



Enfermagem

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

ISSN 2177-4285

em Foco

VOLUME 5, N. 1/2, agosto de 2014



ISSN 2177-4285 00013
9 772177 428000

Submissão online

Editorial

03. Simulação na formação e na qualificação do profissional de enfermagem

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Artigos Científicos

04. Alterações de saúde e sintomas sugestivos de depressão entre trabalhadores da enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência

Changes in health and symptoms suggestive of depression among nursing staff of the mobile emergence care service

Alteraciones de salud y síntomas sugestivos de depresión entre trabajadores de la enfermería del servicio de atención móvil de urgencia

Mayara Caroline Ribeiro Antonio, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido, Luciana Contrera, Sebastião Junior Henrique Duarte, Antonia Regina Ferreira Furegato, Elenir Rose Jardim Cury Pontes

08. Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica

Evaluation of stressors for the patient in a cardiology intensive care unit

Avaliación de estresores en pacientes de una unidad de cuidados intensivos cardiológicos

Fernanda Maria Nunes Mota Magalhães, Sayonara Almeida de Jesus, Cristiane Franca Lisboa Gois, Eliana Ofelia, Valmira dos Santos, Dayse Rosangela S Marques, Maria Pontes de Aguiar Campos, Maria Cláudia Tavares de Mattos

Gabryella Garibalde Santana Resende

13. Compreensão da família acerca da asma infantil em uma unidade de urgência e emergência pediátrica

Family understanding of childhood asthma in an emergency unit and pediatric emergency

La comprensión de la familia del asma infantil en una unidad de emergencias y urgencias pediátricas

Mirna Albuquerque Frota, Kamila Ferreira Lima, Maria Caroline Almeida Magalhães, Ana Lúcia Araújo Gomes, Ludmila do Nascimento Alves, Lorena Barbosa Ximenes

17. Dependente sim, viciado não: representações sociais de dependentes químicos

Dependent yes, not addicted: representations of drug

Dependiente sí, no addicted: representaciones de la droga

Sílvio Éder Dias da Silva, Maria Itayra Padilha, Jéssica Mayara Marques Barboza de Oliveira, Jeferson Santos Araujo, Ingrid Mello Barata, Natacha Mariana Farias da Cunha, Poliana dos Santos Alves, Esleane Vilela Vasconcelos

21. Enfermagem frente à reabilitação de pacientes submetidos à amputação

Nursing facing rehabilitation of patients submitted to amputation

Enfermería ante la rehabilitación de pacientes sometidos a amputación

Daiane Mariano, Sandra Maria Cezar Leal, Joannie dos Santos Fachinelli Soares, Greice Kelli Celho de Souza

25. Fatores associados aos acidentes de trabalho em instituição hospitalar

Factors associated to work accidents within a hospital institution

Factores asociados a los accidentes de trabajo en institución hospitalaria

Adriana Aparecida Paz, Cibele dos Santos, Liana Lautert

29. Gerenciamento de resíduos sólidos nas unidades básicas de saúde de Picos-PI

Solid waste management in health basic units of Picos -PI

Gestión de residuos sólidos en las unidades básicas de salud de Picos -PI

Eduardo Fernandes Oliveira, Laura Maria Feitosa Formiga, Luisa Helena de Oliveira Lima, Bartira Bezerra de Brito, Raíla Carvalho Feitosa

33. Os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC

The greatest challenges and difficulties to accomplish the work of nurse inspectors of the regional council of nursing COREN/SC

Los grandes desafíos y obstáculos para realizar el trabajo de enfermero fiscal del consejo regional de enfermería COREN/SC resumem

Luciana Ramos Silveira, Flávia Regina Souza Ramos

37. Percepção de mães sobre o uso de práticas integrativas e complementares em seus filhos

Mothers' perception about the use of integrative and complementary practices in their children.

La percepción de las madres sobre el uso de prácticas complementarias y de integración en sus hijos

Jessica Andressa Monteiro Saraiva Fortes, Lucas de Souza Santos, Samara Dourado dos Santos Moraes

41. Percepção do surdo com diabetes mellitus sobre a assistência em saúde

Deaf awareness of diabetes mellitus on assistance in health Abstract

Atención a la salud: la percepción de las personas sordas con diabetes mellitus

Keline Targino Vieira, Márcia Barroso Camilo de Ataíde, Antonia Tayana da Franca Xavie, Francisco Gilberto Fernandes Pereira

45. Vulnerabilidade dos usuários de crack à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

Vulnerability of crack users to the infection by human immunodeficiency virus

Vulnerabilidad de los consumidores de crack a la infección por el virus human inmunodeficiency

Telma Maria Evangelista de Araújo, Anderson da Silva Sousa, Thiago Ramon Soares, Rafael Alves Clementino, Laís Carvalho de Sá, Sângela Medeiros de Lima

Simulação na formação e na qualificação do profissional de enfermagem

Simulação é uma pedagogia que utiliza um ou mais estratégias para promover, melhorar ou validar conhecimentos dos participantes por meio da aprendizagem baseada na experiência¹. É um processo dinâmico que envolve a criação de uma situação hipotética que incorpora uma representação autêntica da realidade; facilita a participação ativa do aluno – estudante e profissional – e integra as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para o embasamento teórico, o desenvolvimento de competências observado por um checklist durante a prática clínica simulada e o debriefing, que seria o momento de reflexão e discussão. Ela pode ser denominada simulação robótica, cênica, com uso de atores ou pacientes padronizados e virtual. A simulação robótica pode ser desenvolvida com simuladores de baixa fidelidade: (manequins estáticos), média fidelidade (como os que possuem sons pulmonares e cardíacos, porém sem expansibilidade torácica e com interação limitada) e alta fidelidade (com respiração espontânea, expansibilidade torácica, sons cardíacos pulmonares, fala, interação e respostas fisiológicas próximas às reais). Os cenários de simulação aproximam o aluno da realidade da profissão, valorizando-se a oportunidade de rever os erros que podem ser evitados em situações semelhantes no futuro, aumentando a segurança do aluno e do paciente².

Na formação dos profissionais, três pilares norteiam o processo de ensino-aprendizagem da simulação: treinamento realizado em ambiente seguro e controlado, foco no profissional e não mais no paciente, e possibilidade de praticar habilidades comportamentais e desenvolver consciência crítica³. Logo, inserir essa metodologia de ensino à formação dos profissionais de enfermagem, pretende impactar positivamente a sua qualificação, nos diversos níveis de atenção à saúde da população, desenvolvendo a implementação das melhores práticas, de atitudes éticas e de responsabilidade profissional e interdisciplinar. Essa inserção requer que escolas e instituições de saúde agreguem, aos seus laboratórios de habilidades, ambientes que representem o contexto de trabalho – entre estes por exemplo, o domicílio dos usuários, os ambulatórios, as unidades básicas de saúde, o atendimento pré hospitalar e os diferentes cenários do cuidado que compõe um hospital. Para tanto, faz-se necessário construir uma cultura do real significado de simulação, considerando que a chave do sucesso em simulação clínica não se sustenta somente em equipamentos de alta tecnologia, mas na capacitação dos professores, denominados nessa tecnologia de ensino como facilitadores, possibilitando a execução exitosa de um modelo de desenvolvimentos de competências e juízo clínico em enfermagem.

Nesse contexto, a simulação pode ser utilizada no âmbito profissional como uma ferramenta para a Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando, como referência, as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial. O pressuposto é capacitar e aprimorar habilidades dos profissionais da saúde para atenderem as reais necessidades da população embasados nos princípios do SUS. Assim, urge valorizar a simulação, como metodologia inovadora e motivadora, tornando-a possível de ser utilizada na EPS nos serviços de saúde

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹
Editora Associada

Referências:

1. Meakim C, Boesi T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 2013, 9(65); p.S3-S11.
2. Teixeira CRS, Pereira MCA, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Avaliação dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem com a simulação clínica. *Rev. Bras. Enferm* 2015, 68(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200311.
3. Araújo ALLS, Quilici AP. O que é simulação e por que simular. In: Quilici AP. *Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. 1-16.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático de gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: SGTES, 2007.

Alterações de saúde e sintomas sugestivos de depressão entre trabalhadores da enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência

Recebido em: 13/08/2013
Aprovado em: 12/06/2014

Mayara Caroline Ribeiro Antonio¹
Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido²
Luciana Contrera³
Sebastião Junior Henrique Duarte⁴
Antonia Regina Ferreira Furegato⁵
Elenir Rose Jardim Cury Pontes⁶

Resumo: Objetivou-se relacionar as alterações de saúde com a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão dos profissionais da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre julho e outubro de 2013. Participaram do estudo 85 profissionais de enfermagem. Os trabalhadores que indicaram serem portadores de transtorno mental apresentaram prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão quatro vezes maior quando comparada aos trabalhadores que não indicaram serem portadores dessa doença. Conclui-se que a associação entre a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão e o transtorno mental são fatores comprometedores ao bem estar profissional.

Descritores: Transtornos mentais. Serviços médicos de emergência. Equipe de enfermagem.

Changes in health and symptoms suggestive of depression among nursing staff of the mobile emergency care service

Abstract: The aim of this work was relate changes in health with the prevalence of symptoms suggestive of depression in professionals of nursing staff of the Mobile Emergency Care Service. This is an epidemiological, descriptive and transversal study with a quantitative approach of the data, carried out between July and October of 2013. The study included 85 professionals. Workers that indicated carrier of mental disorders had a prevalence of symptoms suggestive of depression four times higher when compared to workers that had no indicated carrier of this disease. We conclude that the association between the prevalence of symptoms suggestive of depression and mental illness are factors compromising the welfare professional.

Descriptors: Mental disorders. Emergency medical services. Nursing team.

Alteraciones de salud y síntomas sugestivos de depresión entre trabajadores de la enfermería del servicio de atención móvil de urgencia

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo relacionar las alteraciones de salud con la prevalencia de síntomas sugestivos de depresión de los profesionales de la enfermeira del servicio de atención móvil de urgencia. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, con abordagen cuantitativa de los datos, realizada entre Julio y Octubre de 2013. Participaron en el estudio 85 profesionales. Los trabajadores que indicaron que los pacientes con trastornos mentales presentan una prevalencia de síntomas sugestivos de depresión cuatro veces mayor que los trabajadores que no indican la enfermedad. La conclusión és de que la asociación entre la prevalencia de síntomas sugestivos de la depresión y la enfermedad mental son factores que comprometen el bienestar profesional.

Descriptores: Trastornos mentales. Servicios médicos de urgencia. Grupo de enfermería.

INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) caracteriza-se como toda assistência prestada fora do ambiente hospitalar por equipe multiprofissional. A operacionalização do APH pode se dar por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atende as pessoas em situação de urgência de origem traumática ou clínica^(1,2).

O SAMU está inserido em todos os estados brasileiros⁽³⁾, e no Mato Grosso do Sul, sua implantação ocorreu progressivamente, sendo o primeiro na capital⁽⁴⁾ Campo Grande em 2005, em seguida, nos municípios de Três Lagoas e Dourados, ambos em 2008, e Corumbá no ano de 2011.

Entre os profissionais que atuam no SAMU estão os da equipe de enfermagem, constituída por auxiliares e técnicos de enfermagem e por enfermeiros. Eles devem realizar um trabalho integrado, capaz de atender a diversos atributos para que se obtenha um bom desempenho profissional em relação à assistência prestada^(1,3).

Parte-se do pressuposto de que as condições e o ambiente de trabalho influenciam significativamente na saúde do trabalhador, e que o aparecimento de alterações de saúde e a evolução dos transtornos psíquicos ocorrem de forma gradativa. Por isso, é imprescindível que os profissionais que atuam no SAMU tenham sua saúde física e mental preservadas⁽⁵⁾.

Assim, a importância do estudo encontra-se no fato de que o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho no profissional da saúde não pode ser ignorado, evidenciando que o serviço precisa estar preparado para adotar estratégias de prevenção e de tratamento para o enfrentamento das doenças ocupacionais⁽⁵⁾.

Nesse sentido e tomando a relevância da temática é que o estudo teve por objetivo relacionar as alterações de saúde com a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão dos profissionais das equipes de enfermagem atuantes no SAMU das Macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul.

¹Mestre, Professora Assistente, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Coxim, MS, Brasil.

²Doutora, Professora Adjunta, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, Brasil.

³Doutora, Professora Adjunta, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

⁴Doutor, Professor Adjunto, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, Brasil. E-mail: sjhd.ufms@gmail.com

⁵Doutora, Professora Colaboradora Sênior, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶Doutora, Professora Adjunta, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos municípios sedes da Macrorregião de saúde de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas, no estado de Mato Grosso do Sul, entre julho e outubro de 2013.

A amostra foi composta por 85 dos 94 trabalhadores das equipes de enfermagem do SAMU, atuantes nas Macrorregiões de saúde do Mato Grosso do Sul. Incluíram-se os profissionais do quadro efetivo do serviço que aceitaram participar da pesquisa. Destaca-se que entre os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa. Excluíram-se os trabalhadores que estavam afastados, em período de férias e/ou licença no momento da coleta de dados.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado, parecer nº. 357.496/2013.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um formulário com três seções: a primeira apresentava questões direcionadas às variáveis sociodemográficas e profissionais; a segunda com questões que foram adaptadas para este estudo⁽⁶⁾ a fim de obter dados sobre problemas de saúde atual categorizados por sistemas, e a última foi composta pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB) validado no Brasil⁽⁷⁾ e utilizado para a identificação de sintomatologia sugestiva de depressão.

A pontuação final dos 21 itens do IDB pode variar de 0 até 63 e os pontos de corte relacionam-se com a natureza da amostra e com os objetivos do estudo. Nesta pesquisa, por se tratar de população não diagnosticada são adotadas as propriedades psicométricas a seguir: ≤ 15 = normal; 16-20 = sintomatologia sugestiva de disforia/depressão leve; > 20 = sintomatologia sugestiva de depressão⁽⁷⁾.

Os dados foram analisados inicialmente através da estatística descritiva das alterações de saúde, que foram agrupadas e categorizadas por sistemas. Em seguida, relacionou-se a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão com as alterações de saúde. Na prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão, houve a dicotomização dos participantes em grupos, conforme resultado obtido no IDB. Assim, no grupo I, foram considerados os profissionais com sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore > 15) e, no grupo II, os profissionais sem sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore ≤ 15).

As análises foram realizadas nos programas Epi-info™ 7.1.1.14 e Bio Estat 5.3. Para verificar possíveis associações entre as variáveis, aplicou-se os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher, e calculadas as razões de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Por fim, a identificação das variáveis sociodemográficas, profissionais e de alterações de saúde que influenciavam significativamente nos quadros de sintomatologia sugestiva de depressão nos trabalhadores foi analisada através da Regressão de Cox, e a significância foi considerada com p descritivo menor do que ou igual a 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população total foi constituída por 94 profissionais, dos quais 85 participaram da pesquisa. A maioria (55,3%) era do sexo feminino, com idade menor ou igual a 35 anos (56,5%). Em relação ao município, 48,2% atuavam em Campo Grande; 22,4% em Corumbá; 16,5% em Dourados e 12,9% em Três Lagoas.

Quanto as categorias profissionais, 57,7% eram técnicos de

enfermagem, 37,6% enfermeiros e 4,7% auxiliares de enfermagem. A prevalência do tempo de profissão na área, com valores menor ou igual a dez anos foi de 49,4% e especificamente no SAMU, 74,1% atuavam no serviço a menos de cinco anos. Os períodos de trabalho mais assinalados foram o integral e o noturno, com 45,9% e 80,0%, respectivamente. O profissional pôde assinalar um ou mais períodos. A indicação de possuírem somente um vínculo empregatício foi evidenciada por 72,9% dos entrevistados. A carga horária diária de trabalho ficou entre nove e dezesseis horas em 44,7% dos casos e a quantidade de horas dormidas por noite variou de quatro a oito horas (78,8%).

As alterações de saúde, as doenças e as lesões resultantes de acidentes que os trabalhadores apresentaram foram agrupadas e categorizadas por sistemas. A Tabela 1 apresenta a distribuição dessas variáveis.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU atuantes nas Macrorregiões de saúde do Mato Grosso do Sul, segundo as lesões por acidentes e os grupos de doenças, Campo Grande/MS, 2013 (n=85)

Lesões e doenças referidas pelos sujeitos	n	%
Lesão musculoesquelética	65	76,5
Lesão resultante de acidente	62	72,9
Doença dermatológica	41	48,2
Transtorno mental	19	22,4
Doença do aparelho respiratório	15	17,6
Doença neurológica e sensorial	14	16,5
Doença digestiva	14	16,5
Doença endócrina e metabólica	10	11,8
Doença urogenital	08	9,4
Doença do aparelho circulatório	07	8,2
Tumor	01	1,2
Doença de sangue	01	1,2
Deficiência congênita	0	0
Outra	03	3,5
Não assinalou nenhuma doença	03	3,5

Nota: em relação às doenças apresentadas pelos indivíduos, cada sujeito poderia indicar uma ou mais doenças categorizadas por sistema, a porcentagem é relativa a 85 questionários respondidos.

Os dados revelaram que as doenças isoladas mais assinaladas foram: o transtorno emocional leve (41,2%); lesão por acidente nas costas (38,8%); doença na parte inferior das costas ou da coluna e lombar com dores frequentes (35,3%); doença da parte superior das costas ou do pescoço com dores frequentes (30,6%); dor nas costas que se irradia para a perna/dor ciática (24,7%).

Ressalta-se que as temáticas saúde e trabalho são indissociáveis e deve-se levar em conta as características do trabalho em urgência e emergência, no sentido de prevenir fatores de risco para o aparecimento de doenças psíquicas, como é o caso do transtorno emocional leve⁽²⁾.

Os dados chamam atenção para as doenças relacionadas ao sistema musculoesquelético. Tais doenças, em conjunto com os transtornos mentais e comportamentais, têm sido as causas mais frequentes da demanda de atenção prestada pelos

serviços de Medicina do Trabalho, aumentando os custos do setor saúde e a taxa de absenteísmo⁽⁸⁾.

Dos 85 sujeitos, 70,6% possuíam algum tipo de doença com diagnóstico médico, sendo a média de 3,4 doenças por pessoa. O mínimo de doenças assinaladas com diagnóstico médico foi de uma doença e o máximo de nove. As doenças autorreferidas foram relatadas por 68,2% dos sujeitos, sendo a média de 2,8 doenças por pessoa. O número mínimo de doenças autorreferidas foi de uma e o máximo de 11.

Em relação à prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão, observou-se que 88,2% (n=75) foram classificados sem sintomatologia sugestiva de depressão; 9,4% (n=8) com sintomatologia sugestiva de disforia/depressão leve e 2,4% (n=2) com sintomatologia sugestiva de depressão. No entanto, após a dicotomização desse resultado, obteve-se que 10 (11,8%; IC 95%: 4,9% a 18,6%) dos profissionais foram considerados com

sintomatologia sugestiva de depressão, representando o grupo I, no qual se incluiu os indivíduos com escore >15 no IDB. No grupo II, 75 (88,2%) dos participantes obtiveram escore ≤15 na pontuação final do IDB, por isso foram classificados sem sintomatologia sugestiva de depressão.

O resultado coincide com a depressão encontrada na população em geral, com média de 5% a 11% entre os graus de depressão leve, moderada e grave⁽⁷⁾. Tal achado mostra-se importante, pois a clientela atendida pelos profissionais de enfermagem do SAMU necessita de cuidados adequados^(2,9).

Realizou-se a análise bivariada para verificar possíveis associações após a identificação da sintomatologia sugestiva de depressão e das alterações de saúde. A Tabela 2 evidencia que no grupo de doenças referente ao transtorno mental apresentou associação significativa com a sintomatologia sugestiva de depressão.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU atuantes nas Macrorregiões de saúde do Mato Grosso do Sul, segundo alterações de saúde apresentadas, uso contínuo de medicação e presença de sintomatologia sugestiva de depressão, Campo Grande/MS, 2013 (n=85)

Variáveis	Sintomatologia sugestiva de depressão				RP (1) (IC 95%)	p(2)
	Sim (n=10)		Não (n=75)			
	n	%	n	%		
Alteração de saúde						
Sim	10	12,2	72	87,8	0	1,000
Não	0	0	3	100,0		
Lesões por acidente e doenças categorizadas por sistemas⁽³⁾						
Transtorno mental	5	26,3	14	73,7	3,47 (1,12 – 10,75)	0,040
Doença urogenital	2	25,0	6	75,0	2,41 (0,61 – 9, 45)	0,237
Doença do aparelho circulatório	1	14,3	6	85,7	1,24 (0,18 – 8,41)	1,000
Doença neurológica e sensorial	2	14,3	12	85,7	1,27 (0,30 – 5,35)	0,667
Doença digestiva	2	14,3	12	85,7	1,27 (0,30 – 5,35)	0,667
Lesão resultante de acidente	8	12,9	54	87,1	1,48 (0,34 – 6,48)	0,722
Lesão musculoesquelética	8	12,3	57	87,7	1,23 (0,28 – 5,33)	1,000
Doença dermatológica	5	12,2	36	87,8	1,07 (0,33 – 3,44)	1,000
Doença endócrina e metabólica	1	10,0	9	90,0	0,83 (0,12 – 5,90)	1,000
Doença do aparelho respiratório	1	6,7	14	93,3	0,52 (0,07 – 3,79)	0,683
Tumor	0	0	1	100,0	0	1,000
Doença no sangue	0	0	1	100,0	0	1,000
Outro problema ou doença	1	33,3	2	66,7	3,04 (0,55 – 16,88)	0,316

(1) Razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%, (2) Teste Exato de Fisher, (3) Cada sujeito poderia indicar uma ou mais doenças

Ressalta-se que, na análise pelo modelo múltiplo, a variável ser portador de transtorno mental manteve associação considerável com a sintomatologia sugestiva de depressão. Assim, a prevalência de sintomas sugestivos de depressão foi quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental em comparação aos não portadores deste tipo de doença (Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão de Cox para a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão entre profissionais da equipe de enfermagem do SAMU da Macrorregião de saúde do Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, 2013 (n=85)

Variáveis	p	Razão de prevalência (RP)	IC 95%(RP)
Transtorno mental	0,028	4,20	1,17 - 15,08
Sexo	0,104	4,66	0,73 - 29,82
Vínculo empregatício	0,305	3,05	0,36 - 25,77
Horas dormidas por noite	0,418	2,46	0,28 - 21,79

Observa-se que dos 10 (11,8%) profissionais que apresentaram simultaneamente sintomatologia sugestiva de depressão e alteração de saúde no domínio do transtorno mental (transtorno emocional leve), somente 3 (3,5%) assinalaram tal alteração com base em diagnóstico médico, sendo que os outros 7 (8,3%) sujeitos autorreferem o transtorno mental. Além disso, dos 11,8% dos profissionais que apresentaram sintomatologia sugestiva de depressão, 5,9% afirmaram fazer uso contínuo de medicação e, ao analisar a indicação dos medicamentos informados, 2,4% utilizavam antidepressivos. Isso indica a necessidade de avaliação clínica desses profissionais visando diagnosticar o transtorno mental evidenciado para que seja adotado o tratamento correto.

A literatura mostra que o diagnóstico e o tratamento da depressão não são executados adequadamente ou simplesmente não acontecem precocemente. O mais preocupante é que tal fato está relacionado ao despreparo dos profissionais da saúde e

do sistema de saúde brasileiro público e privado, o que implica não só no diagnóstico errôneo e/ou tardio dos pacientes por eles atendidos mas também no próprio reconhecimento do seu estado de saúde, no que se refere às alterações da saúde mental^(10,11).

Frente a isso, é fundamental que haja a produção de novos conhecimentos e a construção de um referencial de saúde moderno que envolvam mudanças estruturais e individuais nos serviços de saúde para a prevenção e identificação das doenças ocupacionais, bem como à adoção de ferramentas de auxílio e estratégias de enfrentamento^(8,9).

CONCLUSÃO

A limitação do estudo está na população estudada, considerando que foram pesquisados somente os profissionais da equipe de enfermagem por representarem o maior contingente da área da saúde. Espera-se que outros estudos abordem os profissionais que não foram contemplados, visto a possibilidade de contribuições à saúde mental dos trabalhadores.

Relacionando as alterações de saúde com a sintomatologia sugestiva de depressão observa-se que a prevalência de sintomas sugestivos de depressão foi quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental em comparação aos não portadores deste tipo de doença. Tal fato indica que houve associação significativa entre a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão e o transtorno mental.

Sugere-se que é necessário acompanhar o estado de saúde desses trabalhadores, bem como melhorar suas condições de trabalho, ressaltando que o serviço precisa estar preparado para intervir de maneira preventiva nas doenças ocupacionais de acordo com a legislação de proteção ao trabalhador.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864/GM. 29 set. 2003: institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.
2. Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCT, Gomes GG, Brito MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1): 208-15.
3. Blog da Saúde. 10 anos do SAMU! é o SUS que vai até você. Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 2014]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33368-10-anos-do-samu-e-o-sus-que-vai-ate-voce>.
4. Duarte SJH, Nardes RPMA, Pena SB, Mendez RDR, Candido MCFS. Vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Campo Grande, MS. *Enferm Foco.* 2013; 4(2): 135-39. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/530>.
5. Mendes ACG, Araújo-Júnior JLAC, Furtado BMASM, Duarte PO, Silva ALA, Miranda GMD. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2): 161-66.
6. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev. Saúde pública.* 2009; 43(3): 525-32.
7. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. j. med. biol. res.* 1996; 29(4): 453-57.
8. Spreeuwers D, Strikwerda DC, Weel ANH. . Registration of work-related diseases, injuries, and complaints in Aruba, Bonaire, and Curaçao. *Pan American Journal of Public Health.* 2012; 31(2): 109-14.
9. Nardi HC, Ramming T. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr).* 2012; 32(2): 374-87.
10. Organização Mundial de Saúde [homepage na internet]. Geneva; 2014 [acesso em 9 jun 2014]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
11. Furegato ARF, Candido MCFS, Costa-Júnior ML. Comparing Knowledge and Opinions on Depression among Nurses in the Health Services. *Rev. Saúde Públ.* 2009; 11(2): 200-11.

Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica

Recebido em: 05/08/2013
Aprovado em: 12/06/2014

Fernanda Maria Nunes Mota Magalhães¹
Sayonara Almeida de Jesus¹
Cristiane Franca Lisboa Gois²
Eliana Ofelia LLapa-Rodríguez²
Valmira dos Santos³
Dayse Rosângela S Marques⁴
Maria Pontes de Aguiar Campos⁵
Maria Cláudia Tavares de Mattos⁵
Gabryella Garibalde Santana Resende⁶

Resumo: O estudo objetivou identificar os fatores mais e menos estressores para os pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de um estudo descritivo, realizado com 45 pacientes internados em uma UTI Cardiológica. Foi utilizada escala tipo Likert de 4 pontos para avaliar 42 possíveis estressores. Os fatores mais estressores são: não ter controle de si mesmo e cama e/ou travesseiros desconfortáveis, e os menos: ser examinado constantemente por médicos e enfermeiros e assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes. Conclui-se que os principais estressores estão relacionados a fatores intrapessoais e ambientais, assim como os menos estressores.

Descritores: estresse; unidades de terapia intensiva; cirurgia torácica; enfermagem.

Evaluation of stressors to the patient in a cardiology intensive care unit

Abstract: The study aimed to identify the most and the least stressful factors for patients hospitalized in a Intensive Care Unit (ICU). A descriptive study carried out with 45 patients hospitalized in a Cardiology ICU. A 4-point Likert scale was used to evaluate 42 possible stressors. The most stressful factors are: not to have control on oneself, uncomfortable bed and/or pillows, and the least stressful: being frequently examined by doctors and nurses, watching the medical and nursing care being carried out in other patients. We conclude that the main stressors are related to intrapersonal and environmental factors, and so are the least stressful ones.

Descriptors: stress; intensive care unit; thoracic surgery; nursing.

Avaliación de estresores en pacientes de una unidad de cuidados intensivos cardiológicos

Resumen: El estudio tuvo como objetivo identificar los factores más o menos estresantes, según la percepción del paciente internado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Estudio descriptivo, desarrollado con 45 pacientes internados en una UCI Cardiológica. Se utilizó una escala tipo Likert de 4 puntos para evaluar 42 posibles causas de estrés. Los factores más estresantes fueron: no tener control de sí mismo, cama y/o almohada desconfortables, observar los cuidados médicos y de enfermería realizados en otros pacientes y escuchar el teléfono tocar. Concluimos que los principales estresantes presentes fueron los relacionados a factores intrapersonales y ambientales, así como considerados menos estresantes.

Descritores: Lactancia materna, Validez de las pruebas, Enfermería en Salud Comunitaria.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva se destina ao atendimento de pacientes que necessitam de cuidados intensivos, a qual guarda características próprias que a diferenciam das demais unidades do hospital. Nesse setor coexistem fatores que têm sido considerados geradores de estresse para o paciente⁽¹⁻³⁾.

Nesse sentido, Hans Selye (1956, p.34), pioneiro dos estudos sobre estresse no campo da biologia e da saúde humana, definiu ser o estresse, "o resultado não específico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático"⁽⁴⁾. Selye observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor e nominou a ocorrência do estresse de Síndrome Geral de Adaptação. Apesar de seus estudos terem sido motivados a partir de suas observações em pessoas doentes, Selye compreendeu que o estresse é parte normal do funcionamento do corpo, sendo uma consequência do ato de viver.

Dos estudos de Selye às pesquisas subsequentes avolumam-se

evidências da ação de outros agentes estressores de natureza não biológica e a influência das reações negativas a agentes estressores na saúde⁽⁵⁻⁷⁾. Sejam esses agentes estressores físico, mental, social, espiritual ou ambiental, podem desestabilizar a homeostase do indivíduo, com repercussão em outras dimensões, além da biológica⁽⁸⁾. Sob essa perspectiva de desestabilização a enfermeira Jean Watson⁽⁹⁾ corrobora com outros pesquisadores ao afirmar que o estresse é um fator importante que causa desarmonia, afeta a saúde e desencadeia doença. Watson enfatiza que a compreensão das percepções que a pessoa tem da sua situação na qual se encontra ajuda a enfermeira a preparar um plano para aliviar o estresse do acontecimento.

A partir do exposto e da experiência profissional é possível afirmar que a hospitalização por si só já é um evento estressante e não raro considerada como experiência traumática. Acrescido a esse aspecto, tem-se a situação clínica do paciente e o comprometimento de suas necessidades básicas. O paciente durante a hospitalização

¹Enfermeira graduada pela Universidade Tiradentes.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.

³Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Sergipe – Fase, Aracaju, Sergipe, Brasil.

⁴Enfermeira. Professora da Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.

⁵Enfermeira. Doutora. Professora Associada da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.

⁶Enfermeira. Especialista em Educação profissional pela ENSP/FIOCRUZ.

está fragilizado por se encontrar numa condição que lhe foi imposta de uma hora para outra, num ambiente novo e impessoal, onde seus costumes e horários pessoais nem sempre são seguidos, estão cercado por profissionais, pessoas diferentes, com as quais não convivem no seu dia a dia, gerando uma relação interpessoal muitas vezes “fria” e distante⁽¹⁰⁾. Como um plus a esse contexto que envolve a hospitalização, a possibilidade de vir a ser internado em uma UTI, um setor diferenciado por suas características físicas, equipamentos, rotina de assistência e estado de saúde dos pacientes assistidos, pode potencializar o estresse. A percepção do paciente com relação ao ambiente hospitalar influencia diretamente no seu estado de bem estar e segurança.

Na avaliação dos fatores estressantes para o paciente há de se considerar que a percepção do paciente nem sempre coincide com a dos profissionais que assistem aos pacientes nessas unidades, com os enfermeiros valorizando os estressores com maior intensidade do que os pacientes que vivenciam a permanência nessa unidade⁽¹¹⁾.

Dentre os três fatores que foram considerados como mais estressantes para os pacientes internados numa UTI cardiológica tem-se, em ordem decrescente “ter dor”, “não conseguir dormir”, “sentir falta do marido ou esposa”⁽²⁾. Enquanto que para os profissionais de saúde os fatores para estressantes para o paciente são “estar amarrado por tubos”, “ter tubos no nariz e/ou na boca”, “não ter explicações sobre o tratamento”⁽¹⁾.

Considerando que a ciência da enfermagem focaliza o seu conhecimento no cuidado integral ao paciente, e que o estresse pode interferir na recuperação do paciente, pelo seu potencial de interferir na homeostase, o presente estudo teve por objetivo identificar os fatores mais e menos estressores, do ponto de vista de pacientes internados em uma UTI Cardiológica.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com pacientes internados em uma UTI Cardiológica de um hospital localizado no município de Aracaju, estado de Sergipe.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes mediante protocolo no 121010. A amostra foi, por conveniência, composta por 45 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou acima de 18 anos; ter permanecido internado na UTI no mínimo 48 horas; e estar consciente, alerta e orientado, e sem alteração neurológica ou psicológica no momento da entrevista.

O critério de permanência na UTI por pelo menos 48 horas, justifica-se por considerar necessário esse período para que o paciente esteja exposto ao ambiente e assimile a ação dos fatores potencialmente estressores presentes nessa unidade.

Para a coleta dos dados foram aplicados dois instrumentos, o primeiro para a coleta dos dados de identificação (idade, sexo e situação profissional) e clínicos (motivo da internação e tempo de internação). O segundo instrumento foi utilizado para a estratificação dos fatores estressores, a “Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva - EETI” (Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS)⁽¹²⁻¹³⁾, em sua versão traduzida e adaptada culturalmente para o português⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A EETI é composta por 42 questões que abordam vários fatores causadores de estresse para o paciente internado em UTI. Trata-se de escala do tipo Likert de quatro pontos, cada pergunta

da escala possui quatro possibilidades de respostas com a seguinte pontuação: (1) significa não estressante, (2) pouco estressante, (3) estressante, (4) muito estressante. O intervalo possível para a escala é de 42 (42 questões x 1) até 168 (42 x 4), sendo que, quanto maior o valor da somatória dos itens, maiores são os estressores possíveis.

A EETI tem sido considerada confiável para medir o conjunto dos 42 fatores potencialmente geradores de estresse. Entre os estudos que avaliaram a confiabilidade interna da escala, foi observado alfa de Cronbach entre 0,90 e 0,93, o que reflete a alta consistência interna dos itens da escala⁽¹⁻²⁾.

Os dados foram processados e analisados em programa estatístico. Foram realizadas análises estatísticas descritivas de frequência simples para variáveis nominais/ categóricas, de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Um escore médio foi feito para cada um dos 42 itens da escala, classificados desde o mais até o menos estressor, a fim de obter o ranking dos fatores mais e menos estressores.

RESULTADOS

Foram entrevistados 45 pacientes que estavam internados em uma UTI Cardiológica. A média de idade dos pacientes foi de 49,20 anos. A maioria era do sexo masculino e não desempenhava atividade remunerada. O motivo de internação mais freqüente foi para tratamento pós-operatório. Na amostra estudada obtivemos valores da EETI entre 43 e 100 (média de 65,17) (Tabela 1). A EETI demonstrou ser confiável, tendo apresentado um alfa de Cronbach igual a 0.88.

Tabela 1 - Caracterização da amostra. Aracaju, 2010.

Variáveis	N	%	Intervalo	Média	D.P.
Idade (em anos)			22 – 79	49,20	16,71
Sexo Masculino	32	71,1			
Situação Profissional					
Ativo	20	44,5			
Aposentado	14	31,1			
Outros	11	24,4			
Motivo da internação					
Pós-operatório	35	77,8			
Tratamento clínico	10	22,2			
Tempo de internação (em dias)			2 – 40	5,17	7,03
Escala de estressores (soma dos 42 itens)			43 – 100	65,17	16,08

D.P. = Desvio Padrão

Os fatores mais estressores para os sujeitos que fizeram parte da amostra foram, em ordem decrescente de grau de estresse: “não ter controle de si mesmo”, “cama e/ou travesseiros desconfortáveis”, “não conseguir dormir”. Enquanto que os menos estressores foram: “ser examinado constantemente por médicos e enfermeiros”, “assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes”, “escutar o telefone tocar” (Tabela 2).

Tabela 2 - Ranking dos estressores segundo amostra. Aracaju, 2010.

Estressores	Posição	Média	D.P.
Escutar o barulho e os alarmes dos	13	1.62	1.06
Não saber quando as coisa vão ser feitas	12	1.66	1.07
Não saber que dia é hoje	12	1.66	1.02
Não saber que horas são	11	1.68	0.94
Ter tubos no nariz e/ou na boca	11	1.68	1.06
Ter luzes acesas	10	1.71	1.01
Estar num ambiente muito quente ou muito frio	09	1.75	1.15
Sentir cheiros estranhos	08	1.82	1.07
Estar amarrado por tubos	07	1.88	1.17
Ser furado por agulhas	06	1.95	1.24
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	05	1.97	1.13
Ter dor	04	2.04	1.16
Não conseguir dormir	03	2.11	1.22
Cama e/ou travessêiros	02	2.13	1.32
	01	2.26	1.26

22	22	1.35	0.60	Não saber onde está	22	1.35	0.74
1.35	21	1.37	0.64	Ser acordado pela enfermagem	21	1.37	0.64
	21	1.37	0.71	Ter que usar oxigênio	21	1.37	0.71
	21	1.37	0.91	Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	21	1.37	0.91
	20	1.40	0.88	Enfermagem e médicos falando muito alto	20	1.40	0.88
	19	1.42	0.83	Ter a equipe falando termos	19	1.42	0.83
	19	1.42	0.86	Sons e ruídos desconhecidos	19	1.42	0.86
	18	1.44	0.84	Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	18	1.44	0.84
	17	1.48	0.96	Ter sede	17	1.48	0.96
	16	1.51	1.01	Não ter explicações sobre o tratamento	16	1.51	1.01
	15	1.55	0.86	Não ter privacidade	15	1.55	0.86
	15	1.55	0.94	Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos	15	1.55	0.94
	15	1.55	0.96	Escutar o gemido de outros pacientes	15	1.55	0.96
	14	1.57	0.98	Sentir que a enfermeira esta muito apressada	14	1.57	0.98
	14	1.57	1.01	Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem	14	1.57	1.01
	13	1.62	1.00	Sentir falta do marido ou da esposa	13	1.62	1.00

Ter homens e mulheres internados no mesmo ambiente	23	1.31	0.66
Ter máquinas estranhas ao redor	24	1.28	0.75
Ser cuidado por médicos desconhecidos	25	1.26	0.71
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	26	1.24	0.60
Ver as bolsas de soros penduradas sobre a cabeça	27	1.22	0.67
A enfermagem não se apresentar pelo nome	28	1.20	0.62
Tera enfermagem	28	1.20	0.54
Escutar o telefone tocar	29	1.17	0.57
Assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes	30	1.15	0.47
Ser examinado por médicos e enfermeiros	31	1.13	0.45

DISCUSSÃO

Abordar o fenômeno estresse no contexto da assistência ao paciente é essencial para a promoção de um cuidado mais humanizado e com vistas a uma recuperação mais rápida e menos traumática. Nesse sentido, o estudo dos fatores estressores presentes numa UTI assume destaque pelas peculiaridades que envolvem a unidade, assistência desenvolvida e paciente assistido.

Assim, de acordo com os resultados da presente pesquisa, o fator não ter controle de si mesmo foi identificado como o principal estressor para os pacientes internados na UTI Cardiológica. Este resultado foi semelhante ao observado em outras pesquisas do gênero que identificou esse fator como um dos cinco mais estressores na opinião do paciente(2-3), tendo sido também relatado pelos familiares como um dos dez mais estressores(3). Uma das possíveis explicações para os resultados apresentados, talvez seja que no período de internação, os pacientes se considerem como altamente dependentes dos cuidados de outras pessoas.

O segundo fator considerado mais estressor foi cama e/ou travesseiro desconfortáveis, enquanto que em outros estudos este se posicionou após a 10ª colocação, tanto na opinião dos pacientes, quanto dos familiares e profissionais(1-3). A mudança do ambiente quando o paciente é internado; o colchão coberto por tecido rígido, menos flexível às curvaturas do corpo; travesseiros com altura e textura diferente ao que costuma usar em sua casa, são fatores

que podem interferir no sono, fato que pode justificar o fator não conseguir dormir ter sido considerado na amostra o terceiro mais estressante, resultado semelhante ao apresentado em outro estudo que identificou esse fator como o segundo no ranking na visão dos pacientes, e o quarto na dos familiares(15) e equipe de saúde(1,15). A privação do sono, assim como a sensação de dor, que foi considerado o quarto fator mais estressor, comprometem o paciente física e psicologicamente, amplificando com isso o estresse do paciente(3). A dor foi identificada como um dos principais fatores estressores em outras pesquisas, tanto na visão do próprio paciente(2), quanto dos familiares e profissionais que atuam em UTI(1,3).

Os pacientes, sobretudo quando estão com a cânula endotraqueal, sentem ânsia de vômito o que causa dor devido ao esforço que fazem na musculatura torácica e abdominal(10). Nesse sentido, um estudo realizado com pacientes, familiares e profissionais de saúde que atuavam em UTI para comparar a visão desses participantes quanto aos fatores estressores presentes em UTI, os autores identificaram que ter tubos no nariz e/ou na boca foi considerado o terceiro fator mais estressante na percepção dos pacientes e o segundo para os familiares e profissionais, e ter dor o primeiro, na percepção dos participantes dos três grupos(15).

A dor representa um sintoma relevante para o paciente, no entanto, no dia a dia da assistência de enfermagem, muitas vezes ela é avaliada empiricamente, sem qualquer critério que a caracterize melhor e possibilite estratégias adequadas para eliminar ou diminuir os efeitos do fator etiológico(10).

Diante do apresentado percebe-se que os maiores estressores na visão dos pacientes estão relacionados aos fatores intrapessoais e ambientais. Esses resultados podem funcionar como um guia para o planejamento da assistência com vistas à diminuição do estresse vivenciado pelos pacientes internados em UTI. Assim, considerando que os profissionais de enfermagem são os que permanecem por mais tempo em contato direto com o paciente, destaca-se a atuação desses profissionais no processo de busca pela humanização dessa unidade.

CONCLUSÃO

Para os pacientes que fizeram parte do estudo, os principais estressores presentes na UTI estão relacionados a fatores intrapessoais e ambientais: "não ter controle de si mesmo", "cama e/ou travesseiros desconfortáveis", "não conseguir dormir", "ter dor". Do mesmo modo que os menos estressores: "Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente", "assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes", "escutar o telefone tocar" e "ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito".

A identificação dos fatores estressores é relevante para o planejamento da assistência aos pacientes, a fim de incluir estratégias que visem a diminuição do estresse por eles vivenciado durante a internação em UTI.

Referências

1. Gois CFL, Dantas RAS - Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(1):22-7.
2. Marosti CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2):190-5.
3. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM, Agareno S, Teles JMM, Farias AMC, Messeder OH. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2007; 19(1):53-9.
4. Selye H. *The stress of life*. New York: Mc Graw Hill, 1956
5. Cohen S, Tyrell DA, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med* 1991; 325(9):606-12.
6. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R. Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *Am Psychol* 1998; 53(11): 1209-18
7. Bauer ME. Estresse: como ele abala as defesas do organismo. *Ci Hoje* 2002; 3(179):20-5.
8. Cross JR, Betty Neuman. In.: George et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos da prática profissional*. Tradução Maria Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médica, 1993.
9. Watson J. *Conceptual for nursing practice*. Norwalk: Appeton Elange, 1998.
10. Gois CFL. *O pós-operatório de cirurgia cardíaca na percepção de pacientes*. [Mestrado em Promoção da Saúde] - Universidade de Franca, Franca; 2005. 75 f.
11. Cornock MA. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *J Adv Nurs* 1998; 27(3):518-27.
12. Cochran J, Ganong LH. A comparison of nurses' and patients' perception of intensive care unit stressors. *J Adv Nurs* 1989; 14(12):1038-43.
13. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Ment Heath Nurs* 1981; 1(3):89-108.
14. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med*. 1997; 23(12):1282-5.
15. Novaes MA, Knobel E, Bork AM. Estressores em UTI: Percepção do paciente, família e equipe de saúde. *Intensive Care Med* 1999; 25:1421-6.

Compreensão da família acerca da asma infantil em uma unidade de urgência e emergência pediátrica

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Mirna Albuquerque Frota¹

Kamila Ferreira Lima²

Maria Caroline Almeida Magalhães²

Ana Lúcia Araújo Gomes³

Ludmila do Nascimento Alves³

Lorena Barbosa Ximenes⁴

Resumo: Objetivou-se compreender o significado da asma infantil por familiares durante a exacerbação dos sintomas. Estudo qualitativo realizado em Fortaleza-Ce. A coleta dos dados ocorreu entre agosto e novembro de 2014, mediante 14 entrevistas semiestruturadas. Foi realizada a análise de conteúdo e posteriormente, emergiram as categorias: significados atribuídos à asma; gatilhos que exacerbam os sintomas da asma; Impressão da família acerca dos entraves cotidianos da criança com asma. Os profissionais de saúde que atuam numa emergência pediátrica precisam conhecer as reais necessidades desta clientela, com o intuito de melhorar o atendimento e consequentemente minimizar os eventos agudos e as exacerbações.

Descritores: Asma; Criança; Manejo. Enfermagem.

Family understanding of childhood asthma in an emergency unit and pediatric emergency

Abstract: Aimed to understand the meaning of childhood asthma by family members during the exacerbation of symptoms. Qualitative study in Fortaleza-Ce. Data collection took place between August and November 2014 by 14 semi-structured interviews. Content analysis was performed, and then, the following categories emerged: meanings attributed to asthma; triggers that exacerbate asthma symptoms; Family impression about the daily obstacles of children with asthma. Health professionals working in a pediatric emergency need to know the real needs of this clientele, in order to improve customer service and thereby minimize acute events and exacerbations.

Descriptors: Asthma; Child; Handling; Nursing.

La comprensión de la familia del asma infantil en una unidad de emergencias y urgencias pediátricas

Resumen: Este artículo tiene como objetivo caracterizar la organización estructural de las unidades básicas de la Estrategia Salud de La Familia (ESF), con vistas a efectivación de la asistencia en la prevención de los cánceres de la mama e del cuello uterino. Estudio transversal, de enfoque cuantitativo, desarrollado en 61 unidades del ESF. Los resultados revelaran la falta de algunos recursos de la infraestructura importantes para la ejecución del trabajo de lo enfermero, así como la falta de algunos profesionales. La falta de los espacios apropiados para la eficacia de la asistencia a prevención de ambos los cánceres interfiere directamente en la calidad prestada.

Descriptor: Prevención de Cáncer de Mama, Neoplasia Del Cuello Uterino Atención, Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Apesar de a asma ser considerada uma doença crônica, manifesta-se por eventos agudos ou exacerbações ocasionadas pelo manejo inadequado. Atinge 300 milhões de pessoas no mundo⁽¹⁾. Destes, cerca de 6 milhões são brasileiros, sendo a maioria crianças. É considerada a doença crônica mais prevalente na infância⁽²⁾, e seu enfrentamento se constitui um desafio para a saúde pública, dada a vulnerabilidade e dependência apresentada por essa faixa etária⁽³⁾.

Em 2011, a asma foi à quarta causa de internações, com cerca de 160 mil hospitalizações em todas as idades, o que representa o terceiro maior gasto do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾. Embora alguns países tenham visto um declínio nas internações e mortes por asma, ela ainda representa um volume inaceitável sobre os sistemas de saúde e sobre a sociedade ao diminuir a produtividade do indivíduo e, sobretudo a asma infantil que afeta a família da criança⁽¹⁾. Devido sua frequência e risco de desfecho grave do quadro clínico, é considerada uma prioridade de atendimento em saúde com foco no seu controle⁽⁵⁾.

Enquanto o controle da asma expressa a intensidade com que as manifestações da doença estão suprimidas pelo tratamento,

a gravidade refere-se à quantidade de medicamento necessária para alcançá-lo. Sabe-se que a partir do conhecimento dos fatores capazes de intensificar os sintomas ou precipitar exacerbações da asma, bem como, identificar e reduzir a exposição aos alérgenos e irritantes, é possível comedir a aparição dos sinais da doença e as hospitalizações^(2,6).

Destarte, torna-se relevante conhecer a realidade das famílias que procuram os serviços de urgência e emergência pediátrica pelas crises de asma em suas crianças poderá ser oportuno para criação de estratégias de promoção da saúde voltadas para o acompanhamento da doença com foco no seu controle, viabilizando uma possível remodelagem de acordo com as necessidades e características específicas dos familiares inseridos nesse contexto.

Assim, o objetivo do estudo foi compreender o significado da asma infantil por familiares durante a exacerbação dos sintomas.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo realizado em um hospital de média complexidade para atendimento de urgência e emergência pediátrica. Trata-se de uma instituição filantrópica, escolhida

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Titular do Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

2. Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela UNIFOR.

3. Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pela UFC.

4. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Associada III do Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq

pelo volume de atendimentos no território adscrito a Secretária Regional I em Fortaleza, Ceará.

Participaram 14 familiares de crianças asmáticas. Seguiu-se o princípio da saturação dos dados, contemplando os que buscassem atendimento nos turnos matutino e vespertino. Os critérios de inclusão foram: familiares na faixa etária crianças de dois a 12 anos e que tivessem o diagnóstico de asma.

A coleta de dados foi realizada, no período de agosto a novembro de 2014, mediante a aplicação individual de um questionário sociodemográfico e da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Todo o material empírico foi submetido à análise de conteúdo de Bardin(7), seguindo a proposta das três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Em consonância com as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer nº 562.687/2014.

RESULTADOS

No que concerne à caracterização dos participantes do estudo, pode-se verificar que a maioria das mães tinha idade entre 18 e 36 anos, ensino fundamental incompleto, casada e ou em união estável, donas de casa, renda familiar abaixo de dois salários mínimos e com auxílio do Programa Bolsa Família.

A partir dos relatos foi possível a configuração de três categorias de análise: Significados atribuídos à Asma; Gatilhos que exacerbam os sintomas da asma; Impressão da família acerca dos entraves cotidianos da criança com asma.

Significados atribuídos à asma

Apesar de reconhecer a exacerbação dos sintomas da asma, ou a crise propriamente dita, a doença é conceituada com dificuldade e incerteza. Infere-se, que o uso incorreto da medicação e sem o acompanhamento da família, favorece a regularidade das visitas aos serviços de urgência.

"Asma? Eu mesma não entendo muito. Essa doença é perigosa? A doutora passou umas medicações pra ele. Ele usa os remédios sozinho só quando está cansado, quando o negocio está feio." (E2)

"É quando ele tá cansado, um piado, desse jeito. Eu trago logo ele pro hospital, ou então levo pra UPA. O doutor passa os remédios, ele toma já melhora logo." (E4; E5; E6; E7)

Em relação ao conhecimento acerca do controle da doença advindo das orientações recebidas nas consultas de urgências, dois familiares relataram uma experiência positiva. Os componentes em destaque fazem referência aos cuidados preventivos.

"Agora que eu fui orientada aqui, que tem tipo de certas comidas que não pode dá, que ele não podia jogar futebol." (E11)

"A asma é de tá no sol, de tá brincando na água quente, é ta na quentura. Aí a criança fica totalmente cansada." (E13)

Gatilhos que exacerbam os sintomas da asma

A pluralidade dos fatores que desencadeiam a crise asmática mostra-se conhecida pelos familiares de crianças com asma e o conhecimento dos mesmos repercute em possíveis limitações em brincadeiras que envolvem algum tipo de esforço físico. Ao que se refere as atividades físicas, permanece a cultura de que crianças com diagnóstico de asma não podem participar, com destaque para as realizadas no âmbito escolar.

