e a liderança 05 (9,6%). Já a motivação, a educação continuada e as atividades assistenciais foram apontadas com 04 (7,7%) respectivamente, e a comunicação com 02 (3,8%).

Segundo Lopes Neto (1997, p. 19), na enfermagem, a função gerencial do enfermeiro traduz-se sinteticamente nas habilidades cognitivas, relações interpessoais e habilidade organizacional.

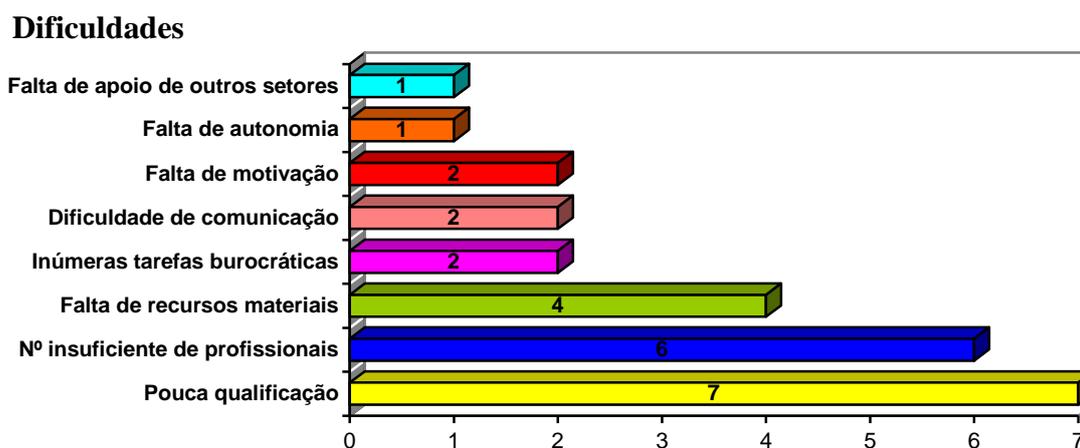
Os dados revelaram que uma maioria substancial de enfermeiros mencionou a supervisão, a coordenação e o planejamento, como sendo atividades desempenhadas nas instituições de saúde onde trabalham. Dentro deste contexto, Cianciarullo (1997, p. 31) visualiza a supervisão como um instrumento facilitador do caminho para se alcançar qualidade assistencial. Por este prisma Bittel (1982, p. 3) enfatiza que os supervisores são elementos vitais para o gerenciamento, contribuindo para a solidez da instituição, atuando como articulador entre os diversos níveis funcionais envolvidos na execução efetiva do trabalho. E é com base neste princípio que Martin e Valentin (2000, p. 17) mencionam que o enfermeiro é o profissional capacitado com conhecimentos e habilidades interacionais para realizar a supervisão na equipe de enfermagem.

A função de coordenação citada pelos enfermeiros questionados pode ser considerada uma das atividades gerenciais, e, como afirma Rocha (1996, p. 167), coordenar significa organizar, ou seja, dispor determinada ordem de forma metódica. Ainda sobre as atividades gerenciais dos enfermeiros, o planejamento foi mencionado, servindo de suporte para as mudanças que se deseja implantar, sendo importante para a

conservação de uma assistência de qualidade, bem como uma forma de se obter melhores condições de trabalho na enfermagem. Vale salientar que o planejamento é uma técnica de tomada de decisões antecipadas de ocorrências posteriores e elaboração de um plano de ação. Este plano de ação necessita da participação de todos os níveis de organização, procurando-se desta forma aproximar da realidade visando facilitar a sua implementação (ALMEIDA et al., 1993, p. 13).

O planejamento deve fazer parte das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas instituições de saúde, pois é primordial para alcançar a qualidade do serviço. Essa atividade deve ser desenvolvida num processo de revisão, com o intuito de elaborar estratégias de melhoramento para alcançar o índice zero em erros e falhas (OAKLAND, 1994, p. 75).

Gráfico 5 — Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as dificuldades enfrentadas no desempenho de suas funções gerenciais.



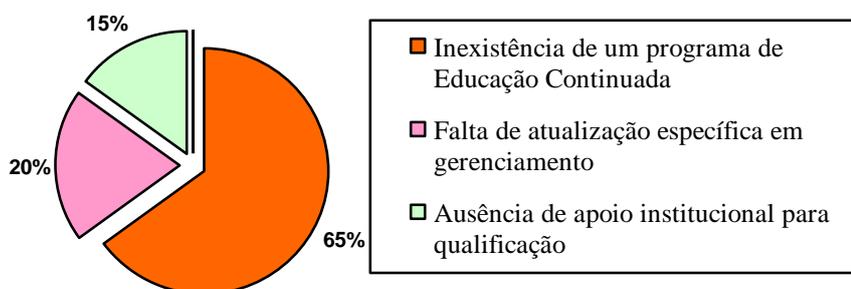
O gráfico 5 demonstra a distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as dificuldades enfrentadas no desempenho de suas funções gerenciais. Verifica-se que os 20 enfermeiros emitiram 26 (100%) respostas, das quais 07 (26,9%) foi a pouca qualificação; 06 (23%) foi o número insuficiente de profissionais; 04 (15,4%) foi a pouca qualificação; 06 (23%) foi o número insuficiente de profissionais; 04 (15,4%) foram as inúmeras tarefas burocráticas; 02 foi a falta de motivação e de comunicação, respectivamente. Já 01 (3,9%) referiu a falta de autonomia e a falta de apoio quando se precisa de outros setores. Observa-se que a maioria das respostas, além de revelar uma preocupação com a falta de qualificação, culpa a instituição pelas dificuldades existentes.

É mister, pois, ressaltar que a superação das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no exercício de suas atividades gerenciais requer, dos profissionais, primeiramente, a busca constante da qualificação, e, posteriormente, do apoio da instituição onde desempenham suas funções.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é uma das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros questionados. Para Santos (1995, p. 173-174), deve-se levar em consideração alguns fatores para definir um quantitativo de pessoal, como: a caracterização da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela. Goidzinski (1991, p. 96), ao analisar o dimensionamento do pessoal de enfermagem, refere, que o mesmo, compreende não só o acondicionamento da situação, cálculo e distribuição do pessoal, como também a avaliação. O autor também salienta que esse provimento de pessoal é dinâmico e deve ser modificado segundo a experiência prática e relacionado às necessidades da clientela.

Em se tratando dos recursos materiais Castilho e Leite (1991, p. 73) enfatizam a sua importância para o funcionamento de instituições e constitui fator que possibilita o alcance dos objetivos almejados pela organização.

Gráfico 6 — Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre a qualificação do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde.



O gráfico 6 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo opiniões sobre a qualificação do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. Evidencia-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 20 (100%) respostas, das quais 13 (65%) mencionaram a inexistência de um programa de Educação Continuada; 04 (20%) referiram a falta de atualização específica em gerenciamento e 03 (5%) referiram ausência de apoio institucional para qualificação.

A educação continuada constitui uma preocupação constante do pessoal de enfermagem das instituições estudadas. Para Motta (1998, p. 27 e 28), a educação

representa um processo de aquisição de novos valores, de reconstrução das experiências e da elevação do grau de compreensão, intrínseca e extrínseca da realidade vivenciada. A Educação Continuada é importante para a qualificação do pessoal de enfermagem, e, para o referido autor, o aprendizado gerencial representa uma forma de se adquirir novos conhecimentos, atitudes e valores, ratificando sua capacidade de analisar problemas e adquirir habilidades para ações eficazes e eficientes em determinado contexto organizacional.

Tabela 1 — Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre as vantagens do gerenciamento na instituição.

| Vantagens do gerenciamento | Nº | % |
|--|-----------|--------------|
| Alcançar a qualidade na enfermagem | 07 | 34,0 |
| Direcionar as atividades da enfermagem | 03 | 15,0 |
| Facilitar o relacionamento | 02 | 10,0 |
| Investir no desenvolvimento técnico-científico da enfermagem | 02 | 10,0 |
| Proporcionar maior autonomia profissional | 02 | 10,0 |
| Melhorar a organização | 02 | 10,0 |
| Motivação | 01 | 5,5 |
| Definir o campo de atuação da enfermagem | 01 | 5,5 |
| Total | 20 | 100,0 |

A tabela 1 apresenta a distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre as vantagens do gerenciamento na instituição de saúde. Verifica-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 20 (100%) respostas, das quais 07 (35%) apontaram que o gerenciamento é importante para se alcançar a qualidade na enfermagem; 03 (15%) afirmaram que o gerenciamento oferece uma direção às atividades da enfermagem. As respostas: “facilitar o relacionamento”, “investir no desenvolvimento técnico-científico”, “proporcionar maior autonomia” e “melhorar a organização” foram apontados com índices 0,2 (10%). Já as respostas “motivação” e “definir o campo de atuação da enfermagem” apontaram índice 01 (5,5%).

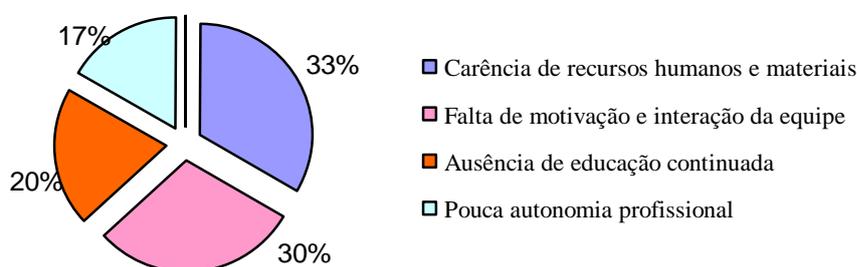
Os resultados deixam transparecer, de modo enfático, que todos os enfermeiros questionados admitem que o gerenciamento em enfermagem traz vantagens para o serviço de enfermagem. (vide tabela 1)

Todavia, acredita-se que o gerenciamento traz inúmeras vantagens para a enfermagem que não foram mencionadas pelos enfermeiros participantes da amostra. O

gerenciamento é a arte de pensar, de determinar e de atuar, possibilitando o fazer acontecer e a detenção de resultados, que precisam ser atingidos através das pessoas e através de uma constante interação humana (MOTTA, 1998, p. 26). Assim, o gerenciamento contribui de forma substancial para se alcançar a qualidade na enfermagem. Dentro deste contexto, Santos (1995, p. 225) pontua que, qualidade, significa não só satisfazer a clientela, mas também suprimir defeitos.

O relacionamento interpessoal pode ser considerado uma condição importante para se gerenciar, de forma eficiente, uma instituição de saúde. Rocha (1996, p. 529) relata que, relacionamento, nada mais é do que o ato de relacionar-se. Cumpre assinalar a necessidade de um espírito alegre e flexível, que estabeleça um relacionamento positivo com as pessoas e que enfrente, de forma ponderada, as possíveis situações adversas, atuando de forma profissional, embasada no conhecimento técnico-científico e com controle emocional (MARX, 1998, p. 125).

Gráfico 7 — Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre as barreiras para se alcançar a qualidade total no serviço de enfermagem.



O gráfico 7 apresenta a distribuição das respostas baseadas nas opiniões dos enfermeiros sobre as barreiras para se alcançar a qualidade total no serviço de enfermagem. Observa-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 30 (100%) respostas, das quais 10 (33%) mencionaram a carência de recursos humanos e materiais; 09 (30%), a falta de motivação e interação da equipe; 06 (20%), a ausência de Educação Continuada e 05 (17%), a pouca autonomia profissional.

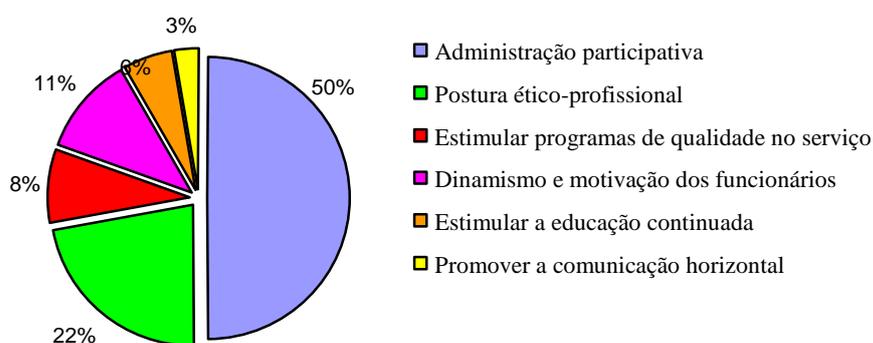
Observa-se que a ausência de motivação foi a opinião mais relatada pelos enfermeiros questionados, no que se refere às barreiras para se alcançar a qualidade total no serviço de enfermagem. A motivação pode ser entendida como sendo o estado em que o trabalhador sente-se à vontade para trabalhar produtivamente (ANTUNES E SANTA ANNA, 1996, p. 425-428). O autor menciona, ainda, que os principais fatores

motivacionais são: o sentimento de crescimento profissional, a necessidade de auto-realização, o exercício da responsabilidade e o caráter desafiante do trabalho.

Nesta mesma linha de pensamento, Chiavenato (1992, p. 165-179) relata que a motivação direciona o bom desempenho do empregado, funcionando como dinamizador e impulsionador do comportamento humano.

Dentro desse contexto, Motta (1998, p. 202) preconizava a autonomia profissional como um dos fatores motivacionais, e, sendo assim, a autonomia de pensar e agir aumenta a dimensão individual da motivação, estando intimamente ligada ao grau de liberdade do trabalhador.

Gráfico 8— Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as atitudes que os gerentes devem adotar no serviço.



O gráfico 8 apresenta a distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as atitudes que os gerentes devem adotar no serviço. Ressalta-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 36 (100%) respostas, das quais 18 (50%) referiram a administração participativa; 08 (22%), a postura ético-profissional; 03 (8%) estimular programas de qualidade no serviço; 04 (11%), o dinamismo e a motivação dos funcionários; 02 (6%) estimular a educação continuada, enquanto promover a comunicação horizontal totalizou 01 (3%).

A administração participativa não significa subverter a autoridade e sim, representa uma maneira de se administrar, onde as pessoas possuam a oportunidade de participar, questionando, discutindo, sugerindo e até modificando um projeto (CHIAVENATO, 1992, p. 62-63).

A participação é, portanto, um dos temas candentes no gerenciamento e constitui um fator que corresponde à distribuição do poder, ao domínio de recursos e à construção de uma nova realidade (SILVIA, 2000, p. 12-13).

No que se refere à postura ético-profissional Ângelo (1994, p.11) enfatiza que “a dimensão ética deve impregnar toda a enfermagem”. Desta forma, Norinha (1998, p. 28) pontua que a reflexão ética contribui para o rompimento de ciclos viciosos, pois nos impulsiona a questionar a realidade e a procurar outro caminho, admitindo a necessidade premente, de também refletirmos sobre a nossa identidade e a nossa contribuição ou não, para o bem estar das pessoas. É inquestionável pensar de forma consciente, e agir segundo os pressupostos éticos.

A esse respeito, Lopes Neto (1997, p. 12) argumenta que “o fazer certo na enfermagem está no segmento da ética, na qual o homem demonstra uma verdadeira conduta humanística dentro dos padrões da bondade da vontade de fazer e da vocação profissional”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão que envolve uma série de atribuições, dentre as quais, podemos destacar as atividades gerenciais. Atualmente, na enfermagem, observa-se uma crescente preocupação em se desenvolver as atividades gerenciais, voltando-se sempre para a qualidade total do serviço, sendo a administração responsável pela formulação das orientações, dos objetivos da filosofia, e pela tomada de decisões sobre as responsabilidades e atividades da equipe de enfermagem. Torna-se imprescindível que o enfermeiro gerente tenha compromisso ético profissional, visando à qualidade de serviço, sempre com o ideal de valorizar a profissão e preservar a vida, o que implica em responsabilidade no desempenho de sua prática diária.

A partir de tais pressupostos, entende-se que o exercício profissional do enfermeiro gerente necessita de subsídios teóricos e práticos, que possibilitem o planejamento de uma linha de ação, e que busque a eficiência, a eficácia, a produtividade, e, conseqüentemente, a qualidade de assistência. E isso deve acontecer a partir do gerenciamento com pessoas de forma participativa.

Os resultados deste estudo permitiram considerar, que os objetivos norteadores da pesquisa, foram atingidos. Convém ressaltar, que os enfermeiros entrevistados exercem diversas funções gerenciais, e que, em sua maioria, têm pouco conhecimento sobre o gerenciamento. Por outro lado, demonstraram um interesse

constante de aprimorar seus conhecimentos gerenciais, de ter uma política institucional de educação continuada, que forneçam subsídios para se alcançar a excelência na enfermagem, minimizando as barreiras que dificultam o processo de qualidade total.

A importância deste estudo está em fornecer subsídios aos enfermeiros, para que reflitam sobre o desenvolvimento da prática gerencial da enfermagem, numa perspectiva dialética, além de contribuir para o entendimento e a busca de novas alternativas que elevem cada vez mais a qualidade do serviço de enfermagem. Portanto, para se inovar, não é necessário apenas a construção de grandes projetos, mas é preciso acreditar e buscar sempre melhorar continuamente os conhecimentos, para que se possa enfrentar, sem desânimos, as dificuldades que naturalmente vão surgindo, ao longo deste caminho gerencial, voltado para a qualidade. E é com este espírito, de conquistar o futuro para a enfermagem, que os enfermeiros gerentes devem manter em suas mentes e no seu trabalho diário, a busca da qualidade total do serviço, procurando planejar mudanças, a partir do conhecimento da realidade.

No transcorrer deste processo, o gerente deve aprender a ouvir e também aceitar opiniões contrárias às suas (MOTTA, 1998, p. 247). Assim, do ponto de vista gerencial, todas as dimensões da teoria gerencial devem ser consideradas, bem como os aspectos da realidade prática. Dentro desse contexto, e como enfatiza Motta (1998, p. 19) “ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso”.

Fundamentando-se no gerenciamento de pessoas, proposto por Chiavenato (1997, p. 249-252) considera-se que alguns passos podem ser seguidos, adaptando-se à realidade de cada instituição, para se alcançar a qualidade do gerenciamento, como por exemplo: desmontar a estrutura organizacional tradicional; não ter medo de mudar a cultura organizacional, quando necessário; abrir portas e janelas às pessoas; mudar sempre, dentre outros. É a partir desta perspectiva que o gerente deve trabalhar com sua equipe, liderando-a, motivando-a, avaliando-a, recompensando-a e proporcionando significado ao seu trabalho, estando sempre preparado para mudar, com o intuito primordial de proporcionar a melhoria e o desenvolvimento contínuo, certos de que o processo é lento, mas gratificante.

Este estudo possibilitou a verificação das dificuldades apontadas pelos enfermeiros de instituições de saúde sobre o gerenciamento, destacando-se a necessidade

das instituições em incentivar a qualificação gerencial dos enfermeiros, por meio de reciclagens, cursos, palestras e através do aprimoramento contínuo dos conhecimentos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. Por que administrar estrategicamente recursos humanos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 13, mar./abr. 1993.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ANGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem USP.**, v. 28, n. 1, p. 11, abr. 1994.

ANTUNES, A. V.; ANNA, L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 3, p. 425-434, jul./set. 1996.

BERGAMINI, C. W. **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.

BITTEL, L. R. **Supervisão eficaz**. São Paulo: Mc Graw Hill, 1982.

BOOG, G. G. **O desafio da competência**. [s.l]: Best Seller, 1991.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – COFEn. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993. 16p.

BUENO, F. S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD., 1996.

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

CHIAVENATO, I. **Administração de empresas: uma abordagem contingencial**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1992.

_____. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. 3.ed. São Paulo: Makron Book, 1997.

CIANCIARVELHO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. [s.l]. Cone, 1997.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM ENFERMAGEM. CONEP. **Resolução 196**. Cadernos de Ética em Pesquisa, Brasília, D.F., v. 1, n. 1, p. 35, jul. 1998.

FERREIRA, A. B. M. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 1, n. 2, p. 96, jul. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Número da população brasileira. In:_____. **Censo demográfico 1996**. Brasília, DF., 1996. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 3 set. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. C.; INOJOSA, R. M. Gerenciamento: a gerência na eficácia da prestação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, v. 7, n. 13, p. 52-56, 1987.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, M. M. J.; PEREIRA, L. L. Educação continuada em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LOPES NETO, D. **Administração pela qualidade**: um novo paradigma para a administração dos serviços de enfermagem de saúde pública. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MARSHALL; LUFFINGHAM, N. O enfermeiro especialista versus generalista. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 2, n. 4, p. 30, jul. 1999.

MARTIN, J.; VALENTINA, A. Supervisão de enfermagem x assistência ao paciente: compatibilização como pressuposto à identidade profissional e à qualidade da assistência. **Nursing Rev. Téc. Enf. Brasileira**, ano 3, n. 26, p. 7 jul. 2000.

MARX, L.C.; MORITA, L.C. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. São Paulo: Rufo, 1998.

MEZOMO, M. C. A gestão dos recursos humanos e qualidade total. **Revista Administração e Saúde**, v. 18, n. 5, p. 264, jun. 1994.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 22. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

NORINHA, H. Refletir para cuidar. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 10, n. 120, p. 28, mar. 1998.

OAKLAND, J. S. **Gerenciamento da qualidade total**. São Paulo: Nobel, 1994.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, R. **Minidicionário**. São Paulo: Scipione, 1996.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade total na perspectiva da satisfação do paciente. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1/3, p. 57, dez. 1997.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. João Pessoa: Universitária/UFP, 1995.

_____. Qualidade total no serviço de enfermagem. **Revista CCS**, v.8, n.2, p.5, abr./jun. 1994.

SILVA, A. G. J. S. Gerenciamento clínico em enfermagem e qualidade da assistência. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 3, n. 20, p. 12-13, jan. 2000.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília, DF., EDUnB, 1998.

TREINAMENTO EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UMA PROPOSTA PARA SUA EFETIVAÇÃO

Gisélia Alves Araújo¹
Iolanda Beserra da Costa Santos²

RESUMO

Considerando o treinamento em serviço uma ação educativa imprescindível para a capacitação do funcionário no seu local de trabalho, este estudo objetivou identificar fatores que influenciam o desempenho dos profissionais que trabalham no Centro de Material e Esterilização; verificar a necessidade de treinamento em serviço e elaborar um programa de treinamento que atenda a essas necessidades. Esta pesquisa exploratória, com abordagem quanti-qualitativa foi desenvolvida no HULW/UFPB. A amostra constituiu-se de 17 profissionais que atuam no CME. O instrumento constou de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas. A coleta de dados realizou-se nos meses de junho a julho de 2000, no CME. Os resultados evidenciaram que os participantes do estudo encontraram facilidade de adaptação, reconheceram a deficiência de material e equipamento no desenvolvimento de suas tarefas, demonstraram satisfação em trabalhar no CME e expressaram necessidades de treinamento em serviço. Concluiu-se destacando a relevância da efetivação do programa de treinamento, com base nos conteúdos programáticos solicitados pelos participantes do estudo, visando contribuir para a qualificação do profissional e do serviço.

ABSTRACT

The training in service is one of the most important educational actions in the improvement of the worker in his work place. Taking this into account the aims of this work was to identify the factors that act on performance of the professionals that work in the Materials and Esterilization Center (MEC), to verify the need of training in service and to elaborate a training program that pay attention these needs. This exploratory research with a quanti-qualitative perspective was developed in the HULW/UFPB. The sample was made of 17 professionals that actuate in the MEC and the data were collected with the aid of a questionnaire with objectives and subjective questions applied from June to July 2000. The results show that the professionals that were subjected to the interview they found facility of adaptation and that they recognize the material and equipment's lack in the exercise of their functions. The results also show that the professionals are satisfied in their work in the MEC and they express their needs of training's programs in service. The conclusion is that there are a great value in the effectiveness of the training programs based in the programatics contents wanted by the ones that participated of the study with the view of contribution for the service and professional qualification.

¹ Enfermeira assistencial do HULW. Especialista em Enfermagem Gerencial. DEMCA/CCS/UFPB.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof. Adjunto do DEMCA/CCS/UFPB. Membro do Conselho Consultivo da Revista. Orientadora.

1 INTRODUÇÃO

Com o progresso da ciência e da tecnologia médica e cirúrgica, tornaram-se mais ousadas e complexas as medidas de segurança em relação aos cuidados prestados aos pacientes, particularmente no que diz respeito aos processos de desinfecção e/ou esterilização, de acordo com a necessidade. Para Salzano et al. (1990, p.103), o Centro de Material e Esterilização (CME) é o:

[...] cartão de visita de uma instituição, pois, é a unidade que responde pelo preparo, distribuição e controle dos materiais hospitalares, tendo por finalidade assegurar um atendimento eficaz pela produção e qualidade necessárias a todo o hospital, para que os pacientes possam ser assistidos com segurança.

A conscientização mais premente quanto ao problema das infecções hospitalares fez com que a maioria dos profissionais de saúde, que lidam direta ou indiretamente com os pacientes, se envolvessem mais no combate a esse mal. Nesse contexto, o CME passou a ser considerado por seus aspectos diferenciados e ter um peso maior pela sua importância, na medida em que se constitui a mola mestra para oferecer um serviço de qualidade, contribuindo para que os outros setores trabalhem com segurança na assistência prestada.

É notório que os profissionais do CME assumem grande responsabilidade no cuidado dos materiais e instrumentais odonto-médico-hospitalares, para execução de todo o processo que lhes é cabível, prevenindo a possibilidade de contaminação e minimizando os índices de infecção hospitalar. No entanto, Moura (1996, p.30-1) e Salzano et al. (1990, p. 103) relatam que a realidade vivida em boa parte dos hospitais brasileiros, ainda é a da não-valorização desse setor, uma vez que nele se encontram pessoas não qualificadas, realizando ações de esterilização, por ser o local para onde se transferem pessoas com problemas de saúde e de difícil ajustamento em outros setores.

Nesse sentido, o CME precisa de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento de tarefas com padrão de qualidade, destacando-se a necessidade de um profissional com capacitação técnico-científica, no gerenciamento e na supervisão dos turnos de trabalho, geralmente assumidos por um enfermeiro. Entretanto, não implica que

todo o pessoal subordinado deva ser exclusivo da área de Enfermagem, podendo as atividades ser delegadas a outras pessoas, de categorias afins, desde que estejam devidamente preparadas, com noções de microbiologia, contaminação e esterilização (MOURA, 1999, p. 13).

