

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA DE LOURDES COSTA DA SILVA

**INTERAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A GESTANTE COM
DIAGNÓSTICO DE PRÉ-ECLÂMPSIA**

Natal/RN
2008.1

MARIA DE LOURDES COSTA DA SILVA

**INTERAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A GESTANTE COM
DIAGNÓSTICO DE PRÉ-ECLÂMPsia**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Bertha Cruz Enders

Natal/RN
2008.1

CATALOGAÇÃO NA FONTE

- S586d Silva, Maria de Lourdes Costa da.
Interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia / Maria de Lourdes Costa da Silva. __ Natal. __ RN, 2008.
113 p. : il.
Orientador: Profª Drª Bertha Cruz Enders.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
1. Pré-eclâmpsia - Dissertação. 2. Relações interpessoais - Dissertação 3. Equipe de enfermagem - Dissertação. I. Enders, Bertha Cruz. II. Título.

RN-UF/BS-CCS

CDU: 618.38:616 - 083 (043.3)

BANCA EXAMINADORA

A DISSERTAÇÃO “**Interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia**”, apresentada por Maria de Lourdes Costa da Silva ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Professora Doutora Bertha Cruz Enders – Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Professora Doutora Maria Djair Dias – Titular
DESPP- CCS- UFPB

Professora Doutora Rosineide Santana de Brito – Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

Professora Doutora Raimunda Medeiros Germano – Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

A Deus, que me deu todas as condições para trilhar este caminho, que me fez crescer bastante, seja através dos conhecimentos assimilados, das novas amizades, enfim, em todo momento pude contemplar o Seu amor.

Aos meus pais Cícero e Terezinha pelo esforço contínuo em transmitir os verdadeiros valores da vida, acima de tudo amor, respeito, confiança e responsabilidade.

Ao meu marido Fred, companheiro de todos os momentos. O seu apoio me fez caminhar com segurança e tranquilidade.

À minha avó Eliza (in memoriam), que sempre me estimulou e rezou pelo meu crescimento humano e profissional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora professora Dr^a Bertha Cruz Enders, pela paciência, dedicação e sabedoria que me impulsionaram a não parar diante das dificuldades.

À professora Dr^a Rosineide Santana de Brito, pelo carinho, atenção e disponibilidade em ajudar sempre. A sua presença faz o mundo ser melhor.

À professora Maria Djair Dias, pela grandiosa contribuição em aceitar compor a banca desta defesa.

À professora Dr^a Raimunda Medeiros Germano, pela colaboração, carinho e incentivo à realização deste trabalho.

À enfermeira Magda Lúcia companheira e amiga, exemplo de honestidade, responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Enfermagem da UFRN, representado pela coordenação e vice-coordenação do programa de Pós-Graduação em Enfermagem, professores Gilson Torres e Bertha Cruz Enders, pela oportunidade de expandir os meus conhecimentos.

Aos funcionários da enfermaria de alto risco da Maternidade Januário Cicco, pelo apoio e carinho com que ajudaram a concretizar este momento.

Aos colegas enfermeiros da Maternidade Januário Cicco, pelo incentivo e colaboração efetiva para a concretização deste momento.

À direção da Maternidade Januário Cicco, pela compreensão nos momentos de ausência.

Às pacientes da Maternidade, que, com tanto amor me ajudaram a compreender o universo subjetivo do ser humano através da interação.

Aos colegas do mestrado, pelo prazer de conviver com eles nestes dois anos, sendo um contributo essencial para o meu crescimento na vida acadêmica e como ser humano.

Às amigas Janmilli Dantas e Priscila Brigolini, pois, através delas, pude comprovar o valor dos verdadeiros relacionamentos.

À professora Altamira Medeiros, pela correção do português.

Ao bibliotecário João Bosco Medeiros pela normatização do trabalho

À minha sogra dona Eunice e cunhadas Maria José e Josélia, pela compreensão e carinho durante esta trajetória.

Às amigas da Escola de Enfermagem de Natal, em especial Ana Cristina, que sempre torceram e acreditaram no meu bom desempenho acadêmico.

À amiga Nilba Lima de Souza, antiga companheira sempre a estimular e apoiar a caminhada.

À amiga Brenda Joyce, pela compreensão e incentivo na jornada.

A todos os que colaboraram direta e indiretamente para o êxito deste trabalho.

RESUMO

SILVA, M. L. C. **Interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia.** Natal, 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, tendo como objetivo analisar a percepção da equipe de enfermagem e das gestantes hospitalizadas, com pré-eclâmpsia, sobre o processo de interação durante a realização dos cuidados. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada junto a 20 profissionais de enfermagem, que atuam na enfermaria de alto risco, e 10 gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia. As informações originadas dos depoimentos foram tratadas, conforme o método de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. Desse processo, em relação aos profissionais, surgiram três categorias que descrevem como estes percebem a sua interação com a gestante no cuidado: reconhecimento das necessidades da gestante hospitalizada, compreensão da mulher com pré-eclâmpsia e apresentação das dificuldades no processo de interação. No que diz respeito às gestantes, emergiram três categorias: percepção das especificidades do cuidado, ausência de informação/acolhimento/vínculo e percepção do processo de interação. O significado das falas foi interpretado à luz dos princípios do Interacionismo Simbólico. Os resultados mostraram que tanto os profissionais quanto as gestantes percebem haver uma interação limitada entre eles, sendo necessário refletir sobre esta realidade nas instituições de saúde e no ensino de enfermagem.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia. Relações interpessoais. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, M.L.C. Interaction between the nursing team and the pregnant woman with the diagnosis of pre-eclampsia. Natal, 2008. 113 p. Dissertation (Masters) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

The objective of this exploratory descriptive study with a qualitative approach was to analyze the perception of the nursing team and the pregnant women hospitalized with pre-eclampsia regarding the interactive process occurring in the care relationship. Data were collected by semi-structured interview with twenty nursing professionals that work in the high-risk ward and ten pregnant women with the diagnosis of pre-eclampsia. The discourses were analyzed using the content analysis method, in the modality of thematic identification. Three categories were identified that describe the perception of the interaction by the nursing professionals: recognizing the needs of the hospitalized pregnant woman, understanding the woman with pre-eclampsia, and presenting difficulties in the interactive process. With regards to the pregnant women, four categories emerged: recognizing the clinical care, feeling the lack of information, experiencing feelings during the hospitalization, and envisioning the interaction process. The meaning of the discourses was analyzed according to the principles of symbolic interactionism. The results indicate that both, the nursing professionals and the pregnant women, have a limited perception of their interaction, suggesting a need for further reflection about this reality in the health service units and in the nursing education environment.

Key terms: Pre-eclampsia. Interpersonal relationships. Nursing, team

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	19
OBJETIVOS GERAIS.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL	21
2.2 A GRAVIDEZ ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO.....	23
2.3 O PROFISSIONAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO	31
2.4 O PROCESSO INTERATIVO E A EQUIPE DE ENFERMAGEM	33
2.5 A INTERAÇÃO COM PESSOAS VIVENCIANDO SITUAÇÕES CRÍTICAS.....	37
2.6 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO	39
3 METODOLOGIA	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	43
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	46
3.6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	48
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	95
ANEXOS	110

INTRODUÇÃO

“Nada do que é feito por amor é pequeno.”

Chiara Lubich

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo desenvolvido junto à equipe de enfermagem e a gestantes internadas em uma unidade hospitalar, com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Busca analisar a percepção da equipe de enfermagem e das mulheres sobre o processo de interação durante a assistência, como contributo à identificação e atendimento das reais necessidades das pacientes.

Entendemos que esta temática precisa ser estudada, haja vista que a patologia demanda necessidades especiais não apenas físicas, biológicas, mas psicoemocionais. Entretanto, observamos no nosso cotidiano dificuldades demonstradas pelos profissionais em interagir com a mulher acometida por intercorrências no período gravídico/puerperal durante os cuidados que lhe são prestados, afetando desta maneira o atendimento às suas necessidades.

A nossa prática, como enfermeira, é desenvolvida numa unidade designada para o internamento de mulheres com patologias da gravidez. Trata-se de um hospital público universitário, que funciona como referência para gravidez de alto risco, sendo grande parte das admissões decorrente de pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Ao longo dessa trajetória, temos percebido que os profissionais de enfermagem, na assistência a gestantes acometidas por pré-eclâmpsia, se preocupam principalmente com os aspectos técnicos relacionados à doença, como também em manter as normas e rotinas preconizadas pela instituição. Desse modo, a subjetividade da mulher portadora de uma patologia, que lhe condiciona internamento com risco de morte materna e fetal, é pouco priorizada. Logo, é de fundamental importância entendermos o caráter subjetivo dessa mulher, tendo em vista que a patologia suscita sentimentos de medo, angústia, dúvida, raiva e solidão (LEAL, 2004). Assim sendo, o papel da equipe de enfermagem é fundamental no atendimento da gestante, de forma integral, através da interação que se desenvolve pelo diálogo, escuta e acolhimento.

A gravidez, embora seja um acontecimento normal na vida das mulheres, em uma parcela destas pode ser considerada de risco, com repercussões não só para elas, como também para a família e a sociedade a que pertence. Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde, diversos fatores podem levar a uma gestação de alto risco; no entanto, os mais comuns são agrupados em quatro grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; e intercorrências clínicas. A pré-eclâmpsia, uma das formas de hipertensão presente na gestante, enquadra-se entre as doenças obstétricas na gravidez (BRASIL, 2000).

Nessa linha de consideração, Garret (2002) afirma que a gestação de alto risco representa uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e do feto, por um distúrbio coincidente ou exclusivo da gestação.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) estima que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério. Dentre elas, a hipertensão é a mais comum, incidindo em 10% a 22% das gestações, contribuindo para a ocorrência de partos prematuros e morbidade/mortalidade neonatal (AMERICAN... 2002, SIBAI, 2003, OLIVEIRA et al., 2006). Tratando-se do Brasil, os dados apontam que aproximadamente 10% das gestantes desenvolvem síndromes hipertensivas (BRASIL, 2006). No que se refere à pré-eclâmpsia no Rio Grande do Norte, Leão (2007) encontrou a incidência de 12%, estudando gestantes na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), instituição de referência para gravidez de alto risco.

A pré-eclâmpsia, conhecida também como Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, patologia elencada como a mais freqüente no diagnóstico de gravidez de alto risco, é conceituada, por Rezende (2003), como distúrbio multissistêmico, caracterizada por hipertensão e proteinúria após a vigésima semana de gravidez. A etiopatogenia dessa doença é desconhecida. Existem hoje algumas teorias que tentam explicá-la, porém ainda sem resultado conclusivo.

Clinicamente, a patologia se manifesta de diversas formas, porém destaca-se a pré-eclâmpsia leve e a grave.

A leve é caracterizada por hipertensão, com níveis tensionais variando entre 140 x 90 mmHg e proteinúria em torno de 300 mg, em 24 horas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o tratamento é realizado através do acompanhamento ambulatorial no pré-natal e constituído basicamente pelo uso de medicação hipotensora, seguimento dos exames laboratoriais, repouso e dieta hipossódica. Consta ainda de avaliação da vitalidade fetal e condições maternas.

Quanto à pré-eclâmpsia grave, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) caracteriza como aquela em que ocorre a presença de um ou mais dos seguintes sintomas: PA \geq 160 x 110 mmHg, proteinúria \geq 2g/24h, oligúria, distúrbios visuais e/ou cerebrais, edema de pulmão ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, sinais de encefalopatia hipertensiva, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas.

Vale salientar que, por ocasião da pré-eclâmpsia grave, a internação é obrigatória, sendo indispensável a avaliação materna e fetal, uso da medicação específica — o sulfato de magnésio —, como também a tomada de decisão sobre a interrupção ou não da gestação, como forma de preservar a vida da mãe e do feto.

Mediante o agravamento, a patologia pode atingir o sistema nervoso central, desencadear convulsões, recebendo a denominação de eclâmpsia. Ainda pode surgir a Síndrome HELLP¹, que, além de outros sintomas, é definida pela associação entre hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática.

Diante da gravidade das condições clínicas da mulher, com a possibilidade de insucesso da gravidez, surge a angústia e sensação de impotência. Sobre este assunto, Kidner; Flanders-Stepans (2004) destaca que na gravidez de alto risco ocorre a possibilidade de interrupção abrupta da gestação, o choque “bebê imaginário / bebê real”, o medo constante da perda do recém-nascido, como também o afastamento da família por longo período de internamento. Isto pode ser visto como um ciclo não controlado e desconhecido, que inclui sentimentos de traição e perdas, associados às expressões de frustração, raiva, culpa e medo.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as dificuldades de adaptação emocional nas mulheres que desenvolvem gravidez fora dos padrões de normalidade são maiores, não só pelo rótulo de gravidez de alto risco, mas por serem identificados a perda da auto-estima e o sentimento de incompetência. Vale ressaltar que isto decorre da quebra do equilíbrio emocional diante de uma condição clínica pré-existente ou sentimento de luto quando a condição de risco foi diagnosticada durante o período gestacional.

De acordo com Zampieri (2002), a vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo extremamente complexo e diversificado que se estende não só à família, mas à sociedade, sendo importante compreendê-lo em sua

¹ Sigla que se refere aos termos que constituem esta patologia. Hemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelets.

totalidade. Deve-se observar o contexto de vida da gestante, como a aceitação da gravidez pela gestante e família, condições socioeconômicas, culturais e espirituais, como também o acesso à assistência pré-natal. Neste sentido, é de fundamental importância o suporte psicológico pela equipe de enfermagem que, estando sempre ao lado da mulher e família, poderá contribuir para a superação das dificuldades desse momento de intensas transformações, adaptações e, sobretudo, de fragilidade emocional.

Na nossa rotina de trabalho, enquanto profissionais atuantes na enfermaria de alto risco, observamos que os sentimentos mais freqüentes da gestante acometida por pré-eclâmpsia são o medo de sua morte, e a do seu filho, medo do desconhecido, insegurança e preocupação com a família. Na maioria das vezes, a mulher deixa em casa filhos menores sozinhos ou sendo cuidados por parentes e vizinhos. Neste contexto, a ansiedade causada pelo internamento desencadeia na paciente sentimentos de solidão e desamparo, de ordem conjugal, psicológica e financeira, que são agudizados pela inexperiência, visto que muitas são primigestas e/ou adolescentes. Adicionam-se a isso a falta de informação e orientação das mulheres acerca do seu estado de saúde e os riscos a que está submetida, como afirmam Leal, (2004) e Moreira, (2005).

Diante desse fato, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) salienta a necessidade de a equipe de saúde ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia a patologia. Nessa linha de consideração, alguns autores, como Tedesco (1999) e Moreira (2005), concebem o relacionamento entre profissional/paciente como impessoal, objetivo e inautêntico. Acrescentam os autores que, geralmente, a equipe é percebida pela paciente como distante, fria, pouco comunicativa, mal humorada, de fala difícil e com explicações sempre resumidas.

Conforme Rugolo (2004), as mulheres com diagnóstico de gravidez de alto risco, a exemplo da pré-eclâmpsia, são referenciadas para um hospital terciário. Acrescenta que esta instituição geralmente disponibiliza ao máximo os recursos tecnológicos, com equipes multiprofissionais especializadas e habilitadas, entretanto, dá pouca ênfase ao suporte emocional. Para a mulher a hospitalização se faz necessária e representa a conscientização da doença e suas conseqüências. No entanto, esse momento é marcado freqüentemente pela rigidez do ambiente hospitalar, evidenciado através de protocolos, normas e rotinas, obrigando a

paciente a se adequar a horários determinados, gerando ansiedade e perda da sua autonomia.

Nessa linha de consideração, faz-se necessário reportarmos a Aquino (2003) quando ressalta que historicamente os direitos à cidadania da mulher na assistência à saúde são prejudicados. Isto ocorre como consequência das relações de poder entre profissional/paciente, da noção de cidadania passiva outorgada pelo estado, como também pela sua fragilidade durante o período gravídico/puerperal, exacerbada diante de uma gravidez de alto risco.

Outro aspecto fundamental da hospitalização é a separação da família, aumentando o sentimento de abandono e solidão, tendo a mesma de se contentar com os horários da visita. Este fato se agrava quando a mulher tem outros filhos, gerando culpa e incapacidade para o desempenho do papel de mãe, podendo surgir sentimentos de raiva relativa ao feto, visto que a ligação com os demais filhos é ainda mais forte, como afirma Tedesco (1999).

Na perspectiva de minimizar esta realidade, uma das propostas da Política Nacional de Humanização – PNH diz respeito a visita aberta e o direito a acompanhante. A visita aberta tem como objetivo expandir o acesso dos visitantes às unidades de internação para que seja mantido o elo entre o paciente e sua rede social. Já a o direito a acompanhante permite que um representante da rede social da pessoa internada o acompanhe durante a sua permanência nos serviços de saúde (Brasil, 2007).

Em seu estudo, Rugolo et al. (2004) acrescentam que, estando o hospital universitário vinculado ao ensino, a assistência à mulher é prestada por diversos profissionais, professores, residentes, estudantes de diferentes cursos, havendo interferência no estabelecimento do vínculo da equipe com a paciente, ficando a mesma sem saber a quem se referir. Assim sendo, é necessário haver uma reflexão sobre o processo de atenção à saúde da mulher.

É oportuno enfatizarmos a importância da Política Nacional de Humanização, que discute sobre a organização do sistema de saúde, os profissionais, os saberes, tendo como base a dimensão subjetiva entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. Busca, através dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurar o direito à cidadania. Neste sentido, a Integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, além de garantir o direito ao cidadão de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, compreende

o entendimento integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e de intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais (BRASIL, 2006).

Tratando-se da enfermagem, categoria profissional que desempenha um papel fundamental no atendimento ao ser humano em todas as suas dimensões, estabelecendo o primeiro contato com a mulher na instituição hospitalar e acompanhando-a vinte e quatro horas por dia, espera-se que esteja preparada para o acolhimento e a assistência humanizada à gestante. Isto significa dizer que o profissional precisa dispor não só do conhecimento técnico da patologia, mas desenvolver habilidades para observar o seu contexto, buscando minimizar os transtornos existentes.

Nessa perspectiva, a equipe deve fornecer informações pertinentes à doença, ouvir dúvidas, angústias, medos, anseios e esperanças da gestante. Além disso, deve esforçar-se para acolhê-la e valorizá-la em todas as suas dimensões, com vistas a diminuir a vulnerabilidade e aumentar a predisposição para o enfrentamento das dificuldades advindas do seu estado de saúde, tendo assim as suas reais necessidades atendidas.

O conceito de necessidade é parte integrante da enfermagem. Muitas abordagens teóricas e práticas concentram o trabalho da enfermagem no atendimento das necessidades humanas. Nesse sentido destacamos Horta (1979) e Talento (2000) com a teoria de Watson (1979).

Entretanto, conforme Patrício (1993), a enfermagem é fortemente influenciada pela ciência médica, que, tendo a visão centrada no tecnicismo e no reducionismo, insere-se num sistema de saúde, que, segundo Capra (1982), passa por grande crise, deixando de responder às necessidades do indivíduo. Neste sentido, é fundamental abordar o ser humano como um todo, não limitado à técnica, ao biologismo, mas relacionando esses aspectos ao contexto emocional, social e cultural no qual o indivíduo está inserido, por meio da interação.

Nessa discussão, destacamos alguns autores que advogam a necessidade de uma mudança na abordagem do profissional para com o indivíduo, através da interação. Dentre eles, Lopes e Jorge (2004) afirmam que, para conquistar cada vez mais seu espaço, a enfermagem deve repensar suas atitudes, isto é, entender as pessoas como ser-no-mundo, possuidoras de liberdade de ação, capazes de interagir na tomada de decisões. Acrescenta Beltrán (2006) que a

interação humana é inerente à enfermagem e constitui um componente fundamental na sua prática.

Baseado na teoria de King (1971), George, (2000) define interação como comportamento observável de duas ou mais pessoas mutuamente. Caracteriza-se por valores e mecanismos que resultam no relacionamento humano, sendo influenciado pelas percepções e reciprocidade. É composto por relacionamento verbal e não verbal.