"Ele pede pra brincar de bola com os amigos, eu não deixo! Porque sei, ele cansa logo. Pra praia é muito difícil eu ir por causa dele, do sol." (E4)

"...Às vezes quando ela tá no sol fica aquele piado, chiado no peito, eu noto logo que está querendo cansar." (E13)

"No colégio ele não faz mais as atividades, depois que eu soube que não pode fazer judô, nem capoeira. Pedi pra tirar ele." (E11)

A diminuição da exposição aos fatores ambientais para o controle da asma mostra-se como uma ação positiva para o alcance da saúde dessas crianças. Destaca-se que as orientações realizadas pelos profissionais de saúde fortalecem essas ações.

"...Não pode pegar poeira porque ele fica cansado. A doutora falou pra tirar cortina, tapete, almofada." (E2; E3; E9)

"Os brinquedos de pelúcia, qualquer coisa que tenha pêlo, cachorro, se ela brincar com os gatos é certeza no outro dia ela tá atacada com asma, evito dela tá perto das minhas cachorras." (E12)

Dentre os fatores de risco já relatados, os sujeitos referem ainda que o aumento de peso pode favorecer o surgimento da crise de asma, bem como a ingestão de alguns alimentos. "Ele é uma pessoa que come demais. E quando tá mais gordo, ele entra em crise." (E4), A doutora pediu pra ele não comer, recheado, 'todinho', iogurte, xilito." (E03), "Não deixo ele comer muito chocolate. Hoje mesmo, o lanche veio só o leite e ele gosta de café, aí a moça falou que não pode quando está em crise." (E08)

Impressão da família acerca dos entraves cotidianos da criança com asma

Os familiares tiveram a oportunidade de ressaltarem os significados de ter uma boa saúde para o alcance de boas condições de vida, relatando a participação de suas crianças nas atividades da vida diária, juntamente com outras que não tenham asma.

"É crescer sadia, não viver internada." (E07)

"Ele não tá doente, conseguir brincar normal. É tá sem tá cansado." (E5; E13; E14)

"Poder realizar as atividades que ele gosta! E ele é só uma criança, não entende que não pode fazer." (E8)

Evidencia-se que o cuidado para a obtenção do controle da asma é destacado como um meio para melhorar a qualidade de vida das crianças asmáticas, bem como o reconhecimento do momento ideal para procurar a assistência médica. "Cuidar bem dele, pra não ficar doente. Levar ele no médico caso esteja em crise. Quando ele está bem consegue brincar, correr." (E01)

Ainda foi destacado o acesso à assistência à saúde de qualidade na atenção primária como um elemento significativo para a promoção da saúde e melhoria das condições de vida das famílias. Evidencia-se, ainda a relevância do conhecimento para o alcance destes.

"É o posto melhorar as consultas por que a gente não vinha com as crianças em crise para o hospital se o posto fosse bom." (E04)

"Ser orientada como lidar sobre esses termos da asma, para que eu possa lidar em casa. Ter uma qualidade de vida melhor." (E11)

DISCUSSÃO

Apesar de reconhecerem os sintomas que caracterizam a crise da asma na criança, os familiares apresentaram pouco

entendimento acerca da doença. Este fato pode ser justificado pela ausência de um acompanhamento contínuo voltado para o controle da asma⁽⁸⁾, já que todos os participantes do presente estudo não o realizavam.

Os poucos anos de estudo podem refletir em limitação relacionada ao entendimento de orientações e intervenções educativas realizadas por profissionais de saúde⁽⁹⁾, quanto aos cuidados que devem ser implementados as crianças com asma. A intervenção educacional, associada a um plano de cuidados, reduz hospitalizações, visitas aos serviços de emergência, visitas não agendadas, além de reduzir o absenteísmo ao trabalho e à escola⁽¹⁰⁾.

Ficou evidente uma maior necessidade de cuidado por parte dos profissionais de saúde, visto que as famílias apresentaram dificuldades no acompanhamento do tratamento da criança asmática e esse se configura como pertinente no processo de obtenção do controle da doença. A qualidade do tratamento decorre⁽⁸⁾, do uso adequado das medicações com a garantia da realização da técnica inalatória correta, assim como a orientação sobre um plano de ação para o controle dos sintomas. Tais medidas aparecem como adequadas para mudar o cenário das hospitalizações por asma.

Para tanto, as redes de atenção à saúde devem estar interligadas, mediante um sistema de referência e contra-referência, pois ao ofertar uma atenção contínua e integral para a asma na atenção primária a saúde favorece o seu controle. Ademais a continuidade da atenção enfatiza as experiências do paciente, permitindo um acompanhamento efetivo, onde a equipe multidisciplinar assume o papel de promover saúde com responsabilização, ou seja, a capacidade de acolher e responsabilizar-se por sua população, sanitária e economicamente, contribuindo para a diminuição de visitas aos serviços de urgência⁽¹¹⁾.

A asma interfere tanto no cotidiano da família, quanto no das crianças portadoras, seja em casa, na escola ou em outros espaços de convivência. A longo e médio prazo prejudica o desenvolvimento psicossocial⁽¹²⁾, ao limitar a participação das crianças em atividades que favorecem o desenvolvimento das relações sociais e ao prejudicar o empenho escolar devido ao absenteísmo durante as crises.

Entende-se que os gatilhos são tanto os fatores de risco que pioram ou fazem aparecer os sintomas como os que desencadeiam a inflamação nos brônquios⁽²⁾. Nesse contexto, destaca-se que quando não controlada, causa impacto nas atividades de vida diária, interferindo na prática de esporte/recreação, no esforço físico normal, no sono e na qualidade de vida em geral⁽¹³⁾.

Em contrapartida, a atividade física realizada de maneira regular é capaz de melhorar a capacidade aeróbia, a composição corpórea, a flexibilidade e a resistência muscular. Com base nesses benefícios e com acompanhamento profissional, ela deveria ser

parte do plano terapêutico das crianças com asma⁽¹⁴⁾.

Dentre os fatores que contribuem para a exacerbação dos sintomas da asma destaca-se, ainda, a nutrição. Embora não se conheça o mecanismo fisiopatológico e ambiental envolvido na relação da asma com a obesidade, deve-se compreender que a obesidade por si não pode ser a única etiologia responsável pelo desenvolvimento e aumento na prevalência da asma⁽¹⁵⁾.

As boas condições de vida das crianças com asma pode ser traduzida em uma maior estabilidade da doença, com diminuição da chance de precisarem de atendimento de emergência. Logo⁽¹¹⁾, o manejo adequado e o vínculo estabelecido no acompanhamento com o profissional de saúde podem resultar no seu controle.

Destarte, a efetiva atuação dos profissionais na atenção primária à saúde, no diagnóstico precoce e acompanhamento do tratamento da asma favorece uma relação entre profissional e paciente, bem como reduz as hospitalizações⁽¹⁶⁾.

Neste nível de atenção, reconhece-se que, os programas específicos para acompanhamento ambulatorial mostram-se como estratégia fundamental, pois envolvem uma equipe multidisciplinar capaz de assistir a criança de modo integral. No entanto, para a obtenção do controle da doença, torna-se necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção dos sistemas de saúde, por sua gravidade ser variável⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As consultas de emergências mostram-se efetivas para excluir a crise presente, mas não são suficientes para manter o controle da asma, sobretudo no que se referem à corresponsabilização da família para um manejo eficaz.

Apesar de existir profissionais capacitados para tratar a asma no âmbito da atenção primária à saúde, os familiares ainda apresentam dificuldades de acesso, devido à apresentação dos sistemas de saúde e da dinâmica da referência e da contra-referência.

Conclui-se, que os profissionais de saúde que atuam numa emergência pediátrica precisam conhecer as reais necessidades desta clientela, para adotar medidas terapêuticas efetivas que melhorem o controle da asma, estimulem a adesão ao tratamento, e conseqüentemente minimizem os eventos agudos e as exacerbações.

Com o intuito de auxiliar a assistência dos profissionais, sugere-se que novas pesquisas elaborem tecnologias educativas que sejam capazes de facilitar o aprendizado dos que são acometidos pela asma.

Por fim, como limitação do presente estudo, vale apontar a análise de familiares advindos de apenas uma unidade de atendimento, impossibilitando a generalização dos resultados para outros contextos.

Referências

1. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014. [Internet]. [citado em 2015 Fev]. Disponível em: <http://www.ginasthma.org/>.
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012. *J Bras Pneumol.* 2012; 38(sup 1):S1-S46.
3. Brasil. Plano Nacional pela primeira infância-2010. [Internet] [citado em 2015 Fev]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/>
4. Ministério da Saúde. Datasus, Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil [Internet]. [citado em 2014 Ago 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.de>.
5. Ministério da Saúde. Blog da saúde-2015. [Internet] [citado em 2015 Mar] Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>
6. Silva SF. et al. Caracterização de pacientes pediátricos asmáticos atendidos em um centro de saúde de Fortaleza. *Rev Rene.* 2011;12(n esp):973-979.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 20ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Brandão HV, Cruz CS, Guimarães A, Camargos PAM, Cruz AA. Fatores preditores de hospitalização por asma em crianças e adolescentes participantes de um programa de controle da asma. *J Bras Pneumol.* 2010;36(6):700-706.
9. Frota MAF, Martins MC, Santos RCAN. Significados culturais da asma infantil. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):512-6.
10. Macedo LB, Araújo CBS, Dias CMCC. Efeitos dos programas educacionais em pacientes com asma: revisão sistemática. *Assobrafir Ciência.* 2012;3(2):43-52.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2297-2305.
12. Trinca MA; Bicudo IMP; Pelicioni MCF. A interferência da asma no cotidiano das crianças. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum.* 2011; 21(1): 70-84.
13. Gazzotti MR, Nascimento AO, Montealegre F, Fish J, Jardim JR. Level of asthma control and its impact on activities of daily living in asthma patients in Brazil. *J Bras Pneumol.* 2013; 39(5):532-538.
14. Ribeiro SNS, Fontes MJF, Duarte MA. Avaliação da força muscular respiratória e da função pulmonar por meio de exercício em crianças e adolescentes com asma. *Pediatria (São Paulo).* 2010; 32(2):98-105.
15. Camilo DF, et al. Obesidade e asma: associação ou coincidência? *J Pediatr.* 2010;86(1):6-14.
16. Alfradique ME, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Macinko J, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública.* 2009 Jun; 25(6):1337-1349.
17. Cerci Neto A, Ferreira Filho OF, Bueno T. Exemplos brasileiros de programas de controle de asma. *J Bras Pneumol.* 2008;34(2):103-106.

Dependente sim, viciado não: representações sociais de dependentes químicos

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Sílvio Éder Dias da Silva¹
Maria Itayra Padilha²
Jéssica Mayara Marques Barboza de Oliveira³
Jeferson Santos Araujo⁴
Ingrid Mello Barata⁵
Natacha Mariana Farias da Cunha⁶
Poliana dos Santos Alves⁷
Esleane Vilela Vasconcelos⁸

Resumo: Objetivou-se identificar e interpretar as Representações Sociais dos Dependentes Químicos sobre as Drogas, atendidos pela Casa Mental Álcool e Drogas (Casa AD). Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. Tem como aporte a Teoria das Representações Sociais criada por Serge Moscovici, constituída pelos depoimentos de 30 dependentes químicos produzidos a partir de entrevista semiestruturada e da técnica de associação livre de palavras. Foi realizada análise temática. Os depoentes se sentiam afetados por tudo aquilo que aconteceu e/ou estava ainda acontecendo em suas vidas, mas o vício se faz presente, e emerge sensação de necessidade extrema do consumo.

Descritores: Enfermagem, Saúde Mental, Entorpecentes.

Dependent yes, not addicted: representations of drug

Abstract: This study aimed to identify and interpret the social representations of chemical dependents About Drugs, Mental served by Casa Alcohol and Drugs (House AD). This is a descriptive study with a qualitative approach. Its contribution to the social representations theory created by Serge Moscovici, comprising the testimonies of 30 drug produced from a semistructured interview and the technique of free association of words. Thematic analysis was performed. The respondents felt affected by everything that happened and / or was still happening in their lives, but addiction is present, and emerge feeling of extreme necessity consumption.

Descriptors: Nursing, Mental Health, Narcotics.

Dependiente sí, no addicted: representaciones de la droga

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar e interpretar las representaciones sociales de Dependientes químicos sobre las Drogas, Alcohol mentales atendidos por Casa y Medicamentos (Anuncio). Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo. Su contribución a la teoría de las representaciones sociales creado por Serge Moscovici, que incluye los testimonios de 30 medicamentos producidos a partir de una entrevista semiestruturada y la técnica de asociación libre de palabras. El análisis temático se realizó. Los encuestados se sintieron afectados por todo lo que pasó y / o que se siguen sucediendo en sus vidas, pero la adicción está presente, y surgen sentimientos de consumo de extrema necesidad.

Descriptorios: Enfermería, Salud Mental, Narcóticos.

INTRODUÇÃO

O consumo de droga começou a se tornar um problema de saúde pública a partir da década de 60, devido ao crescente consumo entre jovens, principalmente na adolescência pela vulnerabilidade do ponto de vista psicológico e social e, pelos problemas causados pelo consumo, como os riscos à saúde do usuário e problemas sociais. Dentre os fatores associados ao consumo de drogas também estão a falta de estrutura familiar, condições socioeconômicas precárias, relacionamento ruim com os familiares⁽¹⁾.

Atualmente, o consumo de entorpecentes tem adquirido grandes proporções, as representações do que são as drogas dentro da sociedade, gera um amplo debate no meio social, não somente pelos efeitos devastadores provocados nos usuários em que ameaça à saúde, improdutividade no ambiente de trabalho sem contar com os prejuízos na qualidade de vida, mas, principalmente, pela sua teia de destruição que contribui para o aumento da criminalidade e marginalidade⁽²⁾.

E as representações sociais vêm com a proposta de designar uma forma de pensamento social, ainda que estas estejam

¹Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Enfermagem pelo DINTER/UFPA/UFSC/CAPES. Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES) e do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA). Belém (PA) Brasil. E-mail: silvioeder2003@yahoo.com.br/silvioeder@ufpa.br

²Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@ccs.ufsc.br

³Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará – Bolsista Pibic-PARD 2011-2013. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA). Belém (PA) Brasil. E-mail: jessibarboza@gmail.com

⁴Doutorando em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Especializando em Enfermagem em Oncologia pela Universidade de São Paulo; Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo IBPEX; Enfermeiro Licenciado e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará. E-mail: jeferson-ma@ig.com.br

⁵Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará – Bolsista Pibic 2012-2013. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA). Belém (PA) Brasil. E-mail: ingridmello18@hotmail.com

⁶Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará – Voluntária. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA). Belém (PA) Brasil. E-mail: natachacunha@hotmail.com

⁷Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará – Voluntária. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA). Belém (PA) Brasil. E-mail: natachacunha@hotmail.com

⁸Mestre em Enfermagem pela UEPA/UFAM. Especialista em Enfermagem Cirúrgica e CTI. Enfermeira da SESPA. E-mail: leanevas@hotmail.com.

permeadas por conhecimentos científicos, mostrando a lógica e as ideias que levam as pessoas a compreender as diferentes ações que realizam⁽³⁾.

OBJETIVOS

O estudo tem como objetivo: Caracterizar as representações sociais de dependentes químicos em abstêmios sobre as drogas; e Analisar as representações sociais de dependentes químicos abstêmios sobre as drogas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, uma vez que se pretende conhecer a comunidade de dependentes químicos abstêmios, seus traços característicos, e seus modos de vida frente ao vício das drogas. Utilizou-se a abordagem qualitativa, já que esse tipo de pesquisa reconhece como ciência o conhecimento do subjetivo do indivíduo, sua transmissão e repercussão até a formação do senso comum de uma população, senso este que orienta e explica as transformações que ocorrem no meio em que vive, ou seja, o sujeito é o autor capaz de retratar e refratar a realidade. Desse modo, ela se configura como o sistema de relação que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais⁽⁴⁾.

O estudo tem como aporte teórico conceitual a Teoria das Representações Sociais criada por Serge Moscovici, sendo definida como uma modalidade de conhecimento particular que tem como função a elaboração, divulgação e familiarização de conhecimentos entre indivíduos⁽⁵⁾. Essa teoria trabalha com o cognitivo do sujeito e sua interação no meio social, atuando na transformação do mesmo, mostrando como ele se rerepresenta e constrói sua realidade frente a algo.

As representações sociais propiciam as constantes modificações das relações sociais e das práticas de um grupo, por responderem a quatro funções essenciais: a função do saber (compreende e esclarece a realidade), a identitária (as características que identificam e protegem o grupo), a orientação (guia os comportamentos e as práticas do grupo) e a função justificatória (explica as ações do grupo). Elas permitem a um grupo entender uma realidade, manter sua integridade, direcionar e fundamentar suas práticas⁽⁶⁾.

O trabalho apoia-se em fontes primária constituídas pelos depoimentos de 30 dependentes químicos abstêmios produzidos a partir de entrevista semiestruturada e da técnica de associação livre de palavras. Optamos primeiramente pela aplicação da técnica de associação livre de palavras por propiciar a coleta de informações e opiniões na forma mais pura, ou seja, um discurso elaborado e também livre das influências das questões das entrevistas, elaboradas pelo pesquisador⁽⁷⁾. Para assegurar o anonimato dos sujeitos do estudo, os mesmos foram codificados pela letra E e números de 1(um) a 30 (trinta).

Para aprofundar as temáticas que emergiram na livre associação de idéias, utilizamos a entrevista semiestruturada composta pela pergunta "quando eu falo a palavra drogas o que lhe vem a sua mente? e quando eu falo em dependente químico o que vem em sua mente?". Acredita-se que essa modalidade de entrevista propiciar uma atmosfera de interação entre pesquisador e pesquisado, contribuindo para uma captação de informação imediata, independente do tipo de informante. A entrevista semiestruturada também propicia adaptações e esclarecimentos sobre as informações desejadas⁽⁸⁾. Por meio

dessas técnicas, pudemos conhecer o universo subjetivo dos entrevistados, mostrando o contexto social que os circunda, evidenciando assim as representações na formação de suas práticas.

Os participantes foram voluntários que frequentavam a Casa Mental Álcool e Drogas (Casa AD) é um Centro de Apoio Psicossocial (CAPSAD) que atende exclusivamente dependentes químicos que adquiriram transtornos mentais pelo uso de álcool e drogas, da cidade de Belém - PA. A casa recebe tanto pacientes que se dirigem diretamente a casa, quanto os pacientes encaminhados pelas unidades como demandas de vários locais como, demandas judiciais, de agressão, de delegacias, de empresas, de postos de saúde, de delegacias da mulher dentre outros.

Antes de proceder à coleta dos dados, foi obtido o aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde e Meio ambiente (SESMA) consolidado pela assinatura do documento de autorização, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse Termo atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulariza e normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

Cabe destacar que, além da assinatura do Termo, solicitamos aos participantes sua autorização para o uso do gravador, mostrando a necessidade da gravação em Mp4, para o total aproveitamento dos depoimentos. Asseguramos o respeito ao anonimato e à liberdade para se retirarem da pesquisa e receberem todo o material produzido (em CD), sem nenhum comprometimento pessoal.

As informações foram trabalhadas por meio da análise temática, a qual propicia conhecer uma realidade, por meio das comunicações de indivíduos que tenham vínculos com a mesma⁽⁹⁾. Buscamos seguir essa orientação que desdobra esse tipo de análise em três etapas: a 1ª é a pré-análise, que consistiu na seleção e organização do material, com a realização da leitura flutuante e a constituição do corpus; a 2ª etapa abrange a exploração do material e a 3ª etapa, o tratamento dos dados. Como resultado, foi construída uma unidade temática ou empírica que orientou a especificidade do tema, assim denominadas Dependente Sim; Viciado Não.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que percebeu-se durante a pesquisa, foi que os sujeitos atendidos pela Casa AD, não identificavam serem viciados, acreditavam sim serem dependentes do uso dos entorpecentes mas não como viciados como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

"...eu tinha um autocontrole, eu podia dizer que sim ou não, eu tinha uma firmeza, tinha os pés no chão,..."(E1)

"Eu não sou viciado, tenho problemas com a abstinência, estou fazendo o que se chama aqui de redução de danos, uso de vez em quando, mas não como antes." (E9)

Dentro da Casa AD os pacientes tem um novo conceito para arrefecer os danos da abstinência, isso funciona para aqueles que desejam uma melhora de vida, porém ainda não está apto a abstinência total, isso chama a Redução de Danos que é um processo em que eles não param de consumir, mas diminuem as quantidades ou trocam por uma substância mais fraca.

Geralmente os pacientes da Casa AD são identificados de acordo com os seus objetivos, dentre eles podem ser divididos entre os que vieram por Motivação Própria, que são aqueles que realmente querem sofrer e vencer a abstinência; Motivação

de Outrem, que são os que são indicado/encaminhados por médicos, parentes, empregadores; E os que querem Melhorar a Condição de Vida, que são aqueles que podem optar pela abstinência completa ou pela Redução de Danos.

Outra realidade muito presente à doença diz respeito ao preconceito que é definido por como atitudes ou comportamentos negativos direcionados a indivíduos ou grupos, baseados num julgamento prévio que é mantido mesmo diante de fatos que o contradigam⁽¹⁰⁾. Como forma de ilustrar este fator tão marcante, e presente em todos os depoimentos trazem os seguintes relatos.

"... eu me sentia indesejado. As pessoas não me aceitavam no ambiente...sentia indiferença. Eu sempre sentia indiferença..." (E3)

"... quando chegou determinado tempo, ninguém mais queria me convidar porque eu era um drogado... Então as pessoas evitavam me convidar, escondiam os convites, mas se eu já soubesse quando eu chegava o pessoal já ficava preocupado me vigiando". (E5)

"... já me viam e se escondiam... não queriam conversar comigo". (E6)

Moscovici refere que existem três sistemas que possibilitam o surgimento das representações sociais: a difusão (evidência os sentidos diferentes dados para o objeto na sua circulação), a propagação (define a tomada de posição do grupo podendo ser positiva ou negativa) e a propaganda (a forma de comunicação)⁽¹¹⁾.

Jodelet reforça que estes sistemas de representações estão relacionados a edificações de condutas, tais como: opinião, atitude e estereótipo, que são intermediados pelos meios de comunicação de massa. Estes possuem propriedades específicas sendo que a difusão esta relacionada à formação de opiniões, a propagação com a formação de atitudes e a propagando com os estereótipos⁽¹²⁾.

No que se refere a atitudes me reporto que a entende como "uma organização duradoura de crenças cognitivas em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto"⁽¹⁰⁾. Estas são constituídas por três componentes: o cognitivo que é a representação que o indivíduo possui em relação ao objeto social; o afetivo que consiste no sentimento pró ou contra este objeto e o comportamental que se refere ao comportamento que será adotado frente a este objeto.

Os elementos da pesquisa quando ingressaram na Casa AD passaram à representação da dependência química como doença, tendo como agente causador as Drogas. Com base neste novo componente cognitivo, o afetivo se altera, pois o dependente passa a ter sentimentos contra o consumo de drogas. Este modifica o comportamental, que se torna muito evidente pela abstinência da droga, como mostra o depoimento a seguir:

"... o ruim era de eu não ter o controle, de eu precisar da droga como se fosse o ar que eu respiro, aquela vontade, aquele desejo, de quando a pessoa está com fome e vê aquele prato

de comida e sai matando, detonando assim, hoje em dia eu posso dizer que faz mais de um ano que eu não uso, mas eu tenho medo." (E9).

A alteração destes componentes contribui para uma mudança de atitude, que consiste a uma modificação duradoura do afeto pró ou contra o objeto social⁽¹³⁾.

No que se refere ao estereótipo este constitui a base cognitiva do preconceito, e que é utilizado para "se referir à imputação de certas características a pessoas pertencentes a determinados grupos, aos quais se atribuem determinados aspectos típicos"⁽¹⁰⁾. Destacamos que o estereótipo é uma forma de nos livrarmos do excesso de informações que nos são repassadas, este serve para simplificar nossa visão de mundo.

No estudo os depoentes adotaram um novo estereótipo, o de dependente, devido concordarem com o atual estado de abstinência em que se encontram. Além de deixar alicerçado à imagem do viciado todas as informações referentes ao preconceito, à discriminação e a outros atributos negativos que mais condiziam a sua nova realidade.

Foi percebido no transcorrer desta unidade que a emergência de uma nova representação das drogas, ao ser difundida pelo grupo, favoreceu para uma nova opinião que era contra o uso das drogas. Já na fase de propagação ocorreu uma mudança de atitude que culminou no fim do comportamento de consumir de forma excessiva, que eles chamam de redução de danos, contribuindo assim, na fase de propaganda à formação de um novo estereótipo – a do Dependente abstêmio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em torno o estudo pode-se observar que os depoentes se sentiam afetados por tudo aquilo que aconteceu e/ou estava ainda acontecendo em suas vidas, mas o vício e a dependência são muito fortes, mesmo identificando os danos passíveis, os fazem por vezes confundir a existência do vício, mas este sempre se faz presente nos momentos em que brotam novos ou os mesmos problemas por qual já passaram, e bate a sensação de necessidade extrema do consumo.

As Representações Sociais encontradas mostram a presença do consumo de drogas ilícitas dentro das famílias é um problema nos lares de todo o mundo, um problema de saúde pública, as crianças vão observando as atitudes de seus pais e parentes, seus exemplos, ou quem deveria os dar exemplos, são na verdade as primeiras pessoas que fazem o uso de entorpecentes, aos olhos de seus filhos, que crescem e reproduzem o que assistiram a vida inteira uma verdadeira transmissão de valores incorretos que degradam a sociedade, que matam, fere e destrói sonhos.