Rodrigues et al. (1996, p. 24) afirmam que “a realização de atividades desenvolvidas no CME exige profissionais com formação e capacitação adequadas para a execução de técnicas especializadas, capacidade de concentração, destreza manual e atenção”. Ressaltam, ainda, a importância de se manter um bom nível de motivação e relacionamento na equipe, para que seja possível o envolvimento maior de cada profissional na realização das atividades do cotidiano e aceitação das inovações, para se manter a qualidade do serviço.

Atuando nesse setor como enfermeira há dois anos, foi importante ter observado, na prática, diferentes situações, como: existência de pessoas novas no serviço, que foram remanejadas, por necessidade do setor ou do próprio funcionário (às vezes por problema de saúde), sem um preparo prévio que facilitasse sua adaptação; expansão e implantação de novos serviços com o objetivo de se adequar melhor a prática à teoria; essas inovações na rotina do serviço podem gerar insegurança nas pessoas pela alteração da rotina; por ser considerado um trabalho de risco, de atividades repetitivas e cansativas, o profissional do CME acaba, por consequência, cometendo falhas e tornando-se insatisfeito.

Por outro lado, percebemos a atenção que é dispensada por parte de alguns funcionários, quando se comenta acerca dos avanços tecnológicos relativos aos procedimentos realizados no CME, demonstrando abertura e a participação nos programas de treinamento em serviço.

A escolha do tema deu-se pela adequação das observações feitas no local de trabalho com a literatura pertinente, assim como pela escassez de pesquisas relativas ao treinamento no CME e, por ser uma forma de se contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, justificando-se a realização dessa pesquisa. Mediante essas reflexões apresentadas, faz-se jus questionar: *Que fatores influenciam o desempenho dos profissionais que atuam no CME? Que necessidade os funcionários do CME têm de treinamento em serviço? Que programa de treinamento atende às necessidades dos funcionários do CME?*

2 OBJETIVOS

- Identificar fatores que influenciam o desempenho dos profissionais que trabalham no Centro de Material e Esterilização;
- Verificar a necessidade de treinamento em serviço, dos profissionais que atuam no CME;
- Elaborar um programa de treinamento em serviço, que atenda às necessidades dos funcionários.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória que, de acordo com Gil, (1995, p. 45), “[...] são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado problema”. Utilizou-se o recurso técnico da abordagem quanti-qualitativa, onde a quantitativa trabalha com a estatística, apreendendo os fenômenos “visíveis [...] e concretos” e a qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não contável em equações (MINAYO et al. 1994, p. 22).

A pesquisa foi realizada no Centro de Material e Esterilização (CME), do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, situado no Campus I, da Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa -PB.

A população constituiu-se de 22 funcionários que trabalham no CME e desempenham as mesmas tarefas. A amostra foi composta de 17 pessoas, sendo 12 auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de laboratório e três auxiliares operacionais. Para seleção da amostra foram obedecidos os seguintes critérios: aceitar participar da pesquisa; e encontrar-se na escala de serviço no período da aplicação do instrumento.

O instrumento constou de um questionário, que foi dividido em três partes: a primeira, com identificação dos sujeitos da pesquisa; a segunda, com dados relacionados com os fatores que influenciam o desempenho dos profissionais, e a terceira, com dados relacionados ao treinamento em serviço.

A validação do instrumento foi realizada por três profissionais com experiência no CME, que verificaram a adequação do conteúdo e sugeriram algumas modificações.

É oportuno, destacar que a pesquisadora levou em consideração as observâncias éticas preconizadas para a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo

com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 1996, p.17), atendendo ao princípio ético da autonomia, principalmente no que diz respeito ao termo de consentimento livre e esclarecido, instrumento imprescindível para desenvolver pesquisa com seres humanos, devendo-se sempre considerar sua dignidade e defender sua vulnerabilidade.

3.1 Etapas operacionais da pesquisa

A primeira etapa ocorreu com a tramitação de documentos, solicitando aprovação do projeto e autorização ao Comitê de Ética e Pesquisa do HULW, para se iniciar o trabalho e, a segunda, transcorreu com a distribuição dos questionários entre os funcionários, nos turnos do seu trabalho.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2000, mediante a aplicação do questionário, em dias úteis, nos turnos de trabalho. A análise foi disposta de forma descritiva, utilizando-se números, percentuais e categorias, acompanhadas de discussão.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados do estudo realizado com profissionais que trabalham no Centro de Material e Esterilização, apresentam-se em três momentos: identificação do grupo; fatores que influenciam no desempenho profissional; treinamento em serviço.

4.1 Identificação do grupo

A identificação do grupo está definida a partir da faixa etária, sexo, grau de escolaridade, tempo de serviço no hospital e no CME, categoria funcional e outro vínculo empregatício.

Quanto à distribuição dos participantes do estudo, segundo a faixa etária, observa-se que varia entre 25 e acima de 50 anos de idade, onde o maior índice concentra-se entre 35 e 40 anos, correspondendo a 5 (29,4%), seguido de 40 a 45 anos, com 4 (23,5%). A faixa etária de 35 a 45 anos mostra que a população estudada é constituída por

peças que estão em plena fase de produção, de construção familiar, com expectativas de progressão intelectual, social e ascensão funcional. Para Smitzer e Bare (1993, p. 59), a ênfase dada a estes grupos etários responde de maneira positiva e entusiasmada aos programas que focalizam conteúdos de condicionamento físico, de controle de peso, de estresse, do fumo e da própria saúde.

Com relação ao sexo, participaram do estudo 13 pessoas (76,5%) do sexo feminino e 4 (23,5%) do sexo masculino. Fazendo-se uma associação entre a faixa etária e o sexo, observa-se que há o predomínio 3 (23,0%) do sexo feminino e 2 (50,0%) do sexo masculino, predominando a idade de 35 a 40 anos. Esta variável obteve maior índice e denota o interesse da classe feminina pela profissão desde o início da história da Enfermagem.

Em relação ao grau de escolaridade, verifica-se que os sujeitos encontram-se entre o ensino fundamental e o superior completo, dos quais, 10 (58,0%) possuem o curso médio completo e 03 (18,0%) o superior incompleto, que correspondem aos maiores percentuais.

Esse nível de escolaridade no CME é considerado elevado, demonstrando o interesse da equipe em crescer, em consonância com a evolução dos tempos e a corrida pelo serviço, conforme expressa Rodrigues et al. (1996, p. 24) “o CME busca desenvolver-se como serviço autônomo para o desempenho de suas atividades, atendendo à demanda da instituição e expandindo-se para a prestação de serviços a terceiros”.

Assim, o interesse pela busca do estudo mostra que a educação visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar o homem, para seu crescimento profissional, em relação à ascensão na empresa ou para que se torne mais eficiente e produtivo no seu cargo (CHIAVENATO, 1997, p. 509).

Nessa visão, a maioria dos serviços de saúde, quer sejam públicos (da esfera municipal à federal) ou privados, não oferecem uma progressão de mérito na carreira funcional, baseada em estudos de pós-graduação. Quando existe, a ascensão vertical é baseada na avaliação das chefias imediatas, utilizando critérios objetivos e subjetivos que dizem respeito à qualidade e à quantidade do trabalho produzido. A promoção horizontal, por tempo de serviço, ocorre com mais frequência; porém, considera o esforço pessoal ou a qualidade do trabalho (OGUISSO, 2000, p. 28).

Constatou-se que o tempo de serviço dos sujeitos varia em menos de 1 ano e acima de 20 anos, destacando-se o mesmo número de 4 (23,5%) para os períodos de 1 a 5

anos e de 11 a 15 anos, respectivamente, de trabalho no hospital. Quanto ao tempo de serviço no CME, o maior quantitativo 8 (47,8%), encontra-se no período de 1 a 5 anos, seguido de 5 (29,4%) entre 11 a 15 anos.

Verifica-se, com esses dados, uma distribuição proporcional, no tocante aos vários períodos de tempo no hospital. Quanto ao tempo de serviço no CME, concentra-se um maior número de servidores na faixa de 1 a 5 anos, demonstrando-se a rotatividade existente no serviço, havendo sempre uma renovação da força de trabalho.

De acordo com a categoria funcional, verifica-se que a maioria dos servidores se concentra na categoria de auxiliar de enfermagem, 12 (70%), seguida de auxiliar operacional de 3 (18,0%) e auxiliar de laboratório 2 (12,0%). A respeito da categoria de auxiliar de enfermagem, a Lei de nº 7.498/86 classifica este profissional como portador de um certificado conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente, o Conselho Regional de Enfermagem – COREN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999, p. 37-38).

Já os auxiliares de laboratório e operacionais são considerados, pelo COFEN, assemelhados que se encontram executando tarefas com desvio de função, em qualquer setor do hospital, mas regulados pela lei e reconhecidos pelo referido Conselho.

Dentre as várias tarefas de competência do auxiliar de enfermagem está a de executar as atividades de desinfecção e esterilização, daí a importância de profissionais capacitados para realizar suas funções com segurança e conhecimento dos riscos inerentes a cada etapa do serviço desenvolvido no CME, devido ao manuseio de materiais contaminados, à manipulação de produtos químicos, à desinfecção e esterilização de artigos odonto-médico-hospitalares e operação de equipamentos.

Diante da diversidade de atividades existentes no CME, faz-se necessário que “cada trabalhador conheça bem os principais riscos do trabalho e a maneira de se proteger contra eles” (BULHÕES, 1986, p. 141). Em atenção a esses riscos, de acordo com a publicação Segurança e Medicina do Trabalho (1997, p.78-82), que contempla a Norma Regulamentadora - NR nº 6, especifica como Equipamento de Proteção Individual (EPI) “todo dispositivo de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador”.

Os profissionais da categoria, considerados assemelhados, poderão também executar essas mesmas tarefas, desde que sejam submetidos a programas de treinamento,

de forma a receberem uma bagagem teórico-prática, condizente com as tarefas realizadas na unidade.

Com relação ao vínculo empregatício, observa-se que, dos participantes, 14 (82,0%) não possuem outro vínculo empregatício e 3 (18,0%) têm outro emprego. Sobre os servidores que não possuem outro emprego, deduz-se estar relacionado com o fato de alguns se encontrarem com uma situação financeira equilibrada pela renda familiar, para suprir suas necessidades, enquanto outros estão investindo no seu crescimento intelectual, em busca de um grau de conhecimento mais elevado do que possui e, também, por trabalharem em uma instituição pública, durante mais de 5 anos conferindo-lhes uma certa estabilidade.

Para Fonseca, (1997, p. 5), o trabalho ou ocupação e as condições como é executado, assumem uma importância fundamental, porque podem influenciar a qualidade de vida dos diferentes sujeitos sociais. Os que possuem outro emprego levam-nos a pensar que são pessoas que estão tentando vencer as questões pessoais e financeiras. Dessa forma, existem diversos objetivos do trabalho, como forma de realização pessoal, da disciplina do intelecto e da própria manutenção. Considerando-se o trabalho um meio para a sobrevivência, o cidadão necessita de uma remuneração para suprir as suas exigências para seu equilíbrio interno e externo (CHAVES, 2000, p. 4).

De acordo com Oguisso, (2000, p. 28), “somente um terço dos trabalhadores brasileiros tem carteira assinada, pois o emprego, tal como conhecido hoje, é uma espécie em extinção”. Novas formas de trabalho estão surgindo, e fala-se, não só em terceirização, mas, também, em quarteirização. O profissional quarteirizado seria encarregado de terceirizar os serviços de determinada empresa.

4.2 Fatores que influenciam o desempenho profissional

Os dados relacionados a seguir são evidenciados a partir dos discursos dos participantes da pesquisa, acerca dos fatores que influenciam o desempenho profissional quanto à adaptação do servidor ao ambiente de trabalho; à satisfação versus insatisfação em trabalhar no CME; à importância do CME no funcionamento do hospital e às questões que interferem nas atividades desenvolvidas pelo trabalhador do CME.

Com relação à adaptação do servidor, percebe-se que, dos 17 questionados, obteve-se um percentual de 14 (82%) que consideram fácil a adaptação e destes 4 (28.5%)

não justificaram suas respostas. Assim sendo, tomou-se como base os relatos narrados pelos participantes.

Categoria 1 – Facilidades de adaptação

“...aprendizado de tarefas rotineiras...”; “...atenção no serviço...”; “...trabalho gratificante...”; “...bom relacionamento no trabalho...”; “...colaboração do funcionário...”; “...valorização do setor...”; “...boa orientação...”; “...agilidade no serviço...”.

A facilitação do aprendizado no CME justifica-se pela ocorrência de tarefas repetitivas devido ao seqüenciamento dos procedimentos. Esse aprendizado ocorre de forma objetiva, mediante o conhecimento prévio de alguma coisa que possa ser retida na memória, por meio de estudo, ou através da observação, ou da experiência do dia-a-dia.

A aprendizagem é um conjunto de mecanismos que o organismo movimenta para se adaptar ao meio ambiente (VIEIRA, 1994, p. 178). Esses relatos evidenciam a facilidade na adaptação dos funcionários do serviço, colocando, a maioria, suas respostas de forma satisfatória em relação ao serviço, valorizando a união, a supervisão, a atenção e agilidade no desempenho das tarefas.

As dificuldades apontadas pelos depoentes quanto à adaptação no setor correspondeu a 3 (18%), como demonstram as falas:

Categoria 2 – Dificuldade de adaptação

“...início difícil...”; “...ambiente fechado...”; “...problema de saúde...”; “...autoclave sem condições...”; “...falta de comunicação prévia com o servidor...”; “...falta de experiência no serviço...”; “...falta de treinamento...”; “...muitas informações ao mesmo tempo...”.

Os obstáculos narrados decorrem da natureza do trabalho desenvolvido no CME, que, segundo Molina, (1997, p. 492) diverge de outros desempenhados no hospital, devido ao distanciamento do profissional do paciente, ao estímulo à produtividade, à dificuldade de se visualizar e dimensionar o uso adequado do que se produz e, às vezes, incompreensão dos que fazem as unidades que utilizam os materiais.

É importante ressaltar que o ser humano sempre enfrenta crise de mudanças e estabilidades, sejam elas quais forem. Há uma tendência natural de pensarmos negativamente quanto aos nossos objetivos e que os nossos alicerces estão já caindo,

tornando-nos impotentes, incapazes de transformar determinadas situações estarecedoras em algo de bom e produtivo, esquecendo-nos de que, na verdade, as dificuldades representam crescimento e impulsionam a vida (CRUZEIRO e ARAÚJO, 2000, p. 12).

Analisando a questão no que diz respeito à satisfação dos servidores em trabalhar no CME, constata-se que, dos 17 estudados, 16 (94%) relataram estar satisfeitos em atuarem nesse setor e destes, 2 (12.5%) não explicaram suas respostas. As falas dos investigados expressam os motivos dessa satisfação, conforme seus relatos:

Categoria 3 – Satisfação

“...gosto do que faço...”; “...me identifico com o serviço...”; “...cumprimento da obrigação...”; “...satisfeito com a equipe...”; “...trabalho com amor e dedicação...”; “...trabalho tranquilo...”; “...menos estressante pela responsabilidade indireta com a vida humana...”; “...serviço produtivo com qualidade...”; “...melhoria do funcionamento de hospital...”.

Esses funcionários identificam-se com o perfil do trabalhador traçado por Moura (1996, p. 31) que apresenta as seguintes características: ser atento e organizado; gostar do que faz; compreender a importância dos procedimentos e saber executá-los corretamente.

Teixeira et al. (1998, p. 37) enfatizam que a importância da satisfação para o ajustamento global da pessoa tem sido salientada por outros estudiosos, psiquiatras e psicólogos clínicos. Neste pensar, Bergamini (1990, p. 132) afirma que “satisfação é o encontro do necessário, capaz de reduzir tensões e estabelecer o equilíbrio”.

Avaliando o conteúdo das respostas, observa-se que a satisfação consiste em se encontrar pessoas, num ambiente harmonioso, mantendo um bom relacionamento, levando-as a trabalhar com amor e dedicação. Segundo Guido (1996, p. 12), está vinculada ao preparo técnico, científico, ético e político dos funcionários da unidade, podendo as dificuldades apresentadas nessas áreas serem vencidas através do desenvolvimento de programas educativos.

A resposta que se refere à insatisfação em trabalhar no CME correspondeu a 1 (6%), como explica a fala:

Categoria 4 – insatisfação

...“Não gosto de trabalhar em ambiente fechado”...

Essa declaração nos leva a algumas reflexões pertinentes a “ambiente fechado” que pode ser traduzido como liberdade tolhida, comunicação limitada ou, até mesmo, no sentido mais pejorativo, como prisão. Nesse ambiente, o convívio com outras pessoas passa a ter um caráter mais restrito, devido à especificidade do setor, que não permite um fluxo de pessoas circulantes, resultando numa relação interpessoal, que se resume praticamente às mesmas pessoas.

Para Bergamini (1990, p. 131),

insatisfação traduz-se por tensões que incitam o organismo a necessitar, desejar, apetecer, tender [...]. Esta insatisfação – que representa o estado de frustração – atua como um processo dinamogênico, movendo o organismo à procura de satisfação.

Analisando-se as falas dos 17 investigados, foram obtidas 21 respostas que foram agrupadas por apresentarem o mesmo sentido. Destaca-se que 100% do grupo amostral foi unânime em reconhecer a importância do CME, conforme a narrativa que segue:

Categoria 5 – Setor importante

“...setor primordial para funcionamento do hospital...”; “...é o coração, é o pulmão e mola mestra do hospital..”; “...é importante para contribuir na terapêutica do doente..”; “...e serve ao funcionário...”; “...é importante no controle da infecção...”; “...é a coluna do hospital pelo fornecimento de material estéril para o paciente...”; “...trabalho precisa ser de qualidade..”.

Essas respostas demonstram que os funcionários têm consciência da importância do trabalho que é desenvolvido no CME, e que esta valorização reflete-se no trabalho de cada um. Rodrigues et al (1996, p. 24) explicam que a importância do CME no contexto hospitalar ocorre por ser, este setor, um dos principais responsáveis pela

qualidade dos serviços prestados ao paciente; por interferir significativamente no controle da infecção hospitalar e por se constituir em fator de segurança para a equipe multiprofissional engajada na assistência.

Os termos atribuídos ao CME, importância e qualidade, estão em função um do outro, o que é reconhecido por todos os profissionais que atuam nesse serviço. Desta forma, Vale (1994, p.58) afirma que

a qualidade nos serviços prestados na área hospitalar só poderá ser alcançada quando houver a participação e completa integração de todos os membros da instituição, desde os funcionários menos categorizados, até aqueles que ocupam níveis hierárquicos elevados.

Quando argüidos sobre os fatores que interferem nas atividades desenvolvidas no CME, os 17 questionados apresentaram 36 respostas que foram agrupadas em ordem numérica decrescente na categoria abaixo:

Categoria 6 – Interferências no serviço

...“Falta de material...”; ...“Problema de saúde...”; ...“Mobiliário inadequado...”; ...“Cansaço físico”...; ...“Problema financeiro...”; ...“Problema doméstico”; ...“Escala repetitiva”...; ...“Problema familiar”...; ...“Falta de treinamento”...

Verifica-se, nos depoimentos, uma diversidade de respostas que envolvem fatores tanto de ordem institucional como pessoal, que devem ser trabalhados por funcionários e instituição. Cabe à instituição buscar meios que possam atender às expectativas e necessidades apresentadas, como a falta de material, que pode, tanto conduzir o funcionário a situações de criatividade, procurando improvisar com o que está disponível, sem trazer maiores danos à qualidade do serviço, como levá-lo à desmotivação pela falta constante de material e aos descompromissos com o serviço.

Completando essas deduções, Ortiz e Gaidzinski (1999, p. 28) enfatizam que

o crescimento exponencial dos sistemas de informação no ambiente hospitalar exige medidas, de curto prazo, para se evitar um colapso no serviço de saúde e seus elementos meios – recursos materiais, dentre outros, para que se possa centrar atenção naquilo que é a essência da assistência ao cliente.

Treinamento em serviço

O treinamento em serviço se configura pelos seguintes parâmetros: os que não realizaram treinamento e os que realizaram; os que necessitam de treinamento e os que não necessitam.

Do grupo trabalhado destaca-se um número de 14 (82%), considerado significativo em relação aos 17 sujeitos estudados, que relataram não ter recebido treinamento e 03 (18%) responderam que foram treinados.

As justificativas encontradas em relação à questão dos que não realizaram treinamento, concentram-se na falta de prioridade dos recursos humanos, buscando apenas a produção, sem valorizar a mão-de-obra; as informações recebidas no trabalho normalmente ocorriam pelos colegas de profissão e do próprio curso que tinham realizado, há vários anos.

Mediante os depoimentos, percebe-se a carência de programas educativos específicos, como treinamento em serviço dentro do processo educativo desenvolvido pela instituição, que seja direcionado para a execução de tarefas inerentes a cada setor, tendo em vista a gama de ações desempenhadas pelo profissional de enfermagem.

Assim, não se deve considerar apenas a escola como responsável pela formação do indivíduo. A educação é um processo contínuo, que qualifica e adapta a vida social de acordo com as necessidades, idéias e propósitos. A instituição que almeja a qualidade do serviço e dos trabalhadores precisa apoiá-los nos dois lados, tanto no desempenho de suas funções, quanto no desenvolvimento e aperfeiçoamento de outros programas (BERGMANN, 1998, p. 9).

Dentre as funções da administração de pessoal no serviço de enfermagem, destaca-se a de desenvolvimento, que visa à capacitação do funcionário para o exercício de funções mais complexas e crescente responsabilidade, em nível hierárquico, sendo indispensável a orientação e o treinamento sistemático para o êxito de qualquer programa de relações humanas no trabalho e no ajustamento do indivíduo ao cargo (SANTOS, 1995, p. 196).

No que diz respeito aos que realizaram treinamento e dos que consideraram satisfatório, um foi treinado há 11 anos e outro há 6 anos, respectivamente. De acordo com as colocações dos participantes, verifica-se que a forma superficial no detalhamento das

respostas como “*para o meu desempenho profissional*” e “*orientado no próprio setor*”, podem ser atribuídas à falta de conhecimento mais profundo acerca de programa educativo. Outro fato que reforça esse pensamento é a questão do espaçamento existente entre um treinamento e outro.

Las Casas (1997, p. 116) afirma que muitos confundem o real significado de treinamento, pensando que passar instruções de qualquer forma é treinar. Para ele, é necessário algo mais profundo, sendo essenciais para a obtenção de resultados, as mudanças.

Dos 17 profissionais, 14 (82%) relatam ter necessidade de treinamento em serviço e 03 (18%) afirmam não necessitar de treinamento.

Dentre as justificativas apresentadas para os que necessitam de treinamento estão “*por mudanças no trabalho e no setor, necessitando de informações e esclarecimentos*” e “*para melhorar o desempenho e ficar apto no trabalho*”.

As mudanças ocorridas nas últimas décadas, no CME têm deixado os profissionais desse setor mais susceptíveis à necessidade de capacitação, cabendo à instituição buscar recursos para atender a essas expectativas.

O fato das organizações estarem abertas ao diálogo, através dos seus dirigentes, para implementar programas de treinamento, mediante as reais necessidades detectadas no serviço, demonstra a importância da mudança de pensar no mundo moderno.

Vieira (1994, p. 198) considera que o treinamento em serviço de uma instituição deve ser decidido a partir de um amplo processo consultivo ou participativo, ao qual é primordial que as ações desenvolvidas atendam às expectativas e interesses, diretamente de seus participantes, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade dos recursos humanos da organização.

Fazendo alusão a esse processo consultivo, observa-se nos relatos dos questionados, um conteúdo substancial que denota claramente o entendimento dessa necessidade e a importância da realização do treinamento em serviço, de forma sistematizada.

É oportuno salientar que o treinamento em serviço não tem apenas a intenção de capacitar o profissional tecnicamente, mas de desenvolver, no trabalhador, o senso crítico e a motivação para a gerência participativa, em que poderão ser partilhadas as responsabilidades e as dificuldades encontradas no serviço (HADDAD, 1998, p. 311).

Quanto aos que registraram não necessitar de treinamento, justificaram-na como “...Trabalho rotineiro...” e “...Trabalho é o mesmo”...

Essas justificativas têm o mesmo sentido, porém, deve-se considerar que, o fato de o trabalho ser repetitivo e obedecer a uma sistemática, não significa que não há o que se treinar e aprender, pois, a cada dia, surgem modificações e inovações em relação às estratégias e processos, dentro das atividades realizadas no processamento dos materiais odonto-médico-hospitalares. E, exatamente por ser rotineiro, existe uma tendência para a desconcentração, o que favorece uma quebra na qualidade e na produção. Sabe-se que nesse setor não se trabalha com o paciente, mas, para o paciente, fato que não diminui a responsabilidade no que se faz.

Em consonância com as narrativas e, conforme Rodrigues et al, (1996, p. 24) “para se manter a qualidade do serviço de CME, é necessário um bom nível de motivação da equipe profissional, tornando possível o envolvimento dessa equipe na realização de atividade e a receptividade a novas implantações”.

Vale salientar que, na equipe de trabalho com que lidamos, encontram-se pessoas automotivadas que, por sua vez, buscam os meios para atualizar-se, e outras desmotivadas, que necessitam ser despertadas e conduzidas. Por essa razão, precisa-se de uma supervisão direta para se verificar a necessidade de cada trabalhador, e, em seguida, traçar um planejamento com objetivos bem estruturados, estabelecendo-se vínculos entre a aprendizagem e a vida profissional, de modo que se estimule o interesse e a participação de todos, principalmente do grupo menos motivado (SILVA, 1980, p. 454).

PROGRAMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO

O programa apresentado baseia-se na inquietação dos investigados, quando solicitados a apontar os conteúdos programáticos que facilitassem o seu engajamento no processo de ensino-aprendizagem, fundamentado nos recursos disponíveis do serviço. Os resultados direcionaram a necessidade de se reforçar os programas educativos já existentes no hospital, desenvolvidos pelo setor de Educação Continuada, acrescentando-se a ação educativa específica no CME. Embora sabendo-se que os sujeitos da pesquisa já possuam “conhecimento” da dinâmica do serviço, isso não invalida o reforço de outros conteúdos do tema em foco.

Com o intuito de atender aos servidores, independentemente da categoria funcional e do nível de escolaridade encontrado no estudo, os conteúdos serão condensados de forma a respeitar a heterogeneidade do grupo de profissionais que desenvolvem as mesmas tarefas no serviço.