Desse modo, concebemos que para atender às necessidades do indivíduo se faz necessário diálogo, escuta ativa, acolhida, comunicação e informações claras sobre seu estado de saúde, como também quanto às condutas tomadas. Assim, a interação é algo a ser estabelecido de forma efetiva pela equipe de enfermagem. Para tanto, é preciso haver reciprocidade, uma vez que o processo interativo se delinea como um contributo fundamental na identificação e no atendimento das necessidades do ser humano.

Por conseguinte, constatamos que o cuidar ocorre essencialmente através de uma ação interativa, que se desenvolve mediante conhecimento e experiência técnica, associados à expressão de interesse, sensibilidade, respeito, por meio de palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa conduta tende a favorecer a satisfação do profissional, já que o mesmo estabelece uma relação tanto criativa como amorosa consigo mesmo e os outros (LOPES; JORGE, 2004).

A partir dessas reflexões, admitimos que a interação exerce papel fundamental para a identificação e o atendimento das necessidades da paciente, porém observamos dificuldades nesse processo. Sendo assim, pressupomos haver um entendimento limitado dos profissionais sobre a interação, ao atenderem às necessidades de uma gestante hospitalizada acometida por pré-eclâmpsia. Intuímos que tal fato leva-os a não perceberem a importância do processo interativo, como também do seu papel como profissional.

Por outro lado, acreditamos que a gestante, como recebedora do cuidado, também interage com a equipe a partir da sua percepção e entendimento acerca de seu estado de saúde e mediante as suas necessidades. Porém, concordamos com Lima (2004) que salienta o papel de autoridade exercido pela equipe de saúde ao indisponibilizar à paciente a possibilidade de negociação para uma participação ativa nas decisões relacionadas à assistência.

Evidenciamos, na literatura, diversos trabalhos que abordam a interação em diferentes situações de enfermagem, como Cavalcanti (2002), Chistóforo, Zagonel e Carvalho (2006), porém constatamos a escassez de trabalhos sobre a interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia; todavia, os estudos de Aquino (2003), Lima (2004) e Costa (2007), versando sobre o relacionamento entre a equipe de saúde e a mulher no período gravídico/puerperal, identificaram dificuldades nesse processo.

Em vista disso, questionamos: como os profissionais de enfermagem percebem a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclâmpsia, no atendimento das suas necessidades? Como a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia percebe a interação com a equipe de enfermagem, no atendimento das suas necessidades?

Para entendermos esta problemática, desenvolvemos um estudo sobre a percepção da interação entre os profissionais de enfermagem e as gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, durante a assistência hospitalar, tendo em vista o atendimento das necessidades da mulher.

Após as considerações introdutórias sobre o tema, o trabalho está estruturado da seguinte maneira: revisão da literatura acerca da trajetória da saúde da mulher, no Brasil, a gravidez normal e patológica, a assistência de enfermagem na gestação de alto risco, o processo interativo e o Interacionismo Simbólico; processo metodológico; apresentação, discussão e análise dos resultados; considerações finais; referências; apêndices e anexos.

1.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção da equipe de enfermagem e a relação que se estabelece durante a hospitalização da gestante com pré-eclâmpsia no processo de cuidar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a percepção do profissional de enfermagem sobre o processo de interação com as gestantes hospitalizadas acometidas por pré-eclâmpsia;

Descrever as necessidades da gestante hospitalizada com pré-eclâmpsia, identificadas pela equipe de enfermagem;

Identificar a percepção das gestantes sobre o processo de interação com a equipe de enfermagem e o atendimento das suas necessidades durante o período de hospitalização.

REVISÃO DA LITERATURA

“É pensando criticamente a prática de hoje, ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática.”

Paulo Freire

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção discutimos a trajetória da atenção à saúde da mulher no Brasil, a gravidez como um período de transição, contemplando aspectos normais e patológicos. Dando continuidade, consideramos os aspectos clínicos da pré-eclâmpsia, o processo interativo entre o paciente e a equipe de enfermagem, evidenciando a interação com pessoas vivenciando situações críticas. Por último, abordamos o interacionismo simbólico que constitui o referencial teórico para o estudo.

2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Durante muito tempo as políticas de saúde da mulher, no Brasil, enfocaram exclusivamente os aspectos relativos à gestação, parto e puerpério, restringindo a atenção apenas ao processo reprodutivo (BRASIL, 2002). Esta prática foi reforçada nas décadas de 1930, 1950, 1970, limitando o papel da mulher ao de mãe, doméstica, responsável pela criação e cuidado dos filhos, como também dos demais familiares.

Segundo Osis (1994), os programas de saúde voltados à mulher resumiam-se à esfera da reprodução. Sendo assim, enfocavam a intervenção sobre as mulheres-mães, com o objetivo de garantir que os corpos dos filhos estivessem adequados às necessidades da construção de uma nação forte e sadia.

Nascimento (1992) ressalta que durante a Conferência Nacional de Saúde, em 1974, foram lançadas as bases para a formulação e implementação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI). Este programa concebia a atenção à saúde da mulher restrita às ações direcionadas ao ciclo gravídico/puerperal, visando à formação de indivíduos hígidos.

Entretanto, com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980 e mudanças no padrão procriativo, ganharam ênfase os aspectos relacionados à contracepção, à gravidez e ao parto. Este período foi considerado de transição democrática, ocorrendo a organização de diversos movimentos sociais, entre eles o feminista, que propiciou a reflexão sobre os direitos relacionados à saúde da mulher de uma forma mais abrangente (MOURA; RODRIGUES, 2003)

Em 1983, como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM que buscou o rompimento com a visão tradicional, centralizada nas questões relativas à reprodução. Desse modo, o Estado brasileiro implantou um programa que inclui o planejamento familiar dentre as suas ações (OSIS, 1994).

Apesar dessa iniciativa ter representado um passo importante no caminho percorrido pelos ideais que levaram à reforma sanitária, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e culminando na Assembléia Nacional Constituinte em 1988 com a constituição do SUS, Pinotti et al.(1990) e Osis (1990) afirmam que a implementação do PAISM em todo o território não aconteceu. Constatou-se a falta de compromisso não apenas no que diz respeito à saúde da mulher, mas a todos os segmentos da população.

Neste ínterim, no início do ano 2000 foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade no acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, às mães, bem como aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania. Com o objetivo de promover um acompanhamento pré-natal de qualidade são preconizadas algumas atividades, como a realização do pré-natal até o 4º mês de gestação, garantia de alguns procedimentos, dentre eles: número mínimo de seis consultas de pré-natal, exames e vacinas preconizadas, referência para os casos de risco, atividades educativas. Fato importante foi a criação do Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), que evidenciou fragilidades e potencialidades do programa. Mesmo havendo dificuldades em vários aspectos, o PHPN representa um importante instrumento em favor da melhoria da atenção à saúde (BRASIL, 2002).

Por conseguinte, surgiu em 2003 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega a prevenção e o tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a atenção às mulheres vítimas do AIDS, as portadoras de doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. E ainda amplia as ações para

grupos historicamente excluídos das políticas públicas, como as trabalhadoras rurais, as mulheres na menopausa e na terceira idade, com transtornos mentais, com deficiência, as lésbicas, as indígenas e as presidiárias (BRASIL, 2004).

A PNAISM teve como objetivo promover a atenção integral à saúde da mulher e, para atingir seu objetivo, lançou prioridades para o período 2004-2007. Entre as ações, destacam-se a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e adolescentes, e a ampliação e qualificação da atenção integral à saúde de grupos da população feminina, ainda não considerados devidamente nas políticas públicas, citados anteriormente. Sendo assim, as propostas da PNAISM buscam reconhecer o respeito aos direitos humanos das mulheres, com o olhar não mais reduzido à questão materno/infantil, mas de forma integral e humanizada. Portanto, os estudos apontam esforços constantes na perspectiva de uma atenção integral nos diferentes grupos da população feminina (BRASIL, 2004).

Nesse momento é pertinente entendermos o sentido da integralidade, abordado como dimensão das práticas dos profissionais de saúde. Tal dimensão busca o desvencilhar-se de uma prática centrada na patologia e não no indivíduo, revelando-se assim fragmentária e reducionista, impossibilitando a apreensão das necessidades mais abrangentes dos pacientes. A prática baseada na integralidade reflete-se numa nova maneira de relacionamento entre profissionais e pacientes, ampliando a visão do profissional para além do conhecimento da doença, contemplando o psicológico e o social. Assim, esta conduta parte do princípio de que as necessidades dos que procuram os serviços de saúde não se limitam ao sofrimento gerado por uma doença, não bastando a sua prevenção e o controle, mas o entendimento de todas as dimensões do ser humano (MATTOS, 2001).

2.2 GRAVIDEZ ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO

A gravidez é um período de transição, na vida da mulher, que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, como mudança de identidade e novas definições de papéis. O seu significado para a gestante pode ter vários motivos conscientes e inconscientes, citando-se, entre eles, o aprofundamento de uma relação homem/mulher, desejo de continuidade, manutenção de um vínculo nem sempre estável e o preenchimento do vazio de um companheiro (MALDONADO, 2002).

A gestante apresenta durante a gravidez aspectos psicológicos que, embora estejam presentes em determinadas fases da gestação, manifestam-se de maneira peculiar em cada mulher. Dessa forma, Maldonado (2002) afirma que o primeiro trimestre é marcado pelo início da ambivalência afetiva, caracterizada pela aceitação e não aceitação da gravidez, decorrendo sentimentos de alegria e apreensão, podendo ocorrer a rejeição. Esta fase é também, geralmente, marcada por indisposição, náuseas e vômitos, como também alteração do humor.

Do ponto de vista psicológico, o segundo trimestre é considerado mais estável, no qual a mulher confere os sinais de vitalidade do bebê através dos seus movimentos, ocorrendo a personificação do feto. Já no terceiro trimestre, eleva-se a ansiedade devido à proximidade do parto, surge novamente o sentimento de ambigüidade entre a vontade de ter ou não o filho.

O período gestacional é perpassado por constantes sentimentos de ambivalência e fantasias sobre o bebê e o parto, juntamente com o medo da ocorrência de complicações na saúde do filho(a). Dessa forma, Feliciano e Kovacs (2003) advertem que as percepções, valores e sentimentos que caracterizam a gestação, só serão compreendidos pela aproximação dos contextos cotidianos de cada mulher. De acordo com Zampieri (2001), desde os primeiros tempos, a gravidez foi envolvida por mistérios, tabus, preconceitos e rituais, na possível tentativa de explicar o incompreensível.

Assim sendo, Moreira (2005) salienta que o profissional deve ter um olhar compreensivo sobre o ser feminino que está vivenciando uma gravidez, imersa nos aspectos existenciais do humano e, dessa forma, contribuir para a superação dos conflitos internos da gestante e de sua família, através da criação de vínculo e confiança.

Ainda de acordo com Moreira (2005), o período gestacional, além ser assinalado por alterações biológicas e psicológicas, pode também ser marcado pela observância de fatores socioeconômicos desfavoráveis, contribuindo, sobremaneira, para aumentar a tensão da mulher e família. Isto reforça a necessidade de a gravidez ser compartilhada pela família, sociedade e serviços de saúde, esperando-se que os profissionais estejam preparados para enfrentar os conflitos (SILVA, 2007).

Por conseguinte, na gestação, a ocorrência de alterações anômalas leva a mulher a apresentar maiores dificuldades para adaptações emocionais, passando

a conviver com o rótulo de “gravidez de alto risco”, tornando-se distinta das grávidas normais ou de baixo risco.

Segundo Maldonado (2002), a patologia surge como fator agravante em um período caracterizado por reestruturação e definições de papéis, tendo como conseqüências sentimentos de raiva, culpa, medo, culminando com baixa estima e perda do controle em relação à gravidez e a si mesma, podendo interferir no curso do processo gravídico. Como conseqüência, ocorrem mudanças no nível de satisfação e aceitação dos cuidados médicos, através de atitudes negativas. Somam-se a isso a possibilidade de internações sucessivas e demoradas, exames invasivos, alterando o equilíbrio pessoal e as inter-relações familiares (TEDESCO, 1999).

O relacionamento com familiares próximos, principalmente o cônjuge, pode estar permeado por ressentimentos e agressividade devido à separação e ao aumento de suas responsabilidades domésticas. Entretanto, ele experimenta os mesmos sentimentos da mulher, isto é, sentimentos de culpa, raiva, medo, preocupação e ainda sente-se deixado de fora do processo, tendo poucas informações e atenção por parte da equipe de saúde. Tal situação é confirmada por Carvalho (2005), que, em seu estudo, constatou a necessidade da valorização e inserção do cônjuge no contexto da gestação, que, mesmo buscando participar e apoiar a mulher neste momento, depara-se com a fragilidade do relacionamento com os profissionais de saúde.

Com relação ao significado do termo “risco”, Fletcher et al.(1996) apud Moreira (2005) conceituam como a probabilidade de ocorrência de algum evento indesejado, sendo utilizado freqüentemente para descrever a probabilidade de que pessoas, expostas a determinados fatores, adquiram uma doença específica.

Assim sendo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) conceitua gravidez de alto risco como a gestação em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de agravamento do que a média da população considerada. Pelas especificidades do nosso país, no que se refere às grandes dimensões e diferenças socioeconômicas e culturais, definiu-se alguns fatores que podem determinar condições de risco gestacional.

No entanto, os fatores identificados devem ser avaliados levando-se em consideração as peculiaridades e contexto de cada mulher. Este fato nos lembra Canguilhem (1982) quando afirma que o normal não é um conceito estático ou

pacífico, e sim, dinâmico e polêmico. Neste sentido, o que hoje é considerado normal numa gravidez, poderá ser amanhã classificado como patológico.

Analisando os critérios elencados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) os fatores relacionados a características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis dizem respeito a mulheres com idade menor que 17 e maior que 35 anos, ocupações que exijam grandes esforços físicos e exposição a agentes nocivos, estatura menor que 1,45m, peso menor que 45kg e maior que 75kg, e situação conjugal desfavorável.

Com relação à história reprodutiva anterior, o Ministério da Saúde identifica, como condição de risco, relatos de morte perinatal, recém-nascidos mal formados e com crescimento anormal, abortamentos habituais, intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos, nuliparidade, multiparidade e síndrome hemorrágica ou hipertensiva.

A presença de doenças obstétricas na atual gravidez é mais um fator relevante a ser considerado. Entre essas, destacam-se os desvios de crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico anormal, trabalho de parto prematuro, ganho de peso ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, aloimunização e óbito fetal. Por último, elenca a presença de intercorrências clínicas na gravidez, como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, ginecopatias, doenças auto-imunes (BRASIL, 2000).

Nessa linha de consideração, abordamos a pré-eclâmpsia, patologia mais freqüente entre as causas de gravidez de alto risco. Ela faz parte do grupo de doenças que compõem as síndromes hipertensivas da gestação. Nos Estados Unidos, o último consenso do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), publicado em 1990 e reafirmado em 2000, identificou as formas de manifestação da hipertensão arterial na mulher. Denominou-as de síndromes hipertensivas e classificou suas formas como sendo: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia, e a hipertensão gestacional.

A hipertensão arterial crônica é a elevação da pressão arterial antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação não atribuída à doença trofoblástica

gestacional. A patologia pode também ser diagnosticada após a 20ª semana de gestação, persistindo por período superior a 12 semanas de pós-parto.

A hipertensão gestacional é identificada pela primeira vez na gestação, havendo ausência de proteinúria e retorno aos níveis tensionais até 12 semanas após o parto.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia corresponde à hipertensão após a 20ª semana de gravidez associada à proteinúria e, em casos graves, podendo surgir convulsões.

A hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia diz respeito à eliminação de proteína na urina em pacientes hipertensas que não apresentavam antes de 20 semanas de gestação, ou aumento acentuado da proteinúria, da pressão arterial ou diminuição das plaquetas em gestantes hipertensas com proteinúria presente antes de 20 semanas de gestação.

Segundo Pridjian e Puschett (2002), a pré-eclâmpsia é uma das maiores causas de morbidade/mortalidade materna e fetal. Sibai, Dekker e Kupfermanc (2005) afirmam que a patologia, além de ser a maior responsável pela morbidade/mortalidade materna e fetal, é também responsável pelas mortes perinatais, maiores índices de prematuridade e retardo do crescimento intra-uterino.

Apesar da sua importância, a etiologia da doença ainda é desconhecida. Autores como Kharfi et al. (2003) acreditam haver a combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais determinando problema na invasão das arteríolas espiraladas, que, por sua vez, reduzem a pressão de perfusão uteroplacentária, gerando isquemia/hipóxia da placenta durante a gestação. Como consequência da isquemia placentária, ocorre a liberação de fatores, como citocinas pró-inflamatórias, que dão origem à cascata de eventos celulares e moleculares, determinando a disfunção endotelial e aumento da resistência vascular. Portanto, a patologia tem dimensões sistêmicas, estando, porém, mais comprometidos os sistemas vascular, hepático, renal e cerebral.

De acordo com Peraçoli e Parpínelli (2005), a doença caracteriza-se pelo aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado à proteinúria. Segundo o consenso do NHBPEP, os níveis tensionais são considerados elevados quando a pressão sanguínea sistólica for maior ou igual a 140 mmHg e 90 mmHg para pressão diastólica em mulheres normotensas antes de 20 semanas de gestação. A pressão diastólica, de acordo com o consenso, é determinada pelo desaparecimento do som na fase V de Korotkoff. Considera-se os

níveis de proteinúria elevados quando igual ou maior que 300 mg/24 horas e é considerado grave quando igual ou maior que 2g. O edema, que anteriormente fazia parte dos critérios de definição da patologia, não é mais considerado. Quando não houver tratamento ou interrupção da gestação ocorre o desenvolvimento de complicações graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

A definição de pré-eclâmpsia grave, conforme o consenso do NHBPEP, é determinada pela presença de um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial \geq 160/110 mmHg, proteinúria \geq 2 g/24 horas, creatinina sérica $>1,2$ mg%, oligúria <500 ml/24 horas, distúrbios visuais e/ou cerebrais, edema pulmonar ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, disfunção hepática, plaquetopenia, restrição do crescimento fetal e eclâmpsia. Este quadro requer a hospitalização, como forma de um melhor acompanhamento e avaliação das condições maternas e fetais, como também prevenir ou tratar precocemente as possíveis complicações.

A eclâmpsia, considerada como grave complicação da pré-eclâmpsia, é definida pela presença de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em gestantes com pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas, podendo ocorrer na gestação, durante o trabalho de parto ou no puerpério.

A patologia é geralmente precedida pelos sinais e sintomas iminentes de eclâmpsia, manifestados por irritação do sistema nervoso central, como cefaléia frontal/occipital, torpor, obnubilação, alteração do comportamento, podendo apresentar ainda sinais de distúrbios visuais, como escotomas, fosfenas, visão embaçada, e até amaurose. Juntam-se a isso queixas gástricas de náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrio (PERAÇOLI ; PARPÍNELLI, 2005).

As causas da doença ainda não são conhecidas, porém existem algumas teorias propostas, tais como ocorrência do vasospasmo cerebral com isquemia local, encefalopatia hipertensiva acompanhada de hipoperfusão, edema vasogênico e lesão endotelial.

A incidência da eclâmpsia é variável, ocorrendo principalmente nos países em desenvolvimento, o que parece estar relacionado ao subdiagnóstico e falhas no tratamento da pré-eclâmpsia, que seriam minimizadas diante de uma assistência obstétrica adequada. Em média, essa incidência, em cada mil partos, é de 0,6 nos países desenvolvidos, e 4,5 nos países em desenvolvimento.

No que diz respeito ao tratamento e prevenção da doença, o estudo randomizado "Magpie Trial", relatado por Altman et al. (2002), utilizando o sulfato de magnésio em gestantes ou puérperas com pré-eclâmpsia e sem sinais de eclâmpsia, concluiu que, com o uso da medicação, houve uma redução em 50% do risco de eclâmpsia na amostra estudada. Tendo como base esse e outros estudos acerca desse assunto, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia orienta a utilização de um dos esquemas propostos para a administração do sulfato de magnésio, constituindo o esquema de Pritchard, Zuspan ou Sibai.

O esquema de Pritchard recomenda a dose de ataque de 20ml de sulfato de magnésio a 20% infundido lentamente na veia (8ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada) + 10 ml de sulfato a 50% em cada glúteo, com agulha de 10cm e calibre 20. A dose de manutenção é de 10 ml de sulfato a 50%, intramuscular, a cada 4 horas. Zuspan orienta 2ml de sulfato de magnésio a 50% + 58 ml de soro glicosado infundidos em 1 hora (1 grama/hora). Já Sibai adota 4 ml de sulfato de magnésio a 50% + 56 ml de soro glicosado infundidos a 60 ml/hora.