Referências

1. Vargas D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4): 918-25.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas. Brasília; 2009.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga; 2011.
4. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelos ER. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(3):302-7.
5. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):280-9.
6. Manguera SO, Lima JTS, Costa SLA, Nóbrega MML, Lopes MVO. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. *Enferm. foco*. 2012;3(3):135-8.
7. Barros ALBL, Lopes JL. A legalização e a sistematização da assistência de enfermagem. *Enferm Foco*. 2010;1(2):63-5.
8. Herdman TH (Ed). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
9. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):264-70.
10. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1380-6.
11. Franco MTG, Akemi EN, D Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):163-70.
12. Schmidt PMS, Giordani AM, Rossi AG, Cóser PL. Avaliação do equilíbrio em alcoólicos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2010;76(2):148-55.
13. Maio R, Dichi JB, Burini RC. Implicações do alcoolismo e da doença hepática crônica sobre o metabolismo de micronutrientes. *Arq Gastroenterol*. 2010;37(2):120-4.
14. Catelan A, Guedes APA, Santos PH. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. *RFO UPF*. 2010;15(1):83-6.
15. Chagas M, Hildebrandt LM, Leite MT, Stumm EMF, Vianna RM. O alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: o conhecimento de alcoolistas. *Cad Bras Saúde Mental*. 2010;2(4-5):190-212.
16. Souza RS, Siqueira MM. O processo de enfermagem na assistência a pacientes com dependência de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(3):228-33.
17. Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves IC, et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):307-13.

Enfermagem frente à reabilitação de pacientes submetidos à amputação

Recebido em: 12/08/2013
Aprovado em: 12/08/2014

Daiane Mariano¹
Sandra Maria Cezar Leal²
Joannie dos Santos Fachinelli Soares³
Greice Kelli Celho de Souza⁴

Resumo: investigar como a enfermagem enfrenta o cuidado ao paciente submetido à amputação de extremidades e quais as ações que contribuem para reabilitação após a alta hospitalar. Método: estudo qualitativo, análise temática. Questões norteadoras: Como a enfermagem enfrenta o cuidado ao paciente com amputação? Os cuidados durante a hospitalização podem contribuir para reabilitação após a alta hospitalar? Coleta com entrevistas gravadas, com 10 profissionais da equipe de enfermagem de uma rede hospitalar pública, Porto Alegre/RS. Porto Alegre/RS. Resultados: na análise emergiram as duas categorias: características dos pacientes amputados; A equipe de enfermagem frente ao cuidado do paciente amputado. Conclusão: a criação de protocolo sistematizado de atendimento e a revisão do sistema de suporte no pós-alta, pode contribuir para a reabilitação da pessoa amputada.
Descritores: Amputação; Enfermagem; Hospitalização; Cuidados de Enfermagem.

Nursing facing rehabilitation of patients submitted to amputation

Abstract: investigate how nursing care faces the care to the patient with amputation of the extremities and which actions contribute for the re-habilitation after the hospital discharge. Method: qualitative study and thematic analysis. Guiding questions: How does nursing face the care to the patient with amputation? Can the care given during the hospitalization contribute for the re-habilitation after the hospital discharge? Collection with recorded interviews, signature of free and cleared up consent statements, in October 2011, with 10 professionals of the nursing staff from a public hospital network, Porto Alegre-RS. Results: two categories derived from the analysis: Characteristics of the amputated patients; The nursing staff facing the care to the amputated patient. Conclusion: the creation of a systematized attendance protocol and the revision of the support system in the post-discharge can contribute for the amputated subject re-habilitation.

Descriptors: Amputation; Nursing; Hospitalization; Nursing Care.

Enfermería ante la rehabilitación de pacientes sometidos a amputación

Resumen: investigar como la enfermería enfrenta el cuidado al paciente sometido a amputación de extremidades y las acciones que contribuyen para la rehabilitación tras el alta hospitalaria. Método: estudio cualitativo, análisis temático. Cuestiones orientadoras: ¿Cómo la enfermería enfrenta el cuidado al paciente con amputación? ¿Pueden los cuidados durante la hospitalización contribuir para la rehabilitación tras el alta hospitalaria? Recolección con entrevistas grabadas, firma de declaraciones de consentimientos libres y esclarecidos, en octubre 2011, con 10 profesionales del equipo de enfermería de una red hospitalaria pública, Porto Alegre-RS. Resultados: del análisis surgieron dos categorías: Características de los pacientes amputados; El equipo de enfermería frente al cuidado del paciente amputado. Conclusión: creación de protocolo sistematizado de atendimento y la revisión del sistema de
Descritores: Amputación; Enfermería; Hospitalización; Cuidados de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A mputação é a retirada de parte do corpo, geralmente de um membro¹. Além de traumas, algumas doenças figuram como responsáveis pela necessidade de remoção de membros, como Diabetes Mellitus e doenças ateroscleróticas. Diante deste agravo, a discussão acerca do processo de reabilitação de pacientes amputados revela-se atual, devendo ocupar espaço de destaque entre os profissionais de saúde².

O cuidado às pessoas amputadas exige competências específicas, desenvolvidas com base nas políticas públicas e com a disponibilidade de estrutura física e de serviços de referência e contra-referência. Nesse sentido, a equipe de enfermagem desempenha papel importante nos cuidados a esses pacientes, tanto no preparo pré-operatório como nos cuidados imediatos pós-amputação, com orientações ao paciente e familiares visando à reabilitação³.

Assim, a justificativa do tema escolhido fundamenta-se na relevância do problema. Pois, a vítima de amputação experimenta barreiras para retorno ao convívio social, que podem ser mais facilmente superadas com a rápida identificação de sintomas que sinalizem retrocessos biofísicos e psicossociais.

Nessa perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi investigar como a enfermagem enfrenta o cuidado ao paciente com amputação de extremidades e quais as ações que contribuem para reabilitação após a alta hospitalar.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo e exploratório, realizado na Unidade Vascular de uma rede hospitalar pública, em Porto Alegre/RS, cujo serviço é especializado no tratamento de pacientes com problemas vasculares. Participaram profissionais da equipe de enfermagem envolvidos no cuidado ao paciente amputado, durante a hospitalização. Foram incluídos os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que exerciam suas atividades na unidade hospitalar em estudo. Excluídos os que estavam afastados por férias ou licença de saúde, no período da coleta dos dados. O aceite em participar da pesquisa e a saturação dos dados foram os critérios para determinar o número de participantes⁴. Dessa forma, o estudo contou com 10 profissionais: cinco auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem e quatro enfermeiras.

¹Enfermeira graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos/Unisinos. E-mail: daianemariano@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professor Adjunto da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unisinos. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

³Enfermeira. Bolsista CAPES – nível Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS.

⁴Estudante de Enfermagem da Unisinos. Bolsista PIBIC.

A coleta foi realizada no local de trabalho, por meio de entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: como a enfermagem enfrenta o cuidado ao paciente com amputação? Os cuidados durante a hospitalização podem contribuir para reabilitação após a alta hospitalar. Para garantir o anonimato, eles foram identificados como: Aux1, Aux2, Tec1, Tec2, E1, E2... Os profissionais de enfermagem foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, preservação do anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise temática⁴. Como ferramenta de apoio utilizou-se o software NVivo.

Seguiram-se as normas preconizadas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde⁵. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em estudo, por meio do parecer nº 11-059.

RESULTADOS

Entre os participantes deste estudo, 80% são do sexo feminino. A faixa etária variou entre 29 e 60 anos, sendo que 80% dos participantes situavam-se na faixa de 40 e 50 anos; 60% exercem a profissão há mais de 20 anos, sendo que o tempo de atividade com pacientes amputados variou de menos de um a 17 anos; 80% dos participantes trabalham há menos de 10 anos em unidades de amputados.

Após a análise das entrevistas construíram-se duas categorias: "Características dos pacientes amputados" e "Equipe de enfermagem frente ao cuidado do paciente amputado".

Na categoria Características dos Pacientes Amputados, identifica-se traços do perfil psicológico dos pacientes internados. É mencionada a dificuldade de aceitação pelo paciente da realidade de amputação. Essa dificuldade resulta em comprometimento emocional e na resistência ao tratamento, o que é expresso pelos profissionais:

É um paciente que requer maior atenção. [...] tem certa resistência, fica mais sensível e requer mais cuidado". (Aux 1.fem)

Tem paciente que se revolta, que não aceita. Alguns se tornam agressivos, então dificulta o atendimento, porque tu não consegues atendê-lo adequadamente[...]. (E4.fem)

Considerando o comprometimento emocional do paciente é importante que o profissional destacado para atendê-lo, além dos cuidados com os aspectos físicos, esteja atento ao apoio psicológico. O que é ilustrado na fala da enfermeira:

Em relação ao cuidado do paciente amputado acho que a gente tem que começar pela parte primordial, que é o apoio psicológico [...]. (E1.fem)

Ainda, sinalizado como característica dos pacientes amputados, destaca-se o relato sistemático das dores físicas, que segundo os profissionais, são fortes, constantes e constituem fator que dificulta o tratamento: a dor é tão intensa, tão importante que ele pede para ser amputado. (E1.fem)

Diversos entrevistados depuseram acerca de reclamações por parte de pacientes relacionadas à existência de dores no membro amputado, após a amputação, a chamada dor fantasma. [...] a dor fantasma [...] continuam verbalizando dor na extremidade amputada. [...] a queixa é de dor no pé (amputado). (E1.fem)

Ainda na mesma categoria pode-se identificar a característica nomeada dificuldades motoras, como uma resposta frequente ao questionamento sobre as dificuldades enfrentadas pelos pacientes durante os cuidados de enfermagem.

A dificuldade maior é quando a pessoa ainda deambulava [...] aí tem aquela limitação motora [...] depender de outras pessoas. (E3.masc)

Outro aspecto, relacionado ao perfil dos pacientes, reporta-se à reinternação hospitalar para fazer novo procedimento ou amputação. O que dificulta é que o paciente acaba fazendo um tratamento e não termina. [...] retorna fazer amputação, com necrose e infecção da ferida operatória. (Aux 1.fem)

Segundo os entrevistados, frequentes internações nomeadas como idas e vindas podem influenciar negativamente na estruturação psicológica dos pacientes. Outra dificuldade na aceitação é que eles vão amputando aos poucos [...] o dedo, daí a pouco o ante pé, [...] por fim amputam toda a perna. (E2.fem)

Na categoria denominada Equipe de enfermagem frente ao cuidado do paciente amputado, descreve-se os cuidados com o paciente. Nos quais, destaca-se o viés dos profissionais acerca das suas próprias atuações e das demais condições de atendimento aos pacientes.

O cuidado do paciente é muito bom, [...] poderia ser melhor se tivesse todos os materiais, pois sempre falta alguma coisa, um exemplo, são as roupas de cama que chegam muitas vezes no final do plantão. (Aux 3.fem)

Como se depreende pelo depoimento, sob a ótica do profissional, o atendimento pessoal dispensado aos pacientes é satisfatório, sendo que as condições de trabalho e os processos de trabalho poderiam ser melhorados. Porém, um entrevistado manifestou o entendimento de que sua atuação pessoal poderia ser melhor (mais humana).

A parte prática é bem feita, bem executada, [...] às vezes, não se tem tempo de conversar e de explicar algumas coisas para ele. (Téc1.fem)

As orientações prestadas aos pacientes foi outro aspecto sinalizado pelos profissionais. Pelos depoimentos verificou-se que a orientação do pós-operatório é compartilhada pelo médico e pela enfermeira, dentro de suas especialidades, no momento da alta, visando preparar o paciente para a vida fora do hospital.

Referenciaram, também, a possibilidade de apoio por psicóloga e assistente social, demonstrando a disponibilidade de uma equipe multiprofissional. "Nos dois últimos meses tem uma psicóloga que vem acompanhando os pacientes. O que sempre foi solicitado pelo serviço". (E1.fem)

Os entrevistados foram unânimes em destacar a existência do Programa de Assistência Domiciliar (PAD), relacionada com a vida dos pacientes fora do hospital, como ferramenta multidisciplinar de apoio ao paciente.

[...] é encaminhado para um grupo de referência que é o PAD. É a assistente social que encaminha. [...] o paciente tem que residir na área de abrangência do PAD. [...] o programa dá assistência quanto a curativos, medicações, acompanhamento no domicílio [...]. (Aux 1.fem)

Os profissionais reportaram-se às dificuldades enfrentadas, enfatizando a deficiência de infraestrutura que encontram no cotidiano.

O banheiro não tem as barras de proteção, as cadeiras não são adequadas para levar o paciente ao banho, a cama, às vezes, não tem proteção. [...], acho que tem que melhorar isso. (Aux 2.fem)

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais de enfermagem é que apesar dos pacientes amputados serem pessoas com particularidades específicas, inexistente um protocolo de atendimento desenvolvido para o cuidado à pessoa amputada.

[...] cada um faz o que acha melhor [...] até para o cuidado no pré e pós não tem protocolo. [...] é mais um aprimoramento de técnicas, [...], então agente tem aquela coisa do dia a dia, mas não uma coisa que seja específica para esse paciente amputado o que seria extremamente necessário. (E1.fem)

DISCUSSÃO

Os profissionais de enfermagem envolvidos no atendimento de pacientes submetidos à amputação, no hospital eleito para pesquisa, caracterizam-se pela dedicação às suas atribuições. É evidente a preocupação com o bem-estar dos pacientes, apesar de, muitas vezes, a estrutura física prejudicar o atendimento almejado.

Os depoimentos dos entrevistados foram uníssonos em afirmar que os pacientes amputados são pessoas com alteração da sensibilidade emocional, dor física e dificuldades motoras. Acerca do aspecto emocional, não é exagero afirmar que a cirurgia para retirada de um membro pode afetar mais emocionalmente do que uma cirurgia interna. Isso se dá porque, a amputação de um membro é visível, lembrando o paciente, dia após dia, de sua sensação de perda. Apesar de existirem poucas pesquisas sobre os efeitos da amputação nos anos iniciais após a cirurgia (até dois anos), tais estudos evidenciam sintomas depressivos durante a hospitalização e imediatamente após a amputação⁹.

Perder uma parte do corpo pode significar ter a existência alterada, viver um vazio que acarreta uma séria de mudanças na vida da pessoa. Significa ter que adaptar-se e readaptar-se, aprender a viver de novo, aceitar outra perspectiva no mundo⁷. Porém, a amputação também pode gerar sentimentos ambíguos, "ora de tristeza pela perda de parte de seu corpo, ora de alívio da dor e desconfortos provocados pelo odor"⁸.

Verificou-se, pela análise dos depoimentos, que os profissionais de enfermagem (aqui compreendidos os enfermeiros, técnicos e auxiliares), experimentam, no dia a dia, algumas dificuldades no atendimento aos pacientes. A falta de infraestrutura de suporte ou de dimensionamento insuficiente de profissionais interfere, negativamente, no cenário de atendimento, mesmo com o empenho e dedicação dos profissionais envolvidos. Ainda assim, esforços têm sido empregados pelos gestores do sistema de saúde que buscam a melhoria do atendimento em saúde no país⁹.

A alteração da sensibilidade emocional do paciente deve ser monitorada pelos profissionais responsáveis por atendê-lo. Além dos cuidados com os aspectos físicos, é importante detectar outras

circunstâncias que poderão prejudicar o tratamento, como variações de humor, sinais de depressão, resistência da família, entre outros. Assim, no "processo de reestruturação para viver a nova realidade o enfermeiro terá o papel essencial para o despertar, além da dimensão biológica, do sujeito e sua família"^{8:537}.

O paciente que percebe sua situação como uma nova condição, parece ter mais sucesso no processo de adaptação, pois consegue pensar e conviver com a limitação, não como sinônimo de inutilidade ou de dependência total, mas como a superação de risco de morte (nos acidentes) ou de alívio de dores (nas doenças crônicas)¹⁰. Perder parte do corpo é doloroso e impõe um novo modo de viver, de estar no mundo e se relacionar com ele, exigindo um redimensionar, pois o corpo foi alterado e, conseqüentemente, a percepção do mundo e das coisas¹¹.

O Hospital onde se realizou a pesquisa está direcionando suas ações estratégicas para a criação de um ambiente favorável à recuperação dos pacientes amputados. Segundo os depoimentos, recentemente foi contratada uma psicóloga que, no âmbito de sua especialidade, trabalha para complementar o atendimento oferecido por médicos e profissionais de enfermagem. Esta inclusão contribui para o estabelecimento de condições satisfatórias para o cuidado humanizado do paciente¹².

No aspecto de investimento em infraestrutura, a preocupação mais relatada foi acerca das condições de suporte para pacientes com dificuldades motora. Claramente, há necessidade de uma maior atenção aos detalhes estruturais que facilitem a movimentação de pacientes amputados. Esse aspecto é importante, pois pode reduzir o grau de dependência dos pacientes, contribuir para melhoria de sua autoestima. A existência de condições que contribuam para o atendimento de qualidade é essencial quando se trata de pacientes amputados e, portanto, dotados de particularidades específicas¹³.

A preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde não é recente e o objetivo do cliente ao necessitar dos serviços hospitalares é de restabelecer sua saúde, solucionar problemas e equilibrar as disfunções. Para que ele possa usufruir de serviço de qualidade é necessário sistema gerencial que reconheça as suas necessidades, estabeleça padrões e busque mantê-los para assegurar a sua satisfação¹⁴.

Conforme se percebe, o cuidado com as condições físicas, também, é relevante na reabilitação do paciente. E a especial atenção ao tratamento pós-amputação é importante, pois esta fase define a velocidade de reabilitação do paciente. Assim, os objetivos principais dessa etapa devem ser: prevenir as contraturas articulares; fortalecer e coordenar o controle muscular do membro amputado; fortalecer e mobilizar a perna não afetada; fortalecer e mobilizar o tronco; controlar o edema do coto; estimular a independência; e, no caso de membros inferiores, estimular a deambulação precoce com auxiliares de marcha².

Em relação ao acompanhamento no pós-alta dos pacientes deste estudo, verifica-se que, apesar de frequentes menções à existência do Programa de Assistência Domiciliar (PAD), a referência às reinternações causadas por complicações supervenientes foi muito alta. E esse é um ponto que deveria ser mais observado e estudado, buscando-se a identificação das causas, para adoção de medidas preventivas por pacientes e profissionais da saúde.

Possivelmente os profissionais do PAD, não conseguem interferir nas situações mais graves, mas contribuem para a identificação precoce dos pacientes que não estão seguindo adequadamente as orientações da alta hospitalar, na condição de amputado. Assim, complicação com o coto e a não adaptação à situação de amputado são outros fatores que parecem influenciar no alto número de retornos.

O reforço das atividades de instrução aos pacientes e familiares acerca dos cuidados necessários para sua recuperação pode contribuir para a redução do número de re-internações. Destaca-se a importância de a enfermagem orientar o cuidador de pessoas em condição crônica, visando qualificar e promover a vida. Além disso, ressalta-se que apesar da doença, a qualidade desse cuidado poderá prevenir reinternações¹³.

A falta de um protocolo sistematizado, elaborado especificamente para o tratamento de pessoas amputadas, é apontado em todas as entrevistas. Assim, apesar dos pacientes apresentarem-se com particularidades específicas, o procedimento de atendimento parece estruturar-se a partir da vivência de cada profissional. Portanto, considera-se que seguir um protocolo operacional padronizado e específico pode contribuir para a qualificação do atendimento ao paciente submetido à amputação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstram que os profissionais entrevistados, bem como, os envolvidos no processo de atendimento aos pacientes amputados, procuram desempenhar suas atividades

com esmero, dando atenção não somente aos aspectos físicos da recuperação, mas, também, aos aspectos psicológicos e emocionais. Porém, observa-se que a inexistência de um protocolo sistematizado de atendimento resulta em que cada profissional adote a estratégia que conhece para a superação das dificuldades decorrentes de suas atividades.

Assim, a definição de um protocolo sistematizado de atendimento integrado ao sistema de atendimento no pós-alta, pode qualificar esse atendimento, além de contribuir com a redução de reinternações e com ações de reabilitação direcionadas aos pacientes amputados.

A atenção aos aspectos psicológicos e emocionais revela preocupação da equipe, quanto à importância do papel do profissional que está em contato direto com os pacientes e familiares. Essa compreensão coletiva, demonstrada nas entrevistas, é essencial para um atendimento de qualidade. Entretanto, a infraestrutura física deve ser melhorada, qualificando o atendimento aos usuários.

Conclui-se, por fim, que apesar das dificuldades inerentes ao sistema de saúde pública no Brasil, estas são, em vários aspectos, mitigadas pelo esforço dos profissionais, em especial da equipe de enfermagem, envolvidos no atendimento direto ao paciente.

Referências

- 1 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- 2 Carvalho JA. Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação. 2. ed. São Paulo: Manole; 2003.
- 3 Schoeller SD, Silva DMG V, Vargas MAO, Borges AMF, Pires DEP, Bonetti A. Characteristics of amputated people cared for at a rehabilitation center. *Journal of Nursing UFPE on line* [internet]. 2013 fev [cited 2013 apr 10];7(2):445-51. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3351/pdf_2013 DOI: 10.5205/01012007
- 4 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
- 5 Resolução CNS N° 196, de 10 de outubro de 1996 (BR). Institui Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [citado 2010 jun 30]. Available from: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf
- 6 Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia* [Internet]. 2009 [citado 2011 Nov 05];(30):59-72. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200006&lng=pt.
- 7 Chini GCO, Boemer MR. Amputation in the perception of those who experience it: a study under the phenomenological. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 2011 Nov 11];15(2):330-336. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200021&lng=pt doi: 10.1590/S0104-11692007000200021
- 8 Lucas LPP, Barichello E, Zuffi FB, Barbosa MH. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. [citado 2013 06 03];2010;12(3):535-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a17.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i3.6005
- 9 Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2009 Set [citado 2011 Nov 020];12(3):281-296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001&lng=pt doi: 10.1590/S1415-790X2009000300001
- 10 Matheus MCC, Pinho FS. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta. Paul. Enferm.* 2006;19(1):49-55.
- 11 Chini GCO, Boemer MR. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 [cited 2013 jun 10]; 15(2): 330-336. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21
- 12 Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini, L.; Bertachini, L. (Org.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2004. p. 31-50. http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/maria_ivoneide_silva.pdf
- 13 Foss MHDA, Martins MRI, Mazaro LM, Martins MID, Godoy JMP. Qualidade de vida dos cuidadores de amputados de membros inferiores. *Rev Neurocienc.* 2008;17(1):8-13.
- 14 Nogueira LCL. *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. 4 ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial; 2014.

Fatores associados aos acidentes de trabalho em instituição hospitalar

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Adriana Aparecida Paz¹
Cibeles dos Santos²
Liana Lautert³

Resumo: Trata-se de um transversal com objetivo de identificar os fatores associados na ocorrência de acidentes envolvendo trabalhadores (n=288) de uma instituição hospitalar. Dentre os fatores associados aos acidentes, verificaram-se a mudança da situação conjugal nos últimos doze meses, a condição de moradia não própria, o uso de tabaco atual e o multiemprego, assim como os fatores de proteção à idade superior a 40 anos e o suporte familiar. Os resultados reforçam a necessidade de articulação de ações que valorizem as estratégias para a prevenção de acidentes de trabalho no cenário hospitalar.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem do trabalho; Vigilância em saúde do trabalhador; Acidentes do trabalho.

Factors associated to work accidents within a hospital institution

Abstract: It is a transversal study with the goal to identify factors associated with accidents occurrences observed at workers (n=288) of a hospital institution. Among the associated factors there are: marital status change in the last twelve months, not being home owners, currently tobacco consumers, and multi-jobs. The protection factors are: age higher than 40 years old and family support. The results enforce the necessity of articulated actions to enhance the strategies for work accidents prevention in a hospital scenario.

Descriptors: Nursing; Occupational health nursing; Surveillance of the workers health; Accidents, occupational.

Factores asociados a los accidentes de trabajo en institución hospitalaria

Resumen: El texto trata de un transversal con objetivo de identificar los factores asociados a la ocurrencia de accidentes con trabajadores (n=288) de una institución hospitalaria. De los factores asociados a los accidentes, fue verificado el cambio de la situación conyugal en los últimos doce meses, la condición de no tener casa propia, el uso actual del tabaco y el multiempleo, así como los factores de protección de edad superior a 40 años y el soporte familiar. Los resultados refuerzan la necesidad de articulación de acciones que valoran las estrategias para la prevención de accidentes de trabajo en el escenario hospitalario.

Descriptores: Enfermería; Enfermería del trabajo; Vigilancia de la salud del trabajador; Accidentes de trabajo.

INTRODUÇÃO

O acidente de trabalho pode acarretar a redução ou perda da capacidade física e mental e, assim, interromper a atividade laboral do trabalhador temporária ou permanentemente⁽¹⁾. Os trabalhadores de hospitais estão expostos a diversos riscos ocupacionais; no caso de um acidente, este pode ser traumático para o trabalhador e seus colegas⁽²⁻⁴⁾.

As diversas configurações da organização do trabalho, como a disponibilidade de recursos materiais e equipamentos, a quantidade de trabalhadores, os aspectos comportamentais e atitudes do trabalhador e as condutas dos gestores institucionais são fatores determinantes para a ocorrência de acidentes que, portanto, são tratados como um evento de multicausalidade⁽⁵⁻⁶⁾.

Conhecer os fatores associados aos acidentes permite planejar as ações que potencializem as condições ambientais seguras ao trabalho para que o trabalhador mantenha a integridade de suas habilidades físicas e emocionais. O enfermeiro do trabalho, quando ativo na equipe de saúde ocupacional, independentemente do nível de prevenção, desenvolve competências para melhorar as condições de segurança e saúde laboral. Logo, a promoção da saúde almeja valorizar o ser humano em sua totalidade e contribuir para a redução dos acidentes. O objetivo desta investigação foi identificar os fatores associados à ocorrência de acidentes com trabalhadores de uma instituição hospitalar.

METODOLOGIA

Esta investigação caracterizou-se como transversal, sendo realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com a aprovação do Comitê de Ética da instituição, sob o protocolo nº 11-315. A população foi constituída de 4.583 trabalhadores, sendo a amostra calculada de 267 trabalhadores, acrescida de 20% para eventuais perdas, num total amostral estimado de 321 trabalhadores. A seleção da amostra foi aleatória e sistemática, ou seja, os trabalhadores foram ordenados por data de ingresso no HCPA: o primeiro foi sorteado entre os dez primeiros que chegaram ao hospital; a partir daí, selecionava-se aquele que estava separado do primeiro sorteado por dez pessoas, e assim sucessivamente. O critério de exclusão foi o afastamento do trabalho por licença prolongada no período da coleta de dados.