Os conteúdos programáticos devem propiciar uma visão diferenciada do CME, em termos de operacionalidade, riscos e precauções. A ênfase será no que foi solicitado pelos pesquisados, especificamente no que diz respeito à “esterilização”. Esses conteúdos precisam ser elaborados de forma flexível, visando à participação do grupo envolvido no processo ensino-aprendizagem.

As limitações previstas para se executar o programa é a inexistência de uma sala apropriada, anexa ao serviço com todos os recursos didático-pedagógicos necessários ao desenvolvimento do treinamento. Outro aspecto importante diz respeito à necessidade de se repetir o mesmo assunto várias vezes, em razão da rotatividade da escala dos funcionários, que dificulta a homogeneidade do treinamento.

Objetivo

- Contribuir para o melhoramento das práticas desenvolvidas no CME, através dos conteúdos solicitados pelos funcionários lotados no setor.

Programação

Título: Treinamento no CME

Clientela: Auxiliares de enfermagem, operacionais e de laboratório

Local: Sala de seminário 3 – 2º andar do HULW

Carga horária: 40 horas

Horário: 9 às 10; 15 às 16 horas

| Objetivos | Conteúdo Programático | Estratégias ³ | Recursos |
|---|--|---|---|
| Caracterizar a importância do CME na estrutura física e funcional do hospital | Importância do CME na estrutura física e funcional do hospital | Dinâmica de apresentação Exposição dialogada | Cartões Apostila Retroprojeter Transparência |
| Abordar, junto aos funcionários, | Humanização no serviço | Exposição dialogada | Televisão |

³ Fonte: Bordenave & Pereira (1998, p.152-181); Karling (1991, p.179-217).

| | | | |
|---|--|---|--|
| a humanização no serviço | | Dinâmica de grupo – exercícios da qualidade | Videocassete Fita de vídeo |
| Questionar os aspectos éticos no trabalho | Aspectos éticos no trabalho | Exposição dialogada Dramatização | Retroprojektor Transparência |
| Fornecer subsídios quanto ao uso do EPI, no serviço, como meio de prevenção de contaminação | Uso do EPI no serviço, como meio de prevenção de contaminação | Exposição dialogada Técnica de discussão | Texto |
| Relatar a importância da lavagem e preparo do material em seus respectivos processos | Importância da lavagem e preparo do material em seus respectivos processos | Dinâmica do telefone | Retroprojektor Transparência |
| Explicar novos métodos de desinfecção química e meios de contaminação | Métodos de desinfecção química e meios de contaminação | Exposição dialogada Discussão informal | Panfletos Rótulo de envoltório |
| Transmitir, de forma teórico-prática, os passos seqüenciais da esterilização | Passos seqüenciais da esterilização | Exposição dialogada Demonstração | Projektor de slides slides |
| Relacionar os métodos modernos de desinfecção e esterilização | Métodos modernos de desinfecção e esterilização | Técnica do cochicho | Projektor de slides slides |
| Explicar as formas de validação dos processos de esterilização | Formas de validação dos processos de esterilização | Exposição dialogada Demonstração | Teste biológico Fita teste |
| Orientar sobre acondicionamento e manuseio do material estéril | Acondicionamento e manuseio do material estéril | Exposição dialogada Troca de experiências | Televisão Videocassete Fita de vídeo |
| Informar sobre a importância do uso de computadores como meio facilitador do serviço | Importância do uso de computadores como meio facilitador do serviço | Técnica de mutirão Dinâmica, o presente da alegria | Quadro giz Texto |

Avaliação

No final de cada aula será feita uma sondagem oral a fim de se verificar a assimilação do conteúdo abordado; em médio prazo, o funcionário será avaliado pela observação do desempenho no local de trabalho; ao termino do treinamento, será solicitado uma avaliação escrita com indicação dos pontos positivos e negativos para possíveis modificações de estratégias em treinamentos posteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu averiguar o interesse dos funcionários pela efetivação de treinamento no Centro de Material e Esterilização, tendo em vista a importância do trabalho desenvolvido, nesse setor, e a responsabilidade assumida pelos profissionais envolvidos no processamento dos materiais odonto-médico-hospitalares, utilizados na assistência ao paciente.

Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes do estudo reconheceu o CME como setor de fácil adaptação e de suma importância para o funcionamento do hospital. Apontaram, no entanto, a falta de material, problemas de saúde e mobiliário inadequado, em ordem prioritária, dentre os vários fatores que interferem no desempenho profissional. Expressaram, satisfação em trabalhar nesse serviço e a necessidade de serem treinados periodicamente. Vale salientar que a falta de treinamento foi apresentada como elemento dificultador da adaptação e fator que interfere nas atividades desenvolvidas no setor.

Levando-se em consideração o que foi expresso pelo grupo do estudo, a partir do levantamento dessas necessidades, tornou-se possível elaborar um programa de treinamento com finalidade de atender às solicitações dos pesquisados e como forma de contribuir para a melhoria do trabalho no CME.

Entende-se, que a pesquisa em enfermagem leva à obtenção de novos caminhos para se compartilhar, aplicar e solucionar problemas práticos do dia-a-dia. Sendo assim, a enfermagem procura, através de seus conhecimentos específicos, analisar os problemas e experimentar novos métodos para solução dos mesmos.

Considerando que a integração ensino-serviço é uma atividade de grande valia para se experienciar dentro de qualquer serviço, recomendamos que:

- sejam reunidos todos os esforços, ultrapassando-se barreiras no sentido de se mobilizar recursos para a realização de treinamento sobre CME;
- seja priorizada a solicitação para realização do programa elaborado junto ao grupo que expressou sua opinião positiva a respeito do treinamento;
- seja levada em consideração a execução do treinamento em horário simultâneo ao do trabalho, sem prejuízo para os profissionais e a instituição;

- sejam elaborados programas de orientação inicial para os funcionários recém-admitidos ou remanejados de outros setores, facilitando-lhes a adaptação e o desempenho profissional;
- sejam formados grupos de estudos nos setores que envolvam gerentes e assistenciais, professores e alunos para diagnosticar as necessidades de ações educativas, com fins de colaboração com o serviço de Educação Continuada do hospital;
- sejam utilizados meios para se estimular os funcionários que não se encontram motivados para realizar o treinamento;
- sejam adquiridos recursos audiovisuais para facilitar a compreensão dos que participam do serviço de CME.

REFERÊNCIAS

BERGAMINI, C. W. Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional em primeiro lugar. **R. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 8-9, out/dez. 2000.

BERGMANN, L. Programa de incentivos: o ser humano em primeiro lugar. **R. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 8-9. out./dez. 1998.

BORDENAVE, J. D., PEREIRA, A. M. **Estratégia de ensino-aprendizagem**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 152-181.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196 de 1996. Informes Epidemiológico do SUS, v. 5, n. 2, p. 17-41, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

BULHÕES, I. **Enfermagem do Trabalho**. Rio de Janeiro: Idéias, 1986. p. 141.

CHAVES, G. I. A. **Pluriemprego**: fatores contribuintes e consequência para qualidade de vida para o enfermeiro. João Pessoa, 2000 (Projeto de pesquisa).

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997. p. 508-531.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Documentos Básicos**. 5. ed. Rio de Janeiro, 1999. p. 37-38.

CRUZEIRO, H. C. S.; ARAÚJO, R. G. N. Cultivando a auto-estima e melhorando as relações interpessoais. **R. SOBECC**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 12, abr/jun. 2000.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde doença da mulher brasileira. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jun. 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 45-124.

GUIDO, L. A. Acompanhamento ao cliente cirúrgico ambulatorial fundamentada em King: relato da experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 8-13, abr./jun.1996.

HADDAD, M.C. L. Proposta de implantação de um programa interdisciplinário de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 32, n. 1, p. 307-13, dez. 1998.

KARLING, A. A. **A didática necessária**. São Paulo: IBRASA, 1991. p. 179-217.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviço**: conceitos, exercícios, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997. p. 111-124.

LEITE, M. M. J., PEREIRA, L. L. Educação Continuada em Enfermagem. In: KURCGANT, P. , et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: E.P.U, 1991. p. 147-163.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 22.

MOLINA, E. O. Centro de Material. In: Rodrigues et al. **Infecções hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier, 1997. Cap. 6, p. 493-497.

MOURA, M. L. P. A. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 1999. p. 16-19.

_____. **Gerenciamento de central de material para enfermeiros**: fundamentos teóricos, organizacionais e estruturais. São Paulo: SENAC, 1996. 75p.

NUÑES, R. S.; LUCKESI, M. A. V. Educação em serviço: fator de desenvolvimento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 33, p. 54-80, 1980.

OGUISSO, T. A. Educação continuada com fator de mudança: visão mundial. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, ano 3, n. 20, p. 22-29, jan. 2000.

ORTIZ, D. C. F., GAICHZINSKI, R. R. O custo do material de consumo na visão dos profissionais de enfermagem. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, ano 2, n. 18, p. 28-34, nov. 2000.

RODRIGUES, A. B. et al. **CME - Central de material esterilizado**: rotinas técnicas. Belo Horizonte: Health, 1996. p. 24.

SALZANO, S. D. T. et al. O trabalho do enfermeiro no centro de material. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 103-108, set./dez. 1990.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. João Pessoa: Universitária, 1995. 227p.

SEGURANÇA e medicina do trabalho. Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977. N.R.6: Equipamento de Proteção Individual. 38. ed. São Paulo: Atlas, 1997. p. 78-82 (Manuais de Legislação Atlas, 16).

SILVA, A.L.C. Caracterização das formas de progresso para competência continuada em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 454, 1980.

SMITZER, S. C.; BARE, B. G. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

TEIXEIRA, E. M. et al. **Apreciação crítica da profissão de enfermagem**: seu dilema e sua crise existencial. Recife: Rodovólho, 1988. p. 37.

VALE, E. G. Qualidade nos serviços de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1994, Recife. **Anais...** Recife: ABEn-PE, 1994. p. 53-60.

VIEIRA, E. **Recursos humanos**: uma abordagem interativa. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde (CEDAS), 1994. p. 174-223 (Subsistema IV Treinamento e Desenvolvimento).

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM: ESTUDO COMPARATIVO UTILIZANDO A RESOLUÇÃO COFEN Nº 189/96¹

Yára Lúcia de Paula Cavalcanti²
Sérgio Ribeiro dos Santos³

RESUMO

O presente trabalho foi elaborado com o objetivo de propiciar o dimensionamento quanti-qualitativo de recursos humanos, na área de enfermagem, que possa satisfazer às necessidades da clientela assistida no Hospital de Pronto Socorro Municipal, da cidade de João Pessoa-PB. O estudo comparou o quadro funcional existente, com o quantitativo preconizado pela Resolução COFEN nº 189/96, após aplicação do cálculo de pessoal, observando as unidades de internação, número de leitos, horas de enfermagem, dias da semana e nível de complexidade dos cuidados prestados à clientela. Os resultados encontrados demonstraram um déficit expressivo de pessoal, na equipe de enfermagem, o que só vem a comprovar que a Resolução COFEN não é acatada por essa instituição de saúde.

ABSTRACT

This work was made with the aim to offer the quanti-qualitative dimensionment of human appeals in the nursing area that can satisfact the needs of the clients in the Pront Aid Hospital of João Pessoa-PB. The study compared the functional square that existed right there with the quantitative suggested one by the COFEN Resolution n. 189/96. There were observed the iternation's units, the number of beds, the hours of nursing service, days of the week and the level of complexity of cares offered to the clients. The results found show an expressive lack of personal in the nursing team, and this comes to prove that the COFEN Resolution n. 189/96 is not respected by this health's institution.

Palavras-chave: Enfermagem, administração, recursos humanos.

¹ O presente hospital teve seus serviços de queimados e de traumas transferidos para outro da rede estadual de saúde e o mesmo, encontra-se instalado em outro endereço, desde o ano de 2001.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem Gerencial do Departamento de Enfermagem-DEMCA-CCS/UFPB.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Ciências da Saúde. Professor Orientador.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da cobertura e complexidade do atendimento em saúde, torna-se necessário uma racionalização no emprego de recursos humanos, de acordo com novas metodologias, para aprimoramento da qualidade da assistência prestada à clientela, livre de riscos e falha. Atualmente, nas Instituições de Saúde, a inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos, chega a comprometer, legalmente, a administração da instituição, pelas falhas ocorridas na assistência.

Para que os resultados sejam efetivamente alcançados, além da qualidade e quantidade de recursos humanos, diante das atribuições e atividades definidas do pessoal de enfermagem, torna-se imprescindível o “dimensionamento”, observando o nível de complexidade dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. Esse processo pode ser considerado complexo pela ótica da instituição, uma vez que a sua finalidade é proporcionar uma assistência qualificada e especializada, através do quantitativo de pessoal.

Segundo Kurcgant et al (1989), “a estimativa das necessidades de recursos humanos, é a etapa inicial do processo de provimento, cuja finalidade é a previsão da quantidade de funcionários por categorias, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela”. Lamentavelmente, os administradores não levam em consideração as diferenças existentes nos contextos sócio-político-econômico, nos quais os serviços estão inseridos.

No que se refere à gerência de enfermagem, apesar do conhecimento científico, habilidade e segurança, não lhe é conferida autoridade e poderes para argumentar sobre o quadro de pessoal de enfermagem, frente à administração da Instituição que, via de regra, é constituída por médicos, que interferem e, às vezes, determinam quando e como deve funcionar o serviço. Segundo Campedelli et al. (1987), “a competência para dimensionamento dos recursos humanos em enfermagem, deve ser das enfermeiras que atuam diretamente na assistência”, de forma que, o gerenciamento é uma forma de gestão, que ajudará a enfermagem a implementar as transformações exigidas pelos novos tempos.

Observa-se que o dimensionamento de pessoal de enfermagem, na prática, está baseado na vivência e na intuição dos enfermeiros das instituições de saúde, porque

elas conhecem suas necessidades quantitativa e qualitativa, no que diz respeito a pessoal para prestar a assistência de enfermagem. Todavia, usam o processo intuitivo para calcular o pessoal de enfermagem, que é fundamentado em determinantes subjetivas, como o paciente, o acompanhante, a equipe médica e a equipe de enfermagem. O paciente é fator fundamental, através do conhecimento do seu perfil; o acompanhante, que controla a qualidade da assistência prestada; a equipe médica, que detêm o poder frente à administração da instituição e à equipe de enfermagem, que são os elementos responsáveis pelo cuidado de enfermagem, garantindo o funcionamento da unidade.

Por outro lado, deve-se levar em consideração as variáveis externas à instituição, que influenciam na avaliação do quantitativo do pessoal de enfermagem: a conjuntura econômica do país, a legislação de proteção ao consumidor – programa de orientação e defesa do consumidor (PROCON), a lei do exercício profissional e a política salarial do mercado de trabalho.

De acordo com Dutra (1983), a equipe de enfermagem representa, quantitativamente, o percentual mais significativo de pessoal das instituições de saúde, chegando a atingir cerca de 60% do total do pessoal, o que vale dizer que ela é a categoria mais visada quando se cogita da redução de despesas, principalmente em administração privada.

Gaidzinski (1998) relata que a temática do dimensionamento de pessoal de enfermagem é complexa, por encontrar-se dentro de uma área de conflito, que se dá entre custo e benefício; entre o pessoal e o institucional; entre o capital e o trabalho; entre o técnico e o ético. Outro fator que interfere no dimensionamento de pessoal de enfermagem é a dinâmica institucional, com o seu complexo sistema de normas e procedimentos, o *layout* das unidades, carga horária e grau de desenvolvimento tecnológico.

Em nossa experiência profissional como gerente de enfermagem durante dois anos numa instituição de saúde da rede pública, observamos algumas discrepâncias entre o quantitativo existente de pessoal de enfermagem e o quantitativo de pacientes a serem atendidos por esses profissionais, o que ocasionava prejuízo na assistência prestada ao cliente/paciente. Os problemas principais detectados foram: má alocação de pessoal; desvio de função; vícios acentuados; desigualdades nas condições de trabalho; interesses e apadrinhamentos políticos; regalias excessivas; ineficiência dos serviços; enfim, o pouco compromisso com a Instituição, desnorteia o objetivo maior, que é prestar uma assistência de qualidade aos clientes/pacientes.

Além desses fatores, foi constatada a interferência da dinâmica organizacional, que provoca significativa evasão do pessoal devido a mudanças administrativas; o baixo salário dos servidores; as precárias instalações físicas do prédio; a falta de recursos materiais e a total inexistência de segurança no controle de entrada e saída das pessoas, na instituição de saúde.

Assim, diante da situação descrita, a questão que norteia este estudo é: *Que quantitativo de pessoal de enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN nº 189/96, faz-se necessário para o Hospital de Pronto Socorro Municipal, na cidade de João Pessoa?*

A partir desse questionamento, este estudo se propôs atingir o seguinte objetivo: Comparar o parâmetro de dimensionamento de recursos humanos na área de enfermagem, segundo a Resolução COFEN nº 189/96, observando o nível de complexidade dos cuidados com o paciente, com o quadro de pessoal existente no Hospital de Pronto Socorro Municipal.

METODOLOGIA

A trajetória metodológica escolhida para o alcance do objetivo proposto está estruturado no estudo de caso. A escolha desse tipo de enfoque recai sobre a aplicabilidade da Resolução COFEN nº 189/96, considerando as características do contexto.

O estudo foi realizado num Hospital Municipal, da cidade de João Pessoa-PB, que assiste pacientes em Urgência/Emergência, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Ortopédica e Traumatológica, Clínica Cirúrgica Buco-Maxilo-Facial, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Centro Cirúrgico, contendo 04 salas cirúrgicas, abrangendo crianças, adultos e idosos, conforme quadro 1.

Utilizou-se, como método de estudo, a observação e o levantamento documental, através de dados estatísticos e bibliográficos, que caracterizam a Instituição, o serviço de Enfermagem e a clientela. O acesso aos dados documentais foi obtido através de autorização do Diretor Geral do Hospital Municipal, da cidade de João Pessoa-PB.

Quadro 1 — Quadro demonstrativo de número de leitos, dividido por clínicas e sexo.

| Setor/clínica | Nº leitos | Masculino | Feminino | Infantil | Misto |
|---------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Setor de isolamento | 07 | 04 | 03 | - | - |
| Setor de queimados | 04 | 02 | 02 | - | - |
| Clínica médica | 12 | 06 | 06 | - | - |
| Clínica cirúrgica | 18 | 12 | 06 | - | - |
| Clínica traumatológica adulto | 30 | 18 | 12 | - | - |
| Clínica traumatológica infantil | 06 | - | - | 06 | - |
| CTI | 05 | - | - | - | 05 |
| TOTAL | 82 | 42 | 29 | 06 | 05 |

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Caracterização da Instituição

O Hospital de Pronto Socorro Municipal (HPSM) de João Pessoa possui estrutura formal, com complexas divisões de funções, desenvolvendo atividades integrais de prevenção, promoção e recuperação da saúde, dispondo do setor de urgência/emergência, que utiliza técnicas capazes de realizar, com rapidez e eficiência, o diagnóstico e o tratamento dos clientes/pacientes que o procuram, envolvendo procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais, além de atendimento ambulatorial e o setor de internamento.

Em contribuição para a formação de recursos humanos, o hospital exerce papel importante, servindo como campo de pesquisa, ensino e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e afins. Eles são treinados quanto aos aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença, além dos aspectos administrativos.

Na área de enfermagem são oferecidos estágios práticos aos enfermeiros, técnicos e auxiliares, através de convênios com Escolas de Enfermagem da rede pública e privada, e Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Dessa maneira, o objetivo do HPSM é proporcionar qualidade na assistência, possibilitando a reabilitação física, social e mental do cliente/paciente, aplicando recursos disponíveis e atividade humana (Regimento Interno FUSAM, 1980).

O HPSM se caracteriza como uma Instituição de Saúde de médio porte, dispondo de 77 leitos em atividade para internamento e 05 leitos no CTI, com edificação horizontal e composto por corpo clínico fechado. A política de pessoal do HPSM é incipiente, em virtude de não existir setor de capacitação de recursos humanos, dificultando o desenvolvimento de programas de educação continuada. O ingresso do profissional na Instituição dá-se através de concurso público e por algumas “indicações políticas”, para os cargos comissionados e/ou chefias. A triagem ou seleção dos concursados não é realizada pela qualificação, mas sim, pelo quantitativo funcional de que a instituição necessita para compor o seu quadro.

Caracterização do Serviço de Enfermagem

Os dados foram levantados no mês de abril/2000. O perfil do quantitativo do pessoal de enfermagem, por setor, está demonstrado nos quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2 — Quadro demonstrativo de chefias de enfermagem.

| Setores | Enfermeiros |
|--|--------------------|
| Núcleo de Enfermagem | 01 |
| Chefia de CTI | 01 |
| Chefia de Internamentos | 01 |
| Chefia de Centro Cirúrgico/Central de Material | 01 |
| TOTAL | 04 |

Obs: A Chefia de Internamento inclui: Enfermarias, Urgência/Emergência, isolamento, Setor de Buco-Maxilo-Facial.

Quadro 3 — Quadro demonstrativo do quantitativo do pessoal de enfermagem por setores

| Pessoal de Enfermagem | Enf. | Téc. em Enf. | Aux. de Enf. | Atend. de Enf. |
|-------------------------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Setores | | | | |
| Urgência/Emergência | 07 | 09 | 10 | - |
| Isolamento | 02 | 01 | 04 | - |
| Internamento (enfermaria) | 21 | 07 | 22 | - |
| Traumatologia | - | 01 | 01 | - |
| Centro Cirúrgico/Centro de Material | 02 | 08 | 08 | - |
| CTI | 12 | 13 | - | - |
| Endoscopia | - | - | 01 | 01 |

| | | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Banco de Sangue | - | 02 | 08 | - |
| Laboratório de Análise | - | - | 01 | - |
| Buco-Maxilo-Facial | - | - | 02 | 02 |
| Serviço externo (Exames) | - | - | - | 01 |
| Outros | 03 | - | - | - |
| TOTAL | 47 | 41 | 57 | 04 |

Quadro 4 — Quadro demonstrativo de níveis de formação dos profissionais de enfermagem.

| Pessoal de Enfermagem Nível de formação | Enfermeiro | Téc. em Enf. | Aux.Enf. | Atend. Enf. |
|--|------------|--------------|-----------|-------------|
| Ensino fundamental | | | 54 | 04 |
| Ensino médio | | 42 | | - |
| Graduação | 07 | - | - | - |
| Licenciatura | 39 | - | - | - |
| Especialização | 18 | - | - | - |
| Residência | 03 | - | - | - |
| Mestrando | 02 | - | - | - |
| Mestre | 01 | - | - | - |
| TOTAL | 70 | 42 | 54 | 04 |

A jornada de trabalho do pessoal de enfermagem é determinada pelo HPSM, de forma diferenciada por categorias, conforme Quadro 5.

Quadro 5 — Quadro demonstrativo da jornada de trabalho do pessoal de enfermagem.

| Categoria | Horas semanais | Horas mensais |
|--|-----------------------|----------------------|
| Enfermeiro | 20 | 80 |
| Técnicos, Auxiliar e Atendente de Enfermagem | 30 | 120 |

Caracterização da Clientela

O HPSM assiste, basicamente, através do Sistema Único de Saúde (SUS), a população de baixa renda. O atendimento ocorre em ambulatório, setor de cirurgia, serviços e exames especializados. A maior demanda é representada pela população da grande João Pessoa e, em menor quantidade, das cidades circunvizinhas, por ser,

atualmente, a única instituição de Saúde a prestar atendimento de ortopedia/traumatologia. Na dinâmica de admissão e remanejamento de pacientes, não existem a prática do Sistema de Classificação de Paciente (SCP), por nível de cuidado, o que dificulta a prestação de cuidados dispensados pela equipe de enfermagem.

Procedimento para o dimensionamento de Pessoal

O desenvolvimento da dimensão de pessoal de enfermagem está fundamentado na Resolução nº 189/96 do COFEN, conforme exposto neste estudo.

A fórmula básica é:

FÓRMULA

$$QP = \frac{N^{\circ} L \times HE \times DS}{JST} + IST$$

LEGENDA

QP = Quantidade de pessoal
 N° L = Número de leitos
 HE = Horas de enfermagem – (por 24 horas)
 DS = Dias da semana
 JST = Jornada semanal de trabalho
 IST = Índice de segurança técnica

HORAS DE ENFERMAGEM - (24 horas p/leito)

- Assistência mínima ou autocuidado = 3,0
- Assistência intermediária = 4,9
- Assistência semi-intensiva = 8,5
- Assistência intensiva = 15,4

DIAS DA SEMANA

07 dias

JORNADA DE TRABALHO

Enfermeiro = 20 horas
 AUX./ TÉC. ENFERMAGEM = 30 HORAS

ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA - 30%

DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL

| | | |
|----------------------------|----------------|-----|
| Assistência mínima | Enfermeiro | 27% |
| | Aux./Téc. Enf. | 73% |
| Assistência intermediária | Enfermeiro | 27% |
| | Aux./Téc. Enf. | 73% |
| Assistência semi-intensiva | Enfermeiro | 40% |
| | Aux./Téc. Enf. | 60% |
| Assistência intensiva | Enfermeiro | 47% |
| | Téc. Enf. | 53% |

Comparando o quantitativo de pessoal de enfermagem existente no Hospital de Pronto Socorro Municipal e o calculado pela Resolução COFEN Nº 189/96.

O presente estudo tentou comparar o quantitativo de pessoal de enfermagem existente no Hospital de Pronto Socorro Municipal, com o quantitativo preconizado pela Resolução COFEN Nº 189/96. Para isso, tornou-se necessário identificar as horas de assistência dispensadas pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, de acordo com a complexidade assistencial, ou seja, os cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos, levando em consideração a jornada de trabalho diferenciada por categoria, número de leitos por clínica de internação e os dias da semana.

Vale ressaltar que, neste estudo, não estão incluídos os setores de: Urgência/Emergência, Centro Cirúrgico e Central de Material, Banco de Sangue, Laboratório de Análises, Clínica Buco-Maxilo-Facial (consultório) e o Serviço de Endoscopia. Também não está incluída a categoria de Atendente de Enfermagem, já extinta pelo COFEN, apesar de ainda existir na instituição.