Ainda segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, tais esquemas devem ser mantidos por 24 horas após a resolução do parto ou da última convulsão. Na vigência de sinais de toxicidade relacionada ao sulfato de magnésio, administra-se o gluconato de cálcio a 10% (1 grama) lentamente na veia. A paciente deve ser monitorada constantemente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), observando-se principalmente a diurese, os reflexos patelares e a frequência respiratória.

Outra grave complicação da pré-eclâmpsia é a síndrome HELLP, identificada em 1982 por Weinstein, que define o quadro presente em hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia. De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, sua incidência está entre 0,2% a 12%, e é acompanhada por altas taxas de mortalidade materna e perinatal.

Sibai (1986) Apud Peraçoli e Parpínelli (2005), afirma que, quanto aos valores dos parâmetros que definem a síndrome, há algumas divergências, porém, para a maioria dos estudiosos, os critérios são: hemólise (esfregaço de sangue periférico com presença de esquizócitos), dosagem de bilirrubinas totais > 1,2 mg/dL; desidrogenase láctica – LDH > 600 U/L; elevação de enzimas hepáticas: aspartato aminotransferase sérica – AST ou TGO > 70 U/L, desidrogenase láctica – LDH > 600 U/L) e plaquetopenia (contagem de plaquetas < 100.000/mm³).

O diagnóstico clínico da patologia cursa com mal-estar geral, náuseas e vômitos, dor epigástrica e/ou no quadrante superior direito, cefaléia persistente, icterícia subclínica e hipertensão grave. Com a piora do quadro, observamos alterações de comportamento, sangramento gengival, hematúria e/ou oligúria, icterícia franca, distúrbios visuais, hemorragia vítrea, hipoglicemia, hiponatremia, diabetes insípido nefrogênico, e maior freqüência da eclâmpsia. Aqui também a referência para uma UTI é indispensável, onde a paciente receberá suporte clínico adequado.

De uma maneira geral, para a assistência à pré-eclâmpsia, o diagnóstico precoce, através do acompanhamento obstétrico, permite a avaliação materna e fetal, garantindo um bom prognóstico. Nessa perspectiva, o pré-natal constitui uma ação fundamental que permite impacto na redução da mortalidade materna e perinatal, o qual, dentre seus objetivos, visa identificar o mais rápido possível as situações de risco. Costa, Guilhem e Walter (2005), no seu estudo, apontam desafios e asseveram a necessidade da garantia de estrutura ambulatorial e hospitalar adequada ao atendimento dos riscos identificados. Dessa forma, todo serviço voltado à atenção pré-natal de baixo risco necessita dispor da possibilidade de referência para os casos de alto risco.

Embora venha ocorrendo um aumento no número de consultas pré-natais no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto, em 1995, para 5,45 consultas por parto, em 2005, este índice apresenta diferenças regionais significativas. Em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste.

No que diz respeito às consultas do pré-natal, os dados demonstram comprometimento da qualidade da atenção, evidenciado pela alta incidência de sífilis que, atualmente no Brasil, tem uma prevalência de 1,6 % em gestantes. Outro fato preocupante é a mortalidade materna que alcançou em 2003 uma razão de mortalidade materna (RMM) de 51,74 óbitos p/ 100.000 nascidos vivos. A OMS considera aceitável uma RMM até 20 óbitos p/ 100.000 nascidos vivos, sendo a hipertensão arterial a mais freqüente causa de mortes. Isto demonstra a mortalidade por causas plenamente evitáveis (BRASIL, 2006).

Assim, diante de uma patologia que traz sérias conseqüências de ordem biológica, social e psicológica para a mulher, é necessário que a equipe de enfermagem esteja comprometida com uma assistência integral, sabendo

reconhecer as suas necessidades, mediante o estabelecimento da interação entre profissional e gestante.

2.3 O PROFISSIONAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO

O profissional de enfermagem, como integrante da equipe de saúde, tem por responsabilidade contribuir para manter a saúde do indivíduo, prevenindo e tentando reverter os eventuais desajustes, através dos seus conhecimentos científicos (LEOPARDI, 2006). Dessa forma, busca uma assistência comprometida com a pessoa humana em suas várias dimensões. Conforme Hoga (2004), isto acontece através de ações providas de intencionalidade que se delineiam pelos suportes físico e emocional presentes durante todos os procedimentos e intervenções de enfermagem.

A gravidez de alto risco geralmente desenvolve-se de maneira diferenciada, pois, na gestação normal, a mulher interna-se para o momento do parto que, embora sendo um período de expectativas dolorosas devido às contrações do trabalho de parto, é um momento envolvido por alegria e satisfação. Além disso, o seu retorno ao convívio familiar acontece geralmente em menor tempo. Já na gestação de alto risco, a mulher submete-se a internações freqüentes e/ou demoradas, a procedimentos invasivos e lida com a possibilidade da sua morte e a do seu filho. Vale ressaltar que, nesse contexto, a correlação com sofrimento e morte é muito forte. Mediante tal situação, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental, como presença autêntica, ouvindo-a sem julgamentos e preconceitos, devendo estar atenta para perceber as suas reais necessidades (ZAMPIERI, 2002).

Assim sendo, é importante que as ações de enfermagem sejam caracterizadas pelo encontro entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, isto é, seres humanos em interação (MERCÊS; ROCHA, 2006). Neste sentido, a prática de enfermagem, mesmo na ação mais simples, adquire um caráter de interesse do profissional pela pessoa cuidada, sendo executada com o objetivo de produzir — através do toque corporal, do olhar, da comunicação — segurança, conforto, carinho e alívio da dor e do sofrimento. Isto contribuirá para que o paciente seja capaz de enfrentar os obstáculos que surgirão durante o processo de cuidado e cura, conforme acrescenta Hoga (2004).

Ainda de acordo com Leopardi (2006), a enfermagem tem como responsabilidade específica assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado. Por conseguinte, diversas teorias de enfermagem têm como princípio esse atendimento das necessidades que não foram supridas pelo cliente. No Brasil, ressalta-se a teoria de Wanda Horta.

Horta (1979) parte do princípio de que a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano no atendimento das necessidades básicas para o seu completo bem-estar.

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p. 29).

O assistir em enfermagem é definido por essa autora como a ação realizada por um ser humano quando há impossibilidade do autocuidado. Nessa linha de abordagem, podemos considerar que assistir envolve ajuda, auxílio, orientação, ensino, supervisão e encaminhamento para outros profissionais.

De acordo ainda com Horta (1979), a ciência da enfermagem estuda as necessidades básicas quais sejam: psicobiológicas — oxigenação, hidratação, nutrição; — psicosociais — segurança, atenção, comunicação, amor; — e psicoespirituais — religiosa, teológica, ética e filosófica. Estas necessidades devem ter como princípios a centralização no ser humano, sua unicidade, autenticidade, bem como a individualidade, através de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação. Além disso, deve ser considerado o contexto social e familiar, de modo a favorecer e estimular uma conduta ativa no seu autocuidado. Portanto, evidencia-se a necessidade de uma constante interação entre profissional e paciente para que haja o atendimento das suas necessidades básicas.

Nessa linha de discussão, Morse et al. (1991), apud Souza (2000), concebem que o atendimento das necessidades humanas determina o cuidado, isto é, uma ação só é considerada cuidado quando as necessidades de um indivíduo são identificadas e atendidas.

A esse respeito, encontramos reforço em Talento (2000) que baseado na teoria de Watson (1979), definiu o “foco da enfermagem no cuidado, sob a perspectiva humanista, com base em conhecimentos científicos”. Essa teorista teve

como um dos principais pressupostos a definição do cuidado como resultado da satisfação das necessidades humanas, denotando reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa assistida.

Nesse sentido, Traverso-Yépez e Morais (2004) ressaltam que no relacionamento profissional/paciente, espera-se que o profissional esteja preparado para uma relação baseada na escuta e no diálogo, buscando entender a subjetividade do indivíduo num momento de fragilidade.

O Ministério da Saúde, (BRASIL, 2005) conceitua subjetividade como um modo próprio de atuar no mundo e na relação com as demais pessoas. É de natureza dinâmica e muda de acordo com as experiências de cada um. Sofre influência dos valores e da cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo, sendo, portanto, produzida socialmente.

Neste sentido, ratificamos a afirmação do Ministério da Saúde (BRASIL 2000), quando salienta que, além do conhecimento técnico, é necessário que a equipe de saúde seja sensível para identificar e entender o processo emocional vivenciado por cada paciente diante da patologia.

2.4 O PROCESSO INTERATIVO E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Mesmo diante da importância da interação entre a equipe de enfermagem e as pacientes acometidas por pré-eclâmpsia, nos deparamos com a escassez de estudos que abordem este assunto. Assim sendo, partimos do conceito de interação, em seguida nos reportaremos aos trabalhos relativos à interação da equipe com o paciente internado, de um modo geral, e, por tratar-se de uma patologia que denota riscos de morte para a mulher, aborda os estudos que tratem dessa interação com o paciente crítico.

Entendendo a interação como componente essencial para a efetuação do cuidado de enfermagem e em conformidade com o pensamento de Stefanelli (1981), ela deve ser vista como uma ponte mediadora do processo de comunicação humana. Nesse sentido, Moraes, Oriá e Pagliuca (2006) definem interação como

um processo que envolve duas ou mais pessoas, as quais, ao expressarem interesses, atenção, vontade e sensibilidade, relacionam-se entre si por meio de uma linguagem compreensiva para poder ocorrer a comunicação entre os envolvidos e consigo mesmo.

Concordando com as autoras, entendemos que o mundo globalizado de hoje, exigindo cada vez mais profissionais capacitados para o mercado de trabalho, atribui pouco valor para as interações pessoais, destacando-se a imagem, o poder e o consumo, enfim, a razão sobrepondo-se à emoção. Dessa forma, a saúde, e particularmente a enfermagem, sofre os efeitos das mudanças econômica, social e cultural que se delineiam, entre outros, por uma mentalidade da ação pela ação, em detrimento do ser. Portanto, é necessária a reflexão dos profissionais, visando a um salto de qualidade, com vistas a contribuir para o resgate da subjetividade presente em cada indivíduo, sobretudo aquele fragilizado pela doença.

Desde o princípio de sua natureza, a enfermagem tem como responsabilidade o assistir, significando, conforme Beltrán (2006), fazer algo por uma pessoa, fornecer informações necessárias a fim de superar as suas necessidades, melhorar sua auto-estima ou diminuir o sofrimento. Isto significa dizer que a presença de duas pessoas em contato, sinaliza o processo de interação. Assim sendo, esta é a maneira pela qual os profissionais executam o propósito da enfermagem, gerando resultados e produzindo benefícios para cada um dos envolvidos no processo.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o objetivo da enfermagem é ajudar aos indivíduos e família a prevenir, enfrentar a doença e o sofrimento, contribuindo para encontrar o sentido das suas experiências através do estabelecimento de uma relação pessoa a pessoa. Este contato torna-se exitoso no momento em que produz crescimento do paciente e do profissional. Para que isto possa ocorrer, além da sua experiência clínica e preparação acadêmica, esse profissional deve dispor de senso comum, intuição, sensibilidade e habilidades comunicativas, atributos caracterizados por Hoga (2004) como a capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados.

Para Travelbee (1979), a interação é um contato que envolve indivíduos, no qual, através da comunicação verbal ou não verbal, há uma influência recíproca. O objetivo desta relação é a ajuda do enfermeiro ao paciente, estando esse interessado em todas as dimensões que envolvem a vida do ser humano. Dessa forma, o relacionamento estabelecido proporciona os meios para o indivíduo enfrentar as situações da doença, aprender com a experiência e encontrar o seu significado.

Alguns autores, entre eles Mercês e Rocha (2006), destacam a importância do autoconhecimento do profissional, como sendo ponto fundamental no processo interativo. Através da atitude de tolerância aos próprios limites, este será capaz de cuidar do ser humano em situação de fragilidade, entendendo as necessidades subjetivas do indivíduo.

Há também autores que defendem o envolvimento emocional como aspecto vital na relação terapêutica que se substancia durante o processo da interação. Filizola e Ferreira (1997) partem da definição de Travelbee (1979) que conceitua envolvimento emocional como a capacidade de sair de si mesmo e interessar-se por outra pessoa, de maneira madura e obedecendo aos limites, sem que haja prejuízos. Através do envolvimento emocional se põe em relevo não apenas o aspecto objetivo do paciente — tão presente na vivência da enfermagem — mas, sobretudo, a sua singularidade, seus sentimentos que são aflorados significativamente no momento interativo.

Beltrán (2006) ressalta a importância do enfermeiro conhecer o paciente e compreender seus padrões de respostas, vendo-o como ser holístico, com expectativas e temores e, principalmente, quando, em decorrência da sua doença, é obrigado a expor a sua intimidade, seus sentimentos a outras pessoas estranhas ao seu meio. Para este autor, a interação acontece em três fases: iniciação, onde ocorre o início do processo interativo, ou seja, o conhecimento mútuo, gerando confiança, centralizando-se nas necessidades do paciente. A segunda, é a de manutenção, caracterizada pelo aumento da confiança mútua, em que o enfermeiro sente-se capaz de identificar melhor as necessidades do paciente e suas respostas. Numa terceira fase, denominada de determinação, ocorre o cumprimento de algumas metas estabelecidas, como o paciente preparar-se então para o retorno ao convívio social. O processo interativo se reflete junto ao paciente e família, de acordo com o seu estado no momento da alta, tendo como objetivo a manutenção de níveis saudáveis de saúde.

Observando o processo interativo através do pensamento de King (1989), George (2000), afirma que os seres humanos são sistemas abertos, em constante interação com o seu ambiente, o que constitui o foco da enfermagem. Nesse sentido, cada indivíduo é um sistema pessoal, tendo como conceitos relevantes, entre outros, a percepção, o ser, o crescimento, a imagem corporal e o aprendizado.

Os sistemas interpessoais formados por mais de um indivíduo em relação apóiam-se em conceitos, como interação, comunicação, transação, papel e estresse.

Dentre esses conceitos, destaca-se a interação, uma vez que é caracterizada por valores e mecanismos para o estabelecimento de relações humanas, abrangendo comunicação, aprendizado e reciprocidade. Assim, para King (1989), a interação é um processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente, como também entre uma pessoa e outra, representada por comportamentos verbais e não verbais que são dirigidos às metas. Na concepção dessa autora, cada membro envolvido no processo de interação traz diferentes idéias, atitudes e percepções a serem trocadas. Sendo assim, os indivíduos juntam-se com uma finalidade e percebem um ao outro. A reação de cada um às situações denota-se como resposta a esse processo. Desse modo, tais afirmações corroboram a prática de enfermagem, pois, uma vez diferenciada de outros profissionais de saúde, se baseia no fazer com e para o indivíduo, utilizando habilidades, conhecimentos e valores pertinentes à profissão.

Uma das grandes dificuldades no processo interativo diz respeito à comunicação. Ferreira (2006) advoga que a qualidade da comunicação no cuidado com o cliente reflete-se nas suas atitudes, reações, participação no seu tratamento, contribuindo para a recuperação da sua saúde e/ou readaptação a um novo estilo de vida. Entretanto, muitas vezes os profissionais movidos pelo tecnicismo e burocracia, deixam de realizar uma efetiva comunicação, o que interfere no estabelecimento do processo interativo, alegando, entre outros, falta de tempo. O paciente permanece assim desinformado sobre o que está acontecendo consigo, encontrando-se numa situação de perda da sua autonomia e privacidade, além de dependente das imposições e rotinas do hospital.

Outro fator importante é que os profissionais de enfermagem podem não estar preparados para entender as reações emocionais diante da doença e da hospitalização. Soar Filho (1998) afirma que há uma tendência normal no ser humano, quando diante da tensão emocional, principalmente ocasionada pelas experiências dolorosas, de passar a reagir com algum grau de regressão psicológica, retornando a comportamentos próprios da fase infantil. Sendo assim, cabe ao profissional dispor não de atitude de julgamento ou autoridade, mas de acolhida, compreensão e tranquilização do paciente e família.

Filizola e Ferreira (1997) constataram, em seu estudo, haver na enfermagem uma mentalidade do não envolvimento, contribuindo para que não seja efetivo o processo de interação entre o profissional e o paciente. Este fato, na opinião dessas autoras, ocorre por falta de preparo acadêmico, medo do sofrimento, como também da perda da objetividade que o leva a agir apenas tecnicamente, considerando o paciente como uma “doença”, não no seu todo.

No entanto, no processo de interação, o indivíduo precisa ser entendido como pessoa, isto é, alguém que tem uma história de vida construída por saberes, experiências, afetos elaborados no seu meio familiar, social e cultural que não deixam de existir, continuando presentes no ambiente hospitalar. Dessa forma, o envolvimento maduro e equilibrado da equipe de enfermagem com os medos, anseios e perspectivas do paciente surge como uma maneira de diminuir as dificuldades encontradas no desenvolvimento do processo interativo (CAVALCANTI, 2002).

Outro aspecto que deve ser ressaltado é o processo interativo entre a equipe de enfermagem e a família do paciente internado, sobretudo se este se encontra em estado crítico. Sobre este assunto, Inaba, Silva e Telles (2005) defendem que a presença da família alivia a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentida. Desse modo, cabe ao profissional manter uma postura de incentivo e valorização da sua presença, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem, o que tende a refletir positivamente no estado de saúde do paciente.

As autoras consideram que, no contexto da hospitalização, a família também necessita de cuidados, não devendo ser vista apenas como auxílio técnico ao trabalho de enfermagem, mas como alguém que desempenha um papel fundamental. Assim sendo, espera-se que seus comportamentos e emoções sejam entendidos, através de um relacionamento de respeito, no qual as informações sobre o que acontece com seu ente querido também sejam fornecidas, sentindo-se a mesma valorizada e co-participante no processo de cuidado e cura. (SANTOS; SILVA, 2006; COMASSETO, 2007).

2.5 A INTERAÇÃO COM PESSOAS VIVENCIANDO SITUAÇÕES CRÍTICAS

A partir da década de 1960, teve início o tratamento, de modo diferenciado, dos pacientes com risco de morte iminente ou potencial. A esses, foi

destinado espaço físico distinto, equipamentos específicos e equipe técnica especializada para a sua assistência. Esse fato reforçou um modelo de assistência guiado pelo paradigma cartesiano, que enfatiza o aspecto biológico, centrando-se no órgão doente e não na pessoa enferma, em detrimento dos aspectos subjetivos relacionados ao paciente e sua família (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

A internação hospitalar é um período particular onde a equipe de enfermagem deve estar preparada para lidar com os conflitos provenientes desse momento que, como é sabido, ocasiona, entre outros, sentimentos de medo e dúvidas relacionados ao ambiente desconhecido. Além disso, guarda as expectativas com relação ao que vai acontecer, de como vai ser tratado, se sua doença tem cura ou não e quando poderá, enfim, retornar ao seu meio familiar. A insegurança, solidão, estresse e depressão são gerados pelo rompimento brusco com o seu meio social e perda da sua autonomia, vendo-se dependente de outros para realizar as suas necessidades básicas (VILA ; ROSSI, 2002).

Estes sentimentos são acentuados, dependendo do seu estado emocional e do tempo de internação, como também do espaço físico onde a pessoa encontra-se internada no hospital, como, por exemplo, a UTI. Através da interação, a equipe acolhe e apóia o paciente transmitindo-lhe segurança e conforto, o que conseqüentemente minimizará os sentimentos hostis àquele ambiente. (CAVALCANTI, 2000; MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003).

Nascimento e Erdmann (2006) defendem que o assistir um paciente crítico exige do profissional o efetivo cuidado humano, onde seja resgatada a sensibilidade, a esperança e confiança, enxergando o outro em suas entrelinhas. Isto é perceber o que cada cliente tem a nos transmitir, incluindo dor, medo, esperança, que, por serem subjetivos, não são facilmente reconhecidos, sendo freqüentemente ignorados.

No que diz respeito ao processo de cuidar em UTI materna, Amorim et al. (2006) asseveram a sua importância como um forte contributo para redução da morte materna, num país que apresenta altas taxas de mortalidade por causas obstétricas diretas. Os principais motivos de internações foram hipertensão, hemorragia e infecção no ciclo gravídico/puerperal.