Coletaram-se os dados dos participantes no próprio setor de trabalho mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do autopreenchimento de um questionário composto por dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores. A amostra foi constituída de 288 trabalhadores. A caracterização da amostra ocorreu pela estatística descritiva. Para as associações, foi utilizada a estatística analítica pelo Teste Quiquadrado de Wald, sendo considerado o nível de significância de 95%.

¹Recorte da Tese de Doutorado em Enfermagem "Vigilância na Saúde do Trabalhador: fatores associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho".

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPG-Enf/UFRGS). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (DENF/UFCSPA). Membro do Grupo Interdisciplinar em Saúde Ocupacional (GISO/UFRGS). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa da Práxis de Enfermagem (GEPPEn/UFCSPA). E-mail: adrianap@ufcspa.edu.br

³Acadêmica de Enfermagem UFRGS. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC-CNPq. Membro do GISO/UFRGS.

⁴Enfermeira. Doutora em Psicologia. Professora do Departamento Médico-Cirúrgico e do PPG-Enf/UFRGS. Líder do GISO/UFRGS.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da amostra.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2014.

Variáveis sociodemográficas e ocupacionais	n (%)
Sexo (feminino)	215 (74,7)
Idade ≥ 40 anos	177 (61,5)
Situação conjugal com companheiro	168 (58,3)
Mudança da situação conjugal nos últimos doze meses	23 (7,9)
Condição de moradia própria	218 (75,7)
Suporte familiar	174 (60,4)
Consumo de tabaco atual	32 (11,1)
Ocupação enfermagem	119 (41,3)
Tempo de trabalho na instituição ≤ 10 anos	149 (51,7)
Multiemprego	45 (15,6)
Acidente de trabalho nos últimos doze meses (trabalhadores)	33 (11,5)
Número de acidente típico	30 (85,7)
Número de acidente trajeto	5 (14,3)

A média de idade dos trabalhadores neste estudo foi de 43,2±9,2 anos. A categoria de enfermagem destacou-se na amostra, sendo que os técnicos de enfermagem corresponderam a 77(26,7%), os enfermeiros a 24(8,3%) e auxiliares de enfermagem a 18(6,3%). As demais ocupações com maior representatividade foram assistentes administrativos 39(13,5%), médicos 29(10,1%), auxiliares de higienização 16(5,6%), técnicos de laboratórios 12(4,2%), atendentes de nutrição 12(4,2%), analistas de sistemas 9(3,1%). Entre as outras 45 ocupações, existem 52(18%) trabalhadores.

A Tabela 2 apresenta a análise dos fatores sociodemográficos e ocupacionais associados aos acidentes.

Tabela 2 – Fatores sociodemográficos e ocupacionais associados os acidentes de trabalho dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2014.

Variáveis	Prevalência de acidentes em 12 meses	RP (IC95%) n=288	Valor p*
Idade			0,049
< 40 anos	18 (16,4)	1,00	
≥ 40 anos	15 (8,6)	0,52 (0,27; 0,99)	
Mudança da situação conjugal			0,019
Não	27 (10,3)	1,00	
Sim	6 (26,1)	2,53 (1,16; 5,49)	
Condição de moradia			0,010
Própria	19 (8,8)	1,00	
Não própria	14 (20,3)	2,30 (1,22; 4,35)	

Suporte familiar			0,030
Não	19 (16,8)	1,00	
Sim	14 (8,2)	0,48 (0,25; 0,93)	
Tabaco atual			0,028
Não	24 (9,7)	1,00	
Sim	7 (22,6)	2,33 (1,09; 4,96)	
Multiemprego			0,034
Não	21 (9,3)	1,00	
Sim	9 (20)	2,16 (1,06; 4,40)	

As demais características sociodemográficas e ocupacionais investigadas (situação conjugal, ocupação enfermagem e tempo de trabalho na instituição) não apresentaram associação estatística ($p>0,05$) com os acidentes.

DISCUSSÃO

A média de idade dos trabalhadores foi de 43,2±9,2 anos, dado semelhante ao estudo sobre 53.846 trabalhadores de enfermagem de seis países(7) para avaliação da Síndrome de Burnout. No Canadá, a média foi de 42,2±8,9 anos; na Nova Zelândia, 40,7±9,9; nos Estados Unidos, 39,9±9,7; na Alemanha foi de 35,3±9,0; na Inglaterra, 35,3±8,9; e no Japão, 29,2±7,4.

A situação conjugal com companheiro foi predominante, semelhante aos resultados de 368 enfermeiros de um hospital⁽⁸⁾ em Porto Alegre (64,8%). Para 7,9%, ocorreu alguma mudança da situação conjugal nos últimos doze meses, positiva (enlace matrimonial e chegada do filho) ou negativa (desajuste na vida conjugal e viuvez). A mudança da situação conjugal nos últimos doze meses⁽³⁾ foi constatada para 22% dos trabalhadores de enfermagem de um hospital. A mudança positiva pode ser considerada como fator de proteção à saúde do trabalhador. Caso contrário, pode afetar o trabalhador e, em consequência, seu trabalho e saúde⁽⁹⁾.

A busca de um abrigo sempre esteve presente na trajetória do homem, sendo a moradia uma das necessidades básicas à sobrevivência. De acordo com o Censo Demográfico 2010, em 68,2% das famílias brasileiras e 71% das gaúchas a residência era própria(10), dados inferiores aos encontrados neste estudo. A falta de moradia própria pode implicar no comprometimento da renda mensal, ou seja, preocupação por insegurança financeira, endividamento e instabilidade no emprego, expressando-se em sintomatologias físicas e/ou mentais⁽¹¹⁾.

O suporte familiar para as atividades diárias dos trabalhadores é 32,3% inferior ao dado do estudo em um hospital do interior gaúcho⁽³⁾. O compartilhamento de papéis e responsabilidades fortalecem os vínculos afetivos, bem-estar e projetos de vida em comum⁽¹²⁾, constituindo um elemento de apoio e segurança ao trabalhador. O consumo de tabaco atual entre os trabalhadores foi maior ao identificado entre 491 trabalhadores de um hospital gaúcho, sendo observado que 10,8% têm o hábito tabágico⁽¹³⁾. Este fato pode ser atribuído às campanhas e estratégias de apoio para a cessação tabágica da instituição que são relevantes na promoção da saúde. No hospital, a categoria de enfermagem tem constituindo-se como o maior contingente de trabalhadores, com predominância de mulheres, como no estudo realizado em um Pronto Socorro de Porto Alegre, no qual 58,4% eram do sexo feminino e 55,4% da área da enfermagem⁽²⁾. As investigações corroboram o resultado demonstrando a expressiva força de trabalho da enfermagem nos

hospitais. Embora alguns estudos^(3,13) apresentem diferenças nas proporções de mulheres, em todos se confirma a prevalência do sexo feminino entre os diferentes trabalhadores da área da saúde. O tempo de trabalho na instituição foi inferior ao de um hospital universitário, no qual a média foi de 14 anos⁽¹³⁾. Reconhece-se que a fidelização do trabalhador à instituição ocorre quando o mesmo identifica-se com a missão e os valores institucionais, estando ao mesmo tempo satisfeito com o clima organizacional, as relações interpessoais e as condições para o exercício laboral.

O multiemprego é defendido por alguns trabalhadores (15,6%), pois a remuneração, por vezes, inviabiliza o sustento da família. Isto também ocorre no Pronto Socorro da capital gaúcha, onde 36,8% dos trabalhadores de saúde têm multiemprego⁽²⁾. Entretanto, a ausência de tempo para o descanso, autocuidado, atividades de lazer e familiares entre as jornadas de trabalho pode ocasionar o desequilíbrio de funções fisiológicas e emocionais^(3,14). Deste modo, o multiemprego pode aumentar a exposição aos riscos ocupacionais e sobrecarga de trabalho, além de limitar o período para descanso e atividades familiares e sociais.

O percentual de acidentes de trabalho de 11,5% foi inferior aos observados no Pronto Socorro da capital gaúcha⁽²⁾ (51,6%). Predominaram os acidentes típicos, em consonância aos registros do Ministério da Previdência Social no período de 2008 a 2010, no território brasileiro e gaúcho, de respectivamente 1.281.247(79,6%) e 103.414(81,8%) em todas as atividades econômicas. No mesmo período, na área de atenção à saúde humana, os acidentes típicos prevalecem em 81,8% das ocorrências nos serviços de saúde no Brasil⁽¹⁵⁾. Apesar das constantes campanhas de prevenção de acidentes, observa-se que os trabalhadores carecem de atitudes que valorizem a cultura de segurança⁽⁵⁻⁶⁾ refletindo na prática laboral. A idade e o suporte familiar são protetores na ocorrência de acidentes. A ocorrência do acidente na idade economicamente ativa, independente das características, implica em prejuízos socioeconômicos na família e sociedade. Os acidentes com material biológico hospitalar ocorreram para 73,2% dos trabalhadores da saúde com idade inferior a 40 anos⁽¹⁶⁾. As lesões por acidentes entre 1.525 trabalhadores americanos⁽¹⁷⁾, de diversos setores da produção, aumentou conforme a idade avançava, assim como os acidentes ($p=0,016$).

O suporte familiar pode ser considerado como protetor aos diversos eventos estressores na vida, incluindo as atividades laborais⁽¹²⁾, o que foi identificado neste estudo. O suporte familiar denota que a família tem grande relevância na vida do trabalhador, uma vez que as responsabilidades são compartilhadas na dinâmica familiar. Por outro lado, os fatores associados ao acidente de trabalho foram a mudança da situação conjugal nos últimos doze meses, a condição de moradia não própria, o uso de tabaco atual e o multiemprego. A maior prevalência de acidentes pela mudança da situação conjugal não pode ser confirmada pelo aspecto da ruptura de uma relação afetiva ou das responsabilidades decorrentes da constituição de novas famílias. No entanto, estudos^(9,18) apontam que a ausência de

companheiro aumenta a possibilidade de ocorrência de acidentes. Dentre os trabalhadores desta investigação que ainda não têm casa própria, houve maior prevalência de acidentes, dado não presente em outras investigações brasileiras e que requer investigações para sua compreensão. O estudo(11)norte-americano sobre as condições de saúde e o financiamento imobiliário mostrou que os recursos financeiros para hipoteca da moradia e a perda de emprego estão associados aos problemas de saúde, em especial aos sintomas depressivos ($p<0,001$). Logo, possuir a casa própria traduz-se em maior satisfação com a vida, maior autoestima e melhor estado de saúde percebido.

O consumo de tabaco tem sido associado à ocorrência de acidentes, dado confirmado neste estudo. Dentre 1.475 trabalhadores de um hospital gaúcho, observou-se que 13,6% têm o hábito tabágico⁽¹⁹⁾. A capacidade funcional(20)para o trabalho reduz quando o trabalhador tem o hábito tabágico ($p=0,047$).

Observou-se que dentre os trabalhadores com condição de multiemprego, há um favorecimento da ocorrência de acidentes, dado identificado em outros estudos(14,20). O tema do multiemprego precisa ser aprofundado teoricamente para se estabelecerem as estratégias que auxiliem no enfrentamento dessa condição do trabalhador visando à proteção da saúde sem inviabilizar a conquista dos projetos de vida.

CONCLUSÕES

A idade de 40 anos ou mais anos como evento protetor de acidentes alerta os trabalhadores jovens sobre a maior probabilidade de sofrerem acidentes. O suporte familiar possibilita o compartilhamento das atividades familiares. Na literatura científica, até o momento, não se encontraram investigações sobre a mudança da situação conjugal e o fato de não se possuir a casa própria como eventos que podem influenciar a ocorrência de acidentes, o que possibilita a realização de novas investigações. A equipe de saúde do trabalhador pode intensificar as ações de promoção e de proteção da saúde para a cessação tabágica. O multiemprego carece de estudos aprofundando as discussões acerca da ausência de tempo para o descanso e autocuidado.

Os resultados contribuem para compreensão da relação dos aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos trabalhadores, de modo a articular ações que valorizem as estratégias para a prevenção de acidentes no cenário hospitalar. Assim, destaca-se o papel do enfermeiro na equipe de saúde do trabalhador, que pode propor ações de valorização de práticas seguras ao trabalhador, assim como fortalecer a adoção para uso de equipamentos de proteção individual.

Tendo em vista a multicausalidade e a exploração simultânea da exposição e desfecho, é preciso ter cautela com o delineamento transversal, que se caracteriza como uma das limitações do estudo. Entretanto, evidenciou-se, ainda, a proposição de futuras investigações, com abordagem quanti-qualitativas e multidisciplinares, para aprofundar as discussões e compreender as associações observadas.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; 2001.
2. Dal Pai D. Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores [tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
3. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):225-33.
4. Felli VAE. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enferm. Foco.* 2012;3(4):178-81.
5. Fontana RT, Lautert L. The situation of nursing work and occupational risks from an ergological perspective. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013;21(6):1306-13.
6. Soares LG, Sarquis LMM, Kirchhof ALC, Felli VEA. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. *Rev. Bras. Enferm.* 2013;66(6):854-9.
7. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res. Nurs. Health.* 2010;33(4):288-98.
8. Negeliskii C, Lautert L. Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011;19(3):606-13.
9. Rubio MF, Wanderley KS, Ventura MM. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. *Rev. Kairós Gerontol.* 2011;14(1):137-47.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2010: famílias e domicílios – tabelas [internet]. [citado em 28 jan 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/familias_e_domicilios/familias_e_domicilios_tab_xls.shtm
11. Cannuscio CC, Alley AE, Pagán JA, Soldo B, Krasny S, Shardell M, et al. Housing strain, mortgage foreclosure and health in a diverse Internet sample. .
12. Nunes COAT, Calais SL. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. *Psico-USF.* 2011;16(1):57-65.
13. Magnago TSBS, Lima ACS, Prochnow A, Ceron MDS, Tavares JP, Urbanetto JS. Intensity of musculoskeletal pain and (in) ability to work in nursing. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2012;20(6):1125-33.
14. Robazzi MLCC, Mauro MYC, Dalri RCMB, Silva LA, Secco IAO, Pedrão LJ. Exceso de trabajo y agravios mentales e a los trabajadores de la salud. *Rev. Cubana Enferm.* 2010;26(1):52-64.
15. Ministério da Previdência Social (BR). Estatísticas: seção IV – acidentes de trabalho [internet]. [citado em 10 jan 2014]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/secao-iv-acidentes-do-trabalho-texto/>
16. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(3):508-16.
17. Smith TD, Dejoy DM. Occupationa injury in America: na analysis od risk factors using data from the General Social Survey (GSS). *J. Safety. Res.* 2012;43(1):67-74.
18. Park YM, Kim SY. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Saf. Health Work.* 2013;4(4):210-5.
19. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011;19(1):179-86.
20. Hillesheïn EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan VM, Teixeira MG, et al. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):509-15.

Gerenciamento de resíduos sólidos nas unidades básicas de saúde de Picos-PI

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Eduardo Fernandes Oliveira¹
Laura Maria Feitosa Formiga²
Luisa Helena de Oliveira Lima³
Bartira Bezerra de Brito⁴
Raíla Carvalho Feitosa⁵

Resumo: Objetivou-se avaliar as medidas realizadas nas unidades de saúde de Picos - PI, para o gerenciamento dos resíduos sólidos. Foi desenvolvido um estudo transversal de abordagem quantitativa com 19 enfermeiros mediante aplicação de um formulário semi-estruturado. Os resultados evidenciam que 63,2% possuíam o plano de gerenciamento de resíduos, 89,5% segregavam os resíduos perfurocortantes, 52,6% os resíduos químicos, 73,7% os resíduos potencialmente contaminados e 68,4% os resíduos comuns. Destaca-se a ausência de um plano formal para o gerenciamento dos resíduos produzidos em algumas unidades, sendo este documento indispensável para o manejo correto dos resíduos.

Descritores: Gerenciamento de Resíduos; Resíduos Sólidos; Centros de saúde

Solid waste management in health basic units of Picos -PI

Abstract: This study aimed to evaluate the measures undertaken in the health units of Picos - PI for the management of solid waste. It was developed a cross-sectional study with a quantitative approach with 19 nurses by applying a semi-structured form. The results showed that 63.2% had a waste management plan, 89.5% segregated waste sharps, 52.6% chemical residues, 73.7% potentially contaminated waste and 68.4% common waste. We highlight the lack of a formal plan for managing the waste produced in some units, this being essential document to the correct management of waste.

Descriptors: Waste Management; Solid Waste; Health Centers.

Gestión de residuos sólidos en las unidades básicas de salud de Picos -PI

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo evaluar las medidas adoptadas en las unidades de salud de Picos - PI para el manejo de residuos sólidos. Se desarrolló un estudio transversal con enfoque cuantitativo con 19 enfermeras mediante la aplicación de un formulario semi-estructurado. Los resultados mostraron que el 63,2% tenía un plan de gestión de residuos, 89,5% segregada residuos cortopunzantes, 52,6% de residuos químicos, 73,7% residuos potencialmente contaminados y 68,4% de residuos común. Cabe destacar la ausencia de un plan formal para la gestión de los residuos producidos en algunas unidades, este documento es esencial para la correcta gestión de los residuos.

Descritores: Administración de Resíduos; Resíduos Sólidos; Centros de Salud.

INTRODUÇÃO

A problemática da geração de lixo já preocupa as autoridades sanitárias há algum tempo. Particularmente, o lixo produzido por serviços de saúde acentua os riscos à saúde da população bem como ao meio ambiente, tendo em vista seu alto risco de contaminação. Atualmente os lixos produzidos por prestadores de serviço de saúde são denominados de resíduos de serviços de saúde (RSS).

Os grandes geradores possuem maior consciência a respeito do planejamento adequado e necessário para o gerenciamento dos RSS. Contudo, os pequenos geradores muitas vezes não possuem essa consciência nem os conhecimentos necessários⁽¹⁾.

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. Deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo de RSS⁽²⁾.

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas

ao manejo de resíduos sólidos, que corresponde às etapas de: segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. Deve considerar as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes⁽²⁾.

O gerenciamento dos resíduos sólidos no âmbito hospitalar sempre teve mais destaque com maior número de publicações, enquanto em unidades básicas de saúde o assunto é pouco discutido, sendo esse tipo de serviço um produtor considerável de resíduos sólidos. As falhas ocorridas no gerenciamento desses resíduos podem acarretar problemas ambientais e na própria saúde do trabalhador.

Em virtude disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar as medidas realizadas para o gerenciamento dos resíduos sólidos, nas unidades de saúde de Picos - PI.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal de cunho exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa nas unidades de saúde da família do município de Picos-PI.

Como critério de inclusão da unidade na pesquisa, a equipe de saúde da família deve ter o profissional enfermeiro cadastrado

¹Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). E-mail: Edu_2009.1_@hotmail.com

²Mestranda pela Universidade do Federal do Ceará. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da UFPI/CSHNB. Pesquisadora do Grupo Saúde Coletiva (GPESC). E-mail: laurafeitosaformiga@hotmail.com.

³Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFPI/CSHNB. Pesquisadora GPESC. E-mail: luisahelena_lima@yahoo.com.br

⁴Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre da UFPI/CSHNB. Membro do GPESC. E-mail: bartirabz15@hotmail.com.

⁵Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre da UFPI/CSHNB. E-mail: raila_cf@hotmail.com

durante a fase de coleta dos dados e está localizado na zona urbana.

No período da coleta de dados, uma unidade básica de saúde não possuía o enfermeiro como gerente, não atendendo o critério de inclusão, com isso a população e amostra foram compostas por 19 enfermeiros.

A coleta de dados ocorreu, entre agosto e setembro de 2011, através da aplicação de um formulário contendo dados como: existência de plano de gerenciamento de resíduos sólidos, manipulação específica dos resíduos e se há segregação de resíduos sólidos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí⁽³⁾. A análise dos dados foi possível após a construção de tabelas, a partir dos dados tabulados, com o auxílio do software Excel versão 2007 e o programa SPSS versão 17.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostram que os enfermeiros gerentes das UBS eram predominantemente do sexo feminino, com idade entre 25 e 29 anos de idade e tempo de serviço entre 3 a 5 anos e a maioria possuía especialização, conforme a tabela 1.

Fato historicamente comprovado por vários estudos, como o que avaliou a implantação do plano de gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde nas unidades de Saúde do Distrito Sanitário II do Município de Olinda, com 90% de participação feminina. Se diferenciando apenas com relação a média de idade e tempo de serviço, no qual a média de idade dos enfermeiros era de 34 anos e tempo de serviço nas instituições 9,4 anos. Em geral, os trabalhadores são jovens e possuem tempo suficiente para conhecer as rotinas das instituições⁽⁴⁾.

Tabela 1 - Perfil dos enfermeiros participante da pesquisa. Picos-PI, set/out. 2011

Variáveis relacionadas ao perfil dos enfermeiros	n	%
Sexo		
Masculino	2	10,5
Feminino	17	89,5
Idade (em anos)		
De 25 à 29	8	42,1
De 30 a 35	6	31,6
De 36 a 40	2	10,5
De 46 a 50	3	15,8
Tempo de serviço em ESF (em anos)		
De 0 a 1 ano	1	5,3
De 1 a 3 anos	6	31,6
De 3 a 5 anos	4	21,1
De 5 a 10 anos	6	31,6
De 10 a 15 anos	2	10,5
Especialização		
Sim	16	84,2
Não	3	15,8

Sobre as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de saúde, observou-se que em apenas 6 (31,6%) UBS possuíam atendimentos de imunização. Observou-se ainda a presença de centrais de material esterilizado em 18 unidades. Fato semelhante

relatado no estudo⁽⁴⁾ onde todas as unidades possuíam central de esterilização diferenciando na questão no número de sala de vacina onde todas as UBS ofereciam imunização.

Foram identificadas, dentre as atividades desenvolvidas nas unidades, aquelas com o potencial de gerar resíduos, obtendo-se o seguinte resultado: em 17 atendimentos médico, em 18 odontológicos e em todas as 19 unidades pesquisadas eram realizados curativos, exames de prevenção do câncer do colo do útero e possuíam farmácia básica, com a dispensação dos medicamentos prescritos.

Tais atividades, exercidas nas UBS pesquisadas, geram diferentes tipos de resíduos, classificados de acordo com a Resolução nº 33 de 2003 da ANVISA em:

Grupo A – resíduos potencialmente infectantes. Na UBS são considerados resíduos deste grupo vacinas de microrganismos vivos ou atenuados.

Grupo B – resíduos químicos. Podem ser considerados resíduos químicos nas UBS medicamentos antibacterianos vencidos de uso sistêmico ou tópico, desinfetantes, além dos resíduos das substâncias químicas utilizadas no serviço de odontologia.

Grupo D – resíduos comuns. Nas UBS são considerados resíduos comuns: luvas, esparadrapo, algodão, gazes, equipos e materiais similares, que tenham entrado em contato ou não com sangue, tecidos ou fluidos orgânicos; papéis de uso sanitário; papéis de uso administrativo; resíduos da varrição; materiais passíveis de reciclagem; embalagens em geral.

Grupo E – resíduos perfuro-cortantes. Nas UBS estão enquadrados neste grupo agulhas e escalpes, lâminas de bisturi e ampolas de vidro.

De acordo com a tabela 2, No que se refere ao plano de gerenciamento de resíduos, observou-se que 12 UBS possuíam o plano de gerenciamento de resíduos. Diferentemente de outra pesquisa⁽⁵⁾, realizada em 49 UBS onde em nenhuma instituição foi encontrada o plano de gerenciamento.

O responsável pelo estabelecimento gerador deverá implementar um PGRSS, definido como um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados baseando-se em normas científicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos funcionários, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente⁽¹⁾.

Uma cópia do PGRSS deve estar disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral⁽²⁾.

Tabela 2 - Gerenciamento dos resíduos. Pico-PI, set/out. 2011

Variáveis relacionadas ao gerenciamento dos resíduos (n=19)	n	%
Plano de gerenciamento		
Sim	12	63,2
Não	7	36,8
Segregação dos resíduos		
Sim	17	89,5
Não	2	10,5
Quais de resíduos		
Perfurocortantes	17	89,5
Resíduos químicos	10	52,6

Resíduos potencialmente contaminados	14	73,7
Resíduos comuns	13	68,4
Acondicionamento		
Resíduos tipo A	14	73,7
Resíduos tipo B	10	52,6
Resíduos tipo D	13	73,7
Resíduos tipo E	17	89,5
Transporte interno carro adaptado		
Sim	13	68,4
Não	6	31,6
Quanto o armazenamento		
Há local específico	12	63,2
Não possui	7	36,8
Órgão público recolhe os resíduos		
Sim	18	94,7
Não	1	5,3
EPI		
Luvas	18	94,7
Botas	16	84,2
Máscaras	12	63,2
Avental	13	68,4

Na questão de segregação dos resíduos, verificou-se que 89,5% das UBS segregavam os resíduos, sendo os resíduos perfuro-cortantes os mais segregados (89,5%).

Outra pesquisa(5), apresentou um percentual elevado na segregação dos perfuro cortante totalizando 95% do total das UBS pesquisadas. Diferindo na segregação dos resíduos químicos onde alcança 85% da amostra pesquisada, e se assemelha na segregação dos resíduos comum e potencialmente infectante.

A segregação é o ponto fundamental de toda a discussão sobre a periculosidade ou não dos resíduos de serviços de saúde. Apenas uma parcela é potencialmente infectante, contudo, se ela não for segregada, todos os resíduos que a ela estiverem misturados também deverão ser tratados como potencialmente infectantes, exigindo procedimentos especiais para acondicionamento, coleta, transporte e disposição final, elevando assim os custos do tratamento desses resíduos⁽¹⁾.

A segregação é uma das operações fundamentais para permitir o cumprimento dos objetivos de um sistema eficiente de manuseio de resíduos e consiste em separar ou selecionar apropriadamente os resíduos segundo a classificação adotada. Essa operação deve ser realizada na fonte de geração e está condicionada à prévia capacitação do pessoal de serviço⁽²⁾.

Quanto ao acondicionamento dos resíduos, observou-se que 68,7% acondicionavam os resíduos do tipo A e D, 73,7% os resíduos do tipo B, e 89,5% do tipo E.