O desenvolvimento dos cálculos nos permitiu avaliar que as horas de assistência de enfermagem, estabelecidas pela Resolução COFEN Nº 189/96, são imprescindíveis na aplicação da fórmula. Contudo, observou-se que há um aumento significativo de pessoal de enfermagem, o que nos leva a inferir que o HPSM apresenta um quantitativo de pessoal inferior ao preconizado pela resolução, que compromete a qualidade do atendimento ao paciente.

Sabe-se que, no Brasil, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) foi introduzido por Ribeiro, na década de 1970, como critério para dimensionar o pessoal de enfermagem, e, até hoje, ainda não é aplicado nas instituições de saúde, apesar de muitos estudos sobre o assunto (ALCALÁ et al. 1982; CAMPEDELLI et al. 1987; SANTOS, 1992).

Assim, os resultados desse estudo comparativo, do quantitativo existente e do quantitativo necessário de pessoal de enfermagem, preconizado pela Resolução COFEN Nº 189/96, para as unidades de internação do Hospital de Pronto Socorro Municipal, na cidade de João Pessoa-PB, estão expostos nos quadros 6 e 7.

Quadro 6

| QUADRO RESUMO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM EXISTENTE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL – ABRIL/2000 | | | | | | | |
|---|--------------------------|------------------------|-----------------------|---------------|------------|-----------|------------|
| ENFERMEIRO | | | | | | | |
| TOTAL | CTI | CL. TRAUM. INF. | CL. TRAUM. ADULTO | CL. CIRÚRGICA | CL. MÉDICA | QUEIMADOS | ISOLAMENTO |
| 35 | 12 | 05 | 05 | 05 | 05 | 01 | 02 |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| TOTAL | CTI | CL. TRAUM. INF. | CL. TRAUM. ADULTO | CL. CIRÚRGICA | CL. MÉDICA | QUEIMADOS | ISOLAMENTO |
| 22 | 13 | 01 | 02 | 02 | 02 | 01 | 01 |
| AUXILIAR DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| TOTAL | CTI | CL. TRAUM. INF. | CL. TRAUM. ADULTO | CL. CIRÚRGICA | CL. MÉDICA | QUEIMADOS | ISOLAMENTO |
| 26 | - | 05 | 06 | 05 | 05 | 01 | 04 |
| ATENDEDE DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| TOTAL | SERVIÇO EXTERNO (exames) | CL. MUCO-MAXILO-FACILA | SERVIÇO DE ENDOSCOPIA | | | | |
| 04 | 01 | 02 | 01 | | | | |
| TOTAL GERAL | | | | | | | 87 |

Quadro 7

| QUADRO RESUMO DO DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM - RESOLUÇÃO 189/96 | | | | | | | |
|--|-----|-----------------|-------------------|---------------|------------|-----------|------------|
| ENFERMEIRO | | | | | | | |
| TOTAL | CTI | CL. TRAUM. INF. | CL. TRAUM. ADULTO | CL. CIRÚRGICA | CL. MÉDICA | QUEIMADOS | ISOLAMENTO |
| 55 | 16 | 03 | 15 | 09 | 06 | 02 | 04 |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| TOTAL | CTI | CL. TRAUM. INF. | CL. TRAUM. ADULTO | CL. CIRÚRGICA | CL. MÉDICA | QUEIMADOS | ISOLAMENTO |
| 12 | 12 | - | - | - | - | - | - |
| AUXILIAR DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| TOTAL | CTI | CL. TRAUM. INF. | CL. TRAUM. ADULTO | CL. CIRÚRGICA | CL. MÉDICA | QUEIMADOS | ISOLAMENTO |
| 61 | - | 04 | 24 | 14 | 10 | 03 | 06 |
| TOTAL GERAL | | | | | | | 128 |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cálculos desenvolvidos nos levaram a constatar um déficit de pessoal na equipe de enfermagem, que são fundamentais para alcançar a meta de qualidade total, proposta pelo HPSM, que, atualmente, proporciona uma assistência sem assegurar a qualidade idealizada.

Fica evidenciado, neste estudo, que as determinações da Resolução COFEN nº 189/96 não são acatadas no HPSM e nem são fiscalizadas pelo COREN, no sentido de exigir o seu cumprimento. Por outro lado, percebe-se que a enfermagem demonstra não ter força política para mudar essa situação, preferindo manter-se neutra na situação.

REFERÊNCIAS

ALCALÁ, M. U. et. al. **Cálculo de pessoal**: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde, 1982.

ALWVARD, R. R. Patient classification systems: the ideal vs. Reality. **J. Nurs. Adm.**, v. 13, n. 2, p. 14-9, 1983.

BARHAM, V. Z., SCHNEIDER, W. R. Matrix: a unique patient classification system. **J. Nurs. Adm.**, v. 10, n. 12, p. 25-31, 1980.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução**: parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Rio de Janeiro, 1996.

CAMPEDELLI, M. C. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 21, n. 1, p. 3-15, 1987.

DUTRA, V. De O. Administração de recursos no hospital. In: GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983. Cap. 2, p. 67-114.

FUGULIN, F. M. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. HU., USP**, v. 4, n. 1/2, p. 63-8, 1994.

GAIDZINSKI, R. R. **O dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam esta prática.** São Paulo, 1994. 259p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

_____. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.** São Paulo, 1998. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

GANDIN, D. A. **A prática do planejamento participativo.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

GIOVANNETTI, P. Understandig patient classification systems. **J. Nurs. Adm.**, v. 9, n. 2, p. 4-9, 1979.

KURCGANT, P. et. al. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

RIBEIRO, C. M. **Sistema de classificação de pacientes para provimento de pessoal de enfermagem.** São Paulo, 1972. 78p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

REGIMENTO INTERNO – FUSAM, 1980.

RODRIGUES FILHO, J. Sistema de classificação de pacientes – parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 3, p., dez. 1992.

SANTOS, S. R. dos. Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 2, p. 137-54, 1992.

PERCEPÇÃO SOBRE O DOENTE MENTAL: OPINIÕES DE GRADUANDOS EM PSICOLOGIA

Maria dos Prazeres Vieira da Silva¹
Danyelle Monte Fernandes da Costa²
Nilton Soares Formiga³

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo conhecer, através da Escala de Atitude, frente ao doente mental (ADM), a percepção dos alunos do curso de psicologia, de uma universidade privada de João Pessoa. Participaram 162 sujeitos, graduandos do início e do final do curso de Psicologia. De acordo com os resultados pode-se observar que os sujeitos apresentaram atitudes discriminatórias frente ao doente mental, sendo estes percebidos como pessoas alheias aos problemas que o circundam.

Palavras-chave: Doente Mental; Atitudes; Autoconceito.

ABSTRACT

The aim of this study is to know through the Scale of Attitude front to the Sick Mental the students' perception of the course of Psychology of a private university of João Pessoa. Participated 162 subjects, students of the beginning and of the end of the course of Psychology. The results showed that the subjects presented discrimination attitudes front to the sick mental, considering as people strange to the problems that surround it.

Key Words: Sick Mental; Attitudes; Self-Concept

¹ Mestra em Psicologia Social pela UFPB e Prof^ª. de Psicologia da Infância e da Adolescência da Universidade Aberta Vida – UNIVIDA.

² Mestra em Psicologia Social pela UFPB e Prof^ª. de Psicologia Aplicada à Saúde da FACENE.

³ Mestre em Psicologia Social pela UFPB e Prof. Titular da ULBRA – TO.

1 INTRODUÇÃO

A doença mental tem sua história tão antiga quanto a história da humanidade, mas mesmo assim, os sentimentos e as reações das pessoas frente a esse problema ainda apresenta um caráter negativo. Os estudos realizados, tanto no Brasil como em outros países, no campo das atitudes frente ao doente mental, têm constatado a presença de idéias preconceituosas e de concepções estereotipadas em relação à doença mental (PINTO NOGUEIRA,1983). Alguns estudos, como o realizado por Olmsted e Durham (1976) mostraram que essas atitudes negativas, frente ao doente mental, podem estar ligadas ao sistema de crenças das pessoas, como também ao desconhecimento do problema, o que faz com que, geralmente, as pessoas expressem medo diante o doente mental e conseqüentemente o rejeitem.

Os estudos realizados por D'Amorim (1982) em João Pessoa, confirmaram essas atitudes negativas em relação ao doente mental, mas a autora constatou, também, que as atitudes tendiam a ser menos negativas (as pessoas atribuíam menos estigmas ao doente mental), a medida que o nível socioeconômico se elevava, o que pode estar associado ao fator educação ou conhecimento do problema, pois se supõe que quem pertence a um nível socioeconômico mais elevado, possui maior conhecimento sobre a doença mental, já que, no Brasil, segundo a autora, o nível de escolaridade geralmente apresenta uma alta correlação positiva com o nível socioeconômico. Alencar (1982) também chegou a essa conclusão ao estudar o autoconceito de excepcionais, comparando alunos de diferentes níveis socioeconômicos. A autora observou que, tanto o autoconceito como as atitudes em relação aos colegas, foram mais negativos entre alunos de nível socioeconômico baixo.

As atitudes negativas tende a agravar ou cronificar os problemas apresentados pelo portador de doença mental, que pode formar um autoconceito negativo, podendo passar a se ver como uma pessoa limitada e incapaz, sentindo-se humilhado e envergonhado ao interagir com os demais (PASQUALI, 1987; ROUCEK, 1968). Para Telford e Sawrey (1984), as pessoas portadoras de deficiência se sentem e agem como inferiores, e tendem a formar um autoconceito a partir das avaliações e das expectativas do seu meio social. Segundo esses autores, “as evidências indicam que os doentes mentais são tão negativos em suas opiniões concernentes à categoria a que pertencem quanto o público em geral”. Por outro lado, ao se perceber como inferior, o doente mental pode se comportar de forma a estimular atitudes negativas nas pessoas com quem interagem, ocorrendo o que

Vayer e Rocin (1990) chamam de “ciclo de inadaptação”. Quando o comportamento da pessoa não corresponde ao esperado pelo meio, ela passa a ser avaliada em função de seus fracassos, o que a leva a formar um conceito negativo de si, aumentando ainda mais suas dificuldades na interação com o mundo e gerando novos fracassos. Para Swanson e Spitzer (1970), a estigmatização do doente mental restringe e afeta negativamente as interações que ele poderia estabelecer ou manter com outras pessoas, dificultando a aceitação e à reintegração social do mesmo. As pessoas classificadas como doentes mentais são, segundo Rapoport, Ariaque e Petrarca (1993) divergentes da sociedade, e o fato de se mostrarem diferentes das pessoas do seu grupo social levam-nas muitas vezes a serem perseguidas e rotuladas como insanas, sendo encaminhadas a internações e tratamentos involuntários.

As atitudes negativas das pessoas frente ao doente mental são influenciadas por vários fatores, alguns estudos têm sido realizados no sentido de compreendê-los, servindo de base para o desenvolvimento de programas de saúde mental, junto à população, com o intuito de promover modificações em suas atitudes. Com este estudo, pretendeu-se investigar se o fator conhecimento acerca da doença mental influencia as atitudes negativas frente ao doente mental, no sentido de diminuir tais atitudes. Para tanto, o mesmo foi realizado com estudantes de psicologia, por se entender que estes possuem conhecimentos didáticos sobre a doença mental. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi conhecer, através da Escala de Atitudes, frente ao doente mental (ADM), a percepção dos alunos do curso de Psicologia, de uma universidade privada de João Pessoa.

2 MÉTODO

AMOSTRA

Foi composta por 162 estudantes de psicologia, de uma Universidade Privada de João Pessoa, sendo do início e final do curso, de ambos os gêneros, com idade variando entre 17 e 57 anos.

INSTRUMENTO

Utilizou-se dois fatores da Escala original de Atitudes frente ao Doente Mental ADM (PASQUALI, 1987), do tipo likert, na qual as respostas vão de 1= discordo totalmente a 7= concordo totalmente, tendo um ponto neutro, o 4= indeciso. Esta escala indica uma percepção do doente mental como sendo caracterizado por três problemas comportamentais: dificuldade de relacionamento com os demais e consigo mesmo; indisposição para a ação e para o trabalho; e desorientação geral (memória e percepção falhas).

PROCEDIMENTO

Aplicou-se a escala coletivamente em salas de aula, aos alunos do primeiro ao quarto e do oitavo ao décimo períodos, tarde e noite, do curso de Psicologia. A participação foi voluntária.

RESULTADOS

Através das análises estatísticas encontrou-se os seguintes resultados:

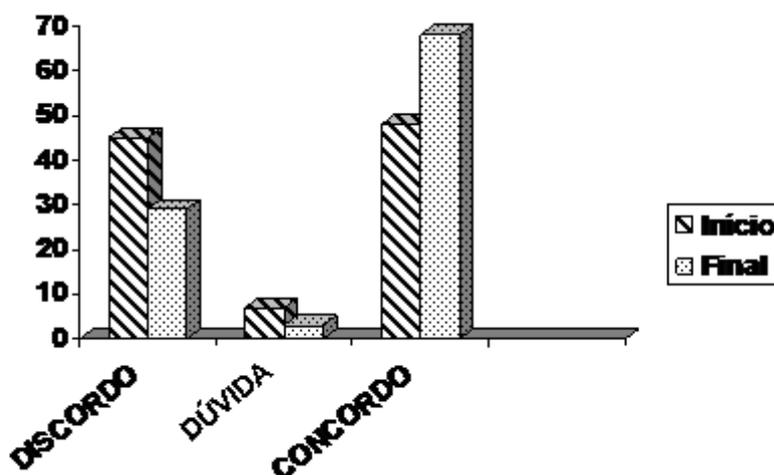
Na tabela 1, encontra-se a frequência dos sujeitos em relação às atitudes frente ao Doente Mental.

Tabela 1 - Frequência das percepções dos sujeitos em relação ao doente mental.

| Itens Relacionados ao Doente Mental | Escala | | | Estatísticas | | |
|---|--------|----|-----|--------------|----|------|
| | 1 | 2 | 3 | χ^2 | gl | p<. |
| É uma ameaça às pessoas | 111 | 12 | 39 | 97,0 | 2 | .001 |
| Faz uma mistura de palavras na fala | 38 | 22 | 105 | 66,4 | 2 | .001 |
| Não tem vontade própria | 113 | 19 | 30 | 97,8 | 2 | .001 |
| Persiste no mesmo pensamento | 20 | 18 | 124 | 136,1 | 2 | .001 |
| Com frequência se esquece de coisas importantes | 48 | 30 | 84 | 28,0 | 2 | .001 |
| Incapaz de desenvolver tarefas em grupo | 93 | 22 | 46 | 48,6 | 2 | .001 |

Nota: (1) Concordo totalmente, (2) Concordo em parte (3) Discordo totalmente

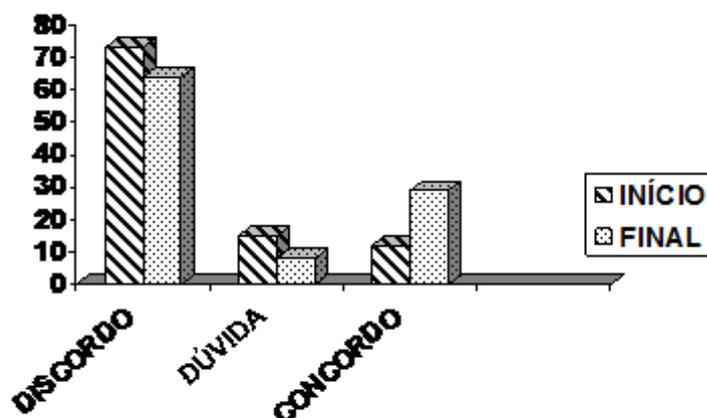
Gráfico 1: Frequência dos sujeitos do início e final do curso frente ao doente mental, em relação à alienação (*vive no mundo da lua*).



NOTA: $\chi^2_2 = 6,75$; $P < .05$

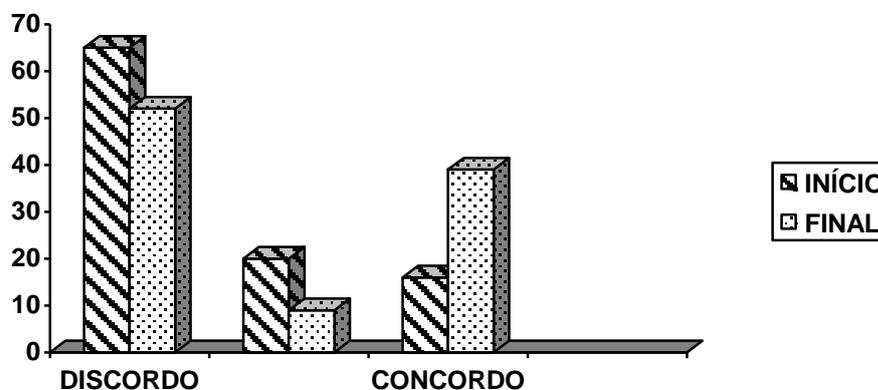
No **gráfico 2**, estão as frequências dos sujeitos em relação à motivação do doente mental. Mais de 50%, tanto do início quanto do final do curso discordam sobre esta atitude. No **gráfico 3**, os sujeitos do início do curso discordaram no que diz respeito à cooperação do doente mental.

GRÁFICO 2: Frequência dos sujeitos do início e final do curso frente ao doente mental, em relação à motivação (*não apresenta disposição para nada*).



Nota: $\chi^2_2 = 7,54$; $p < .05$

GRÁFICO 3: Frequência dos sujeitos do início e final do curso frente ao doente mental, em relação à cooperação (*não apresenta disposição para nada*).



Nota: $\chi^2_2 = 12,76$; $p < .001$

CONCLUSÃO

A partir desses resultados, conclui-se que, os sujeitos apresentaram atitudes discriminatórias frente ao doente mental, isto é, para eles, a inserção do doente mental na sociedade se mostra inadequada por estarem alheios aos problemas que o circundam e demonstrarem confusão no pensamento ou na linguagem. Em relação aos grupos, isto é, os sujeitos que estão no início e final do curso, encontrou-se os seguintes resultados: dos que estão no início do curso, 76% discordam a respeito da inutilidade do doente mental ($\chi^2_2 = 7,54$; $p < .05$) e 49% concordam que eles são alienados ($\chi^2_2 = 6,75$; $p < .05$). A respeito dos sujeitos que se encontram no final do curso, 67% concordam que o doente mental é alienado ($\chi^2_2 = 6,75$; $p < .05$) e 65% discordam que eles são inúteis ($\chi^2_2 = 7,54$; $p < .05$). Dessa forma, observou-se que não houve diferença significativa entre os grupos, concluindo-se que o fato de se encontrar no início ou no final do curso de Psicologia não fez muita diferença para essa população quanto à percepção sobre o doente mental. No entanto, constatou-se a presença de atitudes negativas frente ao doente mental, em ambos os grupos, o que pode estar relacionado com outros fatores, como crenças sobre a doença mental.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, E. M. L. S. Autoconceito de excepcionais: problemas de avaliação. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, v. 34, n. 4, p.122-6, 1982.

D'AMORIM, M.A. Nível sócio-econômico, percepção da doença mental e atitude em relação ao doente menta. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, v. 34, v. 4, p. 113-21, 1982.

OLMSTED, D.; DURHAM, K. Stability of mental health attitudes: a semantic differential study. **Journal of Hearth and Social Behavior**, v. 17, p. 35-44, 1976.

PASQUALI, L. Atitude frente ao doente mental: um modelo etiológico e medidas de atitudes. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5 n. 2, p. 29-71, 1987.

PINTO NOGUEIRA, A. L. M. Atitudes frente ao doente mental: Um estudo da influência do nível de comportamentos sintomáticos e do sexo de pacientes psiquiátricos sobre as atitudes de seus familiares. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 1 n. 1, p. 25-49, jan./dez. 1983.

RAPOPORT, A.; ARIQUE, P.; PETRARCA, R. Doença mental: metamorfose histórica. Porto Alegre, **Psico**. v. 24, n. 2, p. 93-101, jul./1993.

SWANSON, R. M.; SPITZER, S. P. Stigma and the psychiatric patient career. **Journal of Hearth and Social Behavior**. V.11, p.44-51, 1970.

ROUCEK, J. **A criança excepcional**. São Paulo: Ibrasa. 1968.

TELFORD, Charles W.; SAWREY, James M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro: Zahar. 1984.

VAYER, Pierre; ROCIN, Charles. **Psicologia atual e desenvolvimento da criança**. São Paulo: Manole, 1990.

O PROBLEMA DA DESCRIMINAÇÃO DAS DROGAS NO BRASIL

Maria das Graças Madruga Paiva Santiago¹

RESUMO

Neste artigo abordamos, sob o aspecto social, econômico, político e de saúde, o problema da legalização de algumas drogas cujo uso é, atualmente, ilegal no Brasil. Versamos, também, sobre os conceitos *traficante e usuário* e a legislação pertinente ao assunto. Referimo-nos, ainda, aos efeitos das drogas no organismo. Discutimos, finalmente, as razões da proposta de tornar legal o uso da maconha.

ABSTRACT

In this article we approached, under the political, social, economic, and of health aspect, the problem of the legalization of some drugs whose use is, now, illegal in Brazil. We turned, also, about the concepts *traffic her and user* and the pertinent legislation to the subject. We referred, still, the effects of the drugs in the organism. We discussed, finally, the reasons of the proposal of legal the use of the marijuana.

Palavras-chave: Drogas, legalização, ilegalidade, maconha

1 INTRODUÇÃO

Quando em 1995, o então Ministro da Justiça, o doutor Nelson Jobim, declarou ser favorável à liberação das drogas leves, a notícia se espalhou por todo o país como um rastilho de pólvora. Desde então se tem discutido o assunto, sem que se tenha chegado, ainda, a uma posição clara sobre o mesmo. A pergunta que geralmente se formula é a de quem é contra ou a favor da liberação.

Entendemos que, antes de responder a esta pergunta, se faz necessário esclarecer alguns pontos vitais para um posicionamento responsável sobre o assunto. Saber, por exemplo, o que é droga, quais as conseqüências do seu uso nas pessoas que a consomem ou naquelas que convivem com um usuário, que tipo de drogas são as mais consumidas no Brasil, qual a faixa etária mais atingida pelo uso abusivo, são algumas questões que, ao nosso ver, precisam ser exaustivamente discutidas.

¹ Professora aposentada da UFPB e membro do Conselho Estadual de Entorpecentes da Paraíba.

Denomina-se **fármaco** ou **droga** toda a substância estranha ao organismo que, quando nele é introduzida, provoca alterações no seu funcionamento. Este é um conceito amplo e abrangente que compreende todos os medicamentos conhecidos. Obviamente não vamos aqui enumerar os benefícios que advêm da correta aplicação destas drogas, porque seria uma lista quase infinita.

No assunto em pauta interessa-nos as drogas psicoativas (SPA) que definimos como qualquer substância utilizada por qualquer via de administração (ingerida, inalada ou injetada), que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento cerebral.

Geralmente o uso destas substâncias psicoativas causa um fenômeno biopsíquico conhecido como **Dependência**, habituação ou uso compulsivo. Este fenômeno implica numa necessidade de consumir a droga compulsivamente. Ao lado da dependência nota-se, também, o surgimento da **Tolerância**, que se traduz na necessidade de doses cada vez maiores, para obtenção dos mesmos efeitos iniciais.

A droga que produz dependência e tolerância apresenta, simultaneamente, um terceiro fenômeno conhecido como **Síndrome da Abstinência**. É o surgimento de desagradáveis sintomas psicofísicos resultantes da retirada abrupta da droga.

Drogas como a maconha, solventes químicos, cocaína, heroína ou álcool, cujos efeitos são amplamente conhecidos, apresentam, de forma indiscutível, todos os fenômenos acima referidos, a saber: Dependência, Tolerância e Síndrome de Abstinência.

Todas essas substâncias atuam em nível de Sistema Nervoso Central (SNC), interferindo no mecanismo dos neurotransmissores e modificando as sensações, os pensamentos, as percepções ou as ações do usuário. Algumas delas estimulam e aceleram o SNC, como é o caso da cocaína ou da nicotina; outras deprimem este mesmo sistema, como acontece com o álcool ou a heroína; outras, ainda, perturbam e confundem os neurotransmissores, provocando situações imprevisíveis, como é o caso do Ácido Lisérgico (LSD) ou, em escala menor, o THC (tetrahydrocannabinol), substância encontrada na maconha. Todas elas, de alguma forma, alteram o relacionamento Homem-Homem, Homem-Mundo funcionando como agentes de mediação entre a pessoa e a sua própria realidade.

Obviamente, a quantidade consumida, o tempo de uso, as condições biopsíquicas do usuário e outras variantes que interferem no momento, faz com que os efeitos das drogas variem. No entanto, nenhuma delas é inócua.

2 O CONSUMO DAS DROGAS NO BRASIL

No Brasil, as drogas mais consumidas continuam sendo drogas absolutamente legalizadas. Em todas as pesquisas realizadas, o **álcool** aparece como favorito incontestado de todas as faixas etárias e de todos os segmentos sociais. Os últimos levantamentos demonstram que dez por cento dos brasileiros são dependentes do álcool. Em números absolutos, significa dizer que, aproximadamente, 18 milhões de brasileiros têm problema com a ingestão etílica. Depois do álcool, aparecem como drogas mais consumidas e numa faixa etária predominantemente baixa, os **solventes orgânicos** (cola, loló, fluidos). Em seguida estão os **medicamentos** (ansiolíticos, barbitúricos, xaropes, anorexígenos, antiinflamatórios, antihistamínicos e outros). Finalmente, ocupando uma quarta colocação, aparece a **maconha**, centro, ao que parece, de toda a discussão levantada.

Se, entre nós, as drogas mais consumidas ainda são drogas absolutamente legalizadas, a quem interessa realmente a discussão sobre a liberação de outras drogas?

Falam, os defensores da proposta, que o mercado das drogas é o negócio mais rentável do mundo. Com um movimento anual de mais de 500 bilhões de dólares (REVISTA VEJA, 1995), traria, se legalizado, uma quantia considerável para os cofres públicos, quantia esta que poderia ser revertida em obras de significativo alcance social.

Esse argumento, não fosse de uma leviandade trágica, seria cômico, por ser absolutamente improcedente. Está claro que o “lucro” astronômico decorrente do tráfico de drogas é resultante da situação ilegal em que se encontra. É preciso que se leve em conta os riscos de vida, de perda da mercadoria, a necessidade de esconderijos para depósitos, transportes especiais e camuflados. No preço de revenda da droga estão embutidos todas as despesas e riscos de um comércio clandestino. Uma vez legalizada, a droga teria o seu preço reduzido aos custos e lucros costumeiros de qualquer produto comercializado normalmente, tal como hoje ocorre com o álcool, os solventes e as outras drogas legalizadas.