Com o advento da humanização, a assistência de enfermagem aos pacientes críticos tem sido fundamentada cada vez mais não apenas no suporte tecnológico e em profissionais especializados, mas, acima de tudo, vem sendo

entendida como ser humano cuidando de ser humano. Nesta forma de assistir, o profissional busca compreender e responder às necessidades de ordem biológica, psicológica, social e espiritual do paciente, isto é, entender o subjetivo nas relações. Embora isto signifique um empenho contínuo da equipe, essa conduta precisa ser solidificada e estimulada (ZINN; SILVA; TELLES, 2003; NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

2.6 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O Interacionismo Simbólico, segundo Blumer (1969), atribui importância fundamental ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano, sendo que esse sentido emerge do processo de interação entre as pessoas.

Conforme Mattos (2001) constitui um referencial no qual, através da observação do comportamento humano, compreendemos o significado do cotidiano nas ações das pessoas. Esse princípio originou-se com George Herbert Mead que, até a sua morte em 1931, não publicou a obra sobre a sua teoria, cabendo a Herbert Blumer, em seus escritos, iniciados em 1937 apresentar e discutir os seus pressupostos básicos (HAGUETTE, 1995).

Mead lançou as bases do interacionismo simbólico, tendo explorado a relação entre a sociedade e o indivíduo, a gênese do “self”, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente.

Segundo os princípios da abordagem interacionista,

o ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na vida cotidiana [...]. O sentido destas coisas é derivado, ou surge da interação social que alguém estabelece com seus companheiros. Esses sentidos são manipulados e modificados, através de processos interpretativos usados pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra (BLUMER, 1969, p. 2).

Dessa maneira, as ações humanas desempenhadas pelos indivíduos podem modificar-se em relação aos objetos, dependendo do significado que estes têm para ele. Esse significado surge da interação social, através da interpretação que o indivíduo faz dos objetos. Sendo assim, em cada situação de interação o sujeito encontra-se em um momento da sua trajetória de vida, trazendo consigo inúmeras maneiras de interpretação do conteúdo que advêm do mundo externo, ou seja, a interação é um processo dinâmico que implica na ação do indivíduo em relação aos outros com os quais convive (CARVALHO et al., 2007).

Para Mead (1931) apud Haguette (1995), a sociedade ou a vida humana em grupo se constitui de pessoas que interagem, isto é, existem em ação, portanto, as atividades ocorrem em resposta de um indivíduo a outro. Sendo assim, cada grupo, organização, situação de interação é considerada como uma sociedade, já que são constituídos de indivíduos que interagem, assumindo papéis, interpretando, ajustando seus atos uns aos outros, direcionando e controlando o “self”, enfim, comunicando-se através de símbolos (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA 1997).

Os símbolos na concepção de Dupas, Oliveira e Costa (1997), constituem o conceito central do Interacionismo Simbólico, pois eles são objetos sociais utilizados para representar algo. Podem ser físicos, ações humanas ou palavras, desenvolvidos socialmente através da interação. Nesse processo, a comunicação só é considerada simbólica quando está presente o significado e a intencionalidade.

De acordo com Blumer (1969), um objeto é visto como qualquer coisa que pode ser indicada ou referida. O seu sentido, para uma pessoa, surge, fundamentalmente, da maneira como ele lhe é definido por outra pessoa que com ela interage. Assim, para que se compreenda a ação das pessoas, é necessário que se identifique seu mundo de objetos. Afirma ainda que o ser humano para ser capaz de interagir deve possuir um “self”, isto é, da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo. Nesse processo, a fim de tornar-se um objeto para si mesmo, a pessoa deve ver-se “de fora”, ou seja, colocando-se no lugar ou no papel das outras e vendo ou agindo para si mesma daquela posição.

Meltz (1972) apud Haguette (1995), interpretando o pensamento de Mead, explica que o “self” representa um processo social no interior do indivíduo, envolvendo o “Eu”, que é a tendência impulsiva do indivíduo, e o “Mim”, compreendendo o conjunto organizado de atitudes e definições ou sentidos. O ato é,

pois, resultante desta interação.

Outro conceito fundamental para o Interacionismo Simbólico, a mente, é considerada por Carvalho et al., (2007) como processo mental para a interação simbólica, por meio do qual o indivíduo manipula símbolo e comunica-se ativamente com o seu self. Para Charon (1998), é o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo.

A respeito da interação, Charon (1998) refere que o indivíduo interage agindo, percebendo, interpretando e agindo novamente. Dessa forma, acreditamos que o sentido ou o significado que as pessoas elaboram acerca das ações dos outros dá surgimento às percepções e às definições que elas possuem destas.

Em relação à enfermagem, diversos estudos constataram a importância da utilização do Interacionismo Simbólico como referencial norteador das ações em suas áreas distintas, como os de Wernet e Angelo (2003), Pauli e Bousso (2003), Carvalho et al. (2007). Através deste referencial, o profissional busca compreender os significados das experiências dos pacientes sob sua responsabilidade, o que faz emergir a importância das formas interativas pela utilização dos vários símbolos.

Através da identificação das ações de interação entre profissionais e pacientes compreenderemos o sentido que esta tem para os sujeitos, podendo, assim, ser apontadas fragilidades e potencialidades. Observando o mundo de objetos das gestantes, compreenderemos as suas necessidades.

Assim sendo, concebemos que os princípios que regem o Interacionismo Simbólico possibilitaram compreender a percepção dos profissionais que, numa unidade hospitalar, assistem a gestante internada com diagnóstico de pré-eclâmpsia e das pacientes, sobre como ocorre o processo interativo entre eles, por ocasião do atendimento das suas necessidades.

METODOLOGIA

“Os corpos não sofrem as pessoas sofrem.”

Eric Cassel

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Diante da proposta de observar os problemas da prática profissional de enfermagem, buscando compreender as relações e experiências vividas, optamos pela realização de estudo do tipo exploratório descritivo, de natureza qualitativa. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação. Retrata os relacionamentos entre as variáveis, não se preocupando com relações de causa e efeito. Para Cervo e Bervian (2002), o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Já os estudos exploratórios buscam familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias.

A pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2007), trabalha com o universo de significados, aspirações, valores, atitudes. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, como também da subjetividade.

Assim, esse tipo de estudo é pertinente para entendermos a percepção da equipe de enfermagem e de gestantes hospitalizadas com pré-eclâmpsia, sobre o processo de interação durante a realização dos cuidados, haja vista que não nos propomos a quantificar, mas buscamos conhecer os significados e atitudes dos indivíduos.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na enfermaria de alto risco da Maternidade Escola Januário Cicco. A instituição é um hospital de referência, situada no Distrito Leste, no bairro de Petrópolis, localizado no centro da cidade de Natal. Pertence ao complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, conveniada com o SUS. Assiste mulheres de baixo e alto risco obstétrico na gravidez, parto e pós-parto, oriundas de Natal e demais municípios do Rio Grande do Norte, sendo referência para alto risco. A Maternidade dispõe de 102 leitos, dos quais 15 são destinados às intercorrências obstétricas.

Com relação aos recursos humanos disponíveis para a assistência às gestantes com patologias, a instituição conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem,

nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, agentes administrativos e auxiliares de serviços gerais, entre outros.

Alguns profissionais respondem exclusivamente por essa enfermaria, tais como um médico e uma equipe de enfermagem formada por um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem, por período de 6h. Os técnicos totalizam 20 profissionais fixos no setor. Existem dois enfermeiros que cumprem escala diurna durante a semana, enquanto no horário noturno e finais de semana ocorre esquema de plantão; de um modo geral há aproximadamente 30 enfermeiros que assumem a assistência na enfermaria de alto risco.

Escolhemos a MEJC por ser uma instituição de referência para o atendimento da mulher que apresenta patologia na gravidez. Dispõe de infraestrutura humana e material para o adequado acompanhamento, através de atendimento ambulatorial nas diversas especialidades e uma enfermaria específica para admissão das pacientes.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo profissionais de enfermagem que prestam assistência às mulheres internadas na enfermaria de alto risco e gestantes assistidas por essa equipe.

O critério de inclusão dos profissionais, enfermeiros e técnicos no estudo foi pertencer à equipe de enfermagem que prestava assistência à mulher acometida por pré-eclâmpsia, internada na enfermaria de alto risco, e que aceitasse participar do estudo. Foram excluídos aqueles que assistiam a mulher em outras unidades da instituição e os que se negaram a participar da pesquisa.

Quanto às pacientes, os critérios de inclusão foram: estar internada com diagnóstico de pré-eclâmpsia por ocasião da coleta de dados, ser maior de dezoito anos, ter tempo de internamento na enfermaria de alto risco igual ou superior a três dias e aceitar participar da investigação. A exclusão ocorreu mediante a impossibilidade de as mesmas responderem aos questionamentos devido ao agravamento do seu quadro clínico, apresentar distúrbios mentais, pacientes internadas com outros diagnósticos.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, o número de participantes foi determinado pelo princípio da saturação. Este princípio indica que a coleta dos dados prossegue até o ponto em que não é mais obtida nenhuma nova informação e

atinge-se então a redundância dos dados. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 237). Dessa forma participaram dez técnicos de enfermagem, dez enfermeiros e dez pacientes.

Sendo assim, trabalhamos com participantes selecionados intencionalmente, pois, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), nesta amostra os indivíduos são incluídos por atenderem ao propósito do estudo.

Segundo Minayo (2007), o estudo qualitativo trata com distinção os sujeitos sociais que detêm as características sociais que o pesquisador está interessado em conhecer.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. De acordo com Marconi e Lakatos (2006), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, tendo a finalidade de uma delas obter informações a respeito de determinado assunto, através de uma conversação de natureza profissional.

A entrevista semi-estruturada consiste em perguntas dirigidas, abertas e orientadas por uma questão norteadora (MINAYO, 2007).

Segundo Haguette (1995), a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas, onde uma delas, o entrevistador, obtém informações transmitidas por parte do outro, o entrevistado, através de um roteiro composto por pontos previamente estabelecidos, em conformidade com a problemática central.

Utilizamos dois roteiros de entrevista semi-estruturados: um destinado aos profissionais e outro às gestantes. Ambos se constituíram de duas partes: a primeira, relativa a informações sociodemográficas, com a finalidade de caracterizar os participantes, e uma segunda parte referente a questões específicas que objetivaram conhecer o universo das percepções sobre o objeto de estudo.

Os itens destinados aos profissionais constaram de idade, sexo, grau de instrução, tempo na profissão, vínculo na instituição e as questões específicas. (Apêndice 02).

Quanto às mulheres, foram solicitados: idade, estado civil, local de residência, escolaridade, número de filhos, idade gestacional, número de internamentos, de consultas pré-natais e as questões específicas. (Apêndice 02).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do estudo, enquanto projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN) e da instituição, mediante contato prévio com a direção da MEJC (Anexo e Apêndice 3), a entrevista foi realizada. De acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 sobre Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), foram dadas explicações aos participantes sobre os objetivos do estudo, garantia de sigilo dos seus depoimentos, finalidade da investigação, e voluntariedade em participar do mesmo. Também foi comunicada a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem que isso venha a causar prejuízos ao profissional, bem como na assistência que está sendo prestada à gestante. Foi salientado ainda que não haveria nenhum gasto financeiro por parte dos entrevistados e nenhum ressarcimento pelos mesmos participarem do estudo (Apêndice 1) . Após as explicações, procedemos a solicitação da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento foi testado previamente com o objetivo de verificar a compreensão das perguntas formuladas, sendo reajustadas de acordo com a necessidade. Sendo assim, o pré-teste foi realizado após as devidas autorizações (Apêndice 3) em uma instituição pública que também assiste mulheres que apresentam intercorrências na gravidez. Foram entrevistadas duas funcionárias que prestam cuidados a mulheres com patologias da gravidez e duas pacientes acometidas por pré-eclâmpsia. O instrumento mostrou-se adequado ao entendimento dos entrevistados, havendo apenas pequena reformulação.

O pré-teste, segundo Marconi e Lakatos (2006), é importante para conferir o entendimento das perguntas pelos entrevistados, evitar dúvidas, demonstrar a necessidade de possíveis ajustes e fornecer estimativa sobre futuros resultados, gerando, assim, maior segurança e precisão para a execução da pesquisa.

Assegurada a compreensão e operacionalidade da entrevista, procedemos à coleta de dados propriamente dita.

A inserção dos profissionais no estudo ocorreu inicialmente através do contato com os de nível médio e superior que trabalham na enfermaria de gravidez de alto risco, em conformidade com os critérios de inclusão, salientando a justificativa e objetivos da pesquisa, bem como a importância da sua participação. Após a sua autorização, agendávamos a data, o horário e local para a entrevista.

Assim sendo, a coleta de dados foi realizada fora do horário de trabalho de cada funcionário, em um setor reservado da instituição, com a garantia da privacidade dos entrevistados.

Quanto às gestantes, a seleção ocorreu inicialmente através de identificação das pacientes na enfermaria de gravidez de alto risco, mediante contato com os profissionais e manuseio dos prontuários, buscando mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia que obedecessem aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo. Em seguida abordávamos a gestante explicando os objetivos e importância do estudo e solicitando a sua autorização. Dando continuidade, era agendado o dia e horário de preferência da paciente, em local predeterminado. Este local foi uma sala não utilizada pela instituição, adequada para a entrevista, garantindo a privacidade necessária para o bom desenvolvimento do diálogo entre o pesquisador e os pesquisados.

De acordo com a permissão dos participantes a serem entrevistados, foi utilizado o gravador; quando não permitido, as entrevistas foram registradas por escrito. Segundo Triviños (1992), através da gravação se pode dispor de todo o material adquirido durante a entrevista, sendo dificultado quando não se dispõe desse recurso. Pode ainda o entrevistado aperfeiçoar suas declarações posteriormente.

Sendo assim, após a assinatura do termo de consentimento, mantivemos conversas informais, indagações sobre dúvidas, apreciações e iniciamos as entrevistas usando gravador digital. Foram realizadas 30 entrevistas, sendo 28 gravadas e duas registradas por escrito, procurando manter a fidedignidade do discurso. A duração foi em média de 30 minutos, não sendo estabelecido tempo mínimo e máximo. Dando continuidade, verbalizamos as questões norteadoras. As entrevistas ocorreram de forma espontânea, através de um diálogo descontraído com cada entrevistado.

É importante ressaltar que, durante a entrevista, procuramos respeitar o tempo para as respostas de cada entrevistado, buscando deixá-lo à vontade e aberto para expor seus sentimentos.

Em seguida, procedemos à transcrição e digitação das entrevistas o mais rápido possível, com o objetivo de manter a fidedignidade dos relatos. A utilização de diário de campo facilitou este processo, uma vez que de acordo com Kirk; Miller (1986) este deve ser composto por anotações legíveis obedecendo a uma ordem cronológica e diferenciados entre as categorias de dados.

3.6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Trabalhamos conforme a orientação do método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2000), e analisamos as falas dos profissionais e gestantes em conformidade com os princípios do Interacionismo Simbólico, segundo Blumer (1969). Justifica-se tal fato pelos referenciais abordarem o significado das mensagens. Enquanto Bardin (2000) considera que a presença ou frequência de determinado tema em um discurso denota a significação daquela realidade, Blumer (1969) julga a interação como uma fonte onde os significados das mensagens são utilizados através de um processo de interpretação.

Dessa forma inicialmente os depoimentos foram tratados de acordo com os pressupostos da análise de conteúdo, na modalidade da análise temática, conforme Bardin (2000). Análise de conteúdo é definida como:

[...] Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

Segundo Minayo (2007), a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para um nível mais aprofundado, em que ultrapassa os significados manifestos. Relaciona, em linhas gerais, estruturas semânticas e sociológicas. Articula a superfície descrita e analisada dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicológicas, psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

O referencial desenvolve-se em suas três etapas básicas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase inicial onde é realizado o contato direto e intenso com o material de campo através da leitura flutuante, a escolha dos documentos, dando continuidade com a constituição do corpus (documentos escolhidos para os procedimentos acadêmicos). Estes documentos devem obedecer às regras da exaustividade, que significa selecionar todos os elementos necessários para a análise do documento: a representatividade, que admite a possibilidade de utilização de amostra para a análise, desde que o material seja adequado; a homogeneidade, onde é ressaltada a necessidade de os documentos elencados serem homogêneos, isto é, obedeçam a critérios de escolha; a pertinência, que chama atenção para a necessidade do material ser adequado para dar resposta aos objetivos do estudo.

A exploração do material é uma fase mais empenhativa, constituída por operações classificatórias, visando atingir o núcleo de compreensão do texto. Os núcleos de sentido, de acordo com Bardin (2000), são elementos de significação que constituem a comunicação, sendo a análise realizada de acordo com sua presença ou freqüência de aparição no texto.

Segundo Bardin (2000), o pesquisador identifica o recorte do texto em unidades de registro ou de significação que vão originar a codificação e índices quantitativos; classificação e agregação dos dados e enfim a escolha das categorias empíricas.

Na terceira etapa, conforme Bardin (2000), ocorre a transformação dos dados brutos em material significativo, revelando informações claras e válidas. A partir deste ponto o pesquisador pode propor inferências e realizar interpretações.

Assim sendo, para o tratamento das informações, inicialmente procedemos à transcrição na íntegra dos depoimentos gravados, no grupo dos profissionais e das pacientes e, em seguida, realizamos a leitura flutuante do material transcrito, objetivando a familiarização com as falas. Dando continuidade, efetuamos uma leitura detalhada e cuidadosa, através da qual identificamos as unidades de registro ou núcleos de sentido.

Após o levantamento dos mesmos, com o objetivo de garantir o anonimato dos depoentes e facilitar a compreensão da análise, atribuímos-lhes nomes fictícios, escolhidos aleatoriamente: aos profissionais nomes de flores; e às pacientes nomes de pedras preciosas.

Num segundo momento, realizamos os agrupamentos dos núcleos de sentido, codificando-os, classificando-os de acordo com as diferenciações e reagrupando-os conforme características afins. Em seguida, foram separados em conjuntos, sendo atribuído um título genérico; dessa maneira, conhecemos as categorias originadas.

A discussão dos resultados foi realizada tendo como base a literatura consultada, versando sobre o desenvolvimento e repercussões da patologia e como ocorre o processo interativo na enfermagem, enfatizando a interação com o paciente crítico.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.”

Paulo Freire

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é constituído por dados demográficos que caracterizam os participantes da investigação e descrição, análise e discussão das categorias. Inicialmente nos deteremos nos resultados relativos aos profissionais e, em seguida, nos que se relacionam às pacientes entrevistadas.

4.1 RESULTADOS RELATIVOS AOS PROFISSIONAIS

4.1.1 Caracterização dos profissionais

Com relação à equipe de enfermagem, participaram 20 profissionais, sendo 10 de nível médio (técnicos de enfermagem) e 10 de nível superior (enfermeiros). Esclarecemos que estes últimos são concursados, têm em média 15 anos de profissão e possuem algum título de especialista, a maioria na área de saúde da mulher.

No que diz respeito aos técnicos de enfermagem, 60% são bolsistas, isto é, recebem uma bolsa de estudos para realizar curso de aperfeiçoamento na área de enfermagem e executam o estágio na instituição cumprindo uma carga horária de 40 h semanais, com duração de dois anos. Os demais 40% eram funcionários efetivos. Apresentaram em média 13 anos de escolaridade e tempo médio na profissão de três anos.

Salientamos a importância da formação específica para a assistência obstétrica, uma vez que o quadro de potencial gravidade da gestante com pré-eclâmpsia exige pessoas competentes técnica e humanamente para assisti-la de maneira integral. Concordamos com Waldow (2001), quando ressalta que o crescimento dos cursos de especialização, de uma forma geral, contribui para avançar os conhecimentos e, conseqüentemente, desenvolver o pensamento crítico dos profissionais.

4.1.2 Apresentação das categorias

Neste item abordamos as categorias emergidas das falas dos profissionais que dizem respeito às necessidades das gestantes hospitalizadas, compreensão da mulher com pré-eclâmpsia, as dificuldades no processo de interação.