O acondicionamento deve ser executado no momento e no local de sua geração, em recipientes adequados a cada tipo, quantidade e característica, de acordo com as normas estabelecidas pela NBR 12.808(6), evitando sua exposição e conseqüentemente diminuindo os riscos de contaminação.

O acondicionamento de resíduo sólido de serviços de saúde (RSS) em sacos plásticos diferenciados auxilia o gerenciamento correto do resíduo, levando todos os profissionais que trabalham

no estabelecimento a prestarem atenção a esta questão, chegando a detectar problemas, quando existirem⁽⁷⁾.

O RSS classificado como comum, pela NBR 12.808, pode ser acondicionado em sacos tipo 1, podendo ter qualquer cor. O resíduo infectante deve, pelas normas técnicas aplicáveis, ser acondicionado em sacos plásticos tipo 2, de cor branca-leitosa. Deve constar, individualmente, a identificação do fabricante e o símbolo de material infectante⁽⁶⁻⁸⁾.

O RSS perfuro-cortante deve ser acondicionado, em recipientes apropriados para evitar acidentes. Pode ser qualquer recipiente que atenda às características de resistência à perfuração, estanqueidade e impermeabilidade. É recomendável que as agulhas não sejam removidas das seringas, após o uso, e que sejam descartadas diretamente em recipiente próprio⁽⁸⁾.

Das 19 UBS, 68,4% possuíam carro adaptado para o transporte dos resíduos, 63,2% possuíam locais específicos para armazenamento dos resíduos e em 94,7% a coleta era realizada por órgão público. Algo semelhante encontrado noutra pesquisa(9), onde 78,9% possuíam carro adaptado específico para esse fim e em todas as unidades possuía local para o armazenamento e todas as unidades algum órgão público recolhia os resíduos regulamente.

O transporte deve ser realizado em veículos ou carrinhos específicos para este serviço, dimensionados de acordo com o volume coletado. Devem ser de material liso, sem arestas e com tampa e ser lavados e higienizados após a coleta⁽¹⁰⁾.

Quanto ao uso de EPI para manipulação dos resíduos notou-se que em 94,7% das unidades faziam uso de luvas, 84,2% de botas, 63,2% de máscaras e 68,4% de avental, o que corrobora achados de outros estudos(9). Pode se analisar que o uso de EPI no manuseio dos resíduos é parcial podendo acarretar problemas para a saúde do trabalhador.

A NBR 12.809/9314 estabelece que para o manuseio dos resíduos infectantes, as pessoas devam usar equipamentos de proteção individual, como: gorro, óculos, máscara, avental, luvas e botas. Vale ressaltar, que no manuseio e transporte dos RSS é exigido o uso do conjunto de EPI's, o que não se configura como verdade na prática das unidades analisadas.

Os equipamentos de proteção devem ser utilizados pelos funcionários que manuseiam os resíduos e devem ser os mais adequados para lidar com os tipos de resíduos de serviços de saúde. Devem ser utilizados de acordo com as recomendações normativas do Ministério do Trabalho.

Quanto ao treinamento da equipe para manipulação dos resíduos, verificou-se que 8 das equipes tinham algum membro capacitado. A maior participação no treinamento foi do enfermeiro (31,6%), seguido pelo auxiliar de serviços gerais (26,3%).

O programa de educação continuada, previsto na RDC ANVISA no 306/04, visa orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente a todos os envolvidos sobre os riscos e procedimentos adequados de manejo, de acordo com os preceitos do gerenciamento de resíduos. De acordo com a RDC ANVISA no 306/04, os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício dos profissionais⁽²⁾.

Treinamento dos funcionários para a correta segregação dos resíduos é bastante compensador, pois resulta no encaminhamento para coleta, tratamento e disposição final especial apenas dos resíduos que realmente necessitam desses procedimentos, reduzindo as despesas com o tratamento ao mínimo necessário⁽¹⁾.

Em relação às facilidades, as mais relatadas foram: disponibilidade de recipiente adequado para resíduos perfuro-cortantes e

existência na UBS de local adequado para armazenar os resíduos (73,7%), seguido de característica dos resíduos gerados (pouco volume e capacidade infectante) e disponibilidade de transporte para o lixo contaminado, com 57,9% cada.

No que diz respeito às dificuldades encontradas para o gerenciamento resíduos, 57,9% dos enfermeiros marcaram a ausência de treinamento como maior empecilho para atividade de gerenciar os resíduos, seguido de ausência de autoclave para inativação de imunobiológicos (36,8%).

CONCLUSÃO

Pode-se observar que o gerenciamento dos resíduos sólidos possui diversas falhas, desde a segregação, acondicionamento até o armazenamento, e isso deve se pela incipiência do treinamento da equipe para o gerenciamento e também por falta de um plano

formal para o gerenciamento de resíduos.

As informações do estudo podem melhorar o planejamento das ações do gerenciamento e também servir como fonte de pesquisa para os gerentes das unidades básicas de saúde para desenvolver o plano de gerenciamento, documento necessário e obrigatório para manipulação correta do gerenciamento dos resíduos.

Dentre o acondicionamento de resíduos, o mais adequado manejo encontra-se no destino dos perfuro-cortantes, tendo em vista que é uma importante fonte de infecção. O presente estudo tem o propósito de incentivar discussões acerca da importância de uma atuação mais segura, sensibilizando quanto aos riscos e identificação de situações que contribuam para a prevenção de acidentes.

Referências

1. Garcia LPP, Ramos BGZ. Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde: Uma questão de biossegurança. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3): 744-752.
2. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
4. Silva CA, Madeira IEAF, Lima RA. Avaliação da Implantação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde nas Unidades de Saúde do Distrito Sanitário II do Município de Olinda [monograph]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 42 p.
5. Almeida VCF, Pinto SL, Nascimento AJR, Feitosa CR, Alencar PRP. Gerenciamento dos resíduos sólidos em unidade de saúde da família. *Rev. Rene*. Fortaleza. 2009; 10(2): 103-112.
6. Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 12808: resíduo de serviço de saúde: classificação. Rio de Janeiro, 1993.
7. Maragoni MC. Gerenciamento de resíduo de serviço de saúde: estudo de caso hemocentro da Unicamp [dissertacion] Campinas: Comissão de Pós-graduação da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp; 2006. 114p.
8. Schneider VE, Emmerich RC, Duarte VC, Orlandin SM. Manual de gerenciamento de resíduos sólidos em serviços de saúde. 2 ed. Caxias do Sul: Educs; 2004.
9. Serra A, Castro JP, Sousa MCB, Ribeiro MLH, Santos AM. Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde em unidades mistas do município de São Luís-Ma. *Revista do hospital universitário*
10. Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 12.810: coleta de resíduo de serviço de saúde: procedimento. Rio de Janeiro, 1993.

Os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Luciana Ramos Silveira¹
Flávia Regina Souza Ramos²

Resumo: Objetivou-se conhecer os desafios e dificuldades encontradas no cotidiano do processo de trabalho do enfermeiro fiscal. É uma pesquisa que tem como estratégia o estudo de caso, com abordagem qualitativa, na qual foram entrevistados os quinze enfermeiros fiscais que atuam no Departamento de Fiscalização e Ética de um Conselho Regional de Enfermagem. Os dados foram tratados por meio do software Atlas.ti® e apresentam como resultados questões institucionais e legais do exercício profissional; temas como padronização, comunicação e instrumentalização. Conclui-se que existe uma grande preocupação com os desafios e dificuldades para a boa execução do seu papel de fiscal.

Descritores: Papel do Profissional de Enfermagem; Regulação e Fiscalização em Saúde; Enfermagem.

The greatest challenges and difficulties to accomplish the work of nurse inspectors of the regional council of nursing COREN/SC

Abstract: The aim of this work is to know the challenges and difficulties encountered by nurse inspectors in their daily work process. This research uses a case study strategy with a qualitative approach, wherein fifteen nurse inspectors working in the Department of Inspection and Ethics of the Regional Council of Nursing of Santa Catarina – Brazil. The data were analyzed using Atlas.ti® software and the results shows institutional and legal issues of professional practice like standardization, communication and instrumentation. We conclude that there is great concern about the challenges and difficulties to adequately perform its role as nurse inspectors.

Descriptors: Nurse's role; Health care coordination and monitoring; Nursing.

Los grandes desafíos y obstáculos para realizar el trabajo de enfermero fiscal del consejo regional de enfermería COREN/SC resumen

Resumen: El objetivo de este estudio es comprender los desafíos y las dificultades encontradas en el proceso de trabajo diario de los enfermeros fiscales. Se trata de un estudio de caso con un enfoque cualitativo, en el cual las fueron entrevistadas quince enfermeros fiscales trabajando en el Departamento de Fiscalización y de Ética del Consejo Regional de Enfermería. Los datos fueron analizados utilizando el programa informático Atlas.ti® y los resultados muestran aspectos jurídicos e institucionales de la práctica profesional; como la normalización, la comunicación y la instrumentación. Se concluye que existe una gran preocupación acerca de los desafíos y dificultades para llevar a cabo adecuadamente su papel de enfermero fiscal.

Descriptores: Rol de la Enfermera; Regulación y Fiscalización en Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a incumbência de fiscalizar a aplicação dos princípios éticos na enfermagem cabe ao Sistema COFEN/CORENs. Existem atualmente, no País, vinte e sete Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), todos subordinados ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o qual justifica sua utilidade social na preservação da qualidade dos serviços prestados e o cumprimento da lei do exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem⁽¹⁻²⁾.

O tema da fiscalização do exercício profissional na área da enfermagem é associado, na maioria das vezes, às questões históricas da profissão, tais como: a formação; a regulamentação; as atribuições dos órgãos profissionais e a habilitação dos profissionais, conforme se constata em estudos como os de Spink (1985); Dantas e Aguillar (1999); Mott (2001); Garcia Moreira (2009); Kletemberg et al (2010); Oguisso e Schmidt (2010); Oguisso; Campos; Moreira (2011). Também se associa ao tema das organizações profissionais da enfermagem COFEN/CORENs e a própria história e atuação da Associação Brasileira e Enfermagem (ABEn).

Contudo, constata-se a existência de temas ainda inexplorados, como o processo de trabalho do enfermeiro fiscal, já que este

realiza inspeções do exercício profissional e representa os CORENs de acordo com sua área de jurisdição⁽¹⁾.

Devido ao tema “fiscalização do exercício profissional na área da enfermagem” ser complexo e ter bibliografia escassa, objetivou-se conhecer os desafios e dificuldades encontradas no cotidiano do processo de trabalho do enfermeiro fiscal, buscando oferecer subsídios para a melhoria do processo de trabalho e educação continuada do enfermeiro fiscal. Este artigo é um recorte da pesquisa (dissertação de mestrado)⁽¹⁰⁾ que analisou os conflitos éticos e desafios do processo de trabalho dos enfermeiros fiscais do COREN/SC.

METODOLOGIA

Optamos por uma pesquisa que teve como estratégia o estudo de caso, com abordagem qualitativa. Este estudo foi realizado no COREN/Santa Catarina que apresenta seis subseções alocadas nos seguintes Municípios: Blumenau; Caçador; Chapecó; Joinville; Lages; Criciúma e a sede em Florianópolis.

Os sujeitos participantes foram quinze enfermeiros fiscais que atuavam no Departamento de Fiscalização e Ética, sendo estas condições os únicos critérios de inclusão. A coleta ocorreu em setembro de 2010 e utilizou como instrumento a entrevista

¹Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina / PEN/UFSC - Florianópolis (SC), Brasil. Bolsista: CNPq. Email: luramos76@yahoo.com

²Enfermeira, Pós-Doutora em Educação (Universidade de Lisboa). Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação PEN/UFSC - Florianópolis (SC), Brasil.

semi-estruturada. Todo o estudo obedeceu os preceitos éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o no 926/11.

Na etapa de análise, para melhor estruturar os dados qualitativos, usamos o software (Atlas.ti©), com seus quatro⁽⁴⁾ princípios norteadores da análise⁽¹¹⁾: visualização; integração; intuição e exploração ao fim da análise concluí-se as seguintes categorias: Desafios do Processo de Trabalho do Enfermeiro Fiscal; Percepção do Fiscal sobre as Dificuldades encontradas no seu cotidiano laboral.

RESULTADOS

Desafios do Processo de Trabalho do Enfermeiro Fiscal

Os fiscais revelaram que falta aos profissionais de enfermagem melhor conhecimento da legislação do exercício profissional, código de ética, resoluções e decisões emanadas do Sistema COFEN/CORENs, a ponto de este ser um dos maiores desafios para os fiscais.

Desafio é que boa parte das resoluções ou normas acerca do exercício profissional sejam conhecidas, entendidas e praticadas [...]. (P13)

Os resultados obtidos possibilitaram perceber questões institucionais e legais do exercício profissional.

Eu acho que um desafio é [...], regularizar todas as irregularidades encontradas e algumas questões que ainda não estão bem definidas como o campo de trabalho para os profissionais de instituições de longa permanência que não são consideradas instituições de saúde e têm profissionais atuando lá com sérias dificuldades. Tem também a dificuldade em achar caminhos para poder obrigar as instituições a ter profissionais trabalhando em todos os horários de funcionamento. (P10)

Identificou-se também como um desafio, o anseio dos fiscais em minimizar a visão ultrapassada e ou negativa que os profissionais têm do conselho.

Eles têm uma visão errada do Conselho, [...]. Eles querem que o COREN os leve no colo só porque eles pagam. [...]. Às vezes é difícil, saímos bem desanimados. É claro, tem também a parte que sou ouvida, mas não é a maioria. [...] eles tem aquela visão, mas nem eles sabem o porquê que eles têm aquela visão. (P2)

Percepção do Fiscal sobre as Dificuldades encontradas no seu cotidiano laboral

Os enfermeiros fiscais revelaram que as dificuldades encontradas no seu cotidiano laboral se apresentaram vinculadas à falta de padronização; capacitação; comunicação e recursos diversos. Além disso, ainda ressalta-se a lentidão decorrente da burocracia envolvida no processo de fiscalização.

Uma das maiores dificuldades relatadas estava na falta de padronização do processo de fiscalização.

[...] o que eu percebo é a falta de padronização na fiscalização, isso é um problema, por exemplo, o que eu faço na cidade x não necessariamente é feito na cidade x, [...] a gente não tem uma padronização nas ações da fiscalização. (P6)

Para conduzir as situações vivenciadas no seu cotidiano os fiscais destacaram a necessidade de capacitação como instrumentalização para vencer dificuldades profissionais.

Hoje, ainda “pega” um pouco a questão da falta de capacitação. A capacitação é importante não somente para capacitar, mas também para tornar homogêneo o que nós fazemos [...]. (P5)

Outro fator que preocupou os entrevistados foi à comunicação.

[...], eles não sabem muito bem o que a gente faz em determinados aspectos e às vezes a informação de lá não chega aqui. [...] Existe esse problema entre subseção e sede e isso é muito sério. (P6)

Apesar dos rápidos avanços na modernização de seus serviços, no dia-a-dia de trabalho persistem obstáculos, os fiscais mencionaram, entre os quais a falta de recursos do tipo tecnológico, material, estrutural e humano:

[...] passar uma vez por ano em todos os hospitais, secretarias de saúde [...] a gente não consegue fazer. Hoje é isso, eu gostaria que tivesse mais um fiscal aqui [...]. (P5)

A gente tem um espaço limitado [...]. Eu não vou trabalhar mal porque o meu espaço é pequeno. Mas as coisas poderiam ser melhores [...]. (P6)

[...] a maior dificuldade está no recurso tecnológico da fiscalização. [...] Eu acho que a fiscalização poderia ser mais efetiva se eu tivesse um notebook com o sistema do conselho, poderia acessar na hora [...]. (P9)

Quanto ao trâmite que permeia o processo de fiscalização, os entrevistados demonstraram um sentimento de desagrado devido à lentidão decorrente da burocracia envolvida.

Eu acho que a lentidão, em nosso trabalho não depende só da fiscalização, da nossa visita, mas das adequações daquela instituição. Depende do retorno da nossa visita e depois do jurídico para isso. Então eu acho que é a maior dificuldade. (P4)

DISCUSSÕES

O trabalho da enfermagem orienta-se pelos direitos e deveres estabelecidos pelo Código de ética dos profissionais de enfermagem e pauta-se na responsabilidade, conhecimento técnico especializado e na prática cotidiana⁽¹²⁾. No entanto, os discursos dos entrevistados apontam que só o conhecimento teórico-prático dos profissionais da enfermagem não é suficiente para lidar com as situações do seu cotidiano laboral. Para reverter esta situação é importante que os profissionais da enfermagem inseridos no mercado de trabalho tornem-se cada vez mais críticos, reflexivos e responsáveis pela busca de subsídios que forneçam o referencial para o exercício de suas atividades profissionais conscientes.

Outros aspectos relevantes se referem às questões institucionais e legais do exercício profissional. Foi enfático o fato dos fiscais sentirem-se responsáveis pela própria mobilização e busca por novas perspectivas para a enfermagem.

Atualmente em SC existe cerca de 45 mil profissionais de enfermagem exercendo a profissão em diferentes campos de atuação da saúde⁽¹³⁾. Devido ao expressivo número de profissionais cadastrados podemos vislumbrar uma perspectiva desafiadora para os profissionais encarregados de fiscalizar o

exercício da profissão.

Nesse cenário, é fundamental para a enfermagem, como profissão, ter organizações fortes, que a representem e a amparem em espaços da sociedade, e que formulem regras e parâmetros legais e éticos para o exercício profissional⁽¹⁴⁾.

Por fim, destacou-se entre os desafios o desejo dos enfermeiros fiscais em minimizar a imagem punitiva, negativa e ultrapassada que envolveu os conselhos.

A história e a importância do conselho não podem ser captadas por quem só vê o presente. Os anos de luta para valorizar a profissão e estabelecer o seu reconhecimento social, tudo isto parece estar distante do profissional de enfermagem. A maioria só consegue ver o que a instituição pode executar de imediato em sua causa própria, perdendo de vista as lutas anteriores, como a regulamentação do exercício da profissão, a reformulação do Código de Ética Profissional de Enfermagem (CEPE) e, mais atualmente, a luta pela regulamentação da jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais, pelo piso salarial, entre outras tantas pautas de categoria.

A mais "dolorida" das lutas talvez esteja sendo pela democratização e moralização do Sistema COFEN/CORENs. Com novas gestões em diversos estados, muito ainda se visualiza para consolidar avanços alcançados e mudar a imagem seriamente comprometida em um passado recente.

No que tange às dificuldades mencionadas, acreditou-se que o profissional fiscal busca formas de agir mais formais, menos suscetíveis às interferências individuais, até mesmo pelas incertezas com as quais convive. Isto se relaciona à necessidade de preencher as lacunas deixadas pela padronização dos procedimentos de fiscalização, pois a falta de padrões em seu processo de trabalho pode levar a soluções diferentes para problemas semelhantes. É importante reconhecer, a exemplo do que ocorre em outras legislações, que protocolos estabelecidos, não necessariamente rígidos, permitem soluções mais universalizadas. Contudo, dificilmente um código de procedimento poderá abarcar todas as ocorrências a que estão expostos os fiscais. Por outro lado, a relativa autonomia implica em maior responsabilidade e bom senso na gestão do próprio trabalho, especialmente na falta de textos legais mais específicos.

Evidenciou-se também que com a capacitação o profissional se sente valorizado. Ela ainda ajuda na normalização das atividades desenvolvidas por fiscais de diferentes subseções. A capacitação para estes profissionais pode ser considerada uma motivação, pois repercute na qualidade do trabalho e no aperfeiçoamento profissional⁽¹⁵⁾.

Quanto à dificuldade com a comunicação entre as subseções e a sede, há relações desta ao fato da falta de métodos de comunicação mais efetivos e que previnam possíveis distorções de fluxo e compreensão da informação.

O uso de novas tecnologias representa um importante recurso, o que exige não apenas investimento em equipamento de informação, mas também em capacitação, atualização e mudança da cultura organizacional. Neste processo de inovação temos que ter em conta toda a organização da fiscalização envolvida. Um fator que conta a favor é a quantidade de novas tecnologias disponíveis no mercado, algumas virtuais e sem custos adicionais à já existente estrutura de informática empregada nestes órgãos.

Os resultados possibilitaram perceber vários obstáculos, entre os quais a falta de recursos do tipo tecnológico, material, estrutural e humano.

A deficiência de recursos técnicos e humanos pode se tornar um fator limitante durante o processo de trabalho dos fiscais. Ao ponderamos sobre a questão, levamos em conta uma série de fatores que movimentam a administração dos conselhos como o equilíbrio entre custos e recursos financeiros, o empenho em otimizar os resultados e a estratégia de locação de recursos⁽¹⁶⁾.

Em contraponto está a necessária eficiência do trabalho do fiscal, que requer para a execução de suas atividades os recursos tecnológicos, materiais, estruturais e humanos. Todos estes recursos são subsídios para aumentar a eficiência do trabalho, mas com número insuficiente de profissionais, mesmo a tecnologia mais atual não evitará a sobrecarga do profissional.

Verificou-se que o trabalho dos fiscais, por envolver atividades complexas e permeadas por trâmites administrativos e dependentes de uma hierarquia, pode ser fragmentado e frequentemente moroso.

Na enfermagem a burocracia está bastante presente e materializada em um conjunto de normas e rotinas. Apesar desta nem sempre facilitar ou imprimir maior rapidez ao desenvolvimento das atividades operacionais, é imperativo reconhecer que a morosidade gerada é, muitas vezes, um preço necessário para obter-se resultados seguros⁽¹⁷⁾.

Cabe salientar que há uma relação entre a responsabilidade e necessidade de segurança e a implantação de protocolos. Estudos detalhados dos processos envolvidos podem favorecer encontrar um ponto de equilíbrio. Esse tipo de estudo tem em conta a experiência de campo dos enfermeiros fiscais não só para expressar suas angústias, mas para dar a estes um retorno acerca da necessidade destas regras e formalismos. No entanto, cabe lembrar que grande parte destes processos e protocolos envolve o Sistema COFEN/CORENs como um todo e não são isoladamente ou rapidamente alterados.

Experiências positivas desenvolvidas, como no caso do COREN estudado, podem futuramente subsidiar avanços ampliados. A própria abertura e estímulo para pesquisas como a presente representa uma iniciativa fundamental e o compromisso com a qualificação do processo de fiscalização.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou uma grande preocupação dos sujeitos com os desafios e dificuldades para a boa execução do seu papel de fiscal. A prática de enfermagem ainda enfrenta fragilidades e conflitos, impondo a necessidade dos fiscais transporem barreiras e dificuldades para atuarem como representantes do conselho e de seus reais fins.

As temáticas que emergiram possibilitaram identificar que toda essa bagagem, passada e presente, influenciam as concepções acerca do conselho e do profissional que o representa. O enfermeiro fiscal tem a percepção de que é mister uma mudança desta concepção, fortalecendo o trabalho profissional.

Acreditamos que os resultados deste estudo oferecem subsídios para a melhoria do processo de trabalho do enfermeiro fiscal e, ainda, contribuindo para maior conhecimento de todos os profissionais acerca desta atuação.

Os autores não tiveram ou têm qualquer conflito de interesse no desenvolvimento do estudo ou na sua divulgação. A pesquisa teve o apoio do CNPq, na modalidade bolsa de mestrado, por tratar-se de um recorte de dissertação de mestrado⁽¹⁰⁾.

Referências

1. Brasil. conselho federal de enfermagem-COFEN. Manual de fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais [Internet]. [citado em 2011 junho 12]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/6590>
2. Conselho Federal de Enfermagem. Conselhos regionais de enfermagem [Internet]. [citado em 2011 setembro 06]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/corens/4409>
3. Spink MJP. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. Cadernos FUNDAP. 1985; 10 (ano 5): 24-43.
4. Dantas RAS, Aguillar OM. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. Rev Latino-am. Enfermagem. 1999; 7(2): 25-32.
5. Mott ML. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). Rev Esc Enf USP. 2001; 35(1): 46-53.
6. Garcia CLLM, Moreira A. A associação brasileira de enfermagem e a criação do conselho profissional no Brasil. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental. 2009; 1(1): 97-110.
7. Kletemberg DF, Siqueira MTD, Mantovani MF, Padilha MI, Amante LN, Anders JC. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. Revista bras enfermagem. 2010; 63(1): 26-32.
8. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
9. Oguisso T; Campos PFS, Moreira A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. Enfermagem em Foco. 2011; 2(edição suplemento): 68-72.
10. Silveira LR. Conflitos éticos e desafios no trabalho de enfermeiros fiscais do COREN/SC [dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
11. Muhr T. Atlas.ti software para análise de dados qualitativos. Berlin: Scientific Software Development, 2001. 30 slides. Disponível em: <http://www.slideshare.net/luiszz11/atlas-anlise-qualitativa>. Acesso em 06 agosto. 2011.
12. Bresciani B, Kruse MH, Pires D. O trabalho de enfermagem desafios e responsabilidade profissional - 2010. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br> Acesso em 03 março. 2011.
13. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Estatística de Profissionais 496 ROP. [Internet]. [citado em 2012 agosto 27]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/?c=f&t=9&cod=27>
14. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm. 2009; 62(5): 739-44.
15. Siqueira ILCP, Kurcgant P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. Rev Esc Enferm. 2005; 39(3): 251-7.
16. Francisco IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. Rev Esc Enferm. 2002; 36(3): 240-4.
17. Migott AM, Grzybovski D, Silva LAA. A aplicação conceitual da teoria da burocracia na área da enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de passo fundo (RS). Caderno de pesquisas em administração. 2001; 8(1): 1-9.

Percepção de mães sobre o uso de práticas integrativas e complementares em seus filhos

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Jessica Andressa Monteiro Saraiva Fortes¹
Lucas de Souza Santos²
Samara Dourado dos Santos Moraes³

Resumo: Este estudo teve como objetivos descrever as práticas integrativas e complementares pelas mães em seus filhos, identificar motivos que as levam ao uso e discutir a percepção de mães sobre essas práticas. Pesquisa qualitativa, realizada em um Centro de Saúde de Teresina-PI, com 10 mães de crianças menores de 5 anos. Essas percebem massagem, xarope, orações de maneira positiva a insatisfação com a medicina tradicional, crenças e cultura os motivos que as levam a utilização. São necessárias orientações e assistência integral as mães, enfocando o uso racional dessas práticas na saúde da criança.

Descritores: Terapias Complementares; Saúde da Criança; Enfermagem.

Mothers' perception about the use of integrative and complementary practices in their children.

Abstract: This study aimed to describe the complementary and integrative practices by mothers on their children, to identify reasons that lead to the use and discuss the perceptions of mothers about such practices. Qualitative research conducted in a Health Centre of Teresina-PI, with 10 mothers of children under 5 years. They perceive massage, syrup, prayers positively dissatisfaction with traditional medicine, cultural beliefs and the reasons that lead them to use. Guidelines are necessary and integral care mothers, focusing on the rational use of these practices on children's health.

Descriptors: Complementary Therapies, Child Health, Nursing.

La percepción de las madres sobre el uso de prácticas complementarias y de integración en sus hijos

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo describir las prácticas complementarias y de integración de las madres sobre sus hijos, para identificar las razones que conducen a la utilización y analizar las percepción cualitativa realizada en un Centro de Salud de Teresina-PI, com 10 madres de niños menores de 5 años. Ellos perciben El masaje, el jarabe, las oraciones de una manera positiva la insatisfacción com la medicina tradicional, las creencias culturales y las razones que lês llevan a utilizar. Directrices son madres de cuidado necesarias e integral, centrado en el uso racional de estas prácticas em la salud de los niños.

Descritores: Terapias Complementarias; La Salud Infantil; Enfermería.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) têm consolidado seu espaço junto às práticas de saúde. Adotada de maneira individual ou articulada ao tratamento alopático, essas práticas constituem um novo campo de atuação na assistência a saúde. Frutos de tradições culturais passaram a ser validadas, adquirindo cientificidade e reconhecimento pela biomedicina e pelos profissionais da saúde como importante recurso terapêutico para a população.

Tais sistemas e recursos buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Essas terapias abrangem práticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, crenoterapia e a medicina antroposófica, dentre outros⁽¹⁾.

Orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Conferência Internacional de Alma Ata de 1978, atualizadas em 2002, propõem estratégias para a implantação da Medicina Tradicional e Medicinas Complementares e Alternativas (MT/MAC) nos serviços públicos de saúde dos países-membros.

Atendendo as recomendações da OMS o Ministério da Saúde em 2006, implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), para conhecer, apoiar, incorporar e realizar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados⁽³⁾.

Além da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 que aprova a PNPIC no SUS, a Resolução COFEN 197/1997 estabelece e reconhece as PIC como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, garantindo o respaldo legal na utilização das práticas⁽⁴⁾.

As PIC também são usadas por mães na tentativa de curar males da infância. Práticas antigas como os chás, benzimentos, simpatias, os xaropes caseiros, orações estão entre as mais utilizadas. São vinculadas à cultura, e os motivos pelos quais as mães fazem uso das terapias são bastantes diversificados sendo o principal a influência de pessoas próximas. Além disso, as mães não relatam o uso das práticas aos profissionais de saúde utilizando-as assim sem orientação profissional⁽⁵⁾.

Diante do exposto, observam-se as práticas como recursos benéficos utilizados por mães na assistência a saúde dos filhos. Baseado nesse contexto de crescimento do uso de PIC na assistência a saúde da criança, despertou-se o interesse em estudar a percepção de mães sobre o uso de tais práticas em seus filhos.

Assim, o estudo tem como objetivos descrever as práticas integrativas e complementares utilizadas pelas mães em seus filhos, identificar os motivos que as levam ao uso dessas práticas e, discutir a percepção de mães sobre o uso práticas integrativas e complementares em seus filhos.

1, 2 Acadêmicos de Enfermagem do 8º período da Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI. E-mail: jhess.jamss@hotmail.com / lucas_desouzasantos@hotmail.com
3 Mestre em Enfermagem. Enfermeira plantonista da MDER. Enfermeira da ESF de Teresina-PI. Professora da Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI. E-mail: samarasmoraes@hotmail.com

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa realizada em um Centro de Saúde da Regional Sul de Saúde de Teresina-PI, com dez mães de crianças menores de cinco anos atendidas e cadastradas por uma equipe de Estratégia Saúde da Família.

Foram excluídas mães recém chegadas na área que nunca receberam orientação sobre o uso de PIC ou que desconhecem tais práticas e aquelas que optaram em não assinar o (TCLE) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A produção dos dados ocorreu em Outubro de 2011, utilizou-se a entrevista por meio de um roteiro semi-estruturado. As mães foram convidadas a participar da pesquisa no próprio Centro de Saúde após o atendimento de puericultura. As entrevistas foram gravadas, transcritas manualmente e submetidas à análise temática. A produção dos dados se encerrou quando houve saturação das falas.

Este estudo foi aprovado pelo (CEP) Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, no dia 26 de Outubro de 2011, CAAE: 0338.0.043.000-11, bem como pela instituição onde foi realizada a produção dos dados.

Antecedendo as entrevistas, foi solicitada às participantes a assinatura do TCLE, além de serem informadas que a participação seria voluntária e livre de qualquer ônus em caso de desistência. Considerando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 CNS e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP⁽⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas integrativas e complementares utilizadas na saúde da criança

Após análise temática dos relatos, pode-se observar uma variedade de práticas integrativas e complementares como massagem, ervas medicinais e religiosidade são utilizadas pelas mães no tratamento de doenças da infância, como observa-se a seguir:

Quando bebezinho a gente sempre faz massagem [...] é, Shantala, eu sempre utilizava [...] (D2)

[...] gripado eu procuro dar mel, mel com limão. Até tem um chazinho que eu faço de alho com limão e mel. Quando tá com intestino preso eu dou um chazinho de laranja também, chá de suco de tamarindo, e também chá de canela e erva-doce que ajuda muito. (D4)

[...] eu mesma, chego, rezo, peço pra Deus, oro pra ele pra que ela fique boa e que eu seja um canal de graça. (D5)

Observa-se que a Shantala, uma massagem realizada através do toque na pele do bebê, é comum de ser realizada pelas mães desse estudo no início da vida da criança, período onde não é orientado uso de medicamentos e sim de cuidados holísticos, diante de irritações, cólicas, dores e insônia das crianças. As mães conhecem e utilizam várias ervas medicinais quando a criança encontra-se enferma. Elas ainda utilizam a religiosidade como

uma medida terapêutica à criança doente.

A massagem é a arte de tocar com qualidade, proporcionando à criança bem-estar ao corpo e um sono tranquilo, dentre outros benefícios. A criança relaxa, o sono fica mais calmo e mais resistente a barulhos externos, a amamentação é facilitada, a ocorrência de cólicas diminui e o vínculo mãe e filho é ampliado, contribuindo para minimizar o estresse do cuidado⁽⁷⁾.

Foram observados os efeitos da Shantala na interação entre mãe e criança com Síndrome de Down e concluiu-se que a massagem contribui de forma positiva para o fortalecimento do binômio mãe/filho, promove mais carinho e afeto, melhora o desenvolvimento psicomotor e fortalece o vínculo parental⁽⁸⁾.

A utilização de plantas medicinais mencionada pelas mães neste estudo é coerente com dados obtidos em pesquisa onde 72% das mães que utilizavam as práticas alternativas, faziam o uso dos chás. Porém, diferentemente desta pesquisa, em relação aos xaropes caseiros apenas 8,4% das mães relataram utilizar xarope caseiro e/ou lambedor. As ervas mais utilizadas foram erva-doce, camomila, erva-cidreira, laranja, hortelã, entre outras. Essas ervas atuam no tratamento de dores de garganta e estômago, na bronquite, gripe, tosse, cólicas, vômitos, diarreia, entre outras doenças⁽⁵⁾.

Muitas dessas ervas utilizadas tem reais propriedades farmacológicas. Entre elas tem-se a cebola branca que tem propriedades antimicrobiana, antitrombótica, antialérgica

entre outras, o alho possui ação antiplaquetária, antitumoral e anti-infeccioso, o eucalipto age no aparelho respiratório de forma oral ou inalatória, como expectorante, fluidificante e antisséptico de secreção brônquica e a erva-cidreira possui propriedade antiespasmódica e sedativa⁽⁹⁾.

No aspecto religioso, a maioria das benzedeadas são católicas e embora, nem sempre frequentem igrejas, guardam consigo as representações que a religião propicia. As benzedeadas indicam plantas, amuletos protetores, e outras formas de uso da flora para o efeito da cura. Cuidam da desmentidura, do mal olhado, do quebranto das crianças, das defumações que afugentam os espíritos⁽¹⁰⁾.

A religião, crenças e práticas religiosas podem ser determinantes do processo saúde-doença na medida em que prega a adoção de hábitos e de comportamentos saudáveis. Algumas práticas religiosas trazem efeitos salutares de saúde física e mental, geram reflexões nos membros da família e, têm um papel importante na prevenção de doenças⁽¹¹⁾.

As práticas religiosas e os serviços de saúde devem ser associados, pois a espiritualidade colabora para melhorar a saúde, graças a vários fatores como o respeito ao corpo, gerando melhor nutrição e hábitos de vida, melhorando estratégias para lidar com problemas, reduzindo o estresse e equilibrando as funções orgânicas controladas pelo sistema nervoso. A cura pode ser influenciada pelo reforço positivista do paciente, e este efeito pode ser tão importante quanto os efeitos do tratamento clínico⁽¹²⁾.

Os diversos motivos que levam as mães a utilizar práticas integrativas em seus filhos

“(...)a massagem contribui de forma positiva para o fortalecimento do binômio mãe/filho, promove mais carinho e afeto, melhora o desenvolvimento psicomotor e fortalece o vínculo parental”

Dentre os motivos encontrados para justificar o uso das práticas integrativas e complementares as mães relataram os seguintes:

[...] acredito na parte dos chás porque eles têm um grande poder de cura. (D1)

Eu mesma quando era criança eu era muito difícil tomar remédio. [...] Então já é tradição, já vem de tradição da família, da avó, da mãe. Então a gente acredita se minha avó, se minha mãe dava pra mim, e funcionava, então vai funcionar pro meu filho. (D4)

[...] o nome já tá dizendo, é uma terapia alternativa. Eu acho que antes de você partir pra uma atitude medicamentosa, de você submeter seu filho a um antibiótico, ao remédio que é uma droga, você tem que buscar a alternativa mais saudável pra ele. Além de buscar primeiro o natural [...] (D5)

Entre as razões apresentadas para justificar o uso dessas práticas, observa-se fé e crença na eficácia e nos resultados obtidos pelas PIC, a insatisfação com a medicina tradicional, os fatores culturais e a influência familiar, principalmente das pessoas mais experientes como as avós, das amigas e vizinhas.

A família tem participação especial como divulgadora da medicina tradicional e das PIC, por ser a maior fonte de informação. A maioria das práticas indicadas pelos parentes corresponde às religiosas, normalmente passadas de geração a geração na família, embora as informações sobre ervas, também, sejam transmitidas no grupo familiar⁽¹³⁾.

Entre as razões que também levam a utilizar as práticas, temos a iatrogenia provocada pela medicina alopática e o custo elevado da medicina oficial. Na maioria das vezes, o uso de terapias resultou da insatisfação com a medicina tradicional e do desejo de se fazer o que fosse possível para a cura da criança⁽¹⁴⁾.

Diante do sentimento de ansiedade e preocupação, causadas pela doença, as mães sentem estimuladas a promover a cura em seus filhos. Elas, então, encontram nas PIC a primeira alternativa para iniciar os cuidados de maneira rápida, fácil e confiável.

As práticas integrativas e complementares como uma melhor forma de tratar a criança enferma.

Diante dos relatos a seguir, pode-se compreender a percepção das mães acerca da utilização das práticas integrativas e complementares em seus filhos.

Ah, eu acho uma maravilha a utilização do chá, tenho mais fé nele do que no remédio químico, porque ele ajuda uma coisa, mais prejudica outra. Não acredito nas outras, porque são crendices, cultura, depende da fé de cada um. (D1)

Eu acho importante. A gente tem primeiro que buscar primeiro uma forma natural de combater a doença da criança, porque as vezes uma simples virosezinha, não precisa submeter a criança a um antibiótico [...] os antibióticos debilitam o organismo, o sistema imunológico fica mais fragilizado, se a criança piorar e

tiver um problema mais sério, aquele remédio já não vai mais servir, [...] (D5)

As mães sentem-se satisfeitas com resultados obtidos pelas práticas, com a possibilidade de utilizar um cuidado do seu conhecimento e da sua experiência. As PIC são percebidas pelas mães como a melhor forma de tratar uma criança doente, pois no início da enfermidade não vêem necessidade de iniciar o tratamento com medicações alopáticas.

Os defensores da medicina não-convencional acreditam que a sua popularidade se deve à visão integral do indivíduo e ao enfoque holístico na atenção ao estado emocional e às necessidades desses pacientes. E nos últimos anos, tem havido um interesse maior na avaliação do uso de terapias não-convencionais pelos pacientes pediátricos⁽¹⁴⁾.

Percebe-se, então, que as PIC atuam como a forma mais natural de tratar uma criança desde a prevenção das doenças até a sua reabilitação, não deixando de atuar paralelamente a medicina alopática. Essa característica faz com que muitas mães sintam-se confiantes em utilizá-las. Neste estudo, alia-se a isto, a recomendação e estimulação da enfermeira para que as mães iniciem o tratamento de seus filhos utilizando as práticas.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender a percepção das mães sobre o uso de PIC em seus filhos, visto que é alta a adesão e a prevalência do uso dessas práticas por pacientes pediátricos. Os pais inserem práticas ensinadas ao longo da vida que passaram por gerações de maneira que se sentem confiantes em utilizá-las, perante os resultados conferidos e observados.

Diante dos relatos das mães pode-se perceber uma popularização das práticas e aumento do reconhecimento científico levando a recomendação por parte de alguns profissionais.

São diversas as terapias que atuam de forma complementar no tratamento de enfermidades da infância. Entre as relatadas pelas mães deste estudo teve-se a massagem (Shantala) que é útil no tratamento de cólicas e dores e proporciona um sono de qualidade. O uso da fitoterapia é bem comum. As ervas medicinais são transformadas em chás, xarope ou lambedor, úteis como calmantes, laxantes, expectorantes, antitussígenos e antiinflamatórios. Outras práticas utilizadas são as de âmbito religioso. As orações, rezas e benzimentos, atuam como um escape ao stress do momento de enfermidade, aliviando o sofrimento e gerando conforto tanto a mãe como a criança.

Práticas que foram introduzidas no cotidiano dessas mães através da cultura e costumes de família passados de geração em geração. Alia-se a isso a influência de pessoas próximas como amigas, vizinhos e parentes, a insatisfação com a medicina tradicional e principalmente a crença nos resultados e a fé que as mães depositam nas práticas naturais.

Em virtude das práticas proporcionarem bons resultados, já conhecidos anteriormente por ser fruto de tradições familiares, surge um sentimento de satisfação e confiança por utilizar as PIC em seus filhos.

Pode-se perceber que a enfermeira tornou-se a principal

“As mães sentem-se satisfeitas com resultados obtidos pelas práticas, com a possibilidade de utilizar um cuidado do seu conhecimento e da sua experiência.”

agente orientadora das mães, pois tem seu cuidado voltado não apenas para abordagem curativa dos sintomas, mas sim para uma abordagem holística. As práticas são recomendadas e orientadas pela enfermeira que presta assistência a essa clientela, de forma integrada à medicina alopática.

Contudo, é importante ressaltar que para prestar uma assistência de qualidade utilizando as PIC, é necessário que profissional esteja capacitada para tal. Somente assim, ela poderá prestar uma assistência qualificada para essa clientela. A atuação da enfermeira utilizando as práticas integrativas favorece a autonomia e o reconhecimento da enfermagem em sua prática profissional.

Referências

1. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, 2006.
2. THIAGO, S.C.S. TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 45(2): 249-57.
3. CEOLIN, T et al. A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. *Enferm. glob.* 2009; (16): 1-9.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução N° 197 de 19 de março de 1997. Rio de Janeiro: COFEN, 1997.
5. GENTIL, L.B; ROBLES, A.C.C; GROSSEMAN, S. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. *Ciênc. Saúde coletiva* 2010; 15 (suppl.1): 1293-9.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm#cep>>. Acesso em: 20 de Outubro 2011.
7. VICTOR, J. F. MOREIRA, T. M. M. Integrando a família no cuidado de seus bebês: ensinando a aplicação da massagem Shantala. *Acta. Scientiarum. Health Sciences* 2004; 26(1): 35-9.
8. BARBOSA, K. C et al. Efeitos da Shantala na Interação entre Mãe e Criança com Síndrome de Down. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* 2011; 21(2): 356-61.
9. TÔRRES, A. R. et al. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. *Revista Brasileira de Farmacologia* 2005; 15(4): 373-80.
10. BELTRÃO JÚNIOR, H.R; NEVES, S.S. O Estudo das Benzedeadas em Parentins: Uma abordagem Folkcomunicacional. *Revista Eletrônica Mutações* 2001; 2(3): 02-05.
11. BOUSSO, R.S et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2011; 45(2): 397-403.
12. SAAD, M. ALDEIDA, C. I. Medicina Integrativa. *Espiritualidade e Saúde. Einstein: Educ. Contin. Saúde* 2008; 6(3): 135-6.
13. CASTRO, M.S et al. O uso de terapias alternativas e complementares por pacientes diabéticos do tipo 2. *Brasília Médica* 2010; 47(1): 17-25.
14. ELIAS, M.C; ALVES, A; TUBINO, P. Uso de medicina não-convencional em crianças com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(3): 237-43.

Percepção do surdo com diabetes mellitus sobre a assistência em saúde

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Keline Targino Vieira¹
Márcia Barroso Camilo de Ataíde²
Antonia Tayana da Franca Xavier³
Francisco Gilberto Fernandes Pereira⁴

Resumo: Objetivou-se analisar a assistência à saúde na percepção de pessoas surdas com diabetes mellitus (DM). Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. Participaram quatro pessoas com surdez e DM. A coleta das informações ocorreu mediante entrevista semi-estruturada. Constatou-se que existe barreira na interação entre surdos e profissionais da saúde, devido à falta de qualidade da comunicação, que inviabiliza um atendimento humanizado e de qualidade, tendo como consequência um manejo desajustado em DM.

Descritores: Diabetes mellitus; Doença crônica; Surdez; Cuidado de Enfermagem.

Deaf awareness of diabetes mellitus on assistance in health Abstract

Abstract: This study aimed to analyze health care in the perception of deaf people with diabetes mellitus (DM). This is a descriptive study with qualitative approach. Participated in four people with deafness and diabetes mellitus. Data collection occurred by means of a semi-structured interview. It was found that there is a barrier in the interaction between deaf and health professionals, due to lack of communication quality, which prevents a humanized and quality, resulting in an inadequate management of DM.

Descriptors: Diabetes mellitus; Chronic disease; Deafness; Nursing care.

Atención a la salud: la percepción de las personas sordas con diabetes mellitus

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo analizar la atención sanitaria en la percepción de las personas sordas con diabetes mellitus (DM). Este es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Participó en cuatro personas con sordera y diabetes mellitus. Los datos fueron recolectados por entrevista semi-estructurada. Se encontró que existe una barrera en la interacción entre los profesionales la salud y sordos, debido a la falta de calidad de la comunicación, lo que impide una humanizado y calidad, lo que resulta en un manejo inadecuado de DM.

Descritores: Diabetes mellitus; Enfermedad crónica; Sordera; Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

Os deficientes auditivos (DA) no Brasil somam, aproximadamente, 5,7 milhões. Desses, aproximadamente um milhão apresenta surdez severa⁽¹⁾, que converge para déficits importantes no sucesso de uma comunicação efetiva em vários âmbitos das relações sociais dessas pessoas, dentre estes o atendimento em saúde.

Sabe-se que as pessoas surdas buscam menos os serviços de saúde, devido não compreender bem os programas educativos e por confrontarem com barreiras que vão desde a dificuldade linguística ao preconceito⁽²⁾.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁽³⁾ define como propósitos amplas possibilidades que vai desde a proteção à saúde à prevenção de agravos que determinem o aparecimento de outras limitações.

Nesse contexto, enquadra-se a abordagem da pessoa surda com doenças crônicas, tais como o Diabetes mellitus (DM), considerado uma das principais doenças de evolução crônica. É caracterizado por hiperglicemia e ocasionado por uma deficiência absoluta e/ou relativa de insulina, e, durante a sua evolução, podem advir complicações agudas e crônicas, que podem gerar deficiências permanentes⁽⁴⁾.

Considerando a dificuldade das pessoas surdas para expressar e receber mensagens mais complexas e que os estudos, até agora, têm abordado sobremaneira a percepção dos profissionais de saúde em situações de comunicação com esta clientela⁽¹⁾,

emerge a questão pelo presente estudo: Como se dá a assistência à saúde dos surdos com DM?; O que pensam os surdos sobre a assistência à sua saúde?; Quais as repercussões dessa assistência no autocuidado?

Acredita-se que este estudo possa trazer contribuições que permitam subsidiar o planejamento de estratégias que possibilitem melhoria à qualidade da assistência à pessoa com surdez, mediante comunicação mais eficaz. Além disso, espera-se gerar informações que possam direcionar o ensino na área de saúde para a formação dos profissionais, bem como delinear focos estratégicos de pesquisas futuras junto a esse grupo populacional.

Deste modo, esta investigação teve o objetivo de analisar a assistência à saúde na percepção dos surdos com DM.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em uma instituição de educação para surdos no município de Fortaleza. Participaram quatro pessoas que atenderam aos critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de DM e surdez, alfabetizadas, e que se comunicavam utilizando LIBRAS.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (CEP/UNIFOR), e aprovado segundo Parecer nº 252/2006.

Utilizou-se a técnica de entrevista aberta, de acordo com a

¹Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

²Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da UNIFOR, Enfermeira do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, Fortaleza, Ceará, Brasil.

³Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Enfermeira pela Associação Saúde da Família, São Paulo, Brasil.

⁴Enfermeiro, Professor Substituto da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

disponibilidade dos participantes. A abordagem dos participantes foi intermediada por um intérprete. As entrevistas foram realizadas individualmente, que para facilitar a sua compreensão foram utilizadas a linguagem oral, a escrita, a de Libras e a gesticulação manual.

A organização dos achados ocorreu a partir do agrupamento das informações em temas e analisados consoantes o Método de Análise de Conteúdo⁽⁵⁾, o qual contempla três momentos, que são: pré-análise, exploração do material e, inferência e interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os depoimentos, os participantes explicitaram como se dá a assistência à sua saúde e as repercussões dessa assistência no autocuidado na ocasião das experiências relatadas, o que gerou a análise que se segue:

A barreira da linguagem institucionalizada pelos profissionais de saúde

A análise do grupo de falas relacionadas a essa categoria permite observar que há despreparado dos profissionais de saúde para lidarem com o cuidado com a pessoa surda com DM. Isto fortalece a barreira da comunicação, interferindo de forma negativa no processo de "ser cuidado" e do autocuidado.

Os surdos sentem dificuldades em entender a fala do profissional porque estes geralmente não se preocupam em evidenciar a boca, falam rápido ou usam termos técnicos que os surdos não entendem.

Entendo pouco o que acontece, não sabem conversar comigo, duas tentam, mas entendo pouco, não sabem Libras e não tem intérprete (Cândido).

Além disso, se ele soubesse Libras facilitaria ainda mais a conversa (Emiliano).

... Quando não me olham, são sérios e não tentam conversar... É difícil entender as informações e ser entendida (Anita).

A barreira de comunicação foi verificada na interação entre surdos e profissionais de saúde, portanto, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interação para garantir uma assistência de melhor qualidade.

Apesar de haver alusão à necessidade de um intérprete na fala de Cândido, estudos têm demonstrado que nem sempre essa medida é eficaz para resolver os problemas relacionados à dificuldade da comunicação⁽⁶⁾.

O não diálogo e a não escuta dos profissionais de saúde em relação aos usuários (ouvintes) do serviço de saúde têm sido apontados como marcantes e impeditivos de um atendimento de qualidade⁽¹⁾.

Outro estudo⁽⁷⁾, também refere esse bloqueio como sendo um dos maiores obstáculos da comunidade surda, quando procura os serviços de saúde, aludindo à necessidade de uma assistência de forma global que respeite suas crenças, valores e diferenças.

Diante dessas barreiras, os surdos tentam se adequar ao despreparo das instituições e dos profissionais de saúde num esforço de aceitar a situação da desigualdade institucionalizada.

Repito estar tudo bem no atendimento! Não vejo bem como uma dificuldade, mas, minha comunicação é através de Libras e o médico não domina (Tarsila).

O médico fala rápido e é difícil realizar a leitura labial (Emiliano).

A adaptação frente a uma dificuldade é inerente ao ser humano e os surdos com DM não fogem desta regra. Eles precisam do atendimento à saúde e tentam adequar-se a fim de que usufruam de todos os benefícios que o serviço de saúde possa oferecer.

Utilizar a escrita pode ser proveitoso durante a entrevista médica para a comunicação com os surdos. No entanto, é importante lembrar que, para explicações complexas, é comum a população surda ter menos instrução que a população em geral⁽⁷⁾.

Entretanto, a tentativa de comunicação por parte de alguns profissionais, suscita neles um sentimento de acolhimento. É como uma luz no túnel de impassividade dos profissionais de saúde.

Gosto quando tentam se comunicar comigo, mesmo com gestos, tem uma enfermeira e uma médica que são boas e me recebem bem (Cândido).

Acho legal quando tentam se comunicar comigo e sorriem (Anita).

A tentativa de comunicação mostra que o profissional de saúde considera a individualidade do surdo com DM, a fim de garantir a qualidade da assistência. Esta é válida e os que prestam assistência aos surdos devem incorporá-la, pois, assim como toda pessoa que procura os serviços de saúde, só desejam ser bem recepcionados e ter suas necessidades assistidas, portanto, para que isso ocorra, eles precisam ser compreendidos, visto como, expôs Anita: [...] *difícil entender as informações e ser entendida.*

Caso não haja uma comunicação eficaz entre profissionais e os surdos com DM a relação entre eles permanecerá desigual, que resultará em menores oportunidades e motivações para alcançarem as metas do tratamento em DM, visto a importância da educação em DM para o sucesso do tratamento⁽⁸⁾.

Além dessa problemática, é importante lembrar que muitos surdos não têm acesso a Libras, desenvolvendo somente uma comunicação mímica ou gestual.

Isto ocorre devido ao acesso tardio e a demora da aceitação da Libras como linguagem própria, já que a família não busca esse recurso e não se comunicam desde a infância desta forma⁽⁹⁾.

Assim, devemos nos atentar de que os deficientes auditivos com DM têm uma dificuldade de leitura pela pouca compreensão da língua portuguesa; isto significa dizer que os materiais educativos adotados nas instituições não estão adequados à essas pessoas, e muitos não conseguem apreender seu significado.

O familiar como mediador do cuidado e como barreira da comunicação com o surdo com DM

Sabe-se que os comportamentos de autocuidado dos participantes em relação ao DM têm um importante componente na motivação familiar, ficando evidente através de estudos que é a família o principal meio de divulgação das práticas de tratamento do DM⁽¹⁰⁾. No caso dos surdos a capacidade de compreensão real do processo saúde-doença e modo de como deve se cuidar é filtrada pelo familiar que intermedia a comunicação dos profissionais de saúde e do surdo com DM.

Vou às consultas sempre com um familiar, que fala ao médico o que tenho, como estou me sentindo e escuta as informações

dele e faz gestos para eu entender (Anita).

Geralmente vou às consultas com uma irmã ou mãe, ouvintes, que passam as informações e tiram minhas dúvidas (Tarsila).

Os surdos, na maioria das vezes, precisam de pessoas que traduzam suas emissões para os profissionais e vice-versa, emergindo, assim, a necessidade de intermediação. A família ou o cuidador tem importante papel na saúde da pessoa com deficiência no que diz respeito ao contato do cuidador/família com os profissionais de saúde, recebendo instruções que complementem o tratamento da pessoa com deficiência⁽¹¹⁾.

Entretanto, a família pode ser vista como barreira quando não assimila corretamente as informações fornecidas ou omite àquelas que possam trazer dor e ansiedade como a gravidade da doença, complicações crônicas, a fim de poupar os filhos.

Apesar de a família representar um auxílio na maioria das vezes, ela também pode representar um problema quando não permite que o surdo participe como agente ativo de seu tratamento, quando o acompanhante do surdo é quem explica ao profissional os problemas de saúde que aquele apresenta, sendo, também, a pessoa que recebe as orientações; assim, os surdos podem não ter oportunidades nem mesmo de expor as suas dúvidas.

Os depoimentos como os de Cândido e Emiliano retratam toda a dificuldade sentida em compreender as orientações de saúde mesmo com a participação dos familiares nas consultas.

A minha mãe vai comigo, escuta a enfermeira e a médica e passa pra mim e eu não acredito nela (Cândido).

Peço a ele que fale devagar ou peço a minha mãe que explique pra mim de forma que eu entenda (Emiliano).

A barreira institucional fortalece a baixa adesão do surdo com DM ao tratamento

A existência da barreira na interação entre surdos e profissionais da saúde, devido à falta ou precária comunicação, inviabiliza um atendimento humanizado e de qualidade, tendo como consequência um tratamento desajustado.

Tenho que tomar três injeções do remédio por dia, mas só tomo uma... É ruim ficar furando. Furo na barriga, pernas e braços. Não como açúcar, nem o que tá no papel da geladeira... (Cândido).

Como massas, pizzas, uso adoçante, não como açúcar e não sigo dieta para diabetes. Não faço todo dia controle da glicemia com aparelho, as fitas são caras (Emiliano).

Tomo todo dia um a injeção de manhã. Dói! Quando estou aborrecida, não tomo(...) Não pode comer açúcar, pois posso morrer, mas às vezes escondido, como doce (Anita).

Outros depoimentos mostram como os surdos têm dificuldade em aceitar o cotidiano do autocuidado

É ruim ficar furando. Furo na barriga, pernas e braços. Não como açúcar, nem o que tá no papel da geladeira (Cândido).

Tomo todo dia uma injeção de manhã. Dói! Quando estou aborrecida, não tomo. (...) Não pode comer açúcar, pois posso morrer, mas às vezes escondido, como doce (Anita).

As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações⁽¹²⁾.

A robotização de uma assistência incompreensível

O bloqueio de comunicação entre surdos e profissionais da saúde instaura-se como um dos grandes obstáculos dos surdos, quando procura serviços de saúde, gerando uma insatisfação e repulsa por não sentirem segurança no cuidado. Esta situação pode provocar uma ruptura com o cuidado como mostram as falas:

É ruim ser furado, quando chego lá furam meu dedo e me mandam para uma sala pra tomar injeção. Entendo pouco o que acontece (Cândido).

Repetitivo. Gosto de receber as informações, porém são sempre as mesmas ... Faz tempo que não vou ao médico... , não tem nada novo! (Emiliano).

[...] faz muito tempo que não vou ao médico (Anita).

Para os surdos, a percepção desse atendimento é mais excludente, pois a consulta geralmente transcorre entre profissional – familiar – paciente, sendo este, na maioria das vezes, espectador alheio da própria consulta por não interagir adequadamente com esse profissional de saúde, recebendo atendimento ineficiente as suas necessidades de comunicação.

Há muitas barreiras no atendimento ao paciente surdo, destacando-se as dificuldades linguísticas, falta de confiança dos que ouvem atribuir ao surdo baixa inteligência, comparando-os a deficientes mentais e falta de acesso às informações de prevenção, educação em saúde e tratamento de co-morbidades⁽⁶⁾.

Essa rotina do atendimento impossibilita o surdo com DM de aprender a se cuidar. Portanto, é imprescindível a vinculação do surdo com DM ao serviço de saúde, a garantia do atendimento por profissionais atualizados, não apenas no que diz respeito às questões clínicas, mas, sobretudo atualizados em humanização da inclusão dessas pessoas no atendimento, a fim de que as complicações do DM possam ser evitadas. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento⁽¹³⁾.

Alguns autores retratam todo o sentimento de indignação despertado a partir desta realidade quando dizem que não se concebe instituições que não ofereçam aos surdos intérpretes e profissionais capazes de comunicar-se com eles. Não adaptar às necessidades dos grupos minoritários é um fator de exclusão social⁽²⁾.

As mães enfatizaram que seus filhos demonstram revoltos com a situação de serem surdos e com DM, trazem inconformismo, sentimentos de baixa auto-estima e descompromisso com o autocuidado.

Esses sentimentos de inadequação podem surgir “quando o estigma de deficiente agrava-se a cada dificuldade que a pessoa irá encontrar para se igualar com o ouvinte”. Que no momento da consulta podem advir, já que os profissionais desconhecem sua linguagem⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Assim conclui-se que a percepção do surdo com DM sobre a assistência em saúde é vista de forma incompreensiva e pouco interativa, explicitando uma barreira na comunicação fruto do desconhecimento de sua linguagem por parte dos profissionais e instituições, repercutindo de forma negativa no processo de “ser cuidado” e do autocuidado.

A existência dessa barreira na relação surdos e profissionais da saúde tem inviabilizado um atendimento humanizado e de qualidade. É ratificado que o despreparo com que é tratada a comunicação no atendimento ao surdo com DM, impossibilita o profissional de ajudar a pessoa a conceituar seus problemas, enfrentá-los, demonstrar sua participação ativa na experiência e encontrar alternativas para solucioná-los.

Deste modo, espera-se que este estudo possa representar uma parcela de contribuição em busca de melhorias na assistência à saúde, não só do surdo com DM, mas de toda a comunidade surda. Sugere-se ainda que outros estudos dessa natureza sejam realizados fortalecendo a luta do reconhecimento social dos direitos dessas pessoas.

Referências

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 23/06/13. 210p.
2. Barnett S, McKee M, Smith SR, Pearson TA. Deaf Sign Language Users, Health Inequities, and Public Health: Opportunity for Social Justice. *Prev Chronic Dis*. [internet]. 2011 Mar [cited 2013 Jun 26]; 8(2): A45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073438/pdf/PCD82A45.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Métodos e Critérios para o diagnóstico de diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes [internet]. 4th ed. 2012. [cited 2013 Jun 26]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/images/stories/pdf/capitulo-3-diretrizes-da-sbd-metodos-e-criterios-para-o-diagnostico.pdf>
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª Ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
6. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42 (3): 578-83.
7. Corrêa CS, Pereira LAC, Barreto LS, Celestino PPF, André KM. Bringing awareness to nurses in relation to patients with hearing loss. *Rev. de Pesq.: Cuidado é fundamental on line* [internet]. 2010 Apr-Jun [cited 2013 Jun 26]; 2(2): 758-69. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/490/pdf_14
8. Steinsbekk A, Rygg L, Lisubo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012 July [cited 2013 Jun 26]; 12: 213. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418213/?report=reader#!po=84.2857>.
9. Schemberg S, Guarinello AC, Santana APO. As práticas de letramento na escola e na família no contexto da surdez: reflexões a partir do discurso dos pais e professores. *Rev. bras. educ esp*. 2009 May-Aug; 15(2): 251-68.
10. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Revista Texto e Contexto*. 2009 Jan-Mar; 18 (1): 124-30.
11. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, César CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista Saúde Pública*. 2011 Feb; 45(1): 99-105.
12. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2013 Apr; 47(2): 348-54.
13. Ianni A, Pereira PCA. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde. soc*. 2009 Apr-June; 18(2): 89-92.
14. Lopes MAC, Leite LP. Concepções de surdez: a visão do surdo que se comunica em língua de sinais. *Rev. bras. educ esp*. 2011 May-Aug; 17(2): 302-20.

Vulnerabilidade dos usuários de crack à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

Recebido em: 20/03/2013
Aprovado em: 16/05/2014

Telma Maria Evangelista de Araújo¹
Anderson da Silva Sousa²
Thiago Ramon Soares³
Rafael Alves Clementino⁴
Laís Carvalho de Sá⁵
Sângela Medeiros de Lima⁶

Resumo: Objetivou-se investigar a vulnerabilidade dos usuários de crack cadastrados nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do Piauí, com relação à infecção pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV). Trata-se de um inquérito epidemiológico, realizado nos CAPSad do Piauí, com 343 usuários. Predominaram o sexo masculino, com média de idade de 29,2 anos. Os fatores de riscos predominantes foram múltiplos parceiros sexuais, uso de álcool e drogas antes do sexo, história de prisão e tatuagem. Conclui-se que os usuários de crack constituem um grupo com a susceptibilidade aumentada à infecção pelo vírus HIV, devido comportamentos de risco por eles assumidos.

Descritores: HIV. Cocaína crack. Vulnerabilidade.

Vulnerability of crack users to the infection by human immunodeficiency virus

Abstract: The aim of this work was to investigate the vulnerability of crack users enrolled in Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPSad) Piauí, with respect to infection Immunodeficiency Human Virus (HIV). This is a survey carried out in CAPSad the state of Piauí, with 343 users. A predominance of male sex with mean age of 29.2 years. The risk factors were predominant multiple sexual partners, use of alcohol and drugs before sex, and history of prison tattooing. It is concluded that crack users are a group with increased susceptibility to HIV infection, risk behaviors because they assumed.

Descriptors: HIV. Crack cocaine. Vulnerability.

Vulnerabilidad de los consumidores de crack a la infección por el virus human inmunodeficiency

Resumen: El objetivo era investigar la vulnerabilidad de los consumidores de crack inscrito en Alcohol Centro de Atención Psicossocial y Drogas (CAPSad) Piauí, con respecto a la infección del Virus Inmunodeficiency Humana (VIH). Se trata de un estudio llevado a cabo en CAPSad el estado de Piauí, con 343 usuarios. Se identificó predominio de hombres del sexo masculino, con una edad media de 29,2 años. Los factores de riesgo predominantes fueron múltiples parejas sexuales, uso de alcohol y drogas antes de tener sexo, y la historia de los tatuajes prisión. Se concluye que los usuarios de crack son un grupo con una mayor susceptibilidad a la infección por VIH, las conductas de riesgo, ya que se supone.

Descriptor: VIH. Cocaína crack. Vulnerabilidad.

INTRODUÇÃO

O consumo de crack vem se constituindo um dos problemas mais discutido e preocupante no contexto da saúde pública, devido aos danos sociais, econômicos e de saúde pública. Dentre os usuários de drogas, destaca-se o usuário de crack uma vez que apresentam maior tendência a desenvolverem comportamentos de risco devido ao poder dependência que a droga causa no Sistema Nervoso Central⁽¹⁻³⁾.

Os usuários de crack estão, frequentemente, envolvidos em atividades violentas, ilícitas como roubo, tráfico e assaltos, e atividades sexuais de risco para adquirir dinheiro ou drogas. Com relação à prostituição, este comportamento é utilizado para a troca de sexo por dinheiro ou droga, assumindo comportamentos de risco para a infecção pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV), já que esta prática é realizada com maior frequência durante a fase de fissura, pois o desejo pela droga tem prioridade sobre a proteção durante as práticas sexuais⁽⁴⁾.

O uso prolongado do crack está fortemente correlacionado com a infecção ou re-infecção pelo vírus do HIV. De acordo

com Dias, Araújo e Laranjeira⁽⁵⁾, "o uso do crack não é apenas um fator de risco para o HIV, mas também funciona como um catalisador dos agravamentos dessa condição entre os soropositivos", aumentando o risco para as outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como a hepatite B, sífilis e gonorreia.

No estudo⁽³⁾ realizado em Porto Alegre no período de 1995 a 1999 demonstrou que a taxa de mortalidade entre os usuários de crack é cerca de sete vezes maior que na população geral. A infecção pelo HIV na população do estudo foi responsável por 26,1% das mortes.

Sobre a epidemiologia do HIV no Piauí, verificou-se que 82,55% foram transmitidos por meio do sexo e aproximadamente em 3% a transmissão foi sanguínea entre usuários de drogas injetáveis. Não existem dados oficiais no Estado, em relação à situação do HIV em usuários de drogas não injetáveis⁽⁶⁾.

Face às considerações levantadas e a gravidade da infecção pelo vírus HIV, somada a escassez de estudos na nossa realidade piauiense, que associem o uso de crack com o comportamento de risco para adquirir o HIV, esse estudo

¹Doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/EEAN. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI. Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Estado do Piauí. E-mail: telmaevangelista@gmail.com

²Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAP). E-mail: gauch0.23@hotmail.com

³Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAP). E-mail: thiegoramonth@hotmail.com

⁴Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAP). E-mail: rafael.mp3@hotmail.com

⁵Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. Email: laiscdesa@gmail.com

⁶Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. Docente da Faculdade de Educação São Francisco (FAESF), Pedreiras, Maranhão. Email: sangelamedeiros84@gmail.com

tem como objetivo investigar a vulnerabilidade dos usuários de crack cadastrados nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do Piauí com relação à infecção pelo vírus HIV.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo seccional por meio de um inquérito epidemiológico, desenvolvidos nos CAPS ad do Piauí, nos municípios de Teresina, Parnaíba, Picos e Piripiri.

Para o cálculo amostral levou-se em consideração um erro tolerável de 5%, com nível de significância de 95%, obtendo-se 361 participantes. Foram excluídos do estudo todos aqueles que não consentiram em participar e os que não tiveram em condições de responder as questões de interesse da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2011 a maio de 2012, através de uma entrevistas com a aplicação de formulário pré-testado, contendo perguntas fechadas e algumas semi-abertas. As informações obtidas foram armazenadas em banco de dados e em seguida submetidos à análise estatística utilizando-se o aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 18.0).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) (CAAE: 0091.0.045.000-11). Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Entre os 361 usuários de crack selecionados, 343 participaram do estudo, com perda de 4,98%.

Segundo a Tabela 1, 55,1% da amostra estavam compreendidos na faixa etária de 19 a 30 anos; 84,8% eram homens; 67,9% declaram-se solteiros; 76,3% possuíam escolaridade compatível com o Ensino Fundamental e 46,2% tinham renda familiar menos de 1 salário mínimo.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica e Econômica dos Usuários de Crack do estudo. Teresina/PI – 2013 (n=243).

Variáveis relacionadas ao gerenciamento dos resíduos (n=19)	n	%
Variáveis	n	%
Faixa etária		
19 a 30	189	55,1
31 a 60	126	36,7
Até 18 anos	27	7,9
61 e mais	01	0,3
Média = 29,2; Desvio padrão = 8,6; Min. e Máx = 39 e 65; I.C 95%: 28,2- 30,1		
Sexo		
Masculino	291	84,8
Feminino	52	15,2
Situação conjugal		
Solteiro/Separado	233	67,9
Casado/unido	110	32,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental	262	76,3
Ensino Médio	50	14,5

Ensino Superior incompleto	21	6,1
Sem escolaridade	08	2,3
Superior completo	03	0,8
Faixa de renda pessoal (SM)		
Até 1	78	46,2
>1 a 2	49	29,0
>2 a 3	29	17,2
Mais que 3	13	7,7
Média = 945; Desvio padrão = 621,5; Mín. e Máx. = 30 e 3.000; I.C 95%: 850-1039		

A Tabela 2 evidencia que o sexo vaginal foi o tipo mais frequente (95,3%); 53,4% tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos seis meses; 54,0% usam frequentemente o preservativo; 62,1% consomem bebida alcoólica antes das relações sexuais; 59,1% usam drogas antes das relações sexuais; 8,5% já tiveram atividade sexual com usuários de droga injetável e 31,2% apresentaram DSTs. Com relação aos outros comportamentos de risco que não envolvem prática sexuais, 8,8% realizaram transfusão sanguínea, 65,0% foram detidos em prisões; 58,9% possuem tatuagem e 11,4% usam piercing.

Tabela 2 – Fatores preditores para a infecção pelo HIV na amostra estudada. Teresina/PI – 2013 (n =343).

Fatores de risco	n	%
Tipo de sexo mais frequente (n=342)		
Vaginal	326	95,3
Anal	06	1,8
Oral	10	2,9
Parceiros sexuais		
Único	136	46,6
Mais de um	156	53,4
Uso de camisinha nas relações sexuais (n=342)		
Frequentemente	169	54,0
Às vezes	85	24,3
Raramente	34	7,5
Nunca	54	14,2
Uso de bebidas antes das relações (n=342)		
Sim	207	62,1
Não	125	37,9
Uso de drogas antes das relações (n=342)		
Sim	202	59,1
Não	140	40,9
Já teve relação sexual com usuário de droga injetável		
Não	313	91,5
Sim	29	8,5
Teve DST		
Sim	107	31,2
Não	236	68,8
Realizou transfusão de sangue		
Sim	30	8,8
Não	312	91,2
Episódio prisional		

Sim	223	65,0
Não	120	35,0
Tem tatuagem		
Sim	202	58,9
Não	141	41,1
Usa piercing		
Sim	39	11,4
Não	304	88,6

Segundo a tabela 3, ao cruzar os fatores considerados preditores da vulnerabilidade para o HIV com a escolaridade na população do estudo, apenas o fato de já ter sido preso teve associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabela 3 – Associação dos fatores de risco para o HIV com a escolaridade da amostra estudada. Teresina/PI – 2013 (n= 343).

Variáveis	Escolaridade		p valor
	Ensino fundamental a médio incompleto	Ensino médio completo a superior	
	n(%)	n(%)	
Usa camisinha	06	1,8	
Frequentemente	124(77,0)	37(23,0)	0,72
Às vezes	63(84,0)	12(16,0)	
Raramente	15(78,9)	04(21,1)	
Nunca	32(80,0)	08(20,0)	
Uso de bebidas antes das relações			
Sim	97(77,6)	28(22,4)	0,99
Não	95(77,9)	27(22,1)	
Às vezes	55(77,5)	16(22,5)	
Uso de drogas antes das relações			
Sim	86(72,3)	33(27,7)	0,17
Não	106(79,1)	28(20,9)	
Às vezes	64(83,1)	13(16,9)	
Uso de drogas antes das relações (n=342)			
Sim	202	59,1	
Não	140	40,9	
Já foi preso			
Sim	179(84,4)	33(15,6)	<0,01
Não	78(65,5)	41(34,5)	

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que o perfil dos usuários de crack foi predominantemente do sexo masculino, baixa renda, com menos de um salário mínimo, com idade entre 19 e 30 anos e baixa escolaridade. No VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas mostra que a baixa escolaridade se torna um dos fatores que ajuda na disseminação da droga, já que a maioria não vai além do ensino fundamental e dificilmente voltarão aos estudos, pois, as drogas tiram o estímulo para atividades dessa natureza(7).

Apesar de uma pequena maioria da amostra estudada ter relato o uso do preservativo, a literatura aponta que seu uso é pouco frequente entre os usuários de crack, pois sugerem um possível efeito modelador das substâncias psicoativas sobre as práticas sexuais(8). Acresce-se a isto

que o uso oral traz sérios riscos à saúde, especialmente relacionado à transmissão do HIV e hepatite B, considerando que as fissuras e lacerações na cavidade oral dos usuários de crack são frequentes, o que funciona como porta de entrada ou de saída dos respectivos vírus(9). Outro fator de risco observado na maior parcela da população estudada foi a prática sexual com múltiplos parceiros, aumentando os riscos para adquirirem HIV. Esse comportamento sexual assegura um dos fatores de risco mais observados entre os usuários de droga⁽¹⁰⁾.

Notou-se que uma expressiva parcela dos usuários de crack fazia uso de álcool e drogas antes da relação sexual. Existem evidências sustentadas que afirmam a perda do desejo sexual dos usuários de droga, quando estão sob efeito do crack⁽¹⁰⁾. O uso de álcool funciona como uma forma paliativa dos efeitos negativos do crack⁽¹¹⁾.

A fissura gera uma sensação de urgência pelo uso do crack entre os seus usuários⁽¹¹⁾. Desse modo eles esgotam seus recursos financeiros vendo-se obrigados a realizar atividades fora do mercado legal do trabalho comprometendo sua liberdade e integridade física. Tal informação vem ao encontro dessa pesquisa uma vez que 65% dos entrevistados, já passaram pela experiência de terem sido presos.

Na presente pesquisa verificou-se que as DSTs foram frequentes entre os usuários de crack, o que os tornam mais vulneráveis ao HIV. Em 1985 o Programa Nacional de DST/Aids foi criado com o propósito de direcionar estratégias relacionadas à área de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, especialmente com relação à infecção pelo HIV. No Brasil, estima-se a prevalência do HIV em 600 mil pessoas e 30 milhões para os portadores de DST. Nesse cenário, os elevados índices de DST e sua relação com o HIV justificam a inclusão da atenção às DST/Aids nas ações de saúde reprodutiva⁽¹²⁾.

Outro fator de risco observado na população deste estudo diz respeito ao uso de tatuagens e piercings. Tal risco se dá em função da inobservância das medidas de biossegurança, por ocasião dos procedimentos de aplicação/colocação dos mesmos, o que pode levar dentre outras, à infecção pelo vírus HIV.

A variável detenção prisional foi estatisticamente associada ao HIV, devido ao efeito cumulativo de exposição para risco de infecção. Devido ao acesso limitado aos insumos, práticas de risco que são realizadas, como a aplicação de tatuagens e piercings não esterilizados, bem como práticas sexuais homossexuais, agressões sexuais e compartilhamento da parafernália de drogas não injetáveis e injetáveis (WHO, 2012a).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os usuários de crack constituem um grupo com a susceptibilidade aumentada à infecção pelo vírus HIV, assim como para outras DSTs, o que pode ser evidenciado pelos comportamentos de risco assumidos pela situação de vulnerabilidade social dos mesmos.

Foram evidenciados muitos aspectos importantes para o aumento da vulnerabilidade deste grupo, pois em sua maioria são jovens do sexo masculino, com baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade. Além disso, observou-se que as estratégias de consumo da droga contribuem significativamente para o aumento da vulnerabilidade deste grupo, destacando-se o uso em cachimbos artesanais

de latas de alumínio, pedaços de PVC e outros materiais com capacidade lacerante. Soma-se a isto, o uso do crack associado a drogas injetáveis.

Destaca-se como ponto de relevante importância no aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV deste grupo, o comportamento sexual de risco assumido por eles, uma vez que aproximadamente 50% usam preservativo eventualmente ou nunca usaram em suas relações sexuais. Além disso, praticam sexo oral sem preservativo, têm múltiplos parceiros sexuais e praticam atividades sexuais sob efeito do álcool e outras drogas. Outro achado importante deste estudo, diz respeito ao conhecimento sobre o HIV e suas formas de transmissão.

Observou-se que, não obstante a expressiva maioria conheça os principais modos de transmissão, e sendo a televisão e os serviços de saúde as maiores fontes de informação, há uma dissonância significativa entre conhecimento e prática, sugerindo a presença de outros fatores intervenientes, que este estudo não deu conta de investigar.

Ressalta-se a relevância ímpar da participação da enfermagem no desenvolvimento, assim como na execução das políticas direcionadas para esta população, dando ênfase nas atividades educativas e de redução de danos das práticas por eles realizadas.

Referências

1. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2008; 30(2): 101-108.
2. Azevedo RCS, Botega NJ, Guimarães LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev. bras. Psiquiatr.* 2007; 29(1):26-3.
3. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira Psiquiatria.* 2006; 28(3):196-202.
4. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(6): 1168-1175.
5. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(5): 938-48.
6. Piauí (BR). Secretaria de Estado da Saúde. Rede de Saúde Mental do Estado do Piauí. Relatório de Atividades. Teresina: 2011.
7. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID, 2010.
8. Bastos FI, Cunha CB, Bertoni N. Uso de Substâncias Psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. *Rev. de Saúde Pública.* 2008; 42(1): 118-26.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília, 2010.
10. Duailibi LB. Revisão Sistemática: Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2010.
11. Oliveira LG, Nappo SA. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev. psiquiatr. clín.* 2008; 35(6): 212-18.
12. Aquino PS, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. *Enfermagem em Foco.* 2010; 1(1):18-22.
13. World Health Organization (WHO). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. WHO, 2012.