Está sobejamente provado que a expansão do uso de drogas é altamente lesiva à economia de um país. Para a verificação do que estamos afirmando é suficiente que se faça um cotejo entre o *quantum* da arrecadação tributária auferida das indústrias de bebidas – uma atividade legal – por exemplo, e o que foi gasto para obtenção deste *quantum*. Que se avaliem os gastos com atendimento ambulatorial e tratamento hospitalar do alcoólico; as verbas destinadas ao pagamento de aposentadorias por invalidez e pensões a pessoas vitimadas pelo álcool. Que se contabilizem os prejuízos decorrentes do absentismo profissional, de serviços mal executados e de acidentes de trabalho provocados pela presença do trabalhador alcoolizado ou doente depois de uma ingestão exagerada. Acrescentem-se, ainda, os gastos decorrentes dos acidentes de trânsito, e as despesas com a força policial, muitas vezes utilizada para corrigir ou coibir desordens causadas por embriaguez.

Como se tudo isso não fosse suficiente, somem-se os danos causados à sociedade, o anulamento de pessoas que perdem sua força de trabalho e poder de discernimento, a desestruturação da célula familiar, os traumas provocados pela vivência com o alcoólico e, finalmente, o desequilíbrio psicofísico de uma boa parcela de nossa população e, aí sim, teremos uma idéia aproximada do “*lucro*” advindo do uso abusivo do álcool.

Um dos fatores apontados como incentivo ao uso crescente do álcool entre nós é a facilidade de se encontrar o produto e a forma como ele é encarado. “*A tolerância com o álcool e o cigarro produziu o fenômeno do “cigarrinho” e da “cervejinha”*. Hoje, há quem use a expressão “*baseadinho*” para tratar de uma droga que, como o álcool e o cigarro, tem efeitos colaterais ruinosos (REVISTA VEJA, 2000). É, como bem foi expressado, a **banalização do vício**. Está cientificamente provado que a exposição a que se submete o indivíduo, o maior contacto com a droga e a facilidade de consegui-la é um dos elementos propiciadores na aquisição do uso habitual. A forma como se encara o problema, no caso da maconha, de considerá-la uma droga leve e inócua, fez com que seu uso quadruplicasse nos últimos dez anos.

Ethan Nadelman, da Universidade de Princeton e um dos mais fervorosos defensores da legalização das drogas, reconhece que “o número de consumidores pode aumentar em até 50% e não se pode negar que alguns viciados em potencial se transformarão em dependentes de fato, mas [...] vale a pena descriminalizar porque os ganhos superariam as desvantagens da medida” (REVISTA VEJA, 1995, p.88).

E, perguntamos: Que ganhos são estes? Para onde vão esses ganhos? A quem, de fato, interessa essa nova medida?

Dizem as pessoas que são favoráveis à legalização, que a medida aqui no Brasil acabaria com a “República dos Morros”. Seqüestros, tiroteios, assaltos e violência seriam varridos com a inatividade dos narcotraficantes. O argumento chega a ser pueril. Exagerando, diríamos que, se matar fosse descriminalizado, o assassino também deixaria de ser criminoso, o que não resolveria em absoluto, o problema de se tirar a vida alheia. Vamos mais além. Acreditar que o problema da “república dos morros” é uma consequência unicamente do narcotráfico, é colocar a liberação das drogas como panacéia milagrosa para uma questão de origens mais profundas e complexas.

A situação existente nos morros cariocas e nas periferias dos demais estados brasileiros é resultado muito mais da carência do Estado e da marginalização imposta pelas distorções existentes no nosso panorama socioeconômico, do que de um fator único como as drogas. A favelização decorre de anos e anos de descaso dos setores governamentais; decorre do abandono em que estas populações foram deixadas, inchando um contingente de miséria, carente de qualquer estrutura fundamental à vida com dignidade. Foram esquecidas as necessidades básicas do ser humano, como saúde, educação, moradia, saneamento, transporte, tudo, enfim, que deve estar presente num desenvolvimento normal e sadio de uma comunidade. O que o governo deixou faltar, começou a ser suprido, de uma forma ou de outra, pela própria comunidade, que também erigiu seus códigos de honra e suas normas de conduta.

Assumindo o ônus do Estado, as *gangs* organizadas passaram a desempenhar, também, o papel tutelar que caberia ao governo. Não é com a aprovação de uma lei ou de um decreto, que eles não pediram nem acham necessário, que se vai resolver no Brasil, o problema da *República dos Morros*. Não é legalizando a maconha, a cocaína ou o jogo do bicho, que se varrerá do nosso país a existência de um estado paralelo.

Os que têm se pronunciado sobre o assunto são unânimes em afirmar que é dever do Estado cuidar da saúde e da recuperação dos dependentes de substâncias entorpecentes. O deputado Fernando Gabeira, deputado que encabeça no Congresso a luta pela descriminação, ardoroso adepto da liberação dos tóxicos, preconiza, enfático, a necessidade de um programa de educação e de tratamento para os drogadependentes.

A forma como outros países agem em relação ao assunto também é discutida. A Holanda, por exemplo, citada como o paraíso das drogas, não trata o traficante

com tanta liberalidade como se propala. De acordo com as palavras de Hendrick Van Oordet, Embaixador dos Países baixos no Brasil, “os traficantes são perseguidos, podendo ser condenados a até dezesseis anos de reclusão, com a possibilidade de confisco do patrimônio obtido de maneira direta ou indireta por meio do tráfico” (REVISTA VEJA, 1995).

Acrescenta, ainda, o embaixador, que o uso da droga de forma pessoal é permitido, mas que o Estado neerlandês controla a venda e procura ajudar as pessoas a abandonar o hábito.

Na Itália, em 1993, o Parlamento descriminou a posse de drogas para uso pessoal. A Itália, entretanto, lidera a Europa no tratamento e reabilitação do drogadicto. Há, em pleno funcionamento naquele país, nada menos do que 561 clínicas do Estado e 681 Comunidades Terapêuticas privadas. Lá, também, o traficante é marginalizado pela lei.

É questão levantada, ainda, não poder ser o usuário tratado com o mesmo rigor que o traficante. A nossa legislação sobre entorpecentes já distingue, de forma clara, o usuário do traficante. Concordamos quando se diz que o usuário não pode ser passível de reclusão penal. Afinal, por entendermos tratar-se a toxicomania de uma doença, não podemos aceitar que ela gere uma penalidade legal. O procedimento correto, por se tratar de uma doença de notificação compulsória, deve ser o de comunicar aos setores competentes o caso e, subseqüentemente, encaminhá-lo para tratamento ambulatorial ou hospitalar, conforme seja necessário e de acordo com a legislação pertinente.

Mas será que este procedimento, pelo menos na atual situação em que o país se encontra, é viável? Nossa saúde pública é ineficiente no tratamento das doenças geradas ou agravadas pela fome. Nossas crianças, notadamente as daqui do Nordeste, morrem de desnutrição, ficam cegas por avitaminose, não crescem por falta de cálcio. A malária, a cólera, a verminose, a dengue e outras endemias já banidas do primeiro mundo, proliferam em nosso meio e dizimam a nossa gente. O desemprego, a falta de esgotos, de moradia decente, de escolas, de hospitais e de postos de saúde é uma constante entre nós. Podemos, de fato, pensar na possibilidade de ter leitos disponíveis, em número suficiente, para reabilitar o drogadicto? Sabemos que é um tratamento caro, prolongado e, muitas vezes, ineficaz. Por que não investir, então, na prevenção do problema, dificultando qualquer ação que torne mais freqüente o uso abusivo de tóxicos?

Na década de oitenta, os Estados Unidos deflagraram uma guerra sem precedentes ao tráfico de drogas. O objetivo era reduzir a entrada de cocaína na América do Norte. Mais de dez anos depois e mais de cem bilhões de dólares gastos, a agência antidroga americana verificou que a oferta da droga continuava crescendo. Era preciso mudar de tática.

O Brasil foi alvo de especial atenção nesta guerra. Com sua formidável extensão de fronteiras, é, atualmente, rota preferida dos traficantes e o canal mais utilizado na distribuição mundial do pó branco produzido nos cartéis latino-americanos.

Foram bastante noticiadas as sucessivas ações repressoras desencadeadas contra o narcotráfico no Brasil. Aeroportos fiscalizados, estradas vasculhadas, pontos de armazenamentos ou distribuição implodidos. Agentes de repressão foram treinados, equipes de especialistas vieram de fora para ensinar a reprimir. Programas foram financiados. Não faltavam recursos para a repressão. Não se poupavam gastos ou esforços. O problema das drogas no Brasil era atacado por um só flanco: a repressão. Com isto, tentava-se, sobretudo, coibir a saída da droga para o hemisfério norte.

Não deu certo. Na referida revista, sob o título **A Estratégia número 2 contra a droga**, lê-se, textualmente:

que depois de muitos sacrifícios em dinheiro e em vidas, a política de reprimir as drogas pela força policial e judiciária só tem fracassos a contabilizar [...] E, mais adiante: "...não se sabe, ainda, qual a melhor maneira de combater as drogas, porque apenas uma foi testada. A repressão não deu certo (REVISTA VEJA, 1995, p. 80-84).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em qualquer estudo que se faça sobre o assunto, vê-se que há uma unanimidade sobre a política de prevenção. A prevenção é, no dizer de todos os estudiosos do tema, o instrumento mais barato, mais viável e que apresenta melhor resultado. Este instrumento praticamente não foi testado de forma sistemática aqui no Brasil.

A prevenção implica num processo de conscientização, de educação e de rompimento da forma alienada de pensar e agir que tipifica a nossa sociedade. Implica em conhecer e enfrentar os nossos reais problemas.

Faz-se necessária a definição dos nossos objetivos. O que se quer realmente com a descriminação das drogas? A quem de fato interessa essa medida? Sabemos que a exposição permanente a uma droga e a facilidade de obtê-la aumentam o seu consumo. Sabemos, também, que a liberação de certas drogas pode funcionar como um aval ao seu uso. Sabemos, ainda, que as drogas mais consumidas pelos nossos jovens, estão à mostra nos balcões dos bares, das lojas ou das farmácias.

Por que então esta discussão? Quais os interesses que estão subjacentes às novas propostas? Será que o aumento do consumo interno ajudaria a arrefecer a oferta para outros mundos? Ou, ainda, será que o excesso de uso não serviria como elemento de dominação, assim como o foi o ópio distribuído pelos ingleses na China ou a aguardente que, novamente os ingleses, usaram entre os índios norte-americanos?

Será, finalmente, que mais uma vez vamos atender a interesses que não são nossos e agir segundo o conceito marxista de alienação, convertendo nossos próprios atos numa força estranha, situada acima de nós e contra nós, em vez de ser por nós governada?

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Lisboa: Presença, 1970.

FIELD, P.B. **A new cross cultural study of drinkness**. N.York: Wiley & Sons, 1972.

FROM, Erich. **Psicanálise da sociedade contemporânea**. Trad. L. A. Bahia. 4. ed. Rio de Janeiro: Zaha, 1976.

REVISTA VEJA. São Paulo: Abril, 01 fev. 1995.

_____. São Paulo: Abril, 08 fev. 1995.

_____. São Paulo: Abril, 26 jul. 2000.

SANTIAGO, Maria das Graças M. P. **Alcoolismo, por que tanto silêncio?** João Pessoa: União, 1986.

PESQUISA

AValiação DE NUTRIENTES, NA RAIZ E PARTE AÉREA, DE PLANTAS DO SEMI-ÁRIDO PARAIBANO.

Homero Perazzo Barbosa¹
Carolina Uchôa Guerra Barbosa²

RESUMO

Este trabalho de pesquisa foi desenvolvido com o objetivo de quantificar os nutrientes na raiz e na parte aérea da macambira (*Bromelia laciniosa*), da família *bromeliaceae*, da palma forrageira (*Opuntia ficus-indica*), xiquexique (*Cereus gounellei*), facheiro (*Cereus squamosus*), coroa-de-frade (*Melocactus depressus*) e da palmatória (*Opuntia monacantha*), estas da família *cactaceae*.

Os valores obtidos para a matéria seca foram maiores, em todas as espécies estudadas, na raiz do que na parte aérea. Os teores de fibra bruta das raízes foram superiores aos encontrados para a parte aérea, apresentando também, tendência semelhante ao se analisar a matéria orgânica. Por sua vez, o teor protéico foi mais elevado na parte aérea de todas as espécies analisadas. Os minerais se encontram, em maior concentração, na parte aérea dos vegetais estudados.

Palavras-chave: nutrientes, valor nutritivo, cactáceas.

RESUMEN

Ésta investigación há sido desarrollada com el objeto de evaluar los nutrientes en las raíces y en las partes aéreas de *Bromelia laciniosa*, de la familia *bromeliaceae*, y de *Opuntia ficus-indica*, *Cereus gounellei*, *Cereus squamosus*, *Melocactus depressus* y *Opuntia monacantha*, estas de la familia *cactaceae*.

El contenido de matéria seca fue mayor, para todas las espécies estudiadas, en la raíz que en la parte aérea. Los valores de fibra bruta en las raíces fueran superiores a los determinados en la parte aérea de las plantas, presentando comportamiento semejante al analizarse la matéria orgânica. Por su vez, el contenido de las sustancias nitrogenadas totales fueran superiores en la parte aérea. Los minerales concentrarse, en mayor cantidad, en la parte aérea de los vegetales estudiados.

Palabras llaves: nutrientes, evaluación nutricional, cactus.

¹ Doutor, professor de Bioquímica da FACENE.

² Aluna do Curso de Graduação em Farmácia da UFPB.

INTRODUÇÃO

O nordeste brasileiro é constituído, em sua maior parte, por regiões de baixa pluviometria, favorecendo o desenvolvimento de plantas xerófilas, destacando-se, entre elas, a macambira (*Bromelia laciniosa*), da família *bromeliaceae*, e a palma forrageira (*Opuntia ficus-indica*), xiquexique (*Cereus gounellei*), facheiro (*Cereus squamosus*), coroa-de-frade (*Melocactus depressus*) e palmatória (*Opuntia monacantha*), estas da família *cactaceae*.

Todas essas espécies têm importância fundamental na alimentação dos animais, durante os longos períodos de estiagem, que atingem essas regiões.

Como a introdução de pastagens na região semi-árida é uma operação de custo elevado, torna-se imprescindível o conhecimento do potencial nutritivo das espécies nativas, para que se possa programar, de forma racional, o adensamento destas espécies.

Bogdan (1977) esclarece que, do ponto de vista bromatológico, o valor da composição química de uma planta forrageira depende da concentração de proteína bruta, fibra bruta, extrato etéreo, e de outros nutrientes, como minerais e vitaminas.

Assim considerando, o presente trabalho teve como objetivo avaliar os nutrientes presentes na raiz e na parte aérea dessas espécies, que são de grande importância para a alimentação dos animais no período seco do ano.

MATERIAL E MÉTODOS

O material experimental foi obtido na micro-região do Curimataú Ocidental da Paraíba, com amostras das mais representativas possíveis, sendo coletadas as raízes e a parte aérea da macambira (*Bromelia laciniosa*), palma forrageira (*Opuntia ficus-indica*), xiquexique (*Cereus gounellei*), facheiro (*Cereus squamosus*), coroa-de-frade (*Melocactus depressus*) e palmatória (*Opuntia monacantha*).

As análises de matéria seca (MS), matéria orgânica (MO), proteína bruta (PB), fibra bruta (FB), extrato etéreo (EE), cinzas e os minerais (nitrogênio, fósforo e potássio) foram feitas de acordo com a A.O.A.C. (1970) e Instituto Adolfo Lutz (1985). A energia bruta foi determinada em bomba calorimétrica PARR, segundo a A.O.A.C. (1970).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição química das espécies estudadas, em diversos princípios nutritivos, é apresentada nas Tabelas 1 e 2.

Para todas as espécies estudadas há uma maior concentração da matéria seca e fibra bruta na raiz, em comparação com a parte aérea, ressaltando-se a grande riqueza em água que essas espécies apresentam.

Exceto para a macambira, o teor de matéria orgânica na raiz é maior do que o encontrado na parte aérea das plantas estudadas, variando de 75,26% (palmatória, parte aérea) a 94,69% (xiquexique, raiz).



Figura 1: Macambira (*Bromelia laciniosa*)



Figura 2: Palma Forrageira (*Opuntia ficus-indica*)



Figura 3: Xiquexique (*Cereus gounellei*)



Figura 4: Facheiro (*Cereus squamosus*)

Tabela 1: Composição química, em diversos princípios nutritivos, das espécies estudadas.

| Espécies | | MS (%) | Valores em 100% MS | | | | EB Kcal/kg |
|-------------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| | | | MO | PB | FB | EE | |
| Macambira | Parte aérea | 14,44 | 93,38 | 5,73 | 33,08 | 2,67 | 4.151 |
| | Raiz | 32,42 | 80,61 | 2,86 | 34,33 | 2,38 | 4.083 |
| Palma forrageira | Parte aérea | 9,63 | 77,54 | 7,50 | 12,58 | 1,64 | 3.268 |
| | Raiz | 23,49 | 85,84 | 3,01 | 46,05 | 1,36 | 3.984 |
| Xiquexique | Parte aérea | 10,99 | 82,00 | 5,07 | 18,29 | 0,78 | 3.308 |
| | Raiz | 31,32 | 94,69 | 4,33 | 58,97 | 1,27 | 4.534 |
| Facheiro | Parte aérea | 12,86 | 76,09 | 7,21 | 15,35 | 1,29 | 2.829 |
| | Raiz | 35,14 | 92,18 | 5,48 | 60,78 | 1,27 | 4.386 |
| Coroa-de-frade | Parte aérea | 11,47 | 80,97 | 7,42 | 25,32 | 1,78 | 3.253 |
| | Raiz | 30,87 | 92,82 | 6,42 | 45,35 | 2,59 | 4.441 |
| Palmatória | Parte aérea | 14,07 | 75,26 | 3,40 | 12,93 | 0,51 | 2.959 |
| | Raiz | 38,45 | 93,73 | 3,30 | 55,24 | 2,53 | 4.457 |

Os teores de proteína bruta, em geral, são superiores para a parte aérea, variando de 3,40% (palmatória) a 7,50% (palma forrageira). Para as raízes, os teores protéicos variam de 2,86% (macambira) a 6,42% (coroa-de-frade).

Os valores de energia, na parte aérea, oscilam de 2.829 kcal/kg (facheiro) a 4.151 kcal/kg (macambira) e, na raiz, variam de 3.984 kcal/kg a 4.534kcal/kg, estando intimamente relacionados aos da matéria orgânica.

Os elevados teores de fibra bruta das raízes indicam uma maior quantidade de carboidratos estruturais, presentes nessa parte vegetal.

Os teores de minerais determinados para o nitrogênio, fósforo e potássio, estão apresentados na Tabela 2.

Os minerais absorvidos pelas raízes foram transportados para a parte aérea das espécies estudadas. Tanto na parte aérea como na raiz, a maior concentração encontrada foi para o potássio, concordando, assim, com Spain e Salinas (1985), que mencionam o potássio como sendo, normalmente, o mineral mais abundante no tecido vegetal.



Figura 5: Coroa-de-Frade (*Melocactus depressus*)



Figura 6: Palmatória (*Opuntia Monacantha*)

Tabela 2: Teores de cinzas e minerais, das espécies estudadas.

| Espécies | | Cinzas (%) | Valores em 100% MS | | |
|------------------|-------------|------------|--------------------|------|------|
| | | | N | P | K |
| Macambira | Parte aérea | 6,62 | 0,92 | 0,21 | 2,13 |
| | Raiz | 19,39 | 0,46 | 0,10 | 1,12 |
| Palma forrageira | Parte aérea | 22,42 | 1,20 | 0,15 | 3,08 |
| | Raiz | 14,06 | 0,48 | 0,06 | 1,35 |
| Xiquexique | Parte aérea | 18,00 | 0,81 | 0,17 | 2,73 |
| | Raiz | 8,31 | 0,69 | 0,10 | 1,20 |
| Facheiro | Parte aérea | 23,91 | 1,15 | 0,19 | 2,40 |
| | Raiz | 7,82 | 0,88 | 0,05 | 1,67 |
| Coroa-de-frade | Parte aérea | 19,03 | 1,19 | 0,20 | 3,00 |
| | Raiz | 7,18 | 1,03 | 0,10 | 1,35 |
| Palmatória | Parte aérea | 24,74 | 0,56 | 0,14 | 2,21 |
| | Raiz | 6,27 | 0,55 | 0,07 | 1,09 |

CONCLUSÕES

Nas condições de realização do presente trabalho, conclui-se que:

- todas as espécies vegetais estudadas apresentam uma maior concentração de matéria seca e fibra bruta nas raízes;
- exceto para a macambira, as outras plantas mostram um maior teor de matéria orgânica nas raízes;
- o teor de proteína bruta é mais elevado na parte aérea dos vegetais;
- a variação de energia bruta seguiu a mesma variação encontrada para a matéria orgânica;
- os teores de nitrogênio, fósforo e potássio, na parte aérea, são superiores aos encontrados na raiz;
- as espécies vegetais estudadas se apresentam como boa fonte de nutrientes, principalmente nas épocas secas do ano, quando há escassez de pastos e forragens para os animais.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIATION OFFICIAL AGRICULTURAL CHEMIST – A.O.A.C. **Official methods of analysis**. 9th. Washington. 1970.

BOGDAN, A.V. **The legumes: tropical pasture and fodder plants**. Londres: Longman. 1977. p. 302-428.

INSTITUTO ADOLFO LUTZ. **Métodos químicos e físicos para análises de alimentos**. 3. ed. São Paulo. 1985. 533p.

SPAIN, J. M.; SALINAS, J.G. **A reciclagem de nutrientes nas pastagens tropicais**. 1985. p. 259-299.

Ensaio

BIOQUÍMICA, DETERMINISMO E CONDIÇÃO HUMANA

Fabiano Santos¹

O ano de 2003 marca o quinquagésimo aniversário de uma das mais formidáveis descobertas científicas da história da civilização. Em 25 de Abril de 1953, o periódico Nature publicou o primeiro de uma série de quatro artigos que iriam abrir as portas para uma nova era na compreensão da vida e da condição humana. O bioquímico americano James D. Watson e o físico inglês Francis Crick, utilizando dados espectrais de raios X obtidos anteriormente por Rosalind Franklin e Maurice Wilkins, na Universidade de Crambridge, tinham então elucidado a estrutura molecular do DNA – molécula que controla o feitio, a estrutura e a função de todos os organismos vivos, através da produção de proteínas. Em 1962, Watson, Crick e Wilkins foram agraciados com o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia. Rosalind Franklin não obteve o mesmo reconhecimento, pois faleceu em 1958.

Apenas 20 anos depois, os biólogos Stanley Cohen da Universidade de Stanford e Herbert Boyer da Universidade da Califórnia realizaram uma façanha no mundo da matéria viva que alguns analistas científicos acreditam se igualar, em importância, com a conquista do fogo. Os dois pesquisadores relataram terem tomado dois organismos não relacionados, que não conseguiriam se acasalar na natureza, isolando uma parte do DNA de cada um deles e, então, recombinando as duas partes do material genético. Pela primeira vez na história da vida sobre a Terra, duas espécies distintas são postas artificialmente a acasalar, resultando um novo híbrido de DNA, que, em tese, carrega informações para o estabelecimento e origem de uma nova espécie animal. A tecnologia empregada ficou sendo conhecida por DNA recombinante e o conjunto de métodos que foram sendo sistematizados, desde então, formam o campo da Engenharia Genética, ou Biotecnologia, como preferem alguns. O ápice do avanço técnico desta nova ciência foi o anúncio, em 1997, por pesquisadores escoceses, da clonagem da ovelha Dolly e da suposta clonagem do primeiro ser humano, o bebê Eve, aclamada por representantes da empresa biotecnológica francesa Clonaid, mais recentemente, em dezembro de 2002. Apesar de ainda ser um mistério em sua essência, a origem da vida não mais parece exigir a intervenção de uma inteligência superior à do Homem.

¹ Bioquímico. Mestre em Química de Produtos Bioativos e Membro do Conselho Consultivo da Revista.

Diante disso, a humanidade, como um todo, encontra-se em um momento tríplice de sua história, onde se mesclam diferentes visões e tendências filosóficas, científicas e, principalmente religiosas, como só visto antes, talvez, durante a mudança do modo de produção feudal para o capitalista, consolidado com a Revolução Industrial. Apesar das grandes descobertas técnicas alcançadas nos últimos duzentos anos, como a conquista do espaço, a cura e erradicação de muitas doenças, o aumento global da expectativa de vida, a revolução dos computadores e da informação, o homem cogita, seriamente, a possibilidade de sua própria extinção enquanto espécie, além da destruição concomitante das demais formas de vida que semeiam a superfície da Terra. O grande paradoxo desta questão é que os meios que podem levar á cabo essa terrível possibilidade, são compostos, basicamente, pelos produtos do avanço científico do qual tanto nos orgulhamos.

A descoberta inicial de Watson e Crick, bem como os experimentos levados a cabo nos últimos trinta anos (do primeiro DNA recombinante à clonagem da ovelha Dolly e do suposto primeiro ser humano) criaram condições para uma mudança singular em todos os setores da atividade humana; mudança esta tão radical que, talvez, apenas as gerações seguintes conseguirão simbolizar adequadamente as configurações existenciais em que hoje vivemos. A Bioquímica genética e evolutiva, na qual se baseia a Engenharia genética, redefine os caracteres dos seres numa perspectiva ímpar, uma vez que propõe estruturas auto-reguláveis para a manutenção da vida e sua geração. Os animais são vistos, então, como um conjunto extremamente orquestrado de reações químicas controladas pelo padrão de expressão de um código genético já estabelecido e, assim, determinante. Os seres apenas são o que deveriam ser e este estado de coisas já foi inicialmente estabelecido num passado distante, quando seus primeiros ancestrais adquiriram características aleatórias que se mostraram desejáveis, em um meio ambiente hostil e sujeito a constantes mudanças.