A – Reconhecimento das necessidades da gestante hospitalizada

Os depoimentos que confluíram para essa categoria revelam fatores que dizem respeito à responsabilidade dos entrevistados, bem como ao atendimento clínico por eles prestados à paciente.

A.1 – Agindo com responsabilidade

No que se refere a essa subcategoria, os entrevistados foram enfáticos quanto ao sentimento de responsabilidade pelas gestantes, demonstrando estar consciente da sua função na equipe, uma vez que, freqüentemente, permanecem junto a elas, desempenhando papel fundamental na prevenção e tratamento das intercorrências, como podemos observar nas falas seguintes:

Muita responsabilidade, alto risco. Alguém depende de você, você quem cuida, você quem faz os primeiros atendimentos, você que agiliza. Ela depende de você, porque o médico nem sempre está na hora, você é que tem que fazer. É uma decisão sua que pode levar à morte da mãe e do bebê ou salvar. (Margarida) téc. enfermagem

O peso da responsabilidade lá é maior, isso não quer dizer que nos outros setores não seja [...], mas lá o próprio nome já diz alto risco, as pacientes exigem mais atenção. (Cravina) téc. enfermagem

Me sinto bem é um aprendizado, e muita responsabilidade. As pacientes são muito instáveis estão bem, daqui a pouco tem uma alteração. (Antúrio) enfermeiro

Estes depoimentos chamam-nos a atenção, na medida em que esses profissionais demonstram ser sujeitos ativos, sentindo-se responsáveis em manter o bem-estar da gestante internada. Filizola e Ferreira (1997) concebem que a enfermagem desempenha uma função fundamental na equipe de saúde, pois é ela quem permanece 24 horas do dia no hospital, tendo maior contato com a paciente.

É importante salientar que a responsabilidade, expressa nos depoimentos, se reflete na preocupação do profissional pela morte da mulher. Tal preocupação é real, pois a pré-eclâmpsia caracteriza-se como uma patologia que pode desencadear sérias complicações, acontecendo de maneira insidiosa, como, por exemplo, a ocorrência de eclâmpsia e síndrome Hellp ou mesmo culminar em coma e morte. (SIBAI; DEKKER; KUPFERMINC, 2005). Isto exige do profissional agilidade e competência técnica para assistir a paciente em emergência, com o objetivo de minimizar o agravamento da situação e prevenir seqüelas.

A esse respeito, Paschoal et al. (2002), discorrendo sobre a ética em enfermagem, afirmam que a ética deve permear e influenciar permanentemente as ações dos profissionais impulsionando-os a uma conduta competente.

Tal comportamento reflete-se na capacidade de decidir e agir de maneira responsável em situações imprevistas, o que significa intuir, pressentir e arriscar com base na experiência anterior e no conhecimento.

A responsabilidade dos entrevistados expressa-se também pelo estado constante de sobreaviso, evidenciado pela necessidade de uma atenção redobrada em função da gravidade da gestante, como mostram as falas de Helicônia, Rosa e Angélica.

É uma enfermaria com uma particularidade diferente das outras enfermarias. É um setor que tem especificidade, tem que ser mais atenta. Porque às vezes algum detalhe, sintomatologia, alguma queixa pode interferir no tratamento, que pode ser abreviado [...]. (Helicônia) enfermeiro

Sensação de sobreaviso, que a qualquer momento pode acontecer alguma coisa. (Rosa) enfermeiro

Vigilância, principalmente com relação àquelas pacientes mais comprometidas [...]. (Angélica) enfermeiro

Diante destes discursos, notamos a preocupação dos entrevistados pelo quadro clínico das mulheres sob sua responsabilidade. Sendo assim, permanecem em situação de alerta diante da possibilidade do agravamento de alguma gestante, o que poderá gerar estado de tensão. Elias e Navarro (2006) advertem que os profissionais de enfermagem estão expostos a constantes sobrecargas de estresse devido ao ambiente hospitalar insalubre, extensas jornadas de trabalho e desgaste psicoemocional por lidar com situações limites.

A.2 – Percebendo as especificidades do cuidado

Neste sentido, as falas demonstraram que os profissionais relacionam as necessidades das pacientes aos aspectos clínicos da patologia. Dentre estas, as mais citadas foram: controles (verificação dos sinais vitais, balanço hídrico), administração de medicamentos, higienização e atendimento das queixas, como pode ser constatado nos seguintes depoimentos:

Controle de pressão rigoroso, se tiver com sulfato controle de duas em duas horas, ter cuidado com a dieta, aprender as medicações que a paciente pode e não pode tomar. (Magnólia) téc. enfermagem

[...] então elas precisam de um cuidado maior por demorarem mais na maternidade, por ter drogas mais específicas, que requerem um cuidado maior durante o uso da medicação específica, os controles de sinais vitais, diurese, pressão e também por elas ficarem muito tempo longe da família. (Lírio) enfermeiro

De uma boa atenção, alimentação, medicação no horário certo, dose certa, etc. sempre olhar como está a pressão, observar as queixas. (Jasmim) téc. enfermagem

Estas falas denotam que a equipe de enfermagem cumpre os protocolos de assistência à mulher acometida por pré-eclampsia. Sobre este assunto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) preconiza a observação rigorosa das condições clínicas, como verificação horária dos sinais vitais, controle rigoroso da diurese, observação do nível de consciência, enfim, uma completa monitorização do quadro clínico.

Entendemos que é necessário que a equipe esteja atenta às questões clínicas, visto que as gestantes apresentam uma patologia com repercussões importantes, podendo haver complicações graves, exigindo uma atitude responsável e competente.

No entanto, apesar da necessária monitorização das condições clínicas da paciente, é fundamental olhar para o todo, vendo o ser humano com as suas especificidades. Baggio (2006) afirma que o profissional deve ter a capacidade de perceber e identificar as necessidades do outro de acordo com as suas peculiaridades e singularidades, sendo a interação o elo entre o cuidador e o ser cuidado.

É importante que o profissional tenha sensibilidade para perceber o contexto de cada paciente. Nessa linha de abordagem, Silva e Gimenes (2000) declaram ser necessário que a equipe de enfermagem perceba o outro como ele se mostra, através de seus gestos e falas, na sua dor e limitação, pois, por trás de cada situação física de doença, há uma história de vida a ser percebida em muitos detalhes. Nesse sentido, a interação é fundamental.

B - Compreensão da mulher com pré-eclâmpsia

Esta categoria foi originada das falas dos entrevistados que referiram pontos importantes no desenvolvimento do processo interativo. Nesse sentido, os depoentes consideram o estado emocional da gestante e reconhecem a importância da família para a paciente hospitalizada, constituindo assim duas subcategorias.

B.1 – Considerando do estado emocional da mulher

Os depoimentos em destaque mostram a sensibilidade dos profissionais para o entendimento do contexto em que se encontra a paciente no momento da hospitalização, o medo do desconhecido, a separação da família, as dúvidas, como podemos exemplificar com as falas de Copo de Leite, Amarílis e Helicônia.

Uma coisa muito interessante é o emocional delas [...]. Muitas vêm do pré-natal de alto risco direto e tem que se internar de urgência. o componente emocional é muito forte, isso é o diferencial da enfermagem. Ela chega aqui deixa tudo lá fora, toma um monte de medicação, algumas vêm do interior não sabia nem onde ficava Natal, é tudo novo pra ela [...]. (Copo de Leite) enfermeiro

[...] quando a mulher chega normalmente você vê mais só a clínica dela, mas as vezes a pressão dela aumenta mais porque ela tá preocupada em casa, com os filhos que deixou, o marido que tá tomando conta, uma vizinha... então eu acho que ela precisava ser melhor avaliada no aspecto emocional, porque isso interfere demais na recuperação. A parte emocional deveria ser mais valorizada. (Amarílis) enfermeiro

É um tipo de paciente que exige mais sensibilidade do profissional, tem que ver a parte emocional, muitas vezes elas desejam muito aquela gestação e tem as complicações da pré-eclâmpsia [...]. (Helicônia) enfermeiro

Estes profissionais mostram-se conscientes quanto à importância da atenção ao aspecto emocional das gestantes, acreditando que as emoções influenciam diretamente nos acontecimentos clínicos da patologia, facilitando assim o seu restabelecimento.

Diversos estudos asseveram que o profissional de enfermagem pode contribuir para a recuperação da saúde emocional do paciente. Nesse sentido, Mandú (2004) afirma que as inter-relações entre os envolvidos na atenção à saúde devem abranger mais do que medidas técnicas/científicas, mas, antes de tudo, ser um acontecimento intersubjetivo entre sujeitos na sua dimensão afetiva, cultural e social.

Para Filizola e Ferreira (1997), na enfermagem é consenso zelar por uma assistência integral, entretanto, os estudos apontam para a priorização do aspecto físico ou psicobiológico. Ferreira e Hisamitsu (1993), citadas pelas mesmas autoras identificaram a falta de preparo acadêmico, a falta de vivência, o não saber lidar com o estresse frente à doença e/ou morte e medo de envolver-se, como dificuldades encontradas pelos profissionais no relacionamento com os pacientes.

As falas de Copo de Leite, Amarílis e Helicônia deixam subentendido que o momento da hospitalização das mulheres é caracterizado por sentimentos de preocupação e medo. Nesse sentido, é fundamental o acolhimento como forma de minimizar a situação. O Ministério da Saúde, Brasil (2004), defende que acolher implica compartilhar saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Tal conduta expressa-se no aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e aumento do vínculo e confiança entre eles, tendo como base a humanização.

Dessa forma, em sua maioria os entrevistados salientaram a importância do profissional desempenhar uma assistência humanizada.

Procuro conversar, ser o mais próximo possível, sempre atender, procuro conhecer as pessoas que estão com ela, chamá-la pelo nome, perguntar alguma coisa [...]. (Cravo) téc. enfermagem

Para mim cuidar dessas pacientes é dar o melhor atendimento, atender os pedidos delas, perguntar se ela necessita de algo, perguntar se há alguma queixa [...]. (Jasmim) téc. enfermagem

[...] tem que se abrir os olhos para ver a humanização do atendimento, não é só o número de profissionais que é importante, mais o comprometimento do profissional [...]. (Chuva de Prata) enfermeiro

Tomando como exemplo o depoimento de Cravo, somos levadas a considerar que os profissionais mostram-se interessados em obter subsídios para realizar uma assistência comprometida com o paciente, não só através da realização das técnicas, mas de forma humanizada.

Nesta vertente, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005) delinea-se como um novo modo de interação entre sujeitos, no qual os pacientes são vistos como protagonistas do sistema de saúde e os profissionais dispõem de condições dignas de trabalho para a prestação de uma assistência de qualidade.

A esse respeito, diversos autores, entre eles Backes, Lunardi filho e Lunardi (2005), advogam que a humanização se constitui, antes de tudo, numa relação efetiva de cuidado, que se traduz em ações de acolhida, ternura, sensibilidade, respeito e compreensão direcionadas ao ser doente e não à doença.

Com relação aos participantes do estudo, observamos nas suas falas que estes mostraram-se interessados em estabelecer relacionamentos com as gestantes, atendendo às suas solicitações e estando próximos delas através da comunicação verbal e não verbal, mesmo que a paciente esteja inconsciente, como revelou Gardênia.

[...] por isso é importante o contato, mesmo que a paciente esteja inconsciente. Pegar na mão, dizer quem é, ficar perto, mesmo se alguém diz não adianta ela não vai te ouvir, mas a gente sabe pelos estudos que é válido sim [...]. (Gardênia) enfermeiro.

De acordo com Zinn, Silva e Telles (2003), o contato físico provoca alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, contribuindo para o restabelecimento dos pacientes hospitalizados que se encontram em situação de fragilidade e muitas vezes em regressão psicológica.

Estas autoras destacam a comunicação como o principal instrumento para que aconteça a interação. Contudo, esta vai além das palavras verbais ou escritas, conforme acrescentam Gala, Telles e Silva (2003). A postura, os gestos, o olhar, o tom de voz e a maneira de tocar o outro são formas de transmitir e receber informações, favorecendo o processo interativo.

Tratando-se de mulher acometida por pré-eclampsia, naturalmente submetida às alterações fisiológicas impostas pela gravidez, encontra-se ainda mais sensibilizada pelas intercorrências específicas da patologia, que a predispõe a agravamento das suas condições físicas e emocionais. Sendo assim, o acolhimento pelo profissional é fundamental para estabelecer o diálogo interativo com a gestante.

Entretanto, apesar de os depoentes em sua maioria, desempenharem ações voltadas para a humanização da assistência, alguns tendem a preocupar-se com os desdobramentos clínicos da patologia e a realização dos procedimentos. Nestes casos, o profissional utiliza o diálogo para convencer a paciente quanto à necessidade do procedimento e não como forma de estabelecer uma relação efetiva, como explicitado nos discursos de Tulipa, Jasmim e Cravina.

Você deve dar uma assistência para que a paciente não tenha eclâmpsia, ter atenção como verificar os sinais vitais, diagnosticar os relatos, os sintomas como dor de cabeça e dor epigástrica. (Tulipa) téc. enfermagem

Procuro conversar pra ver se diminui o medo, pra ver se ela deixa eu realizar os procedimentos (Jasmim) téc. enfermagem

[...] às vezes a gente vai trabalhando, trabalhando aí vai ficando uma coisa técnica. [...]. (Cravina) téc. enfermagem

Muitas vezes, as ações de enfermagem são influenciadas por uma prática centrada no modelo biomédico, que prioriza a técnica, os sintomas, o curativismo, em detrimento do ser humano, protagonista e portador de subjetividade, e inserido no contexto de vida.

Baggio (2006) afirma que, no cuidado prestado, os profissionais de enfermagem não devem focalizar a atenção somente no procedimento realizado, mas, sobretudo, devem inserir o cuidado na promoção de uma melhor qualidade de vida.

De um modo geral, as falas nos levam a perceber que os significados construídos na interação são alterados e revisados nos diversos momentos interativos em que o profissional se relaciona com a gestante, em seus múltiplos contextos, esteja consciente ou não. Este processo é derivado da comunicação com as pacientes, do contato com os demais profissionais ou ainda pelos conhecimentos adquiridos referentes à assistência à mulher acometida por pré-eclâmpsia.

B.2 – Reconhecendo a importância da família/acompanhante para a mulher hospitalizada

Os depoentes atribuem importância ao papel da família na hospitalização da gestante, visto que a mulher vivencia momentos de grandes incertezas e medo. A família transmite tranquilidade e coragem à paciente como evidenciam as falas de Cravo, Lisianto e Celósia.

[...] contato com os familiares, coisas que lembrem a família, já que ela tá num ambiente estranho, acho que quanto mais próximo da família melhor, isso ajuda muito. (Cravo) téc. enfermagem

Acho que deveria ter um acompanhante com ela, não só para tá ali perto, mas pra que ela se sinta segura. Às vezes é uma paciente que não melhora os níveis pressóricos porque é stressada, chora, sente falta de alguém da família, é um filho que deixou em casa. Tem o lado social da coisa todinha não é só o biológico não. (Lisianto) enfermeiro

[...] principalmente o apoio da família nesse momento, isso é fundamental para a recuperação dela, porque nós fazemos a nossa parte, mas a família é insubstituível. (Celósia) téc. enfermagem

Assim sendo, os profissionais expressaram, nas suas falas, o papel da família como sendo fundamental para amenizar a tensão causada pela hospitalização, uma vez que esta recorda a intimidade do lar e a companhia dos parentes.

O documento da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005) versando sobre o acompanhante, defende que a pessoa internada tende a perder parte ou toda a capacidade de se reencontrar. Entretanto, tudo o que é proveniente do exterior remete o paciente a um lugar do seu íntimo, podendo ajudá-lo na sua reabilitação. Neste sentido, a presença de um familiar tende a contribuir para o encontro da gestante hospitalizada com ela mesma e, conseqüentemente, minimizar suas tensões. Portanto, a família é o elo que a leva ao contexto de vida íntima, exercendo a função de contribuir para que haja o reencontro.

A esse respeito, Inaba, Silva e Telles (2005) consideram que a família com sua presença, além de contribuir para aliviar a insegurança, desconforto e ansiedade do paciente, pode fornecer informações necessárias para um melhor cuidado. No entanto, tem o direito de ser informada das condições de saúde do seu familiar,

como também de participar ativamente desse processo. Deve ser vista não como auxílio técnico ao trabalho de enfermagem, mas como possível alvo do cuidado.

De um modo geral, as falas evidenciam que os profissionais, ao relacionar-se com a mulher acometida por pré-eclâmpsia, atribuem um sentido para o aspecto emocional da mesma e para a presença do familiar. Isto reflete a afirmação de Blumer (1969), quando diz que o ser humano age com relação às coisas mediante o sentido que elas têm para ele, o qual é derivado da interação social entre as pessoas.

Desse modo, os depoentes no processo de interação com a gestante hospitalizada elegem aspectos que julgam importantes, quais sejam o estado emocional da paciente e a presença dos familiares durante o internamento. Isto vem nos lembrar a afirmação de Mead, citado por Haguette (1995), que todo comportamento implica em uma percepção seletiva de situações, onde o organismo elege os estímulos que são relevantes para as suas necessidades.

C – Apresentação das dificuldades no processo de interação

Esta categoria foi formada por conteúdos das falas que revelam aspectos que podem representar obstáculos ao processo interativo, envolvendo variáveis pessoais e institucionais.

Os aspectos de ordem pessoais relacionam-se com a formação acadêmica e com as características individuais de cada profissional.

C.1 – Apresentando dificuldades pessoais

No que se refere à formação acadêmica, os entrevistados, em grande parte são de opinião de que essa, por caracterizar-se como tecnicista, é incapaz de despertar o profissional para o ser humano como um todo. Entretanto reconhecem que os currículos atuais estão mais comprometidos com o ser holístico. Ressaltaram ainda o descompromisso de muitas instituições de ensino na formação do profissional, técnica e humanamente, como referem os seguintes depoimentos:

Hoje o currículo é mais voltado para o homem como um todo, as turmas que estão saindo estão mais preparadas, na minha época não era tanto assim não. (Rosa) enfermeiro

[...] de uns tempos pra cá há uma formação voltada pro lado holístico da coisa, mas ainda tem muita gente que tem um pensamento antigo achando que a pessoa é um curativo, uma dor de cabeça, uma pressão alta e não ver o lado biopsicossocial em que a pessoa está inserida. (Lisianto) enfermeiro

Acho que o ensino ainda deixa muito a desejar, ainda se tem muito a aprender. As escolas deveriam preparar melhor, tem muita escola sem qualidade. (Margarida) téc. enfermagem

Embora afirmando haver uma melhora no ensino atual, quanto à abordagem holística, os depoentes mostraram-se preocupados com a sua falta de preparo em entender o ser humano na sua complexidade. Isto provavelmente ocorre pelo fato de que metade dos entrevistados tinha mais de 10 anos de formação, portanto, formados sob uma visão tradicional, com tendência a desvincular o contexto biológico do contexto psicossocial do ser humano.

Silva, Rufino e Dias (2002) entendem que, no Brasil, a organização escolar baseia-se numa educação tradicional, refletindo-se na preparação intelectual, cultural e moral dos alunos, sem o comprometimento com o homem e a sociedade. Entretanto, a tendência pedagógica atual busca superar esta realidade, propiciando uma nova proposta filosófica de educação, de mundo e de homem, proposta essa que encontra respaldo na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) em vigor.

No que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam o consenso entre os críticos da educação de que esta é hegemonicamente biologicista, medicalizante e centrada no procedimento. Tem como modelo pedagógico a centralização em conteúdos, de maneira compartimentada e isolada, onde os indivíduos são fragmentados em especialidades clínicas. Isto significa dizer que a aprendizagem tem como base a clínica no hospital universitário e, assim sendo, obedece a um sistema de avaliação cognitiva por acumulação de informações técnicas/científicas padronizadas.

Almeida (2003) chama a atenção para a aprovação entre 2001 e 2002 das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, as quais recomendam contemplar, na formação dos profissionais, a realidade do sistema de saúde do país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Neste sentido, destaca-se a enfermagem por acrescentar que o atendimento das necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção, qualidade e humanização do atendimento.