A transposição dessa concepção de vida para o homem gera questões mais problemáticas. Os caracteres e valores que definem a hominização como a inteligência, a capacidade de criação e adaptação, a memória, a concentração, a atenção, entre outros são agora encarados como produtos de um conjunto de reações bioquímicas que têm lugar em uma mente material representada pelo cérebro e que, em última análise, oriundos do acaso. Pode o homem lidar com verdades tão cabais? Estaria ele preparado?

Que dizer, ainda, dos valores mais pessoais e que remetem à subjetividade de cada um, como o amor, a amizade, o sentimento de justiça, de apego às origens e aos familiares – esse conjunto de características tão diferenciadas da espécie humana e que ostentamos tão orgulhosamente como algo que nos afasta da animalidade? Seria tudo isso redutível a um conjunto de reações facilmente catalogáveis e como tal, reprodutíveis? O sopro divino da vida, que anima nossos corpos e faz com que tenhamos a certeza que conseguiremos sobreviver, depois que a matéria tiver sido decomposta, se revela nesta perspectiva, como um conto de fadas inventado pelas sociedades anteriores, tecnicamente menos avançadas e, por isso, ainda muito presas a devaneios religiosos.

O mal-estar do homem moderno é ainda mais realçado pela própria concepção de que seu destino e condição encontram-se encerrados dentro do núcleo de suas células, na forma de genes. Sua angústia é aumentada ao ver constantemente nas diversas formas de mídia, que tais genes podem ser manipulados, comercializados e passíveis de serem copiados, de modo a criar um outro ser, que seria não apenas sua própria imagem e semelhança, mas sim uma extensão extracorpórea de si próprio, mais melhorado e capaz de burlar a mais angustiante das certezas: a morte.

Os sintomas da modernidade parecem refletir em escala global, o que, na verdade, se passa no interior de cada sujeito. A depressão e outras condições correlatas como a mania, a bulimia, a anorexia nervosa e os distúrbios obsessivos, onde o denominador comum parece revelar uma espécie de “curto-circuito” do desejo, são as principais epidemias psíquicas das sociedades democráticas e capitalistas modernas. Nestes casos, o sujeito se vê no centro de uma incoerência: sem considerar a origem real de sua dor ou angústia, o mercado lhe oferece, na forma de pílulas e comprimidos, a possibilidade de extinção de seu desconforto, desde que possa por eles pagar. As condições internas e existenciais, que geraram durante anos de vida e experiências únicas, as causas do sofrimento de cada um, se revelam, nessa perspectiva, como reações químicas irregulares, determinadas por um código hereditário e intransferível, e, por isso, determinista, o qual dita o que o sujeito foi, é, e vai ser, antes mesmo de que o sujeito em questão venha a nascer. A responsabilidade subjetiva em relação à vida como um todo, fica depositada em uma substância química que teria o poder de remodelar o que está incorreto.

Este parece ser apenas um lado da questão. Seria extremamente imprudente pensar que as únicas conseqüências trazidas pelo avanço da Bioquímica e das ciências afins seriam uma depauperização da natureza humana e a criação de um mundo onde não

mais haveria espaço para a erótica criativa do acaso, que um dia foi responsável pela criação do mais improvável dos eventos, que foi a vida na Terra. O animal humano conseguiu um nível de sofisticação jamais visto ou imaginado durante todo o tempo em que habita o mundo material, e parte deste avanço se deve ao conhecimento acumulado durante séculos, culminando no desvendamento parcial do segredo da vida; o código genético. Resta saber se, apesar de toda a sofisticação que alcançamos, conseguiremos ter maturidade suficiente para lidar com os impactos que nós próprios criamos em nosso mundo simbólico. Penso que só agora é que fomos expulsos do Paraíso. Perdemos a inocência e esta perda muito dificilmente poderá ser remediada. A revolução biotecnológica é irreversível e certamente criará um mundo novo com pessoas novas. Se este novo mundo será melhor ou pior que o de hoje, ou se as pessoas serão mais ou menos felizes, isto não importa. O que importa é que, apesar da mudança, o mal-estar persiste. Enquanto formos humanos, seremos seres em falta, seres incompletos, infelizes, insatisfeitos e, principalmente, infantis. O que a Bioquímica nos trouxe foi outra maneira de refletirmos sobre esta condição sem que tenhamos que nos remeter á deuses ou divindades, ou ainda sem que precisemos crer que o suposto sofrimento passado por nós aqui na Terra, um dia será recompensado por uma vida eterna de bonanças e alegrias, depois que tivermos morrido.

Retardar os avanços científicos que estão por vir pelo simples fato de que a humanidade ainda não teria maturidade ética para lidar com questões emergentes, que inexoravelmente podem desfazer muitos mitos que ainda temos a respeito de nós mesmo, seria uma forma de justificar ainda mais nossa infantilidade e orgulho ferido. Porém, não podemos autenticar o mau uso do saber científico como instrumento de dominação das massas desinformadas; mau uso este que mostrou sua face mais brutal no século XX, onde diversos episódios de selvageria eclodiram em várias partes do mundo, como o Holocausto e a guerra da Bósnia, e que, agora, prometem mostrar esta mesma face mais uma vez no nascente século XXI, com uma crescente ameaça de guerra e colapso global nas relações entre os povos.

A ciência Bioquímica e os frutos dela colhidos representam um triunfo da civilização contra a barbárie. Nos fornece a possibilidade de aumentarmos nosso domínio sobre o conhecimento que temos sobre nós mesmos e sobre os demais seres que conosco evoluíram, além de promover um maior potencial para que melhoremos a vida sobre a Terra. Porém, cobra-se um preço. Talvez um preço equivalente ao que já foi pago pela

humanidade em três episódios passados. Primeiro, Galileu Galilei mostrou que a Terra gira em torno do Sol e que nós não éramos nem somos o centro do Universo, mas apenas uma ínfima porção dele. Séculos mais tarde, Charles Darwin, com a Teoria da Evolução, retira o homem do plano principal da criação, em que este acreditava estar, e o coloca como um animal não tão diferente dos demais animais, ditos irracionais. Por fim, Sigmund Freud deferiu o mais pungente (e talvez o mais formidável) golpe contra a vaidade do homem, ao afirmar que não é a razão, mas sim os desejos mais proibidos e imorais que governam as ações humanas; o homem então já não era mais senhor em seu próprio lar (sua mente) e ao invés de ser um animal racional, é, antes de tudo um animal pulsional e desejante.

Os avanços da ciência moderna, sem dúvida, poderão ser bastante onerosos para o meio ambiente, para os demais seres e para nossa compreensão do que somos, como também poderão ser a grande ferramenta que faltava para que o sujeito humano finalmente consiga um equilíbrio entre o querer e o poder, uma vez que, muito dificilmente, jamais conseguirá uma supressão total da tensão que o anima e o inquieta. Não, enquanto ainda formos humanos: talvez esta seja a nossa condição.

REFERÊNCIAS

BAYNES, John; DOMINICKZAK, Marek. **Bioquímica médica**. São Paulo: Manole, 2001.

EZZEL, Carol – A neurociência do suicídio. **Scientific América Brasil**, São Paulo, ano 1, n. 10, p. 52-59. mar. 2003.

GAY, Peter. **Freud**: uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

GUÉRIN-MARCHAND, Claudine – **Manipulações genéticas**. Bauru/SP: EDUSC, 1999.

KATZ, Mayana – Os dilemas éticos do mapeamento genético. **Revista USP: Dossiê Genética e Ética**, São Paulo: USP, v. 24, p. 20-27. 1994

RIFKIN, Jeremy. **O século da biotecnologia**. São Paulo: Makron Books, 1999.

SCHRÖDINGER, Erwin. **O que é vida?** São Paulo: USP, 1997.

Espaço discente

UM ESTUDO PRELIMINAR SOBRE AS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS DOS IDOSOS EM UM ABRIGO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA

Catarina Figueiredo Pordeus¹
Dulcineide Lima Quirino²
Martha Pereira dos Anjos Galvão³
Veruscka Pedrosa Barreto⁴

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo avaliar a adequação de energia e nutrientes do cardápio oferecido em um abrigo de idosos, na cidade de João Pessoa – PB. Para avaliação do estado nutricional destes abrigados, foram levadas em consideração, as recomendações nutricionais adequadas, segundo as fontes teóricas consultadas. A metodologia deste trabalho, além de estudo bibliográfico, utilizou entrevistas com idosos de ambos os sexos, uma nutricionista e a responsável pela organização do cardápio no abrigo, o qual, por questões éticas, denominamos de Instituição “A”. Como resultados parciais, a população investigada apresentou deficiências nutricionais, particularmente, quanto à ingestão dos alimentos reguladores e estruturais específicos, sobretudo, provavelmente, à deficiência de proteínas de alto valor biológico, vitaminas A e C e do mineral Ferro. Os mesmos, revelaram ainda a necessidade de reforçar as ações públicas de saúde relacionadas à alimentação dos idosos; a importância da presença e atuação do profissional nutricionista em abrigos, assim como, de uma equipe de saúde multidisciplinar, imprescindíveis ao bem-estar dos idosos abrigados.

Palavras-chave: idosos, necessidades nutricionais, carências nutricionais.

ABSTRACT

The aim of this article is to estimate the property of the menu's nutrients and energetic content offered in an ancient shelter in João Pessoa-PB. In order to evaluate the nutritional condition of the ancients that live in the shelter, it was considered the standard nutritional recommendations according the searched theoretical sources. For this intent there were made several interviews with the ancient of both sex, with the the nutritionist and with the responsible for the menu in the shelter. Because of ethical issues the shelter where the interviews were made will be called Institution A. As partials results, the investigated populations showed nutritional lacks specially in what concerns ingestion of specific structural and regulatory foods, probably proteins with high biological values, vitamins A and C, and iron. They still revealed the necessity of strengthen public actions in what concerns ancient alimentation besides the importance of the presence and action of a

¹ Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE do 4º período da tarde.

² Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE do 4º período da tarde.

³ Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE do 4º período da tarde.

⁴ Professora-mestra da FACENE. Orientadora.

nutritionist and a human health's multidisciplinary team wich are indispensable to the ancient's welfare i shelters.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como foco de estudo as necessidades nutricionais de idosos residentes em um abrigo na cidade de João Pessoa - PB. A escolha deste grupo social foi relevante, uma vez que estamos no ano da Campanha da Fraternidade, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, em prol dos idosos e de sua dignidade.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a adequação de energia e nutrientes do cardápio oferecido em um abrigo de idosos, a partir do conhecimento adquirido na disciplina Nutrição e Dietética. Para isto, a equipe priorizou não identificar no corpo deste relatório o nome do abrigo, bem como, buscou coletar informações por meio de fontes bibliográficas (livros e jornais) e de pesquisa de campo. O instrumento utilizado para a coleta de informações foi a entrevista, com as seguintes categorias: seis idosos carentes abrigados, uma nutricionista e a responsável pela organização do cardápio no abrigo.

O tema escolhido despertou o interesse das alunas participantes por se tratar de uma avaliação do estado nutricional de idosos abrigados, tendo em vista que, este estudo preliminar, deverá oferecer subsídios importantes, porque possibilitará uma análise comparativa dos nutrientes ingeridos diariamente pelos idosos, com as recomendações nutricionais adequadas.

Sendo assim, o estudo relatado abordará informações, que possibilitarão à equipe, concluir se o estado nutricional do idoso abrigado, economicamente desfavorável, está adequado às necessidades nutricionais diárias.

2 AS CONCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO: O SER IDOSO

O envelhecimento é o início de uma nova etapa da vida humana, caracterizado pelo surgimento de diversas alterações das características biopsicossocial. Nessa etapa, os idosos tornam-se sensíveis e susceptíveis a determinadas patologias, necessitando, assim, de uma boa alimentação, atividade física regular, trabalho prazeroso (Terapia Ocupacional), boas relações afetivas e lazer.

Dentre as necessidades anteriormente citadas, é importante darmos ênfase ao controle nutricional dos idosos, tendo em vista que a maioria das doenças estão relacionadas à deficiência ou o excesso de nutrientes essenciais, como por exemplo, os triglicerídeos, que são gorduras indispensáveis aos seres humanos, por fornecer energia ao organismo, entre outras funções. Mas, se produzidos em excesso, podem causar problemas de forma direta, como a pancreatite; ou indireta, depósito de gorduras nas artérias, levando à aterosclerose.

Na concepção de Ruipérez e Llorente (2000, p. 1) a palavra envelhecimento é definida como um “conjunto de alterações que os seres vivos sofrem com o decorrer do tempo”. Rey (1999, p. 269) define o envelhecimento como sendo um “desenvolvimento gradual de alterações estruturais e fisiológicas, que ocorrem em qualquer organismo vivo”.

Fazendo uma analogia dos pensamentos, pudemos observar que Rey comunga com as mesmas convicções de Ruipérez e Llorente, porém, expressando as suas idéias de maneira mais abrangente ao destacar o processo de envelhecimento em qualquer organismo vivo.

Segundo Kathleen e Escott –Stump (2002, p. 278):

O envelhecimento é um processo natural que começa na concepção e termina na morte. Uma vez que o organismo atinja a maturidade fisiológica, a taxa de alteração catabólica ou degenerativa se torna maior que a taxa de regeneração celular anabólica. A perda resultante de células leva a vários graus de eficiência diminuída e função orgânica prejudicada.

Desta forma, Kathleen e Escott-Stump tentam explicar as alterações degenerativas através de quatro teorias, sendo essas responsáveis pela deterioração do organismo, são elas:

- o suporte para a **teoria do programa** do envelhecimento é derivado de culturas de laboratório de células embrionárias, que se descobriu, se reproduzem um número finito de vezes e então morrem. Se a reprodução celular for temporariamente interrompida, e então reassumida, a reprodução continua até que o número estabelecido seja alcançado;
- a **teoria celular** do envelhecimento é baseada na premissa de que os fatores ambientais causam as mudanças degenerativas nos componentes celulares, com ligações cruzadas subsequente, formando-se macromoléculas. A alteração

da forma e função do colágeno afeta os processos de sensibilidade, como a passagem de substâncias através das membranas celulares;

- a **teoria do radical livre** envolve a formação contínua de radicais livres, com resultado da exposição ao oxigênio, radiação de fundo e outros fatores ambientais. Acredita-se que estas substâncias, altamente reativas, prejudiquem os componentes celulares;
- a **teoria do erro** do envelhecimento sugere que o dano ambiental ao modelo de ácido desoxirribonucléico (DNA) resulte em erros no programa genético. A produção subsequente de proteínas anormais dá origem a mutações e teratogênicos.

Em relação a essas teorias, evidenciamos que a **teoria celular** se insere tanto na **teoria do radical livre** como na **teoria do erro**, visto acreditar que os fatores ambientais, como: exposição ao oxigênio (oxigenoterapia), radiação de fundo, dieta hiperprotéica e exercício físico extenuante, intensificam os processos de oxidação, aumentando conseqüentemente os radicais livres, os quais são muitos reativos a qualquer outro tipo de moléculas (incluindo lipídios, proteínas e ácidos nucléicos), acarretando, assim, fenômenos degenerativos nos componentes celulares, bem como, a ingestão de medicamentos anti-neoplásico, podem se tornar um agente agressor exógeno e provocar erro de DNA das células normais.

3 CARACTERÍSTICA BIOPSIKOSOCIAL DO IDOSO

O processo de envelhecimento apresenta características relacionadas aos fatores psicossociais afetados, mudanças no estado de saúde oral, disfunções gastrointestinal, metabólica, cardiovascular, renal, musculoesquelética, neurológica e de imunocompetência.

As perdas sensoriais estão relacionadas com as sensações reduzidas de paladar (disgeusia) e de odor (hiposmia). Segundo Schiffman (1994, p. 279) “[...] as disfunções de paladar e olfato tendem a começar ao redor dos 60 anos de idade e tornam-se mais graves nas pessoas acima de 70 anos”. A diminuição da audição, a visão prejudicada e alterações no estado funcional, também são comuns podendo levar à diminuição de ingestão de alimentos, como resultado da diminuição de apetite, reconhecimento alimentar e da capacidade de se alimentar.

Mudanças no estado da saúde oral compreende, segundo Biovana (1998, p. 279) “a xerostomia, que é a sensação subjetiva de boca seca causada por pouca salivagem, problema comum entre os idosos”. Quanto a periodonite, Martin (1991, p. 279) afirma: “são as maiores causas de perda de dentes dos idosos, levando ao uso de próteses dentárias. Geralmente as pessoas que usam próteses dentárias mastigam 75 a 85% menos eficiente do que os que possuem dentes naturais”. Para Saltzman Russell (1998, p. 279), “uma das alterações mais notáveis que ocorre com o envelhecimento é o freqüente desenvolvimento de gastrite atrófica e a incapacidade de secretar ácido gástrico (hipocloridria)”.

Bouillon e Cols (1997, p. 279):

O envelhecimento altera o metabolismo de cálcio e de vitamina D de várias maneiras o que pode contribuir para acelerar a perda óssea e o desenvolvimento da osteoporose senil, tendo em vista que a síntese e atividade de calcitriol na absorção de cálcio pelo intestino são diminuídas com o envelhecimento.

Na função metabólica, de acordo Samos e Roos (1998, p. 280) “A diminuição na tolerância à glicose associada ao processo de envelhecimento leva a um aumento nos níveis de glicose plasmático de 1,5 mg/dl por década. É uma questão de debate se esta tolerância prejudicial à glicose resulta de produção insuficiente de insulina ou de ação deficiente”.

Segundo os estudos de Kannel (1988, p. 280):

A função cardiovascular é afetada durante o processo de envelhecimento, pois, os vasos sanguíneos se tornam menos elásticos e a resistência periférica total aumenta, levando a um risco e prevalência crescente da hipertensão. A pressão sanguínea continua a aumentar nas mulheres acima de 80 anos de idade, mais diminui substancialmente nos homens mais velhos. Os níveis de colesterol sérico nos homens tende a atingir o pico aos 60 anos de idade, mais os níveis de colesterol total assim como da fração de lipoproteína de baixa densidade (LDL) continuam a aumentar nas mulheres até os 70 anos de idade.

De acordo com os estudos de Rudman (1998, p. 280):

A função dos rins e a taxa de filtração glomerular podem diminuir até 60% entre as idades de 30 e 80 anos, devido primariamente a certas condições crônicas, uma diminuição no número de néfrons e fluxo

sanguíneo reduzido. Isto torna a pessoa idosa menos capaz de responder a alterações no estado de fluidos e o desafio no equilíbrio ácido-base. As quantidades excessivas de produtos de perda de proteína e eletrólitos podem se tornar cada vez mais difícil de metabolizar. A nefropatia geriátrica pode ser o resultado de nutrição hiperproteica crônica.

Uma das disfunções musculoesquelética, segundo Dutta (199, p. 280), sarcopenia é “uma perda musculoesquelética relacionada à idade, é o resultado de um declínio na força muscular, contribuindo para alterações no modo de andar e equilíbrio, perda de função física e riscos de doenças crônicas”.

O desequilíbrio neurológico que alguns idosos apresentam têm numerosas causas. Uma delas é o uso experimental de algumas substâncias, especificamente a tirosina, o triptofano e a colina, que servem como precursores de neurotransmissores cerebrais envolvidos em anormalidades tais como as doenças de Parkinson e de Alzheimer.

Considerando o exposto, os estudos de Berry (1994, p. 281) aponta o seguinte: “Há algumas sugestões de que uma dieta rica em carboidratos quando acompanhado por uma ingestão insuficiente de proteína pode levar a falta de atenção e retardo do alterar em pessoas idosas, possivelmente como resultado de síntese diminuída de serotonina”.

Good e Lorenz (1988, p. 281), afirma:

A função imunológica diminui com a idade. Tanto a imunidade humoral como a mediada por células são afetadas. Estas mudanças resultam numa habilidade diminuída de reagir a infecções, levando a uma prevalência aumentada de infecções nos idosos. A imunovigilância reduzida também pode ajudar a prevalência crescente de malignidade nesta população.

3.1 BREVE INTRODUÇÃO DA SITUAÇÃO DO IDOSO NA PARAÍBA

Recentemente, os dados divulgados pelo IBGE denunciam que o Estado da Paraíba possui a terceira maior população idosa do país, como atesta a reportagem divulgada pelo Jornal Correio da Paraíba (09.03.2003):

A Paraíba tem a terceira maior população idosa do país, com 350 mil idosos, ou seja, 10,2 % de um total de 3,4 milhões de paraibanos. O Estado do Rio de Janeiro continua sendo o primeiro estado brasileiro com maior proporção de idosos no Brasil. Ao longo da última década, a Paraíba ocupou o segundo lugar em número de idosos no país, o posto foi

perdido para o Rio Grande do Sul, com 10,5% de sua população de idosos. Em 1991, eram 289 mil idosos na Paraíba.

Na cidade de João Pessoa, a mesma fonte citada anteriormente, revela que 8,1%, ou seja, 50 mil idosos residem na cidade. Este índice classifica a cidade em nona posição no país. Outro dado interessante sobre os idosos tem a ver com o sustento financeiro dos lares onde eles vivem. Assim, o IBGE aponta que 62,5% são chefes de família. Isto significa, que as pensões recebidas pelos idosos são responsáveis pela manutenção, principalmente alimentar, de algumas famílias do Estado. Também aumentou o número de mulheres idosas que chefiam lares no Estado da Paraíba. A mesma fonte revela que, em “1991 69, 3% dos homens respondiam pelos domicílios e as mulheres representavam 30,7%”.

Com o Censo 2000, verificou-se que esse percentual pulou para 37,7% de mulheres idosas chefiando os lares, enquanto que o percentual de homens baixou para 62,3%”. Quanto à renda, “de 1991 para 2000, o rendimento médio do idoso responsável pelo domicílio passou de R\$ 192,00 para R\$ 367,00” (Jornal Correio da Paraíba, 09.03.2003).

O IBGE traz várias informações sobre os idosos no Estado. Outro dado curioso é que o município de Coxixola na Paraíba possui a maior população de idosos com 16,9% de sua população, seguida por Arara (16,3%) e Serra Branca (15,9%).

Outro dado curioso, segundo levantamento do Núcleo Integrado de Estudos da Terceira Idade (NIETI), da Universidade Federal da Paraíba, é que “70% dos idosos não recebem visitas dos familiares e sofrem com o abandono e que, em cada 10 idosos que estão em asilos, um apresenta problema de depressão”.

4 A NUTRIÇÃO E A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO

Entendemos por nutrição, o conjunto de processos, através do qual o organismo vivo recebe, transforma e utiliza as substâncias nutritivas presentes nos alimentos, para obtenção de energia, para assegurar seu metabolismo, formação e regeneração de tecidos.

Segundo Kenneth e Lois (2001, p. 675), nutrição trata-se de uma “soma dos processos envolvidos na ingestão de nutrientes e sua assimilação e uso para o funcionamento adequado do corpo e manutenção da saúde”.

A alimentação é essencial para o funcionamento do organismo, pois é a partir dela que se dá a nutrição, mas se realizada de maneira errada, torna-se prejudicial para o organismo, fazendo com que o peso fique abaixo ou acima do ideal, além de causar deficiência ou excesso de nutrientes essenciais.

Ainda que a nutrição compreenda alimentação, os dois termos não são totalmente sinônimos, tendo em vista que o indivíduo pode se alimentar sem está se nutrindo.

Em entrevista realizada com a nutricionista Rosângela Carvalho⁵, do Departamento de Nutrição do Hospital Universitário (H.U), explicou que, para os idosos suprirem suas necessidades corporais, se faz necessário 06 (seis) refeições diárias, sendo 03 (três) completas, contendo todos os nutrientes essenciais e 03 (três) lanches.

Rosângela ainda nos revela que, para o idoso manter sua necessidade nutricional equilibrada, é preciso que ocorra uma mudança no seu hábito educacional alimentar, significando uma reeducação através de uma dieta equilibrada e direcionada para a sua patologia, levando em consideração as carências nutricionais do paciente idoso.

Essa dieta tem como objetivos, de acordo com Rosângela, o seguinte:

- corrigir as carências nutricionais apresentadas pelo idoso;
- oferecer as calorias necessárias para o desenvolvimento funcional dos idosos;
- direcionar a orientação dietoterápica à patologia que o idoso apresenta;
- regular a vida alimentar dos idosos;
- oferecer uma boa qualidade de vida mediante a nutrição que irá receber.

Os alimentos mais recomendados para os idosos são à base de legumes, frutas, verduras, carnes magras, preferencialmente peixe, gorduras selecionadas (poliinsaturadas) e, atualmente em moda, fibras vegetais e/ou alimentos ricos em fibras. “É preciso realizar um rígido controle alimentar, pois o importante da dieta é a sua regularidade”, aconselha Rosângela. Esses alimentos deverão estar presentes no cardápio diário dos idosos para melhorar o metabolismo e disfunções metabólicas dos mesmos, isto porque, em alguns dos alimentos, existem certas substâncias que têm o poder de neutralizar efeitos degenerativos

⁵ Entrevista realizada em 21/02/2003.

das células, como é o caso do “Betacaroteno⁶”, encontrado na cenoura e no jerimum etc. Quanto à “Pectina”, encontrada na entrecasca da laranja, na gema do ovo, leite etc. “É muito perigoso indicar um cardápio alimentar ideal para os idosos, pois há diferenças de organismo, peso, clima e condições econômicas”, destaca Rosângela.

Ainda, ressaltamos que a ingestão de líquidos é muito importante para os idosos, pois evita que estes venham a se desidratar.

Quanto aos valores calóricos diários, não existe um padrão para os idosos, pois são calculados individualmente, dependendo do peso, estatura e sexo, porém, a taxa de normalidade é calculada de 25 a 30 calorias por quilo de peso, variando esta de acordo com a forma de vida, obesidade ou desnutrição.

4.1 NECESSIDADES NUTRICIONAIS PARA OS IDOSOS

As necessidades dietéticas na velhice são influenciadas por um número de fatores, tais como o estado geral de saúde; o grau de atividades físicas; as alterações na capacidade de mastigar, digerir e absorver alimentos; a deficiência no aproveitamento de nutrientes pelos tecidos; as alterações no sistema endócrino; o estado emocional e saúde mental. As taxas de nutrientes e calorias que mantêm um indivíduo em perfeita saúde podem ser inadequadas ou excessivas para outro indivíduo aparentemente semelhante.

a) Necessidades calóricas:

A principal alteração fisiológica decorrente do envelhecimento é a redução do número de células metabolicamente ativas, contribuindo, assim, para o aumento do peso corporal do idoso com o passar dos anos, em função de um metabolismo mais lento, visto que esse fenômeno, juntamente com a diminuição das atividades físicas, podem reduzir as necessidades energéticas do indivíduo idoso, e o excesso das calorias não metabolizadas favorecerão o acúmulo de gorduras no organismo.