Nessa discussão vale ressaltar que, através da ordenação do SUS, a Lei

Orgânica da Saúde, referente aos recursos humanos, tem o compromisso de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Sendo assim, é possível reverter as teorias biologicistas da educação em saúde para uma teoria da integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os profissionais de enfermagem referiram também ter pouca experiência ao vivenciarem ações na enfermagem de assistência a gestantes acometidas por patologia da gravidez, o que constitui uma séria dificuldade pessoal. Evidenciam ainda a insegurança de profissionais, pela falta de treinamento, ao ingressarem na unidade, como afirmam os entrevistados:

[...] nem sempre você consegue prestar bem atenção no paciente [...] no meu caso ha a pouca prática profissional pra ver mais detalhes, mais eu chego lá. (Margarida) téc. enfermagem

Eu ainda não me sinto 100% para dar assistência não, porque eu tô começando, mas eu tô procurando estudar, me manter informada e quando tenho dúvidas pergunto [...]. (Girassol) téc. enfermagem

Me sentia um pouco insegura, quando assumi o alto risco porque não tinha passado por nenhum treinamento, pensava: e se chegar uma paciente convulsionando no meu plantão, mas no fim a equipe se ajuda muito. (Chuva de Prata) enfermeiro

Estes relatos, acerca da pouca experiência de alguns membros da equipe de enfermagem, provavelmente, devem-se ao fato de que os profissionais de nível médio entrevistados, em sua maioria, eram bolsistas, ou seja, ingressaram na instituição através de um contrato provisório de, no máximo, dois anos. Dessa maneira, acreditamos haver pouca exposição dos técnicos ao trabalho, refletindo nos profissionais, o sentimento de despreparo para a assistência.

As falas dos entrevistados revelam a supervalorização dos aspectos técnicos/científicos expressados pelo ato de estudar e pela preocupação diante da intercorrência clínica. No entanto, de acordo com Silva e Batoca (2003), as ações de enfermagem não se enraízam apenas no conhecimento científico, pois há situações que não requerem respostas científicas. Concordamos com Waldow (1998) quando afirma que a enfermagem considera, no ato do cuidar, não só as idéias sobre a saúde, mas crenças, valores e conhecimentos advindos de outras áreas.

Nessa linha de consideração, Carper (1978), apud Ferreira (2007), aborda o

padrão de conhecimento pessoal como sendo derivado de experiências vividas através de suas relações interpessoais. Esse conhecimento não é expresso por meio da linguagem, mas através da própria existência.

Acreditamos que a problemática presente entre os profissionais, acerca da experiência na área do cuidar, poderia ser minimizada com a existência de um programa de formação específica. Nesse contexto o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) propõe a Educação Permanente pressupondo a reflexão crítica com objetivo de transformar as práticas profissionais. Os processos de capacitação dos trabalhadores tomam como referência as necessidades de saúde das pessoas, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da modificação das práticas e não o seu foco.

Entre as dificuldades pessoais, observamos que a conduta de cada profissional parece ser influenciada por fatores relacionados não apenas à sua formação acadêmica ou à experiência, mas entram, em questão, outros fatores, como personalidade, história de vida, estado emocional, conceitos e valores, como podemos observar nas falas de Rosa, Gardênia e Cravo:

[...] acho que depende da pessoa, algumas mesmo sem preparo curricular, profissionais antigos, [...] têm um traquejo, uma atenção e tem pessoas que estudaram, são mais recentes e que infelizmente não se sensibilizam. (Rosa) enfermeiro

A gente sente a diferença de uma pra outra, também existe a maturidade profissional que conta bastante. (Gardênia) enfermeiro

[...] acho que falta muito a consciência do profissional, de porque está na profissão. Porque a nossa profissão exige algo mais. Muitas vezes você aprende na escola e age de outra forma, o ser humano é muito complexo. (Cravo) téc. enfermagem

Os depoentes consideram que durante a prestação dos cuidados, as gestantes internadas guardam relação com aspectos subjetivos, como sensibilidade, consciência e maturidade profissional.

Neste sentido, vale salientar a importância do envolvimento profissional na relação com o paciente. Embora Stefanelli et al. (1982) afirmem que o envolvimento emocional é um aspecto vital na relação terapêutica com o paciente, Bettinelli (1998) salienta que alguns profissionais o demonstram de forma superficial, relevando os

conteúdos científicos, rotinas e normatizações técnicas, em detrimento dos aspectos subjetivos.

Isto nos leva a acreditar que os depoentes vêem a interação como estando fundamentada na percepção do outro. Segundo um dos princípios do Interacionismo Simbólico, a pessoa percebe o outro e age em conformidade como ele se percebe. Desse modo, as dificuldades pessoais são percebidas como um dos principais impedimentos para a interação entre a mulher e a equipe.

C.2 – Apresentando dificuldades nas relações de trabalho

Continuando na linha de discussão sobre as dificuldades encontradas no contexto da interação, os profissionais apontam através de suas falas, o local de trabalho, no que diz respeito às especificidades da unidade, a falta de tempo e a rotinização da assistência, como expressaram Girassol, Angélica e Lisianto

Nem sempre damos a atenção que elas merecem [...], por causa do corre-corre do setor. É um ponto negativo mais é o que acontece. Às vezes você conversa mais com umas do que com outras. (Girassol) Téc. enfermagem

Nós muitas vezes não conseguimos identificar as necessidades das pacientes devido ao tempo, principalmente nos plantões é difícil, a gente faz o melhor que pode mesmo. (Angélica) enfermeiro

Na hora que a gente dedica um pouco de tempo à paciente, porque o trabalho é muito corrido, quando a gente para pra escutar, a gente percebe muita coisa que não percebeu antes por falta de tempo, pela correria [...]. (Lisianto) enfermeiro

O tempo refletido na dinâmica de trabalho muito intenso, da unidade, é considerado pelos depoentes como um fator que contribui para a não efetivação do processo interativo, haja vista que dificulta a escuta, o contato, e a percepção da paciente como um todo.

Batista e Bianchi (2006) afirmam que entre as principais causas da falta de tempo estão o envolvimento da equipe com questões burocráticas, e a carência de profissionais nos quadros de enfermagem da instituição, favorecendo o acúmulo de trabalho, deixando em segundo plano os aspectos relacionais. Junta-se a isso o fato do caráter de urgência da enfermagem, o que contribui para o aumento da tensão e sobrecarga de trabalho.

Esses autores constataram que as principais causas de estresse, entre os

enfermeiros, são as condições de trabalho para o desempenho das atividades e a administração de pessoal. Entre os fatores desencadeantes deste quadro, destaca-se o fato de o profissional ter que despende tempo significativo nas questões burocráticas e administrativas, em detrimento da qualidade do cuidado, uma vez que este tempo poderia ser direcionado à assistência direta ao paciente.

Uma outra particularidade da unidade de trabalho é o seu caráter de urgência, devido às constantes intercorrências como admitiu Helicônia, Cravo e Cravina.

[...] a gente deixa muita coisa de lado por ser setor de urgência, mas a gente tem que tá sempre se policiando, conversando, explicando cada coisa à paciente. (Helicônia) enfermeiro

[...] ali é muito stress, por se lidar com a vida e a morte, setor de urgência é assim mesmo. Aí também passa muita coisa, é normal. (Cravo) téc. enfermagem

[...] às vezes mandam uma paciente pro setor sem nos avisar, eu sei que é um setor de urgência, mas... podiam avisar antes pra gente poder acolher melhor a paciente. Eu tenho pena, mas infelizmente tem dessas coisas, é chato. (Cravina) téc. enfermagem

A enfermagem de atendimento da mulher que apresenta intercorrência na gestação, além do acompanhamento clínico das pacientes, conta também com três leitos destinados ao atendimento de urgência e emergência em obstetrícia para aquelas que precisam de um suporte adequado, mediante a sua gravidade.

Assim sendo, percebemos que a dinâmica da unidade pode contribuir para dificultar o processo interativo, porém entendemos que, à necessária agilidade de ações para o controle de situações emergentes, deve seguir-se de maneira acolhedora, mantendo-se a paciente informada sobre o seu estado de saúde e os procedimentos realizados. Em seguida, é de fundamental importância o esclarecimento da situação aos familiares.

Mota, Martins e Vêras (2006) defendem que os profissionais de saúde, por estarem submetidos — durante suas atividades — a tensões advindas do contato freqüente com a dor e o sofrimento humano, pacientes terminais, receio de cometer erros, e relações difíceis estão sob um nível alto de estresse. Sendo assim, é necessário atenção para o cuidado com o cuidador. Esta preocupação vem sendo defendida pela Política Nacional de Humanização, destacando o aspecto subjetivo

presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2005).

Sobre este assunto, Martins (2003) afirma que é fundamental a existência de programas específicos de promoção e prevenção da saúde física e mental dos profissionais. Salaria que, sem este cuidado, a humanização deixa de cumprir um dos seus objetivos primordiais. E ainda assevera que a eficácia do cuidado está diretamente relacionada ao cuidado com o cuidador. Neste sentido, Damas, Munardi e Siqueira (2004) advogam que uma vez sentindo-se zelada e valorizada a equipe certamente saberá devolver este cuidado.

Outro aspecto evidenciado no conteúdo das falas dos entrevistados que pode representar empecilho para a interação, foi a focalização na rotina técnica, orientada por protocolos, como mostram as falas a seguir:

Nem sempre o tempo é o vilão, porque às vezes dá tempo pra muito mais e você fica bitolado a só fazer aquilo, aquela rotina prática. (Rosa) enfermeiro

[...] a gente direciona o olhar primeiramente para a medicação, o sulfato de magnésio, a sonda, os exames de rotina, ou seja, parece que tá tudo já planejado na nossa cabeça, se não for assim não pode ser [...]. (Copo de Leite) enfermeiro

Uma coisa importante seria rever-se os protocolos, pois os existentes são mais direcionados às técnicas, às rotinas só isso e acabou [...]. (Amarílis) enfermeiro

Conforme estes depoimentos, os profissionais expressam a existência de uma dependência quanto às rotinas e padrões de assistência para o desenvolvimento do seu trabalho, sem a preocupação de perceber e valorizar o ser humano como pessoa.

Acreditamos que um dos grandes desafios para a enfermagem esteja justamente relacionado aos sentimentos evidenciados nessas falas, uma vez que, buscando o rompimento do paradigma vigente, centrado na visão biomédica, a enfermagem pode contribuir para o estabelecimento de uma assistência voltada para o humano (PEREIRA; BELATO, 1997). Juntamente com o aporte técnico, deve o profissional buscar entender o contexto da paciente contribuindo assim para uma hospitalização menos traumática.

A esse respeito, Tavares e Teixeira (1997) consideram o surgimento de novas tendências na prática dos profissionais de saúde, apontando para uma transição de paradigma, que evidencia não mais o modelo biomédico, mas os aspectos humanos subjetivos.

Dessa forma, observamos que a dinâmica do setor dificulta que os profissionais obtenham significados e realizem a interação. Nesse sentido, compreendemos que os participantes do estudo têm o self como um dos grandes obstáculos para a interação, mas também se referem ao contexto como empecilho para sua interação com o ambiente. Assim sendo, sentem-se pouco capazes para interagir, referem pouca experiência e possuem dificuldades individuais para entender a subjetividade da gestante.

4.2 Resultados relativos às gestantes com pré-eclâmpsia

4.2.1 Caracterização das mulheres

Participaram do estudo 10 gestantes acometidas por pré-eclâmpsia, com idade entre 19 e 39 anos, sendo que três tinham mais de 35 anos. O Ministério da Saúde considera as mulheres maiores de 35 anos como sendo propensas ao risco gestacional. Vreburg et al. (2004) confirma a idade avançada da mulher como fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão na gravidez.

Tratando-se da escolaridade seis respondentes possuíam o ensino médio completo, três o fundamental incompleto e um o nível superior. Observamos que um número considerável de mulheres teve acesso à educação, levando-nos a considerar que as mesmas apresentam condições favoráveis aos cuidados com a saúde.

No que se refere ao estado civil cinco das mulheres eram solteiras; três se encontravam em união consensual e duas eram casadas. Sendo assim, as solteiras e essas, em união consensual constituem um total de oito, essa condição representa situação favorável ao risco na gravidez (BRASIL, 2000).

Metade das participantes era proveniente do interior do Estado, fato que ocorre em virtude da MEJC ser hospital de referência no Estado para as intercorrências gineco-obstétricas. No entanto, observamos com freqüência a admissão de pacientes em estado grave, provenientes de diferentes localidades, apresentando quadro de eclâmpsia, o que nos leva a questionar sobre a realização ou não do pré-natal, como também das condições em que ocorreu o seu acompanhamento (BRASIL, 2006).

Cinco das 10 entrevistadas eram primigestas e as demais variaram entre um e dois filhos. Constatamos no nosso estudo que as três mulheres em idade maior ou igual a 35 anos eram primigestas, nos chamando a atenção, visto que, na atualidade, as mulheres, por diversos motivos, postergam o processo procriativo, o que gera a vulnerabilidade destas quanto à ocorrência de riscos gestacionais. Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência da pré-eclâmpsia guarda estreita relação com a idade da mulher e ocorre principalmente nas primigestas idosas e nulíparas (BRASIL, 2000).

Quanto à idade gestacional, as participantes encontravam-se entre a 23^a e 40^a semana de gestação, predominando aquelas com 37 semanas, confirmando assim o encontrado na literatura. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a

sintomatologia da pré-eclâmpsia ocorre após a 20ª semana de gravidez. Dessa forma, essas mulheres estão dentro da faixa de gestação propensa para o aparecimento dessa patologia.

No que concerne ao número de internações sete participantes nunca haviam sido hospitalizadas anteriormente. Isto chama a atenção ao considerarmos o impacto da hospitalização para a paciente, sendo esta um forte contributo para a geração de ansiedade, medo e estresse. Neste momento a mulher confronta-se com uma rotina hospitalar rígida, marcada por constantes realizações de exames e tratamentos desconhecidos, como também a separação da família, ocasionando apreensão e dúvidas (ORIÁ; MORAES; VICTOR 2004).

Em relação ao número de consultas pré-natais na gestação atual, o máximo de consultas realizadas pelas participantes foram nove, predominando a faixa de cinco a oito consultas. Estes números aproximam-se do recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que estabelece o mínimo de seis consultas para o pré-natal de baixo risco, enquanto que numa gravidez de alto risco deve ser de acordo com a necessidade de cada gestante. Ressaltamos a importância do pré-natal, visto que a sua baixa adesão e qualidade estão diretamente relacionadas a condições de risco gestacional.

Em síntese, as entrevistadas apresentaram características que vão ao encontro dos achados bibliográficos quanto aos fatores predisponentes da pré-eclâmpsia.

4.2.2 Apresentação das categorias

Abordamos as categorias oriundas das falas das gestantes hospitalizadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia, quanto às especificidades do cuidado, à falta de informações, acolhimento e vínculo, como também quanto a sua percepção do processo de interação com a equipe.

A – Percepção das especificidades do cuidado

Constatamos nas falas das pacientes a referência às necessidades biológicas refletidas nas ações dos profissionais, mediante indagações acerca de sintomas, como expressam as falas de Água Marinha, Ametista e Esmeralda.

[...] Perguntam se eu tenho urinado, se tô me alimentando, se tô sentindo alguma coisa na barriga. (Água Marinha)

[...] Logo que eu cheguei me deram toda assistência, me deram remédio pra baixar a pressão que tava alta, perguntaram se eu queria comer [...]. (Ametista)

[...] perguntam se eu tô tomando o remédio pra pressão, se a gente tá sentindo alguma coisa, se a gente quer alguma coisa, se tá dormindo elas acordam pra dar o remédio pra pressão. (Esmeralda)

Estes depoimentos, apesar de demonstrarem que os profissionais estão atentos ao quadro clínico da gestante, não expressam atenção ao seu estado emocional.

É oportuno ressaltar a necessidade da competência técnica do profissional através de atualizações, cursos, enfim, de todos os requisitos indicados para um bom desempenho técnico, porém, sem perder de vista o fato de lidar com a fragilidade da pessoa hospitalizada. Defendemos que a gestante portadora de pré-eclâmpsia necessita de uma assistência digna, seja num pré-natal de qualidade ou durante a assistência hospitalar, em que sejam mantidos os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS.

Nesse sentido, é importante a manutenção de suporte técnico que responda à exigência de uma assistência, com qualidade, à gestante acometida por pré-eclâmpsia, visto que, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), esta patologia configura uma das mais importantes causas de óbito materno. Diante disso, faz-se necessário dispor-se de recursos materiais e humanos adequados, mantendo-se o compromisso com uma atenção humanizada.

Nessa discussão vale ressaltar a concepção de tecnologia defendida por Merhy, (2005). O autor afirma que a tecnologia não deve ser entendida apenas de forma reducionista ou simplista, porém esta compreende saberes relacionados à geração e utilização de produtos e a organização das relações humanas. Sendo assim, as tecnologias na área de saúde foram agrupadas por Merhy em três categorias: a dura caracterizada pelos recursos materiais, a leve-dura representada pelos saberes estruturados e a leve que se expressa pelas relações com os usuários.

A adoção de tecnologia leve no trabalho em saúde se delineia através do acolhimento, vínculo e atenção integral. A esse respeito Barra et al. (2006) salienta a necessidade de que a tecnologia seja ela qual for deve ser sempre humanizada. E ainda Hayashi e Gisi (2000) advertem para a existência freqüente nos ambientes hospitalares de profissionais exímios no conhecimento da alta tecnologia, porém ignorantes na arte de confortar e de ir ao encontro das pessoas que sofrem.

Barbosa e Silva (2007) advertem quanto à importância do profissional de enfermagem perceber o ser humano como agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética. Assim sendo, cada encontro entre o profissional e o paciente reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, num contexto relacional (PESSINI E BERTACHINI, 2004).

Em síntese, esperamos que o trabalhador de enfermagem esteja atento para entender o ser humano de forma integral, no qual estão relacionados não apenas aspectos físicos, mas emocionais, sociais, culturais e espirituais. Nessa discussão, Baggio (2006) afirma que o profissional deve estar voltado às necessidades do sujeito enquanto ser humano, e não somente à técnica, à cientificidade ou à excelência do cuidado prestado.

B – Ausência de informações/acolhimento/vínculo

As falas de Esmeralda, Rubi e Topázio denotam ausência de informações acerca da patologia que ocasionou o seu internamento.

Não, não me falaram nada não, só que a pressão tava lá em cima e eu tinha que ficar internada. (Esmeralda)

Por causa da pressão alta. Não me disseram detalhes não, eu até que queria mesmo saber, você pode me explicar? [...]. (Rubi)

Não me disseram nada quando eu cheguei, só que ia me internar por causa da pressão e me trouxeram pra cá [...]. (Topázio)

Desse modo, as pacientes expressam a carência de conhecimento acerca do desenvolvimento da doença e verbalizam interesse em obter informações.

Este fato torna-se importante na medida em que, ao chegar a um serviço de saúde, o paciente deve obter explicações adequadas quanto ao seu estado clínico,

de uma maneira clara. Diante da necessidade de internação, além desses esclarecimentos, é de responsabilidade do profissional dar todas as informações sobre a sua patologia, expectativas quanto ao tratamento, alta hospitalar e, sobretudo, considerar a individualidade do paciente e o significado do internamento para ele e familiares. Isto implica em ações de acolhimento através de técnicas assistenciais comprometidas com parâmetros éticos, humanos e de solidariedade (BRASIL, 2004).

Dobro et. al. (1998), abordando a constante troca de informações ocorridas num hospital, defendem que esta deveria ser utilizada como instrumento facilitador da assistência, uma vez que as necessidades dos pacientes seriam mais facilmente compreendidas e atendidas pelos profissionais.

Outrossim, Costa (2007) salienta que a deficiência de informação da mulher se estende desde o pré-natal até o parto. Tal fato representa um problema no sentido de revelar a falta de diálogo, orientação, enfim de uma conduta interativa do profissional junto à paciente.

Santos, Rosenberg e Buralli (2004) chamam a atenção, afirmando que alguns profissionais de saúde não informam corretamente as condições de saúde de seus usuários. Na maioria das vezes, este fato acontece devido aos mesmos terem a concepção de que os pacientes, por estarem incluídas ente as pessoas de baixa renda e, portanto, nas classes populares, não são capazes de informar corretamente seus sintomas, como também não entendem os esclarecimentos quanto ao diagnóstico.

Neste sentido, acreditamos que uma explicação clara e concisa, em conformidade com a capacidade de entendimento da gestante, venha minimizar o sofrimento emocional, originado tanto da patologia como do internamento, e conseqüentemente contribuir para o seu tratamento, como pode ser observado nas falas de Diamante e Ônix:

Primeiro eu acho que a gente deveria ter mais informação, assim detalhadamente, assim é isso, é por isso, você vai fazer tal coisa, porque quanto mais informações mais você fica tranqüila. Que eles olhem mais pra gente também. (Diamante)

[...] conversar, [...] a gente quer saber o que tá acontecendo, o que vai ser, hoje tudo muda. A gente quer saber das coisas. (Ônix)

Nestes depoimentos nos chama a atenção o fato de que as depoentes desejam obter informações mais detalhadas, levando-nos a crer que as explicações fornecidas são superficiais, não atendendo às suas expectativas quanto aos procedimentos assistenciais. Um outro aspecto, que merece destaque, é a solicitação de Diamante ao dizer “que eles olhem mais pra gente”, o que pode confirmar um distanciamento entre o cuidador e o ser cuidado.

Considerando o contexto da humanização, o depoimento de Safira demonstra a necessidade de ações que focalizem o ser humano na sua individualidade, através da informação, conversa e interesse por parte da equipe de saúde.

O profissional deveria dialogar mais, dizer tudo, ser claro, deixar a paciente informada sobre o que está acontecendo com ela. A gente fica solta, sem saber, meu marido quando chega fica perguntando e pergunta a eles e eles não gostam, mais fazer o que. (Safira)

Destacando a conversa, Ferreira (2006) observou que os momentos de diálogo durante os cuidados de enfermagem, onde os pacientes podem falar das suas angústias, preocupações e alegrias, são fundamentais para a interação entre equipe e paciente, e entre pacientes e família. Esses momentos de diálogo, via de regra, convertem-se em uma maior atenção às necessidades dos pacientes. Todavia, é necessário que a equipe de enfermagem busque a valorização desses momentos, uma vez que há, no nosso meio, ênfase na tecnologia, no saber técnico, em detrimento da troca e do compartilhamento dos saberes.

Na perspectiva de compreender a percepção da mulher, quanto ao processo interativo entre ela e a equipe de enfermagem, questionamos acerca dos seus sentimentos em relação ao fato de estar hospitalizada. De modo geral, as mulheres expressaram sentimentos de medo e preocupação pelo fato de serem admitidas em um setor denominado de alto risco, relacionando-o ao agravamento do seu estado de saúde e a possibilidade da morte, como também mostraram-se preocupadas com a hospitalização que gerou angústia e tensão pelo distanciamento da família.

O sentimento mais evidenciado pelas pacientes foi o medo. Diante da necessidade do internamento veio a confirmação do agravamento do quadro e do risco de morte sua e do seu filho.

Eu fiquei meio assim, chorei bastante com medo, porque todo mundo tem medo de morrer. A gente sabe que vai morrer mais a gente tem medo. Mais eu tô recuperando graças a Deus. (Esmeralda)

Fiquei nervosa quando me disseram que eu ia pra enfermaria de alto risco, pensei, pronto vou morrer. Agora me sinto bem. (Topázio)

Chegar ao hospital e principalmente tá aqui na enfermaria de alto risco significou pra mim que eu tô correndo risco de vida. (Água Marinha)

Observamos que as entrevistadas declaram com veemência o medo da morte, o que lhes causa certo grau de ansiedade, com possível repercussão no seu tratamento clínico. Esse tipo de sentimento, na nossa percepção, representa uma ameaça à integridade da gestante, do feto e família, tanto sob o ponto de vista social como emocional.

O medo referenciado pelas depoentes é compreensível, na medida em que processo de gravidez desencadeia esse sentimento, tanto para a mulher quanto para o homem (MALDONADO, 1996). Desse modo, concebemos que, na vigência de uma gravidez de risco, a incerteza quanto ao bem-estar, como também ao futuro materno e fetal leve a uma acentuação do medo da morte.

Pessini e Bertachini (2004) afirmam que, nos últimos anos, a morte tem estado mais presente nos discursos, sobretudo devido aos casos freqüentes entre jovens e o advento da AIDS, o que levou a uma reflexão sobre o tema. Historicamente, a morte passou de atitudes de aceitação espontânea, para atitudes de tabu e vergonha. Observa-se que os avanços científicos e tecnológicos contribuíram para estigmatizá-la, sendo vista como inimiga a ser vencida a qualquer custo.

Sabemos que nem sempre o profissional está preparado para enfrentar a morte. Combinato e Queiroz (2006) consideram que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o indivíduo em sua plenitude, enquanto ser humano dotado de emoções e valores, uma vez que recebem formação para lidar com a doença e a morte apenas do ponto de vista técnico. Neste sentido, Pitta (1999) ressalta que esse quadro leva o profissional a ter uma atitude de negação da morte.

Por conseguinte, Combinato e Queiroz (2006) asseveram a necessidade de os profissionais compreenderem a subjetividade no processo de morrer, através da humanização e integralidade do cuidado, como forma de torná-los mais aptos a lidar com este fenômeno.

Concordamos com Leal (2004) ao afirmar que quando as mulheres fragilizadas pela gravidez de alto risco têm a possibilidade de expressar seus medos, angústias, e serem informadas acerca da sua doença, conseqüentemente, tornam-se menos vulneráveis e mais predispostas a enfrentar as dificuldades advindas do estado patológico. Dessa forma, é papel da equipe de enfermagem garantir a contínua interação com a mulher durante a assistência. No entanto, observamos que algumas depoentes não tiveram o devido apoio, por parte dos profissionais, ao vivenciar o medo da perda do filho, como demonstra Rubi.

Quando eu soube que o meu filho corria risco precisei de um ombro amigo e não encontrei. (choro). Assim, ficar do lado da gente, segurar na mão, ajudar às vezes é bom. (Rubi)

Entre os fatores estressantes para a mulher acometida por uma gravidez de alto risco, Loos e Julius (1989) destacam o temor pela morte do filho e medo pela própria vida. Neste sentido, faz-se necessário a sensibilidade dos profissionais em perceber a fragilidade em que ela está submetida, buscando interagir, com o intuito de proporcionar o conforto emocional, através do olhar, do gesto e de uma palavra que aponte as potencialidades com responsabilidade.

A fala de Rubi nos remete ainda às dimensões do cuidado, tomando este como atenção, responsabilidade, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia (WALDOW, 1992). Tal conduta precisa ser constantemente resgatada nas práticas cotidianas, apesar de ser alvo freqüente de discussões teóricas. Neste sentido, salientamos a concepção de enfermagem, evidenciada por Paterson e Zderad (1976), como uma resposta de cuidado de uma pessoa para com outra, num período de necessidade, um encontro especial entre pessoas humanas, com o objetivo de alcançar o bem-estar.

Algumas depoentes, como Diamante, Ametista e Quartzo, mencionaram preocupação com os filhos que ficaram em casa e a saudade dos familiares.

Eu fiquei com vontade de chorar, assim, ficar longe de casa, preocupada, mais rapidamente eu me acalmei, só no primeiro e segundo dia que é mais difícil, mas depois eu mim acalmei. (Diamante)

Eu achei difícil porque nunca me internei e alto risco diz que alguém tem que se salvar. A mãe ou o filho, um tem que se salvar. Pra gente é difícil, deixa os pequenos em casa, mas tem que enfrentar, é a realidade. (Ametista)

[...] não é fácil não, a gente deixa a família, tudo. Fiquei muito preocupada se ia melhorar, pra poder voltar logo pra casa, mas já tive a notícia que o dotô não sabe quando vai dá a minha alta [...]. (Quartzo)

Observamos nestas falas, as dificuldades que as depoentes enfrentam no momento da sua hospitalização. Preocupam-se por estarem internadas, significando privação do convívio familiar, uma vez que a mulher geralmente desempenha um papel significativo na família, nas atividades do lar e cuidado dos demais filhos. Isto representa para elas motivo de estresse, havendo freqüentemente a solicitação da alta hospitalar. Por vezes, ocorre situação constrangedora diante da impossibilidade da alta, decorrente da instabilidade da sua evolução clínica.

Zampieri (2002) salienta que é responsabilidade da equipe de enfermagem compreender a preocupação da mulher com o feto e com os outros filhos, fortalecendo a presença e a contribuição da família na hospitalização.

Em suma, os depoimentos nos levam a conceber que a ausência de acolhimento e vínculo, relatados pelas gestantes, contraria os princípios da humanização da assistência e compromete o processo interativo entre profissional e paciente.

Numa visão interacionista, as falas indicam que as gestantes, ao revelar suas necessidades através dos símbolos, atribuem um significado ao ato de ser atendidas do ponto de vista clínico, comunicar-se, conversar, estabelecer relacionamentos e sentir interesse por parte dos profissionais. Esta realidade não se faz presente no seu ambiente de internação.

C - Percepção do processo de interação

Sobre esta categoria, as gestantes demonstraram reconhecer a atenção e o cuidado do profissional, entretanto sentem falta de envolvimento pessoal.

Podemos observar, nas seguintes falas, diversas atitudes dos profissionais percebidas como ações de interação pela paciente.

Elas me trataram bem, conversaram, teve uma que eu gostei muito, eu não sei o nome dela, ela ficava à noite, eu gostei muito. Porque ela me deixou mais tranqüila, brincou, de instante em instante vinha perguntar se eu tava bem, se queria alguma coisa, antes de sair veio aqui dizer que ia embora. (Diamante)

Me trataram bem. O que eu peço elas fazem, fazem bem o trabalho delas, dão os remédios, vem tirar a pressão direitinho. Perguntam tá sentindo alguma coisa? (Rubi)

Como é muita gente elas não têm tempo de dar atenção pra todo mundo. Elas dão atenção quando a gente chama, pede alguma coisa... no horário que elas vêm dar a medicação perguntam alguma coisa, mais fora desse horário não. (Ônix)

As mulheres, nessas falas, salientam ações interativas, como, por exemplo, a conversa, as brincadeiras, perguntas, porém, observamos que essas ações acontecem prioritariamente durante a realização dos procedimentos, como na verificação dos sinais vitais e na administração dos medicamentos. Isto indica que a ação interativa é proposital ao procedimento e não uma ação que vise suscitar o conhecimento da situação da mulher.

Entendemos que todo relacionamento com o paciente deve ser um momento de interação. Mercês e Rocha (2006) chamam a atenção que os profissionais, em muitas ocasiões, se deixam dominar pela burocracia, técnica, operacionalização dos procedimentos, não valorizando a singularidade do ser humano, não dando, assim, margem para o mesmo expressar seus sentimentos. Entretanto, o ato de cuidar, desde o mais simples ao mais complexo, deve ser imbuído pelo compromisso com o ser humano como um todo, buscando a compreensão da experiência vivida pelos pacientes (MUSSI, 1999).

Pinho e Santos (2007) advertem que mais do que intervir é necessário escutar, interagir, compartilhar nossas experiências de vida, estabelecer diálogos, respeitar as reações, confortar e silenciar em algumas situações.

Todavia, percebemos, nos depoimentos de algumas pacientes, expressões que demonstram ausência de uma interação efetiva com os profissionais, como afirma Diamante e Safira:

É uma interação formal, mas elas fazem a função delas de vir dar os medicamentos, perguntar o que eu estou sentindo e pronto, não tem nada além disso aí. Não tem nenhuma conversa a mais, é uma coisa bem profissional eu diria, entendeu? Mas elas tratam direitinho, quando medem a pressão elas falam. (Diamante)

[...] é importante conversar, principalmente quem é do interior. Falta mais relacionamento pelos profissionais, se interessar mais pela pessoa. Eu não sei, eu acho assim. (Safira)

Desse modo, a gestante demonstra sentir falta de uma atenção que valorize a sua individualidade, no qual haja interesse do profissional em ouvi-la e informá-la sobre a sua situação de saúde, mantendo um relacionamento acolhedor.

Embora algumas vezes tenha sido citado, nas falas, o papel da equipe de enfermagem como executora de técnicas e procedimentos, observamos claramente no depoimento de Diamante que as gestantes esperam muito mais do profissional do que apenas ações técnicas. Entendemos que atitudes de atenção, apoio, diálogo e empatia são fundamentais no processo de cuidar da mulher acometida por intercorrência da gravidez.

Nessa linha de consideração, Stefanelli (1993) ressalta que a assistência de enfermagem focalizada apenas na ciência, na técnica tende a acarretar negligência no aspecto humano da profissão, uma vez que é responsabilidade do profissional compreender e respeitar o ser humano em todas as suas dimensões.

Do ponto de vista interacionista para opinar sobre o processo interativo, identificando sugestões de como melhorá-lo, a gestante colocou-se na posição do profissional, entendendo as suas linhas de ação e direcionando seu comportamento, a fim de acomodar-se àquela linha de ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim, em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”

Fernando Pessoa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho resultou de uma caminhada composta por leituras científicas, questionamentos, contato com os profissionais e gestantes de alto risco que compartilharam o estudo, na busca do entendimento sobre a percepção da equipe de enfermagem e de mulheres hospitalizadas, com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, acerca da interação entre eles durante o atendimento das necessidades das mulheres.

No que diz respeito aos profissionais, estes percebem a sua interação com as gestantes, reconhecem as necessidades das mesmas e atendem-nas de forma responsável. Neste contexto, compreendem as condições da mulher com pré-eclâmpsia e, assim sendo, consideram o estado emocional e a importância da família para o seu tratamento. Esses participantes, ao vivenciar o processo de interação, deparam-se com dificuldades de ordem individual e institucional que influenciam a efetivação do processo interativo.

Entretanto, considerando que a interação decorre do contato entre duas pessoas com interesse e reciprocidade, como também do princípio de que a enfermagem em suas ações deve contemplar o homem holisticamente, podemos afirmar que os depoentes deste estudo desenvolvem um processo de interação de forma parcial junto às gestantes.

Sob o ponto de vista do interacionismo, os profissionais, apesar de estabelecerem uma relação social no cotidiano com a mulher, deparam-se com aspectos ambientais e individuais como, por exemplo, situações de urgência na unidade de internação, jornada de trabalho e falta de experiência que podem modificar os cuidados prestados às gestantes hospitalizadas.

Entendemos que diante de uma patologia com repercussões graves e insidiosas, faz-se necessária a existência de uma equipe de enfermagem preparada tecnicamente para atender a essas exigências. No entanto, junto com o atendimento das necessidades biológicas, espera-se que o profissional de enfermagem empenhe-se em compreender a mulher em todas as suas dimensões, quais sejam: psicológicas, sociais, culturais e espirituais, que compõem o ser humano, através de uma interação efetiva. Neste sentido, o processo interativo delinea-se como elo mediador entre o cuidador e o ser cuidado, configurando uma assistência humanizada.

Tratando-se da questão de como as gestantes percebem a interação com a equipe de enfermagem, a investigação nos condiciona a dizer que elas entendem que clinicamente são assistidas, porém sentem falta de informações acerca da patologia. Além disso, vivenciam sentimentos de medo e preocupação, como também percebem o processo de interação de forma parcial.

As gestantes hospitalizadas com pré-eclâmpsia detêm conhecimentos limitados acerca da patologia, porém percebem um bom relacionamento com os profissionais no que diz respeito ao atendimento das suas necessidades biológicas, através do cuidado com as condições clínicas e tratamento dos sintomas apresentados. Todavia, expressam haver pouco envolvimento pessoal, relatando que deveria existir mais interesse pela sua situação. Sendo assim, tendo como base conhecimentos teóricos adquiridos sobre interação, constatamos que as gestantes percebem o processo interativo de maneira fragmentada, pois não ocorre na sua efetividade.

Dessa forma, compreendemos que o profissional de enfermagem atribui um significado ao processo de interação com a gestante que o leva a contemplar, em suas ações, os aspectos técnicos do cuidar. Embora, expresse estar consciente do seu papel no processo interativo, demonstra dificuldade para interagir nas questões subjetivas, comprometendo o atendimento das necessidades da gestante.

De maneira geral, os profissionais que atendem às gestantes, ao interagirem com eles mesmos, com a paciente e com os demais membros da equipe, nas diversas situações, estabelecem um processo interpretativo que leva a considerar as necessidades da mulher hospitalizada com pré-eclâmpsia.

Nesse contexto, o significado da interação pode ser alterado e revisado nos vários processos interativos decorrentes das situações de cuidado com a gestante de alto risco. Nessa linha de consideração, salientamos a participação do enfermeiro como responsável e agente formador da equipe de enfermagem, contribuindo para que a equipe e os indivíduos vejam a si mesmos em cada agir, gerando reflexões sobre o processo interativo.

Dessa forma, os princípios do Interacionismo Simbólico mostraram-se eficazes para entendermos a percepção da equipe de enfermagem sobre a interação com a mulher acometida por patologia da gravidez, como fator preponderante no atendimento das suas necessidades. Consideramos que isto foi possível, uma vez que adentramos na realidade dos participantes do estudo,

buscando analisar a percepção dos profissionais e das gestantes sobre o processo de interação durante a realização dos cuidados.

Vale ressaltar que durante a elaboração do estudo não encontramos maiores dificuldades, exceto na coleta de dados que, em certas ocasiões, houve interrupção devido à paciente apresentar situação clínica que requereu intervenção médica de urgência, como, por exemplo, alterações de exames laboratoriais, ocorrência de picos hipertensivos e até encaminhamento para cesárea. Sendo assim, estas interrupções retardaram o processo da coleta, sem contudo tornar-se um grande empecilho. Ressaltamos, ainda, os nossos sentimentos de gratidão diante da acolhida dos profissionais daquele setor em participar da pesquisa e da colaboração das pacientes.

Com base nos resultados encontrados em relação à interação, com vistas ao atendimento das necessidades da gestante, constatamos a importância de os profissionais envolverem-se no exercício de uma assistência integral. Dessa forma, como membro da equipe de trabalho na unidade, a autora deste trabalho buscará refletir, junto à equipe, dificuldades encontradas no processo interativo, para assim planejar ações baseadas no atendimento do ser humano, de maneira integral.

REFERÊNCIAS

6 - REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. (Org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALTMAN, D. et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulfate? The Magpie Trial: a randomized placebo-controlled trial. **Lancet**, Inglaterra, v. 359, n. 9321, p. 1877-1890, 2002.

AMORIM, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. (supl1), p. 555-562, 2006.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTIS (ACOG). Diagnosis and manangement of pré-eclâmpsia and eclâmpsia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 33, p.159-167, 2002.

AQUINO, G. M. L. **O cuidado no parto normal pela enfermeira obstetra na perspectiva da puérpera**. 2003. 105 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Hipertensão na gravidez**. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em: 05 dez. 2005.

BACKES, D. S.; LUNARD FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidar humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.5, p.546-551, set./out. 2007.

BATISTA, K. M. ; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de urgência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-9, jul/ago. 2006.

BELTRÁN, Ó. A. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 24, n. 2, p.144-150, set. 2006.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo (RS): Pe Berthier; 1998.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism Perspective and Method**. California: Prentice-hall, 1969.

BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: Manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000.

_____. **HUMANIZA-SUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília, 2006.

_____. **Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p. – (Série B. textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. FIOCRUZ, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104p. (série A. Normas e Manuais Técnicos).

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, J. B. L. **Nascimento de um filho: o significado para o pai**. 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

CARVALHO, L. S. et al. Uso do Interacionismo Simbólico nas pesquisas de Enfermagem Pediátrica. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.119-124, jan/mar. 2007.

CAVALCANTI, A. C. D. **Cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca**: a interação como ferramenta do cuidado. 2002. 133f. Dissertação. (mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2002.

CECCIM, B. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1400-1410, set/out. 2004.

CERVO, A.L.; BERVIAN. P. **A Metodologia científica em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

CHARON, I. M. **Symbolic interactionism**: on introduction, on interpretation, on integration. 6. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I.P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p.55-60, 2006.

COMASSETO, I. **Vivências de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva**: estudo fenomenológico. 2007. 95f. Dissertação. (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, out. 2005.

COSTA, M. C. M. D. R. **Vivendo o bem-estar no desconhecido: experiência da mulher com a presença do acompanhante no processo de parto**. 2007. 109 f. Dissertação. (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DAMAS, K. C. A.; MUNARDI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 272-278, 2004.

DOBRO, E. R. H. et al. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influencia na comunicação interpessoal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 255-261, 1998.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-26, ago. 1997.

ELIAS, M. P.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p.517-525, jul/ago. 2006.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**. Recife, v. 3, n. 4, p. 393-4000, out/dez. 2003.