Para os idosos evitarem complicações futuras, faz-se necessário diminuir a ingestão calórica e aumentar o gasto calórico, através da prática de exercícios com peso, pois o metabolismo de um idoso que possui uma boa massa muscular é mais elevado do que o de um idoso sedentário. Isso porque a massa muscular é ativa e gasta energia, mesmo

⁶ Para Warsama Jama e Cols apud Mahan e Escott-Stmp “Os betacarotenos e os carotenóides parecem desempenhar um papel protetor nas doenças degenerativas, como o Mal de Parkinson e de Alzheimer”.

quando em repouso. O aumento do gasto energético contribui para reduzir o risco do aparecimento de diabetes tipo 2, que acomete os idosos pelo aumento do peso, por sua vez, decorrente da falta de exercícios físicos, sem diminuição da ingestão calórica.

O processo de conscientização dos idosos acerca da necessidade de evitar determinados alimentos é de extrema importância para que ocorra a redução calórica, visto que nada adianta o nutricionista insistir em dietas e mais dietas se o idoso não está consciente da necessidade de evitar a ingestão de alimentos que se tornaram nocivos à sua saúde, em consequência do envelhecimento.

Entretanto, para que o idoso venha a ter uma vida saudável, deverá substituir, gradualmente, os bolos e massas por pudins e cremes feitos com leite desnatado, reduzir o consumo de margarina e manteiga, bem como calorias não nutritivas, dentre elas: o açúcar, sobremesa, confeito e álcool, dando preferência aos alimentos de alto teor de proteínas, minerais e vitaminas.

b) Necessidades Protéicas

As necessidades protéicas aparentemente não estão diminuídas consideravelmente com a idade, embora muitas pessoas idosas comam menos proteínas do que faziam quando jovens. Isto costuma acontecer quando há dificuldade em fazerem compras, cozinhar ou mesmo quando o dinheiro destinado à alimentação é limitado, pois é percebido que os alimentos ricos em proteínas são geralmente mais caros do que aqueles ricos em carboidratos, como o pão, a farinha, os doces. Isto faz com que, em países de baixa renda per capita, a maior parte da dieta seja constituída preferencialmente por alimentos energéticos e não construtores. O problema pode acontecer também entre pessoas com melhor status socioeconômico (quando eles vierem a ter problemas dentários, anorexia ou astenia para preparar ou ingerir refeições e os diversos alimentos protéicos).

É necessário que uma quota de proteína de alto valor biológico esteja presente em cada refeição, independente da idade do indivíduo, pois apenas ingerir grande quantidade de proteína, não é uma garantia de uma boa nutrição. É indispensável que essa proteína tenha todos os aminoácidos essenciais, os que não são sintetizados pelo organismo, devendo ser retirados dos alimentos protéicos na quantidade adequada. Assim, as proteínas do leite, dos ovos e da carne são ditas de alto valor biológico, os quais devem estar presentes na dieta do idoso, de forma adequada.

As quotas dietéticas recomendadas (0,8g/kg de peso) não sugerem a redução na taxa protéica com a idade, em contraste com as calorias. Isto resulta no fato de que a proporção de proteínas, as quais compõem o total calórico, seja maior.

Os requerimentos para os idosos atingirem as necessidades protéicas são: um copo extra de leite desnatado às refeições ou entre elas (podendo ser usado para suplementar as menores quantidades de carne, peixe e outros alimentos protéicos consumidos); se a pessoa mora sozinha, leite e iogurte, queijo e ovos são geralmente usados como substitutos da carne, peixe ou aves domésticas, devido a maior facilidade de preparação desses alimentos.

Algumas observações devem ser levadas em consideração. Devido à adequada taxa de calorias, as proteínas tendem a serem economizadas, assim, é preciso considerar sempre o total de alimentos ingeridos.

c) Necessidades Vitamínicas

Infelizmente, pouco se sabe sobre as necessidades vitamínicas dos idosos e a existência de alguma alteração associada com a idade ou a doença crônica. No entanto, não há evidências de que as necessidades vitamínicas diminuam com a idade; é seguro afirmar que as pessoas idosas necessitam de todas as vitaminas, da mesma forma que quando jovens.

Se o fornecimento de alguma vitamina foi em quantidade mínima durante muitos anos, a redução no volume total da dieta poderá ser suficiente para precipitar deficiências nutricionais de pequena gravidade. O fator tempo no envelhecimento pode permitir que efeitos acumulativos sobressaiam.

d) Necessidades de Líquidos e Fibras

Quantidades adequadas de líquidos e fibras são necessários para prevenir a constipação, uma queixa comum entre as pessoas idosas, visto que a ingestão de fibras vegetais ricas em celulose, por não serem assimiladas em nível celular, produz um maior volume de resíduos no intestino, o que estimula o peristaltismo (movimentação involuntária), facilitando a evacuação das fezes. A Food and Nutrition Board do NAS-NRC recomenda 1ml de água para cada quilocaloria de alimento consumido, para as

peessoas de todas as idades. Uma necessidade maior de líquido é necessária para pacientes comatosos, pessoas em estado febril, com vômito, diarreia ou poliúria, e para aqueles que estão usando diuréticos ou dietas com alto teor protéico. Em ambientes quentes é necessário líquido adicional. A diminuição de líquidos causa desidratação e redução do volume sanguíneo, dificultando o transporte de oxigênio.

Especialistas no assunto concluíram que uma alimentação normal contendo frutas, vegetais e cereais, forneceria uma dieta adequada em fibras para a maioria das pessoas, especialmente os idosos.

e) **Necessidades de Minerais**

Os minerais são ingeridos sob a forma de compostos, contribuindo para a regulação de numerosas funções orgânicas, os mesmos fazem parte de todos os tecidos e líquidos do organismo, e são importantes para a manutenção dos processos biológicos.

Dentre suas funções podemos citar:

- catalisam as reações nervosas, contração muscular;
- importante para o metabolismo dos nutrientes;
- regulam o equilíbrio eletrólito;
- ajudam na produção de hormônios;
- reforçam a estrutura óssea;

As mulheres no período de pós-menopausa necessitam de menos ferro do que as mulheres jovens, por esta razão, o RDA para ferro é de 10mg para mulheres acima de 51 anos, comparado com 180mg para mulheres jovens.

As recomendações de minerais são as mesmas, tanto para idosos como também para pessoas de outra faixa etária.

5 O ABRIGO PARA IDOSOS E CUIDADOS COM SUAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS

De posse das informações técnicas expostas anteriormente resolvemos visitar um abrigo da cidade de João Pessoa. Por questões éticas, a Instituição foi designada “A”. A

seguir, faremos um breve histórico deste abrigo, enfocando sua estrutura e, por último, a questão relacionada à nutrição dos idosos abrigados.

A Instituição designada “A”, foi iniciada graças ao trabalho voluntário dos maçons da capital, cujo objetivo era abrigar pessoas pobres que viviam nas ruas (mendigos), ou seja, funcionava como albergue.

Em 14 de agosto de 1912, as freiras da congregação Madre Savina Petrilli começaram a administrar a instituição e trabalhar pelos idosos, passando a ser um asilo.

Atualmente, essa instituição cuida de idosos, de preferência os carentes e acima de 60 anos de idade; os mesmos chegam ao asilo, levados pela família, outros, por vontade própria e alguns, são abandonados na porta da instituição.

No referido abrigo, os idosos encontram carinho, cuidados médicos, alimentação, acompanhamento psicológico, sessões de fisioterapia com os acadêmicos da UNIPÊ, além de muita atenção de grupos que participam da parte religiosa da Instituição, como é o exemplo do Clube da Alegria, que os levam em excursões à praia, promove festas de confraternização e bailes para os idosos.

A instituição designada “A”, dispõe de 06 (seis) blocos que abrigam os idosos carentes, sendo que 02 (dois) desses blocos funcionam como pensionato para idosos, com 01 (um) quarto, 01 (uma) sala e 01 (um) banheiro, que é pago pela família do idoso, e outro bloco é destinado aos idosos doentes e debilitados. Cada bloco possui 04 (quatro) pavilhões, onde ficam os quartos que são divididos por sexo, comportando 03 (três) idosos, com exceção do pensionato.

Apesar da Instituição não receber ajuda governamental, a mesma se mantém com as aposentadorias dos idosos, com aluguéis do pensionato, doações e com o dinheiro arrecadado das festas beneficentes realizadas, tradicionalmente, no mês de setembro, todos os anos.

Também dispõe de uma boa infra-estrutura, com salão de festa para confraternização, capela onde são diariamente celebradas as missas, centro de terapia ocupacional, além de uma guarita, com sistema de comunicação, para oferecer a devida segurança aos idosos. Possui, ainda, uma lavanderia elétrica, cozinha organizada, obedecendo aos padrões de higiene, farmácia com medicamentos utilizados diariamente e de primeiro socorros. Mantém um corpo efetivo de 50 funcionários, com os direitos trabalhistas assegurados, a fim de possibilitar um trabalho operacional satisfatório.

A instituição “A” abriga 105 idosos (carentes e pensionistas), no entanto, a mesma só dá apoio nutricional e logístico aos idosos carentes, por razões socioeconômicas desfavoráveis. Aqueles que dispõem de melhor poder aquisitivo moram no pensionato, assumindo as despesas de aluguel, alimentação, assistência médica, medicamentos e etc.

Para este estudo trabalharemos com amostragem retirada entre os idosos economicamente desfavoráveis, tendo em vista que o direcionamento nutricional da instituição é exclusivo para os idosos carentes.

Por ocasião da visita, constatamos que a responsável pela nutrição dos idosos não é uma nutricionista, nem uma consultora de nutrição, a tarefa é exercida por uma freira, onde a mesma procura se inteirar da importância de determinados alimentos no cardápio diário dos idosos, através de fonte teórica (livros, revistas etc.) e por aconselhamento de especialista da área.

A dieta não é diferenciada de acordo com a patologia do idoso, obedece a um cardápio padrão, no entanto, são administrados com moderação, o sal, o açúcar, condimentos, gordura, entre outros alimentos, que, em excesso, são nocivos à saúde.

No cardápio diário são oferecidas 04 (quatro) refeições, sendo 03 (três) completas e 01 (um) lanche. Em face da carência de recursos financeiros, a instituição está impossibilitada de cumprir o cardápio ideal para atender às necessidades nutricionais do idoso, que são 06 (seis) refeições diárias, sendo 03 (três) completas, contendo todos os nutrientes essenciais e 03 (três) lanches. Nas tabelas abaixo, podemos visualizar a distribuição das refeições oferecidas na instituição estudada, como também as quantidades de calorias e nutrientes presentes nos alimentos que compõem o cardápio.

CARDÁPIO AVALIADO EM 15/02/2003

Tabela 1 – Desjejum

| ALIMENTO | QUANTIDADE | RETINOL (mcg) | ÁCIDO ASCÓRBICO (mg) | FERRO (mcg) | VALOR CALÓRICO |
|----------------------------|------------|------------------|----------------------------|----------------|---------------------|
| Pão francês | 50g | 0 | 0 | 0 | 134,5 k cal |
| Papa de aveia | 225g | 54 | 1,2 | 49,29 | 189,36 k cal |
| Chá de erva doce c/ açúcar | 200 ml | 0 | 0 | 0 | 59,7 k cal |
| Café com leite | 200 ml | 90 | 0 | 0 | 129,7 k cal |
| TOTAL | | 144 | 1,2 | 49,29 | 513,26 k cal |

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

Tabela 2 – Almoço

| ALIMENTO | QUANTIDADE | RETINOL (mcg) | ÁCIDO ASCÓRBICO (mg) | FERRO (mg) | VALOR CALÓRICO |
|------------------------|-------------------|------------------|----------------------------|---------------|-------------------|
| Arroz | 6 colheres (sopa) | 0 | 0 | 0,96 | 216 k cal |
| Feijão | 5 colheres (sopa) | 3,0 | 0 | 7,10 | 90 k cal |
| Macarrão | 30 g | 3,0 | 0 | 45 | 31,5 k cal |
| Peito de frango assado | 60 g | 4,8 | 0 | 1,2 | 65,4 k cal |
| Verduras* | 50 g | 181,5 | 3,88 | 0,315 | 24,6 k cal |
| Goiabada | 50 g | 0 | 0 | 0,38 | 137,3 k cal |
| TOTAL | | 192,3 | 3,88 | 54,955 | 564,8 Kcal |

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

*Verduras: batatinha, cenoura, chuchu e beterraba.

Tabela 3 – Lanche da Tarde

| ALIMENTO | QUANTIDADE | RETINOL (mcg) | ÁCIDO ASCÓRBICO (mg) | FERRO (mg) | VALOR CALÓRICO |
|------------------|-------------------|------------------|----------------------------|---------------|---------------------|
| Refresco de caju | 250ml | 67 | 83,9 | 0,5 | 137,65 k cal |
| Biscoito doce | 6 unidades (36 g) | 0 | 0 | 0 | 162 k cal |
| TOTAL | | 67 | 83,9 | 0,5 | 299,65 K cal |

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

Tabela 4 – Jantar

| ALIMENTO | QUANTIDADE | RETINOL (mcg) | ÁCIDO ASCÓRBICO (mg) | FERRO (mg) | VALOR CALÓRICO |
|--------------|------------|------------------|-------------------------|---------------|--------------------|
| Pão | 50g | 0 | 0 | 0,6 | 134,5k cal |
| Sopa | 200ml | 4,55 | 4,582 | 46,551 | 131,31k cal |
| Leite | 200ml | 90 | 0 | 0 | 70k cal |
| TOTAL | | 94,55 | 4,582 | 47,151 | 336,18k cal |

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

7 DISCURSSAO ACERCA DA ADEQUAÇÃO DE ENERGIA E NUTIRENTES DO CARDAPIO OFERECIDO

A média do VET misto dos idosos avaliados, equivale a 1771,396 kcal diária. Assim, ao analisarmos o VET médio misto destes abrigados e o cardápio oferecido pela Instituição “A”, pudemos evidenciar que os valores calóricos diários oferecidos aos

idosos estão dentro dos padrões nutricionais. No entanto, não podemos assegurar que as calorias ingeridas são satisfatórias para suprir as necessidades energéticas dos idosos, devido às limitações naturais típicas da senilidade, que dificultam a ingestão dos alimentos, proveniente da elevada prevalência da anadontia, dificultando o processo de mastigação. Também outros fatores como a anorexia, deficiência visual e depressão, inibem o bom funcionamento das calorias inseridas no cardápio.

Referindo-se as vitaminas (A e C) e ao mineral Ferro, constatamos resultados positivos com relação às quantidades de vitamina C e do mineral Ferro presente no cardápio. Porém, observamos os exames laboratoriais da maioria destes idosos e verificamos a presença de anemia, em virtude dos fatores mencionados no parágrafo anterior.

Para atenuar os fatores típicos da senilidade que interferem negativamente na ingestão dos alimentos, sugerimos adotar medidas que contribuam para melhorar o aproveitamento dos nutrientes presentes nos mesmos, adotando mudanças na sua apresentação, dando preferência aos alimentos pastosos, a fim de facilitar a ingestão e, conseqüentemente, a absorção dos nutrientes essenciais para uma boa nutrição dos idosos abrigados, como também, no caso daqueles com deficiência visual, ser orientados quanto à localização dos alimentos presentes em sua bandeja. Para os depressivos e com anorexia, motivá-los da importância da alimentação diária para a preservação da sua saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cada dia o organismo envelhece um pouco, seja pela supressão da atividade mitótica, formação de radicais livres, responsáveis pela degeneração celular, ou mesmo fatores externos ao organismo, a exemplo das radiações ionizantes, stress, alimentação deficiente, medicamento de uso prolongado e estilo de vida.

A população investigada apresentou deficiências nutricionais, particularmente quanto à ingestão dos alimentos reguladores e estruturais específicos, sobretudo, provavelmente deficiência de proteínas de alto valor biológico de vitaminas A e C e o Ferro.

Alimentar o idoso não significa necessariamente nutri-lo. É preciso considerar a capacidade de ingestão do mesmo, devido a elevada prevalência de anodontia em nossa

população. Além disso, a anorexia, as deficiências visuais, depressão e outras doenças intercorrentes contribuem para agravar o estado de hiponutrição.

Os resultados do presente estudo indicam que a deficiência nutricional da terceira idade traduz não somente as alterações fisiológicas provenientes do envelhecimento, mas também uma restrição alimentar associada a estados nosológicos. Ademais, a subnutrição observada está fortemente relacionada ao precário nível socioeconômico de nossa população, agravando as limitações naturais típicas da senilidade.

Verificou-se, também, a necessidade de reforçar as ações públicas de saúde, relacionadas à alimentação e nutrição dos idosos, demonstrando a importância da presença e atuação do profissional nutricionista nos abrigos, bem como uma equipe de saúde multidisciplinar, proporcionando uma atenção integral a saúde dos idosos abrigados.

9 REFERÊNCIAS

ANDERSON, Linnea et al. **Nutrição**. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988p. 272-279.

CUIDADOS pela vida. São Paulo: Biosintética, jan/mar. 2000.

FRANCO, Guilherme. **Tabela de composição química dos alimentos**. 9. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 65-152.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause: alimentação, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 276-279.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 262.

RUIPÉREZ, Isidoro; LLORENTE, Paloma. **Guias práticos de enfermagem: geriatria**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2000. p. 1.

SANTIAGO, Henriqueta. PB tem a 3ª maior população idosa do país. **Correio da Paraíba**, João Pessoa, 09 mar. 2003. Cidades, p. B-2.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: INCIDÊNCIA ATUAL PREOCUPANTE

Richardson D. Wanderley Ramalho*
Danyelle Monte Fernandes da Costa*

INTRODUÇÃO

A escolha do tema gravidez na adolescência se ateve ao fato de se constituir numa realidade extremamente preocupante, sob todos os aspectos, reflexo da imaturidade da adolescente que, desprovida de orientação, se expõe de maneira inconsciente, sem noção dos riscos aos quais está exposta. Além de constatarmos a carência dos serviços especializados a adolescentes grávidas e à evidência de que a maioria delas é oriunda do meio socioeconômico desfavorável.

Desta forma, o presente trabalho vem informar sobre a importância do conhecimento, acerca dos problemas enfrentados pelas adolescentes grávidas, uma vez que o índice estatístico aponta para um aumento considerável.

Segundo Bio (1992) a gravidez na adolescência tem mobilizado a atenção dos profissionais da área de saúde, estimulando uma série de iniciativas no setor. Assim, além de inúmeros estudos a respeito, surgem equipes multidisciplinares voltadas não só para adolescentes grávidas, mas também para essa faixa etária.

Além dos cuidados clínicos específicos, a gravidez de adolescentes, muitas vezes considerada de alto risco pelos problemas psicológicos e sociais que as acompanham, quase sempre há a orientação de se proporcionar um acompanhamento personalizado durante o pré-natal e, na medida do possível, até o parto.

De acordo com Araújo (1988), faz-se necessário um acompanhamento pré-natal com um(a) obstetra, como também um acompanhamento psicológico para auxiliar a gestante adolescente a compreender e elaborar as ansiedades naturais da gravidez, orientar-se quanto ao desenvolvimento normal da gestação, preparar-se para o parto e até mesmo quanto a minimizar dúvidas em relação aos cuidados com o bebê.

A princípio, pretende-se caracterizar a fase da adolescência no desenvolvimento humano, para isso, se faz necessário compreender que esta fase propicia uma série de transformações corporais, fisiológicas, emocionais e relacionais.

* Graduando da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

* Profª orientadora, Mestre em Psicologia Social.

Para Kahhale (1997), a adolescência é, então, uma fase do desenvolvimento humano, onde os modelos e padrões infantis são questionados, sendo reelaborados de maneira que o(a) jovem insira-se no mundo adulto, de modo a construir sua identidade sexual, afetiva e profissional.

Segundo Pahim, (1986), o(a) adolescente sofre transformações no aspecto social que é transição de um estado de indivíduo totalmente dependente, para um estado de relativa independência; no aspecto biológico, com a evolução para completa maturação sexual, e no aspecto psicológico, no qual adquire sua identidade pessoal. No que se trata da gravidez sabe-se que é uma fase de desenvolvimento da mulher que implica numa série de mudanças, tanto em nível corporal, fisiológico, como afetivo e relacional. A gravidez é vivida por uma mulher específica, que está inserida num contexto familiar e social específicos, portanto, é uma vivência tanto individual como grupal e familiar, que exigirá o desenvolvimento de novos papéis: de mãe, de pai, de avós, de tios...(BURROGHS, 1995).

O mesmo processo ocorre com a adolescência que redimensiona não o indivíduo que está adolescente, mas todo o meio e os familiares ao redor; são novos papéis a serem assumidos: buscar uma identidade, ser pai e mãe de um jovem, e não mais uma criança.

Para Kahhale, pensar na gravidez da adolescente é pensar nesses dois processos dinâmicos ocorrendo juntos. A tarefa assumida pela adolescente é dupla: buscar a identidade através da maternidade, que pode significar um processo de desenvolvimento e integração de sua identidade de mulher, como pode significar um aumento da dependência das figuras parentais e/ou de um companheiro, restringindo as possibilidades de sua identidade de mulher.

ALTERAÇÕES PSICOBIOLOGICAS DA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, que se caracteriza por transformações e que se estende dos 13 aos 19 anos. Tem seu início com um marco biológico, a puberdade, servindo como ponto de referência a menarca nas meninas e a primeira ejaculação, nos meninos.

Para Carreli (2002) essa fase de transição é um tanto confusa, permeada por desejos, culpas indecifráveis e surpresas. O corpo começa a mudar e vão surgindo dúvidas, vontades e ansiedades. Nessa época, tudo é vivido intensamente e tudo muda muito rápido;

o(a) adolescente varia suas opiniões, idéias, comportamentos, humor, assim como muda de roupa, todas esse dinamismo leva ao amadurecimento que é o objetivo desta fase, marcada por duas aquisições importantes: a capacidade reprodutiva e a identidade pessoal.

A sociedade em geral, não dá a devida importância à sexualidade dos jovens, com suas manifestações negadas e reprimidas, na maioria das vezes, e, principalmente, com uma educação sexual inadequada, pois, sabe-se que na nossa cultura, o tema *sexo* ainda não é tratado de forma espontânea, saudável e verdadeira. Esse fato pode levar a repercussões negativas, como aponta Chalem (1992) no caso da gravidez indesejada, abortos provocados e aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis.

ALTERAÇÕES PSICOBIOLOGICAS DA GRAVIDEZ

Sabe-se que a gravidez é um processo que se desenvolve na genitália interna, após o coito, no qual a presença do feto e seus anexos dentro do útero fazem com que aconteçam modificações progressivas na mulher, envolvendo seus aspectos físico e psíquico.

As alterações fisiológicas observadas na gestação decorrem principalmente de fatores hormonais e mecânicos. As mudanças verificadas no organismo materno devem ser consideradas normais durante o estado gravídico, às vezes aparecem pequenos sintomas molestos à paciente, entre eles, pode-se verificar: modificações na postura e deambulação, alteração do metabolismo, sistema circulatório, sangüíneo, urinário, respiratório, digestivo e pele. Constata-se também modificações dos órgãos genitais, onde a vulva e a vagina se tumefatizam, e sua coloração se altera; o útero, que está destinado a reter e abrigar o concepto e seus anexos, engravidado, num mínimo de tempo, se modifica fundamentalmente (REZENDE,1992).

A gravidez é um estado muito rico na vida de uma mulher, que pode ser vivido intensamente e encarado como uma oportunidade de crescimento e amadurecimento emocional. Nenhuma mulher passa por esse processo sem mudanças. Por mais desejado que o seja o bebê, é natural que esta vivência desperte conflitos e ansiedade, como: “Será que estou grávida mesmo?”, “Vou saber cuidar do meu filho?” etc.

A ansiedade aparece devido às modificações corporais, os processos

fisiológicos normais da gravidez e à necessidade de acompanhar, emocionalmente, todas essas mudanças. É preciso adaptar-se a uma nova realidade, há uma vida nova se formando e isso, por si só, já é o suficiente para transformar uma vida. Em todas as áreas, o impacto da gestação pode ser sentido: na relação do casal, na família, nos amigos, no trabalho, na relação financeira, dentre outros. Um fator de grande influência, no impacto psicológico da gestação, é o nível de maturidade e preparo da mulher para a maternidade.

Em função de tantas alterações, as gestantes enfrentam instabilidade emocional, sensibilidade acentuada, necessidade de maior afeto, grande irritabilidade, medo e ansiedade. A gestação pode ser uma experiência enriquecedora para a mulher, quando ela aceita o papel de mulher-mãe. Contudo, uma boa orientação e ensinamentos são imprescindíveis para tornar uma gestação em uma experiência mais positiva e agradável.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Falar em gravidez na adolescência envolve uma "dupla situação de crise", como já explicitamos anteriormente, ambas sofrem transformações tanto corporais quanto existenciais. Pode-se imaginar a complexidade de vivenciar essas duas ocorrências concomitantemente.

Para Bio (1992), mesmo a adolescente estando apta à reprodução, o anúncio da atividade sexual associada à gravidez gera uma sobrecarga de transformações físicas, orgânicas e emocionais típicas, tanto do período de adolescência quanto da gravidez, o que caracteriza um sério período de crise.

Não se pode esquecer que uma gravidez na adolescência envolve até mesmo risco de vida para a mãe e o bebê, pois, muitas vezes, a adolescente esconde a gravidez ao máximo, iniciando de modo tardio o pré-natal. Barradas (1992) aponta que esse fato associado à imaturidade fisiológica dessas pacientes, com idade ginecológica encurtada, leve a uma incidência elevada de pré-eclampsia e eclampsia, chegando a ser duas vezes maior que a média. Encontra-se também risco maior de prematuridade, e maior incidência de anemia, pois o crescimento físico não está completo e as jovens podem ser negligentes com sua dieta. Os dados estatísticos apontam que uma crescente ocorrência de gravidez na adolescência vem aumentando muito. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (XX), em um ano, de cada 100 mulheres que têm bebês, 28 têm menos de 18 anos de

idade. Segundo pesquisa divulgada em maio deste ano, pelo IBGE, desde 1980, aumentou em 14,7% o número de crianças nascidas de mães entre 15 e 19 anos. Cerca de 700 mil meninas tornam-se mães a cada ano no Brasil. Entre garotas de 10 a 14 anos, o índice de crescimento de gravidez é mais preocupante, dos cerca de 2,7 milhões de partos no Brasil, 35 mil ou 1,3% ocorrem nessa faixa etária. No ano de 1993, este índice era de 0,93%.

Segundo Burroughs (1995), a incidência de gravidez na adolescência está crescendo não só por razão das meninas estarem se relacionando sexualmente mais cedo, mas também em decorrência do crescimento da miséria, que gera situações promíscuas. E um outro aspecto fisiológico que tem sido comumente lembrado é que existe um amadurecimento sexual mais precoce, onde há influência social, uma vez que provavelmente está ligado à melhoria nutricional e estímulos emocionais.

Outro fato que tem chamado a atenção é que a gestação das adolescentes geralmente ocorre no mesmo ano ou no ano seguinte ao início da vida sexual. É relatado pouco tempo de atividade sexual antes da gestação (quatro a seis meses, em média), não havendo tempo para a adolescente conhecer o seu corpo e o companheiro, ou mesmo, de obter prazer com a vida sexual. Essas colocações das pacientes reforçam a idéia de que o(a) adolescente busca o início de uma vida sexual e não o início de uma vida familiar.

Não é fácil, para o(a) jovem, beneficiar-se dos serviços de orientação contraceptiva, pois isso seria uma confissão implícita de vida sexual ativa. Por outro lado, é difícil ou mesmo impossível adotar certos métodos mais dispendiosos, uma vez que, em geral, dependem financeiramente dos pais.

Pouco se fala a respeito da família, a não ser que ela constitui o primeiro grande problema enfrentado pela adolescente, tão logo seja confirmada a gravidez. Muitas vezes as meninas não contam para seus familiares que estão grávidas; escondem ao máximo o seu estado. Diante disso, procura-se discutir a importância da relação de apoio que a família deve manter com a adolescente grávida.

A possibilidade de uma família aceitar a gravidez se sua filha não decorre de atitudes. Há outras variáveis como valores morais dos pais e situações socioeconômicas, que interferem na vida familiar, determinando atitudes perante situações desse tipo.

Para Braga (1995), o atendimento psicológico visa o esclarecimento das dúvidas e a orientação nas dificuldades, reduz o risco obstétrico e emocional nas pacientes facilitando a interação dos pais com o bebê, proporcionando o desenvolvimento da disponibilidade materna/paterna. Somente assim teremos jovens mães fortalecidas no seu

novo papel, sentindo-se respeitadas e integradas à sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação, incluindo o parto, é, talvez, a experiência mais emocionante e dramática da vida de uma mulher. É enorme o impacto que ela causa na adolescente e em sua família, devido às diferenças e mudanças nos padrões culturais da sociedade, a gestação é muitas vezes vivenciada sem o apoio da família e dos amigos.

De acordo com Burroghs (1995), a literatura médica e de enfermagem da atualidade reflete a experiência gestacional moderna: o foco ampliou-se dos aspectos puramente físicos, para uma visão que inclui os aspectos psicossociais da gestação. Desta forma, ela pode ser uma experiência gratificante e excitante, mas pode também ser um período de estresse e mudanças abruptas na vida dos futuros pais. A gestação pode ser um desafio para cada membro da família, envolvendo sentimentos, tanto de alegria quanto de perplexidade, nunca experimentados; ela desafia os melhores casamentos ou relacionamentos.

A gestação entre adolescentes vem se tornando cada vez mais frequente. Esse despertar precoce para a vida sexual é consequência do maior liberalismo dos jovens, da falta de orientação sobre o uso de métodos contraceptivos, e agravado pelo baixo nível sócio-econômico-cultural de nossa população, levando à gestação indesejada, criando, com isso, uma série de crises na adolescência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Maria Matos; SOUSA, Maria das Graças. O adolescente segundo uma abordagem biopsicossocial. **Revista da Economia do Ceará**, Fundação Instituto de Planejamento do Ceará, Fortaleza, v. 6, 1988.

BARRADAS, Sandra; CHALEM, Elisa. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**. São Paulo, Moreira Júnior, nº 7, 1992.

BIO, Eliane Rodrigues et al. Gestação na adolescência: aspectos somato-psíquico. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, Parma, v. 3, ano 3, n  2, 1992.

BRAGA, Ricardo Fernandes et al. **Revista de Ciências Médicas-PUCCAMP**. Campinas, v. 4, n  3, 1995.

BURROUGHS, Aline. **Uma introdu o   enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARRELLI, GABRIELA. SEXO COMEÇA CEDO E COM OUSADIA. **REVISTA VEJA**. EDITORA ABRIL S/A., 1738 ED., ANO 35, N  6, 2002.

FRIAS, Att lio Cypriano. Klinikos. Aspectos psicológicos de ciclo gravídico-puerperal. **Revista da Faculdade de Medicina de Catanduva**, V. 5, ano 5, n  14, 1989.

KAHHALE, Edna M. S. Peter et al. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 8, ano 8, n  1, 1997.

PAHIM, Regina; MARINHO, Célia. **Gravidez na adolescência na perspectiva dos profissionais de saúde**. Brasília, DF: Funda o Carlos Chagas, 1986.

REZENDE, Jorge; BARBOSA, Carlos Ant nio. **Obstetrícia Fundamental**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO: UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA

Amanda Donato Cunha¹
Andréa Guimarães Teixeira
Rafaella Pereira Coutinho de Azevedo
Renata Marinho Veloso
Wiviane Chaves Nunes

RESUMO

Neste trabalho procurou-se realizar uma retrospectiva histórica do Hospital Napoleão Laureano, localizado no Bairro de Jaguaribe, na cidade de João Pessoa-PB, considerando a qualidade da infra-estrutura da instituição e do atendimento prestado ao paciente portador de câncer, da sua fundação, aos dias atuais. Constatou-se que, através dos tempos, houve grande melhoria nas instalações hospitalares, utilização de aparelhos de última geração, construção de uma nova UTI e da casa de apoio, para uma melhor assistência aos enfermos que vêm de outras cidades. A equipe que trabalha no hospital é altamente qualificada, sendo composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, odontólogos e assistentes sociais.

Palavras-chave: Hospital, Portador de Câncer, Atendimento ao Cliente, Solidariedade, Serviço Social Médico

ABSTRACT

This work looked to carry out the quality of the attendance given to the cancer's patient in the Napoleão Laureano Hospital since it's foundations at the current days in a retrospective perspective. It was evidenced that throug out the times there were a great improvement in the instalation, genneration and construction of a new TIU and of the house of support for the better assistance for the patients outcoming from others towns. The medical assistance is considered of very good quality therefore the effective medical team is highly quallified being composed for doctors, nurses, Physiotherapists, Psychologues, Phonoclinicians, dentists and social assistants.

Key-words: Hospital; Patient of cancer; Attendance to client; Solidarity, Service social doctor

¹ Trabalho elaborado pelas alunas do curso de Enfermagem da FACENE, sob orientação do professor. Eduardo Jorge da Silva Lopes - Sociologia

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve por objetivo delinear o perfil do atendimento prestado aos portadores de câncer, pelo Hospital Napoleão Laureano, considerando, para fins da pesquisa, a qualidade da equipe médica e a estrutura da instituição.

O hospital atende pacientes que residem no município, onde está localizado, como também àqueles procedentes de outras cidades, pois é um dos únicos hospitais do Estado que trabalha com esse tipo de doença, o câncer, que, segundo Rey (1999, p. 35) é a denominação geral para as doenças que resultam do crescimento desordenado e potencialmente ilimitado das células de um tecido ou órgão, que invadem os tecidos vizinhos e produzem metástase no organismo”. Muito embora alguns estudos tenham avançado na compreensão da proliferação celular, que levou à melhor compreensão da biologia da célula cancerosa, ainda é uma das principais *causa-mortis* em países desenvolvidos (BAYNES; DOMINICZARK, 2000).

2 METODOLOGIA

Para conhecimento da realidade a ser estudada foram realizadas visitas ao Hospital, visando à obtenção de informações *in loco* sobre a estrutura institucional e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

As informações foram coletadas através da consulta a documentos que pertencem ao arquivo do hospital e de informações dadas pelo diretor e a assistente social que trabalham no local.

A pesquisa realizada foi do tipo documental e bibliográfica, podendo-se assim colher os dados referentes ao histórico do Hospital, número de pacientes atendidos, local de origem e nível socioeconômico, através de consulta aos registros institucionais e do referencial bibliográfico disponível. Foi utilizado também, como instrumento de pesquisa, a entrevista semi-diretiva, que serviu como confirmação dos dados obtidos, através das fontes documentais consultadas.

3 COMO SURTIU O HOSPITAL LAUREANO

No dia 17 de março de 1951, na sede do jornal "Diário Carioca", no Rio de Janeiro, realizou-se uma mesa-redonda, solicitada pelo próprio Dr. Napoleão Rodrigues Laureano, que se esforçava para expressar o desejo de ver construído, em João Pessoa, na Paraíba, um centro de combate ao câncer.

Os trabalhos foram transmitidos pela Rádio Mayrink Veiga e Rádio Nacional, que abriram uma campanha para angariar recursos destinados à luta contra o câncer, conforme desejo do médico paraibano.

Napoleão Laureano, que retornara dos Estados Unidos desenganoado pela medicina, mostrava, com o seu gesto, a grandeza do seu coração, a magnitude de sua solidariedade aos seus semelhantes, especialmente os mais humildes.

Acreditamos que Napoleão Laureano jamais tenha imaginado que a sua bondade pudesse resultar em tantos proveitos para a luta contra o câncer no país. Ele desejava um centro de combate ao câncer em João Pessoa, como foi dito anteriormente, e chegou a expressar o seu desejo em ver construído uma enfermaria no Hospital São Cristóvão, depois denominado de Newton Lacerda, onde trabalhou ao lado do então diretor e seu colega amigo Dr. Newton Lacerda.

A idéia cresceu e resultou na construção do Hospital Napoleão Laureano, que hoje ocupa uma posição de destaque entre os nosocômios especializados do Brasil. A entidade não está somente bem equipada, mas possui uma equipe multidisciplinar do mais alto valor intelectual.

O atendimento ao paciente de câncer na Paraíba tem duas fases bem distintas, uma antes e outra depois da inauguração do Hospital Napoleão Laureano. Na primeira, o doente ficava debaixo das mangueiras na Praça Caldas Brandão, em frente ao Hospital Santa Isabel e, na segunda, passou a ser recebido, examinado e tratado com zelo e carinho no hospital que Napoleão Laureano tanto desejou edificar.

Na ocasião em que se comemora o cinquentenário de criação da Fundação Laureano, podemos dizer que a entidade, apesar das grandes dificuldades vivenciadas nos longos anos de sua existência, é vitoriosa por tudo que já conseguiu realizar. O Hospital Napoleão Laureano, além de sua nobre e árdua missão de tratar os pacientes com câncer, vem sendo um excelente centro de ensinamento aos médicos e aos profissionais da área da saúde. Ele tem colaborado, inclusive, com a Universidade Federal da Paraíba.

Parabéns a todos que confiaram, apoiaram e realizaram o sonho do grande médico e mártir Napoleão Laureano.

4 CASA DE APOIO AO PORTADOR DE CÂNCER

Após longos anos de espera, finalmente foi construída a Casa de Apoio ao Portador do Câncer, Luiz Wylmar Rodrigues Neto, da Paraíba, numa iniciativa da Rede Feminina de Combate ao Câncer que, por meio de doações, ofertou aos portadores de câncer, que residem no interior do Estado, um abrigo confortável, seguro e muito tranquilo, numa das avenidas do bairro de Jaguaribe, em João Pessoa.

Em geral, quando um paciente vem se tratar no Hospital do Câncer Napoleão Laureano, não tem onde permanecer durante o tratamento. Muitos deles apelavam para parentes, ou então, uma família amiga, mas o portador de câncer ainda é visto com certa reserva por muitas pessoas, por falta de informação sobre a enfermidade. Havia também o constrangimento de o paciente pedir o favor, sabendo que tem uma doença tão temida.

Na verdade, há muita solidariedade com o portador de câncer – entre os familiares especialmente – mas havia também aqueles pacientes que, simplesmente, não tinham onde se hospedar em João Pessoa. Deprimidos por causa da enfermidade, os pacientes se viam obrigados a viajar centenas de quilômetros para se consultar e, em seguida, voltar para casa, quando deviam receber, no lugar do tratamento, conforto, segurança e apoio psicológico.

A Casa de Apoio dispõe de vinte leitos e amplas áreas de lazer para aqueles pacientes que se submetem a tratamento quimioterápico e radioterápico, no Laureano, assim, a Casa está aberta para aqueles que vêm do interior, e, em João Pessoa, não têm onde se hospedar. Esses pacientes ocupavam leitos na enfermaria do hospital e que deveriam ser destinados para novos enfermos.

5 O LAUREANO NUNCA FECHA A PORTA AOS PACIENTES

O hospital Napoleão Laureano tem uma característica que cultua desde a fundação, há 39 anos: a regionalização de seus serviços. Pacientes de 110 dos 223 municípios paraibanos procuram o Hospital Napoleão Laureano todos os dias, assim como

aqueles que residem nos estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará. Pelo menos 500 pessoas passam pelo ambulatório para consultar e tirar dúvidas a respeito de uma doença que, até hoje, por desinformação, carrega o estigma do preconceito – o câncer.

Mais de 60% dos pacientes que procuram o Laureano residem no interior do estado, e, historicamente, não têm acesso fácil à rede de saúde pública. Um dado assustador revela bem essa desinformação. De mil casos estatisticamente analisados em 1998, o câncer de boca registrou 10,4% dos casos.

O Hospital Laureano é uma espécie de porta da esperança; desde a sua inauguração em 1962, a característica deste hospital tem sido a solidariedade. Se o câncer de boca é uma evidência das condições socioeconômicas da Paraíba, os cânceres de útero e de mama confirmam no Laureano, em 1997, tinham câncer de útero, e 13,5% contraíram câncer de mama. Mas é o câncer de pele que registrou maior percentual – 17,1%.

Quanto ao grau de instrução, 36,1% dos pacientes do Laureano são analfabetos; 41,1% têm o primeiro grau incompleto e 5,8% têm instrução superior. Esses dados podem explicar, em parte, a razão de os pacientes procurarem o Laureano, quando a doença está num estágio muito avançado. Segundo dados levantados pelo hospital, as mulheres demoram mais do que os homens em busca de tratamento adequado. Em 2001, foram atendidas 33,443 mil pessoas; 128,8 mil pacientes se submeteram à revisão, e foram registrados 3,9 mil pacientes (HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, 2001).

6 SERVIÇO SOCIAL

Mede as relações entre o Hospital e a clientela, a equipe médica e paramédica e, especialmente, o doente e a família dele. O paciente não é compreendido isoladamente, mas inserido dentro de um contexto social em que os fatores culturais e religiosos exercem influência decisiva no estado biofísico-social do paciente portador de câncer.

O Serviço Social Médico do Hospital do Câncer Napoleão Laureano é responsável pela assistência aos pacientes e familiares, nas questões que interfiram direta ou indiretamente na viabilização do tratamento oncológico do paciente, por meio de ações emergenciais e educativas.

Ao Serviço Social Médico, dirigido por um(a) assistente social, compete, basicamente:

- promover a investigação dos problemas médico-sociais e econômicos dos pacientes, visando a solução dos obstáculos com rapidez e eficiência;
- proporcionar instrução e entretenimento;
- colaborar na execução de programas de ensino e de educação sanitária.

Em geral, o paciente obedece à determinação de retornar no prazo estipulado pelo médico, mas quando isso acontece, o Serviço social entra em ação para se comunicar com o doente – ou com familiares, por meio de cartas, telegramas, telefones e e-mails. Essa ausência ocorre porque o paciente tem medo de receber o resultado do diagnóstico e, por causa disso, alguns não retornam ao Hospital.

7 O ATENDIMENTO AO PACIENTE

Ao chegar no Laureano pela primeira vez, o paciente é encaminhado ao Setor de Triagem e, a partir daí, ele tem o primeiro contato com médico e a enfermeira-chefe do ambulatório, e saberá se será tratado no Laureano ou em outro hospital.

Em geral, os pacientes obedecem o prazo de retorno para uma nova consulta, por determinação médica, mas há casos em que isso não ocorre. Então, o Serviço Social entra em ação e se comunica com o doente ou com familiares, por meio de telefone, carta e telegrama. Os pacientes que se submetem à biopsia temem em receber o diagnóstico médico e, por isso, alguns pacientes não retornam ao Hospital no prazo estipulado pelo médico.

A presença da família no acompanhamento do paciente é de suma importância para a recuperação do enfermo e, ao mesmo tempo, é reconfortante do ponto de vista psicológico e espiritual, porque o portador de câncer necessita de muito carinho, apoio e solidariedade da família e dos amigos.

Há pacientes internados no Laureano que relatam às assistentes sociais que estão angustiados e tristes com os problemas domésticos. Como a maioria dos pacientes do Laureano é considerada de baixa renda, alguns apresentam irritação porque a família ficou desamparada, sem meios para se sustentar, enquanto ele permanece no Hospital.

Trata-se de um quadro desesperador. A missão da Assistente Social é reconfortá-lo, visitando-o diariamente, levando até ele mensagens positivas, a fim de que

ganhe força de vontade para viver. A equipe de psicólogos do Laureano ajuda substancialmente os pacientes nesses momentos difíceis.

A finalidade do(a) assistente social é de intermediar o diálogo do paciente com o Hospital, com os médicos e com a família. No pré-operatório, por exemplo, o(a) assistente social procura saber se o doente está satisfeito com o tratamento, se ele gostaria de entrar em contato com a família, por exemplo. Tal profissional deve conversar muito com o paciente, ser calmo(a) e afetuoso(a) para, a partir daí, se estabelecer entre os dois, uma relação de confiança, por meio de uma convivência amistosa e solidária.

8 REGISTRO HOSPITALAR

O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Napoleão Laureano atingiu a marca dos 1000 registros de neoplasias malignas, cumprindo normas exigidas pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria Nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em Oncologia. Um destes critérios é o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) que proporciona um serviço de informações, que permite, ao hospital, prestar um melhor serviço aos seus pacientes.

8.1 O hospital conta atualmente com:

- Triagem Médica; Anatomia Patológica; Clínica Médica; Urologia; Cabeça e pescoço; Controle da dor; Fonoaudiologia; Tórax; Cirurgia; Abdômen e Proctologia; DML; Eletrocardiograma; Tecido conectivo; Mama/Cirurgia Plástica; Ginecologia; Curativo; Sami registro hospitalar do câncer; Serviço social; Fisioterapia; Farmácia satélite; Centro de estudo; Centro Cirúrgico; Biópsia de congelamento; Quimioterapia; Preparo do material; Apartamento Médico; Unidade de adultos; Unidade de pediatria; Esterilização; Tomografia Computadorizada; Ultrasonografia; Mamografia; Estabilipan; Raios X; Acelerador linear; Cobalto; Betaterapia; Braquiterapia; Refeitório; Nutrição e dietética; Apartamentos; Enfermarias; Administração; Arquivo.

Observa-se, pelos dados apresentados, que o hospital está muito bem estruturado. Há algum tempo atrás, câncer era sinônimo de morte: o tratamento era

incipiente e não havia tecnologia capaz de proporcionar ao paciente uma sobrevida com conforto e segurança. A família, simplesmente, deixava-os lá no pátio do Santa Isabel, por dois motivos. Primeiro, a preocupação dos familiares era se livrar do enfermo, na ignorância de que a doença fosse contagiosa. Segundo, o Santa Isabel era o único local onde se poderia apelar por um tratamento científico.

Ainda hoje, apesar de toda a evolução da medicina e dos meios de comunicação, o câncer ainda é visto com preconceito por grande parcela da população. De fato, o câncer é uma doença brutal, superagressiva e mata, se não for diagnosticado em tempo hábil. A rigor, a história da oncologia na Paraíba se divide em dois tempos: antes e depois da inauguração, há 40 anos, do Hospital do Câncer Napoleão Laureano.

Ao longo dessas quatro décadas, o Laureano cresceu e se modernizou, com a marca do pioneirismo que o caracteriza. Foi o primeiro na região na implantação da braquiterapia de alta taxa de dose, ao adquirir o aparelho Microselectron, utilizado no tratamento dos cânceres de mama e útero. O Laureano foi também o primeiro a realizar implante temporário de irídio no tratamento do câncer de próstata.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As feridas demoram a cicatrizar

Durante as visitas realizadas e pelas informações prestadas pela equipe que trabalha no hospital, constatou-se que o momento mais difícil para a equipe médica é comunicar ao paciente que ele está com câncer, é a hora do anúncio do diagnóstico, pois a reação, tanto do portador da doença quanto da família, é sempre traumática. A notícia parece soar como uma sentença de morte. Muito embora haja grandes avanços na medicina relacionados à cura e tratamento da enfermidade, o número de pessoas portadoras de câncer tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Em 2001, foram atendidas 787 pessoas que se submeteram a 3476 sessões de quimioterapia.

A doença costuma provocar “feridas na alma”, por conseguinte, para um tratamento mais eficaz, têm que ser considerados os fatores psicológicos e sociais, além dos males biológicos, para tanto, faz-se necessária a presença no hospital de uma equipe multidisciplinar, capacitada para estes fins. Constatou-se, durante a pesquisa, que o

Napoleão Laureano consa com esta equipe, o que vem favorecendo a um bom atendimento e tratamento aos portadores de câncer.

REFERÊNCIAS

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOSPITAL NAPOLEAO LAUREANO. Disponível em: <http://www.h_laureano.org.br>. Acesso em: 12 out. 2002.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2002.

BAYNES, J.; DOMINICZAK, M. **Bioquímica médica**. São Paulo: Manole, 2000.

REY, Luiz. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogon, 1999. 113p.

TEMAS Essenciais Para Vida. São Paulo: **Enciclopédia Britânica do Brasil**. Publicações, 1999. 239p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 21 nov. 2002.

Normas de Publicação da Revista

Os textos encaminhados para publicação deverão atender as seguintes especificações:

1. Folha à parte, com os dados de identificação do(s) autor(es) (no máximo de quatro), especificando: a instituição de origem do(s) autor(es), bem como sua titulação acadêmica, endereço convencional, telefone, endereço eletrônico e página eletrônica (quando possuir). Especificar a seção da revista para a qual envia o trabalho (artigos, traduções, resenhas, ensaio, pesquisa);
2. Título do texto em caixa-alta e, em seguida, o(s) nome(s) do(s) autor(es), alinhado à direita com respectivos e-mails;
3. Uma cópia em disquete 3 ½ HD, acompanhado de três cópias impressas em papel, no formato A4, e editor de texto Microsoft Word for Windows, em versão atualizada;
4. Utilizar a fonte **Times New Roman**, tamanho **12**, espaço entre linhas **1,5 cm**;
5. Configuração de página: margem superior 3,0 cm, inferior 2,5 cm, esquerda 3,0 cm e direita 2,5 cm;
6. Todos os trabalhos enviados para publicação deverão atender as especificações da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT/NBR 6023;
7. Os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos;
8. Caberá ao(s) autor(es) enviar seus textos após rigorosa revisão ortográfica;
9. As notas deverão ser registradas no rodapé da página;
10. Em hipótese alguma os disquetes e originais impressos serão devolvidos;
11. Serão aceitos trabalhos que não tenham sido encaminhados a outros periódicos;
12. O Editor da revista e os membros do Conselho Editorial e Consultivo possuem autonomia para alterar, quando necessário, estruturas dos textos enviados para publicação.

Normas Específicas para os Textos

Artigos: no máximo de 15 laudas com as referências bibliográficas, segundo as especificações da ABNT/NBR 6023. Os trabalhos devem apresentar a seguinte seqüência: título; resumo de 10 (dez) linhas em português e em uma língua estrangeira, com no máximo cinco palavras-chave ou descritores em ciências da saúde;

Traduções: tradução de artigos em, no máximo, 10 (dez) laudas, seguindo as especificações atribuídas a artigos traduzidos;

Resenhas: apresentação e análise de livros publicados na área de saúde, até 3 (três) laudas. Serão aceitas, para apreciação, resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto.

Relatório de pesquisa: texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área (no máximo 4 laudas);

Resumos de pesquisa em nível de especialização, de mestrado ou doutorado: texto original da monografia, dissertação ou tese com 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras;

Espaço discente: espaço reservado a relatório de pesquisa, texto de seminários e resumos. Texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área de saúde ou afins, no máximo 8 (oito) laudas para os relatórios de pesquisa, 5 (cinco) laudas para os textos de seminários e uma lauda para os resumos. Todos os textos deverão constar obrigatoriamente: nome do autor(es) e o nome do professor/orientador, bem como sua titulação.

Os textos deverão ser enviados para a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (aos cuidados do professor Eduardo Jorge Lopes da Silva). Av. Tabajara, 761. Centro de João Pessoa – Paraíba. Fone/Fax: 222-7727 ou 222-3090. CEP.: 58.013-360. E-mail:

facene@facene ou eduardojls@ig.com.br

Assinaturas

Revista Ciências da Saúde Nova Esperança

Assinaturas

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Anual – profissional (dois exemplares) | R\$ |
| <input type="checkbox"/> Anual – Estudante de graduação (dois exemplares) | R\$ |
| <input type="checkbox"/> Anual – Instituições (dois exemplares) | R\$ |
| <input type="checkbox"/> Apenas um exemplar | R\$ |

Formas de Pagamento

1. Enviar cheque nominal à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Av. Tabajaras, 761. João Pessoa–Paraíba. CEP.: 58013-036, anexando ficha cadastral preenchida (modelo abaixo);
2. Depósito na Agência: _____ Banco do Brasil. Conta corrente: _____.
Cheque nominal à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).
Enviar comprovante de depósito via Fax juntamente com a Ficha Cadastral preenchida.

Modelo Ficha Cadastral

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **CEP.:** _____ **Cidade:** _____

Estado: _____

Fone: () _____

Profissão: _____

E-mail: _____

Modalidade de assinatura: () Anual – profissional () Anual – Estudante de graduação* () Anual – Instituições () Apenas um exemplar

Data: ____/____/____.

Assinatura

* Para estudantes de graduação anexar declaração da faculdade de origem.