FERREIRA, P. B. P. **O processo de cuidar do enfermeiro em unidade de terapia intensiva**: uma análise dos conhecimentos utilizados. 2007. 130 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

FERREIRA, M. A. A Comunicação no Cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-330, maio/jun. 2006.

FILIZOLA, C. L. A.; FERREIRA, N. M. L. A. O Envolvimento Emocional Para a Equipe de Enfermagem: Realidade ou Mito? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 9 -17, maio 1997.

GALA, M. G.; TELLES, S. C. R.; SILVA, M. J. P. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 52-61, 2003.

GARRET, C. Complicações Perinatais. Avaliação dos fatores de risco. In: LOWDEMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 583-586.

GEORGE, J. B. Imogene M. King. In: _____. **Teorias de enfermagem**. Os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 13, p. 169-183.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 14. ed. São Paulo: E.P.U., 1979.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

KHARFI, A. et al. Trophoblastic remodeling in normal and preeclamptic pregnancies: implication of cytokines. **Clinical Biochemistry**, v. 36, n. 5, p. 323-31, 2003.

KIDNER, C.; FLANDERS-STEPANS, M. B. A model for the HELLP syndrome: the maternal experience. **Journal of Obstetric, gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 33, n.1. p.44-53, jan./fev. 2004.

LEAL, M. V. P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2004.

LEÃO, M. D. **Redução da morbi-mortalidade na síndrome HELLP completa com o uso de altas doses de dexametasona**. 2007. 146 fls. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, S. P. **O cuidado humanístico como foco institucional: um estudo sobre empatia dos profissionais de saúde na área obstétrica**. 2004. 95 f. Dissertação. (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

LOPES, C. H. A. F. ; JORGE, M. S. B. Interacionismo Simbólico e a Possibilidade para o Cuidar em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n.1, p.103-108. 2004.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 665-675, jul/ago. 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on line Brasil**, v.8, n. 5. Maio 2003. Disponível em <<http://polbr.med.br/ano03/artigo05031.php>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

MATSUDA, L. M.; SILVA, N.; TISOLIN, A. M. **Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto**. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MATTOS, C. L. G. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 470-475, jul./set. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOREIRA, R.C. R. da **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica gestação**: uma abordagem fenomenológica. 2005. 130 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

MORAES, L.; ORIÁ, M.; PAGLIUCA. Análise do conceito de interação fundamentada no método Wilsoniano. **Online Brazilian Journal**, v. 5, n. 3, 2006.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.2, p.323-330, mai/ago. 2006.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003.

MUSSI, F. C. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, n.2, p.113-22, jun. 1999.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, março-abril, 2004.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, 1992.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 333-41, 2006.

OLIVEIRA, C. A. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.1, p.93-98, jan./mar. 2006.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. L. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p.292-297, 2004.

OSIS, M. J. A. D. et al. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 195-204, 1990.

OSIS, M. J. A. D. **Atenção Integral á Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa:** História de uma intervenção. 1994. 117f Dissertação. (Mestrado). Departamento de Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.1994.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Humanistic nursing**. New York: Wiley Biomedical Publication, 1976.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; POLAK, Y. N. S. A importância da ética no ensino da enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7, n. 2, 2002.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-6, 2003.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Botucatu, v. 27, n. 10, p. 627-634, 2005.

PEREIRA, W. R.; BELLATO, R. A crise de paradigmas e a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 113-130, set/dez. 1997.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2.ed. São Paulo: edições Loyola, 2004.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 377-85, jul./set. 2007.

PINOTTI, J. A.; et al. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, Botucatu, v. 1, p. 7-11, 1990.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIDJIAN, G.; PUSCHETT, J. B. Preeclampsia. Part 1: clinical and pathophysiologic considerations. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 57, n. 9, p. 598-618, 2002.

Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. **American Journal of obstetrics and Gynecology**. v. 183, n.1, p.1- 22, 2000. Suplemento.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RUGOLO, L. M. S. S. et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 423-433, out./dez. 2004.

SANTOS, K. M. A. B.; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 61-66, jan/fev. 2006.

SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 268-76, 2004.

SIBAI B, M.; DEKKER, G.; KUPFERMINEC, M. Pré-eclampsia. **Lancet**, Inglaterra, v. 365, n. 9461, p. 785-799, Feb. 2005.

SIBAI, B. M. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 102, p. 181-192, 2003.

SILVA, M. J.; GIMENES, O. M. P. V. Eu o cuidador. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 307-309, 2000.

SILVA, S. P. C. **Representações sociais e práticas discursivas de profissionais do programa saúde da família sobre o pré-natal**. 2007. 109 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SILVA, M. I. T.; RUFFINO, M. C.; DIAS, M. R. Posicionamento de enfermeiras sobre ensino problematizador. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 10, n. 2, p. 192-198, 2002.

SILVA, D. M.; BATOCA, E. M. V. **O conhecimento científico e a enfermagem**. Millenium, n. 27, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium27/13.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2008.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 35 - 42, 1998.

SOUZA, M. F. Abordagens do cuidado na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, número especial, p. 98-106, 2000.

STEFANELLI, M. C. A importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 239-245, 1981.

STEFANELLI, M. C. ; ARANTES, E. C.; FUKUDA, I. M. K. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeiro-paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 245-253, 1982.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente – teoria e ensino**. 2. Ed. São Paulo: Robe, 1993.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 18, p. 253-265.

TAVARES, C. M.; TEIXEIRA, E. R. Reflexos sobre a crise do paradigma científico na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 1, n.1, p. 271-287, set./dez. 1997.

TEDESCO, J. J. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: _____. **A grávida: suas indagações e dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 1999. cap. 2, p. 29-41.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermagem psiquiátrica**. Carvejal: Cali, 1979.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-44, Marc/abr. 2002.

VREBURD, S. A.; et al. Hypertension during pregnancy in South Australia, part 2: Risk fatores for adverse maternal and/or perinatal outcome-result of multivariables analysis. Australia, Nova Zelandia. **journal obstetric and Gynaecologi**, v. 44, n. 5, p. 408-10, 2004.

WALDOW, V. R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, 1992.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO) **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA**. Geneva: World Health Organization, 2003.

ZAMPIERI, M. F. M. Enfocando a concepção e a gestão em uma perspectiva histórica e social. **Nursing Revista técnica de enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 37, p. 15-19, jun. 2001.

ZAMPIERI, M. F. M. Manejos na assistência à gestação de alto risco. **Nursing Revista técnica de enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 48, p. 18-22, maio, 2002.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 326-332, maio / jun. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Termo de consentimento livre e esclarecido
para os funcionários e para as pacientes



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

VOLUNTÁRIO Nº _____.

INICIAIS DO VOLUNTÁRIO: _____

Ilmo.(a). Senhor(a),

Solicitamos a participação de Vossa Senhoria em uma pesquisa que tem por objetivo: Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclâmpsia, em vista do atendimento das suas necessidades.

Para atingir tal objetivo, vossa senhoria está sendo convidada a participar de uma entrevista, de acordo com um roteiro contendo quatro questões norteadoras, a ser realizada em horário combinado, fora do expediente de trabalho. Na entrevista você será questionado sobre sua percepção quanto ao modo como ocorre a sua interação com a paciente acometida por pré-eclâmpsia, o seu papel nesse processo, como também o seu entendimento sobre as necessidades de uma mulher acometida por essa patologia.

Esperamos que a partir dos resultados deste estudo, e outros relacionados, possamos elaborar uma proposta para a qualificação de profissionais nessa área.

Salientamos que sua participação é voluntária e que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento ou não responder às questões que lhe causem constrangimento, mesmo que tenha assinado este termo.

Considerando que o estudo visa à coleta de opiniões e percepções, não se espera que você tenha nenhum problema em consequência de sua participação porque as questões a responder oferecem riscos mínimos de saúde ou desconforto. Os pesquisadores e a UFRN se responsabilizam pela procura da melhoria do estado do participante caso isto venha a ocorrer, bem como pela indenização de eventuais danos.

Não há previsão de gasto financeiro por parte do respondente, bem como não há previsão de ressarcimento por parte dos pesquisadores.

As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com propósito científico. Os pesquisadores, os membros envolvidos neste estudo e o comitê de ética terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo, violar a confidencialidade.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Maria de Lourdes Costa da Silva, enfermeira, COREN-RN: 54374, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN, da Profª Bertha Cruz Enders, membro da base de pesquisa II, intitulada “Enfermagem no Serviço de Saúde”.

A assinatura deste termo de consentimento formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar deste estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a docente do Curso de Enfermagem da UFRN/Natal Bertha Cruz Enders, COREN nº 28.268, coordenadora do projeto de pesquisa, aqui explicado, a utilizar as informações obtidas, através das entrevistas, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área de Enfermagem.

Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita. Concedo, também, o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente de que, em caso de dano decorrente da pesquisa, o pesquisador e a UFRN se responsabilizarão pela devida indenização.

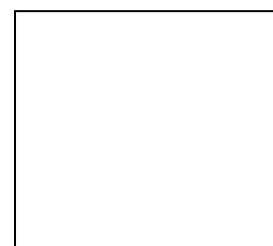
Endereço do pesquisador: Profa. Dra. Bertha Cruz Enders, R Pedro Fonseca Filho, 9041, Ponta Negra, Natal, RN. CEP: 59090-080. Fone: 84 -3236.2626. bertha@ufrnet.br

Comitê de Ética em pesquisa , Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br, <http://www.etica.ufrn.br>

Natal, ____ de _____ de 2007.

DE ACORDO,

ENDEREÇO:



Impressão datiloscópica



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA AS PACIENTES**

VOLUNTÁRIO Nº _____. INICIAIS DO VOLUNTÁRIO: _____

Ilma. Senhora,

Solicitamos a sua participação em uma pesquisa que tem por objetivo: Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclâmpsia, em vista do atendimento das suas necessidades.

Para atingir tal objetivo, a senhora está sendo convidada a participar de uma entrevista, de acordo com um roteiro contendo três questões norteadoras, a ser realizada em horário e local combinado. Na entrevista você será questionado sobre os seus sentimentos quanto a estar internada na enfermaria de alto risco, seus sentimentos em relação à equipe de enfermagem que lhe assiste e que sugestões você daria para se sentir melhor durante o internamento.

Esperamos que a partir dos resultados deste estudo, e outros relacionados, possamos elaborar uma proposta para uma melhor assistência à mulher acometida por pré-eclâmpsia.

Salientamos que sua participação é voluntária e que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento ou não responder às questões que lhe causem constrangimento, mesmo que tenha assinado este termo.

Considerando que o estudo visa à coleta de opiniões e percepções, não se espera que você tenha nenhum problema em consequência de sua participação porque as questões a responder oferecem riscos mínimos de saúde ou desconforto. Os pesquisadores e a UFRN se responsabilizam pela procura da melhoria do estado do participante caso isto venha a ocorrer, bem como pela indenização de eventuais danos.

Não há previsão de gasto financeiro por parte do respondente, bem como não há previsão de ressarcimento por parte dos pesquisadores.

As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com propósito científico. Os pesquisadores, os membros envolvidos neste estudo e o comitê de ética terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo, violar a confidencialidade.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Maria de Lourdes Costa da Silva, enfermeira, COREN-RN: 54374, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN, da Profª Bertha Cruz Enders, membro da base de pesquisa II, intitulada “Enfermagem no Serviço de Saúde”.

A assinatura deste termo de consentimento formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar deste estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a docente do Curso de Enfermagem da UFRN/Natal Bertha Cruz Enders, COREN nº 28.268, coordenadora do projeto de pesquisa, aqui explicado, a utilizar as informações obtidas, através das entrevistas, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área de Enfermagem.

Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita. Concedo, também, o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente de que, em caso de dano decorrente da pesquisa, o pesquisador e a UFRN se responsabilizarão pela devida indenização.

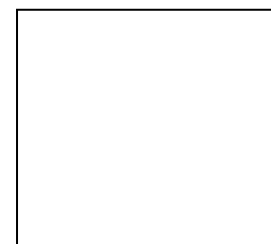
Endereço do pesquisador: Profa. Dra. Bertha Cruz Enders, R Pedro Fonseca Filho, 9041, Ponta Negra, Natal, RN. CEP: 59090-080. Fone: 84 -3236.2626. bertha@ufrnet.br

Comitê de Ética em pesquisa , Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br, <http://www.etica.ufrn.br>

Natal, ____ de _____ de 2007.

DE ACORDO,

ENDEREÇO:



Impressão datiloscópica

APÊNDICE 2
Instrumento para coleta de dados
Roteiro de entrevista com as pacientes e funcionários



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – CURSO DE MESTRADO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES**

PESQUISA: Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher acometida por pré-eclâmpsia.

Entrevista N°: _____

Data: ___/___/___

Q.1	Idade	<input type="text"/>	Q.5	Esteve internada anteriormente 1- Nunca 2 - Várias vezes 3 - Este é o primeiro internamento	<input type="text"/>
Q.2	Estado civil 1 - Casada 2 - Solteira 3 - União consensual 4 - Viúva	<input type="text"/>	Q.6	Número de consultas Pré-natais (gestação atual)	<input type="text"/>
Q.3	Número de filhos	<input type="text"/>	Q.7	Local de residência 1 – Capital do estado 2 – Interior do estado 3 – Outros	<input type="text"/>
Q.4	Idade gestacional	<input type="text"/>	Q.8	Escolaridade (em anos de estudo)	<input type="text"/>



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – CURSO DE MESTRADO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PACIENTES**

1 – Fale-me sobre o motivo do seu internamento. O que sabe sobre o problema que lhe levou ao internamento?

.

2 – Como você se sente estando internada neste setor?

3 – Como você se sente em relação à forma como a equipe de enfermagem lhe atende como ela se relaciona/interage com você?

4 – no seu entender quais são as necessidades de uma gestante hospitalizada com pré-eclâmpsia?

MUITO OBRIGADA!



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – CURSO DE MESTRADO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

PESQUISA: Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher acometida por pré-eclâmpsia.		
Entrevista Nº: _____		Data: __/__/__
Q.1	Categoria Profissional: 1 - Técnico de enfermagem 2 – Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
Q.2	Tempo na profissão (em anos):	<input type="checkbox"/>
Q.3	Vínculo na instituição: 1 - Concursado 2 - Bolsista 3 - Outra forma de contrato	<input type="checkbox"/>
Q.4	Escolaridade (em anos de estudo)	<input type="checkbox"/>



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – CURSO DE MESTRADO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

- 1 – Como você se sente trabalhando na enfermagem de alto risco?**
- 2 – Como você se sente trabalhando com mulheres acometidas por pré-eclâmpsia?**
- 3 – No seu entender quais são as necessidades da gestante acometida por pré-eclâmpsia? De que forma você trabalha essas necessidades da gestante?**
- 4 – Descreva como ocorre a sua relação/interação com a mulher no momento do atendimento.**

MUITO OBRIGADA!

APÊNDICE 3
Autorizações das instituições



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclampsia.

RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Bertha Cruz Enders

Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

_____ Autorizamos a coleta de dados na instituição.

_____ Não autorizamos a coleta dados na instituição.

Quanto à divulgação:

_____ Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico científico.

_____ Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico científico.

Quanto ao relatório técnico científico:

_____ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

_____ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Comentário: _____

Natal, RN, / /2007

Assinatura do Diretor ou Responsável e Carimbo
Maternidade Escola Januário Cicco



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Campus Universitário – Lagoa Nova – Natal, RN – CEP: 59000-000 – Fone/fax: (84) 3215-3196

Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício No. 017/PGEenf/07

Natal, RN, 17 de maio de 2007

Sr. Diretor,

Vimos, através desta, solicitar autorização para o desenvolvimento, nessa instituição, da pesquisa de dissertação intitulada “*Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclampsia*”. O estudo tem por objetivo identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclampsia, em vista ao atendimento das suas necessidades. O estudo envolve uma entrevista com os profissionais que compõem a equipe de enfermagem no setor de alto risco. Os dados serão coletados pela mestrandia Maria de Lourdes Costa da Silva.

Salientamos que a colaboração de V. S^a será de grande valia para o desenvolvimento do estudo cuja finalidade é melhorar a assistência à mulher. Portanto, desde já apresentamos nossos agradecimentos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Em anexo encaminhamos o formulário de autorização para assinatura.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Bertha Cruz Enders
Coordenadora

Ilmo. Sr. Dr
Kleber Morais
Maternidade Escola Januário Cicco



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Natal, RN, 17 de maio de 2007

Sra. Presidente,

Encaminhamos, para análise desse Comitê, o projeto intitulado “Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclampsia”. O estudo tem por objetivo identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclampsia, em vista ao atendimento de suas necessidades.

Ressaltamos que o estudo é um projeto de dissertação da mestrandia Maria de Lourdes Costa da Silva, em atendimento a requisitos do Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem nesta universidade.

Sem mais para o momento, aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders, Coordenadora

Maria de Lourdes Costa da Silva

Profa. Dra. Selma Jerônimo
Comitê de Ética/UFRN
Campus Universitário

ANEXOS



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Parecer 87/2007 - CEP-UFRN

Parecer 87 - 2007

Prot. n°	041/07-CEP/UFRN
Projeto de Pesquisa	Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclâmpsia. 0040.0.051.000-07
CAAE	Ciências da Saúde - Enfermagem- Grupo 111,
Área:de Conhecimento Pesquisador	Bertha Cruz Enders
Responsável Instituição onde será realizada: Instituição Sediadora:	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Período de Realização	Maternidade Escola Januário Cicco Início - Julho/2007 Término - outubro/2007
Revisão Ética em	01 de Junho de 2007

RELATO

1. RESUMO

o protocolo em análise é um projeto de dissertação de mestrado, visa "*Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-ec/âmpsia*". Pertence ao Grupo 111, está vinculado ao departamento de enfermagem e pretende *identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclâmpsia, em vistas ap atendimento das suas necessidades.*

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa. A amostra será composta por 10 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros que prestam assistência às mulheres internadas na enfermaria de Alto Risco e da UCI. O tamanho da amostra foi determinado pelo princípio de saturação, conforme as diretrizes de estudos qualitativos.

Para a Coleta de Dados será realizada uma entrevista contendo dados sócio-demográficos e três questões abertas que nortearão o trabalho.

Os Resultados serão analisados através das técnicas de análise de conteúdo conforme Bardin.

2. ENTENDIMENTOS E RECOMENDAÇÕES

Entendemos que esse protocolo encontra-se tecnicamente bem instruído e em concordância com as normas e diretrizes propostas na Resol. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no entanto, há recomendações que devem ser cumpridas pelo pesquisador responsável, a saber:

1. rever no formulário CEP/UFRN a Instituição onde será realizada a pesquisa, no campo 1.1, uma vez que esta deve ser a UFRN e não a MEJC.
2. inserir o endereço do CEP/UFRN no Temo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCIE).
3. incluir no TCIE local para impressão datiloscópica.

Diante do exposto o CEP/UFRN, por entender que as recomendações sugeridas não constituem impeditivo ético, manifesta-se por enquadrar o protocolo em questão na categoria de APROVADO COM RECOMENDAÇÃO.

Parecer 87/2007 - CEP-UFRN**3. PARECER**

Projeto Aprovado com recomendações.

4. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 - CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 - CNS - item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 - CNS - item 111.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 12 de Junho de 2007.



Dulce Almeida
Vice-Coordenadora do CEP-UFRN



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Parecer N° 192/2007

Prot. n°	041/07-CEP/UFRN
CAAE	0040.0.051.000-07
Projeto de Pesquisa	Percepção da equipe de enfermagem sobre a sua interação com a mulher internada acometida por pré-eclâmpsia.
Área:de Conhecimento	Ciências da Saúde - Enfermagem- Grupo 111,
Pesquisador Responsável	Bertha Cruz Enders
Instituição onde será realizada:	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Assunto	Proposta de Emenda para o Projeto Original
Revisão Ética em	14 de setembro de 2007

RELATO

Após análise ética e discussão, este Comitê considera que a proposta de emenda solicitada "*não modifica de forma importante os objetivos e métodos*" propostas no projeto original.

Com base no que recomenda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) - Manual Operacional para Comitês de Ética - Brasília, 2002. p. 41) o CEP-UFRN manifesta-se pela APROVAÇÃO da mesma.

Natal, 26 de setembro de 2007.

Dulce Almeida
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN