

A IMPORTÂNCIA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO NA GARANTIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Alana Talline de Sousa Rocha¹
Anesla Yanne Araújo de Lira²
Diana Gomes Brandão Malta²
Luanna Polari Leitão²
Cristina Katya Torres Teixeira Mendes³

RESUMO

O leite humano é de grande importância para recém-nascidos e lactentes, constituindo-se uma fonte de nutrientes em proporções satisfatórias ao crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, tem papel significativo na redução da morbimortalidade infantil. Este estudo trata-se de um relato de experiência de discentes de medicina, a partir de visita técnica ao Banco de Leite Humano (BLH) do Instituto Cândida Vargas. O BLH é definido como um centro especializado responsável por promover o aleitamento materno e executar a coleta, processamento e controle de qualidade de colostro e leite maduro, com objetivo de distribuir para crianças que dele necessitam como fator de sobrevivência. Observou-se um número considerável de mulheres realizando a ordenha e recebendo orientações de profissionais visivelmente capacitadas para aquela função e uma infraestrutura compatível com a que é preconizada pelo Ministério da Saúde. Lactentes que não dispõem de aleitamento diretamente ao seio podem ser beneficiados com o leite adquirido nesses bancos. Entretanto, a quantidade de leite disponível ainda necessita ser ampliada. É preciso que haja melhor divulgação e incentivo para que as mulheres se tornem doadoras, visto que elas também se beneficiam na prevenção de infecções decorrentes do ingurgitamento mamário. Pelo gesto de carinho e solidariedade na condição de doadora de leite humano, a nutriz deve ser valorizada e acolhida com dignidade e respeito.

Palavras-chave: Recém-nascido. Aleitamento materno. Bancos de Leite.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a prática e percepção sobre aleitamento materno passou por uma série de modificações. Atualmente, o leite materno é apenas um dentre

¹Acadêmica de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Francisco Brandão, 731, Manaíra, João Pessoa. CEP: 58.038-520. Telefone: (83)99849-1729. E-mail: aalatsr@hotmail.com.

²Acadêmicas de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

³Fisioterapeuta (UFPB.) Especialista em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde (FIOCRUZ). Mestre em Enfermagem(UFPB). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Pós-doutoranda em Enfermagem (UFRN).

outros alimentos disponíveis para os recém-nascidos. Tal fato pode ter repercussões negativas e desencadear quadros de desnutrição e inadequado desenvolvimento infantil¹.

O aleitamento materno representa a mais sábia estratégia natural de vínculo, proteção e nutrição para a criança e é a forma mais econômica e eficaz de intervenção para redução da morbimortalidade infantil². Nos casos em que a mãe não consegue amamentar, ou quando, por algum outro motivo, o lactente não pode alimentar-se diretamente no seio, a melhor opção é a alimentação láctea por meio da oferta de leite humano pasteurizado proveniente de Bancos de Leite Humano².

A Rede Brasileira de Banco de Leite Humano é considerada a maior e mais complexa do mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre os 292 bancos de leite humano existentes no mundo, 72,9% deles estão no Brasil (213). Essas unidades beneficiaram, entre 2008 e 2014, 88,5% (cerca de 11 milhões) de todas as mulheres assistidas no mundo e contaram com o apoio de 93,2% das doadoras de leite (1,1 milhão de brasileiras). As mulheres brasileiras foram responsáveis por 89,2% da coleta dos 1,1 milhão de litros de leite doados e beneficiaram 79,1% de todos os recém-nascidos atendidos nesses espaços, tornando o Brasil o país que registra o maior número de doadoras de leite humano do mundo. Nos últimos 3 anos, segundo a OMS, 170.000 crianças foram beneficiadas pelo BLH no Brasil³.

Os Bancos de Leite têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da política estatal em favor da amamentação, no decurso das duas últimas décadas no Brasil. Contudo, as percepções e construções sociais acerca destas unidades de serviço estiveram sujeitas a uma série de flutuações ao longo da história. Desde a implantação da primeira unidade no país, sociedade civil e grupos organizados imputaram significados aos bancos de leite que permitiram caracterizá-los tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame “comerciofônico”, quanto como unidades de atendimento a serviço da amamentação, a depender do momento histórico que se considere⁴.

O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil foi implantado em outubro de 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Seu principal objetivo era

coletar e distribuir leite humano para atender os casos considerados especiais, como prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas⁵.

Com esta mesma perspectiva foram implantadas mais cinco unidades no país até o início dos anos 80. A tendência de novas implantações se manteve constante entre 1943 e 1979, à razão média de uma inauguração por década. Contudo, ao longo dos anos 80, particularmente a partir de 1985, observou-se uma verdadeira expansão, com a instituição de 47 novos serviços que, somados às 56 implantações ocorridas na década de 90, passaram a totalizar 104 unidades em funcionamento no país, segundo estimativa apresentada no I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, realizado em Brasília, em julho de 1998⁶.

Diante do exposto e considerando que o leite humano é a melhor forma de nutrição para os lactentes, devido às suas propriedades nutricionais e protetoras, torna-se indiscutível a importância do aleitamento materno para o bom desenvolvimento e crescimento do bebê. Logo, o estudo teve por objetivo relatar a experiência vivenciada por discentes de medicina a partir da visita técnica a um Banco de Leite Humano.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de discentes do sexto período de medicina da FAMENE, desenvolvido a partir de visita técnica ao Instituto Cândida Vargas, em maio de 2015, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Na referida visita, foi observado o Banco de Leite Humano (BLH) do Instituto, que recebe leite doado por diversas mães e o oferece para os bebês que, por algum motivo, não dispõem do aleitamento diretamente ao seio materno.

A visita teve duração de aproximadamente uma hora e as instalações foram apresentadas por uma enfermeira coordenadora do serviço. O BLH é composto por 15 profissionais, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, médico e assistente social. São realizados, em média, 1500 atendimentos mensais. Devido à alta demanda na maternidade, o leite é oferecido apenas aos recém-nascidos oriundos dessa instituição.

De acordo com o observado, bem como com a ajuda de referenciais teóricos, foi desenvolvido este trabalho, como cumprimento das atividades da disciplina Integração Serviço Ensino Comunidade (ISEC) VI.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A observação *in loco* do funcionamento do Banco de Leite Humano (BLH), instalado no Instituto Cândida Vargas, durante a visita técnica à unidade de saúde, despertou interesse imediato devido à diversidade e riqueza de situações presenciadas.

O BLH é definido como um centro especializado responsável por promover o aleitamento materno e executar a coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite maduro, com objetivo de distribuir para crianças que dele necessitam como fator de sobrevivência¹.

A experiência da visita correspondeu e refletiu na prática aquilo que é proposto na literatura sobre a implementação de um BLH. Observou-se um número considerável de mulheres realizando a ordenha no momento em que entramos na unidade, recebendo orientações e ajuda de profissionais visivelmente capacitados para aquela função e uma infraestrutura compatível com a que está preconizada, incluindo sala para recepção, registro e triagem das doadoras, área para estocagem de leite cru coletado, sala para processamento (degelo, seleção, classificação, reenvase, pasteurização, estocagem e distribuição), área para arquivo de doadoras, sala para ordenha e laboratório de controle de qualidade microbiológico. Dentre os ambientes opcionais referidos pelo Ministério da Saúde, o serviço observado dispõe de área de recepção da coleta externa e sala para lactentes e acompanhantes⁷.

É de conhecimento geral que o leite materno é o melhor e mais completo alimento para crianças até os seis meses de vida, sendo desnecessária, inclusive, a introdução de qualquer outro tipo de fonte alimentar. Durante a visita foi dada a informação de que para os pré-termo (RNPT) ele é ainda mais importante e que as doações de leite humano ordenhado são destinadas, prioritariamente, para recém-nascidos prematuros e/ou doentes.

As doações voluntárias do leite de nutrizas são indispensáveis para dar continuidade e manter o projeto dos BLH, os quais viabilizam a manutenção do aleitamento natural para grupos alvos. Porém, como limitação do funcionamento deste serviço, tem-se a divulgação restrita sobre o tema. As informações ocorrem principalmente na maternidade, no momento do puerpério imediato. No entanto, neste momento, as mães direcionam mais atenção aos recém-nascidos e aos cuidados empreendidos a ele e ao seu corpo, relegando a doação do seu leite.

O grande motivo apontado no serviço para a doação foi o desconforto de um possível ingurgitamento mamário. Porém, também é considerável o número de mulheres motivadas a doar o excesso de leite em prol de ajudar a vida de outras crianças.

O termo “doadoras de leite humano” refere-se a nutrizas sadias que apresentam secreção láctea superior às exigências do seu filho, e que se dispõem a doar, por livre e espontânea vontade, o excesso de leite produzido⁸. Para ser doadora, a nutriz deverá ser submetida a exame clínico detalhado e a exame laboratorial, com finalidade de proteger a sua saúde e a do receptor, a fim de evitar contaminação por doenças crônicas transmissíveis, como Hepatite B e HIV.

Também são consideradas doadoras nutrizas que estão temporariamente impedidas de amamentar seus filhos diretamente no peito por razões ligadas à saúde deles, ou outras não relacionadas à saúde do recém-nascido, mas consideradas incompatíveis com a amamentação.

Nutrizas cujos filhos estão internados em unidades neonatais, ou outras unidades hospitalares, e que ordenham leite humano para estimulação da produção ou para consumo exclusivo de seus filhos, são também classificadas como doadoras⁹.

Durante a visita, foi informado que é sumariamente contraindicado o aleitamento cruzado, ou seja, o aleitamento da criança por nutriz que não seja a mãe biológica (ama de leite). O fato curioso parte da premissa de que esta prática foi comum durante muito tempo no país. Atualmente, todo o leite humano oferecido a bebês de mulher que não seja a mãe biológica deve ser processado de acordo com a norma para funcionamento de BLH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos numa época em que ciência e tecnologia avançam a passos largos, beneficiando a saúde e aumentando as chances de sobrevivência e qualidade de vida das mulheres e das crianças, desde o nascimento, inclusive daquelas que necessitam dos serviços dos bancos de Leite Humano.

A experiência relatada permitiu concluir que o Banco de Leite Humano do Instituto Cândida Vargas possui assistência qualificada para execução da coleta, processamento, controle e armazenamento do leite das nutrizes que buscam o serviço para proceder à doação. Além disso, a equipe multiprofissional, a estrutura física e os recursos materiais são satisfatórios e condizentes com o atendimento humanizado e acolhedor.

Acredita-se que a quantidade de leite disponível nos bancos ainda necessita ser ampliada. É preciso que haja uma melhor divulgação e incentivo para que as mulheres se tornem doadoras, visto que, além do importante aspecto de solidariedade ao próximo, elas também se beneficiam na prevenção de infecções decorrentes do ingurgitamento mamário. Por essa atitude de carinho e humanidade, na condição de doadoras de leite humano, as nutrizes devem ser valorizadas e acolhidas com respeito e dignidade.

THE IMPORTANCE OF HUMAN MILK BANKS IN THE ENSURING OF BREASTFEEDING

ABSTRACT

The human milk is very important for newborns and infants, being a source of nutrients in suitable proportions to the growth and development of children. Furthermore, it has significant role in reducing infant mortality. This study it is an account of medical students experience from technical visit to the Human Milk Bank (HMB) of Candida Vargas Institute. The HMB is defined as a specialized center responsible for promoting breastfeeding and perform the collection, processing and quality control of colostrum and mature milk, in order to distribute to children in need as a survival factor. There was a considerable number of women performing milking and getting professional guidance visibly trained for that function and infrastructure compatible with the one recommended by the Ministry of Health. The infants that do not have feeding directly in the breast, can benefit from the milk purchased in these banks. However, the amount of available milk still needs to be enlarged. There must

be better dissemination and encouragement for women to become donors, as they also benefit in the prevention of infections arising from breast engorgement. The gesture of affection and solidarity in human milk donor status, the nursing mother should be valued and welcomed with dignity and respect.

Keywords: Newborn. Breastfeeding. Milk Banks.

REFERÊNCIAS

1. Galvão MTG, Vasconcelos MG, Paiva SS. Mulheres doadoras de leite humano. Acta Paul Enferm. 2006São Paulo. [acesso em: 27 maio 2015]; 19(2): [número de páginas aproximado 6p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000200006&lang=pt.

Galvão Marli Teresinha Gimeniz, Vasconcelos Simone Gonçalves, Paiva Simone de Sousa. Mulheres doadoras de leite humano. Acta paul. enferm. [Internet]. 2006 June [cited 2016 Oct 27]; 19(2): 157-161. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200006>.

2. Brasil, Ministério da Saúde, Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. [acesso em: 26 maio 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [acesso em: 10 abr 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/22451-brasil-tem-o-maior-numero-de-doadoras-de-leite-humano-do-mundo>

4. Almeida J. A evolução dos bancos de leite no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz; 1992.

5. Borgo LA, Ramos KL, Almeida SG, Seide LO, Oliveira LA, Araujo WM. Avaliação do funcionamento e identificação de pontos críticos de controle, em bancos de leite humano do Distrito Federal. Hig. Aliment. mar. 2005;19(129):43-6.

6. Almeida J. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, DF; 2008. [acesso em: 10 abr 2016]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>

8. Moraes PS, Oliveira MM, Dalmas JC. Perfil calórico do leite pasteurizado no banco de leite humano de um hospital escola. Rev. paul. Pediatr. São Paulo. Mar. 2013;31(1):46-50. [acesso em: 26 maio 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100008&lng=en&nrm=iso.

9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 5 set. 2006.

A SATISFAÇÃO DOS INDUSTRIÁRIOS EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO DO PROGRAMA SESI GINÁSTICA NA EMPRESA

Shymênia Duarte de Farias³
Vilma Felipe Costa de Melo⁴
Rosa Rita da Conceição Marques⁵

RESUMO

O cenário atual demonstra uma preocupação com a qualidade de vida no trabalho. Neste ambiente muitas vezes dedicamos a maior parte do nosso tempo, e, por isso, empresas estão atentas em relação à qualidade de vida no trabalho. Em face do exposto, o objetivo desta pesquisa é avaliar a satisfação dos industriários em relação ao Programa SESI Ginástica na Empresa. Este estudo caracterizou-se como descritivo com análise quantitativa e teve como amostra 112 industriários de uma Empresa do segmento Couro e Calçado, situada na cidade de Bayeux, PB. O método utilizado foi a aplicação de um questionário elaborado pelo Caderno de Diretrizes do SESI Ginástica na Empresa. Os dados foram analisados através de Planilhas no Excel. Os resultados apontaram grande adesão ao Programa SESI Ginástica na Empresa e, ainda, os Industriários atribuíram a frequência do Programa ao Profissional do SESI como grande incentivador. A Ginástica na Empresa, por ser um programa profilático no ambiente de trabalho, poderá reduzir a incidência de afastamento do trabalho, podendo gerar uma redução de gastos para empresa. Os participantes da pesquisa relatam de forma positiva as ações desenvolvidas pelo Programa SESI Ginástica na Empresa.

Palavras-chave: Satisfação. Saúde do trabalhador. Atividade física.

INTRODUÇÃO

³ Educadora Física. Pós-graduanda da Especialização em Saúde e Segurança do Trabalho da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). End.: Rua Mário Batista Júnior. Miramar. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 98807-0064 E-mail: shymeniaduarte@iepb.org.br.

⁴ Psicóloga; Doutora em Filosofia pela UFPB; Docente e Coordenadora do Núcleo de Apoio Psicopedagógico nas Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Membro titular do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

O cenário atual demonstra uma preocupação com a qualidade de vida no trabalho porque, neste ambiente, muitas vezes dedicamos a maior parte do nosso tempo. Observa-se que as empresas, além de estarem atentas às questões de organização ambiental, precisam investir em aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais de seus trabalhadores, pois em um mundo competitivo investir em colaboradores motivados e satisfeitos poderá ser um diferencial no aspecto produtividade¹.

O ser humano é dotado de sentimentos, necessidades, expectativas e busca seu crescimento também nas atividades laborais, por passar a maior parte do tempo no trabalho. Este deverá ser em um ambiente agradável e satisfatório. A visão deturpada em entender o Homem como uma peça a ser explorada, nos dias atuais, está cada vez mais em desuso². É de suma importância que o Homem seja visto de forma holística.

A ginástica laboral é um programa de atividade física, implantado em empresas, e consiste em pausas realizadas durante o expediente para realização de exercícios físicos planejados previamente, levando em consideração o espaço e a estrutura existente, com a finalidade de prevenir lesões ocasionadas pelo esforço nas atividades laborais, proporcionando a socialização e descontração dos funcionários da empresa, propiciando um ótimo ambiente de trabalho³.

No dia 1º de julho de 1946, nasceu efetivamente o SESI (Serviço Social da Indústria), uma entidade de direito privado, mantida e administrada pela indústria. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do industriário e seus dependentes, suas atividades sempre incluíram a prestação de serviços em saúde, educação, lazer, cultura, nutrição e promoção da cidadania⁴.

A ginástica laboral é uma ferramenta para a instalação do bem-estar laboral, e pode ser entendida por exercícios de curta duração, aproximadamente de 10 a 15 minutos de forma voluntária e coletiva, na hora do expediente, sem levar o trabalhador ao cansaço, enfatizando o alongamento e a compensação das estruturas musculares envolvidas nas tarefas ocupacionais diárias. São exercícios que podem ser realizados diariamente ou pelo menos três vezes por semana. Este planejamento é acordado no processo de implantação empresa e SESI⁵.

O Programa SESI Ginástica na Empresa é classificado em três tipos: preparatória, compensatória, e relaxamento. A ginástica laboral preparatória é a atividade física realizada antes de se iniciar o trabalho, aquecendo e despertando o funcionário, com objetivo de prevenir acidentes de trabalho, distensões musculares e doenças ocupacionais⁶.

A ginástica laboral compensatória é a ginástica que tem por objetivo, precisamente, fazer trabalhar os músculos correspondentes e relaxar os que estão em contração durante a maior parte da jornada de trabalho. Essa modalidade de ginástica é aplicada em grupos específicos dentro da empresa, em conjunto com a área da medicina do trabalho, da enfermagem e da fisioterapia, com a finalidade de recuperar casos graves de lesões, de limitações e de condições ergonômicas.

Evidências têm demonstrado que a ginástica laboral, em média, após três meses a um ano de sua implantação, em uma empresa, tem apresentado benefícios, tais como: diminuição dos casos de LER/DORT, menores custos com assistência médica, alívio das dores corporais, diminuição das faltas, mudança de estilo de vida e, o que mais interessa para as empresas, aumento da produtividade. É de grande importância prática e teórica não levar em consideração o aumento de produtividade de uma empresa, baseando-se só pela ginástica laboral, mas, sim, por um conjunto de atributos que envolvem a ginástica, a ergonomia, a produtividade, os benefícios e o investimento em pessoas⁷.

Sendo assim, este estudo visa analisar a satisfação dos industriários em relação ao Programa Ginástica na Empresa, desenvolvido pelo SESI, numa empresa paraibana. A mensuração foi realizada através de questionário fechado baseado no modelo de satisfação encontrado no Caderno de Diretrizes do SESI-2007. Os entrevistados foram industriários, sendo assim, a pesquisa foi realizada em horário de almoço, para não atrapalhar suas atividades laborais. A amostra pesquisada foi composta por industriários-operários, tendo em vista que esse setor poderá estar mais propício a doenças fisiológicas, psicológicas e sociais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários) que são utilizados quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa⁸.

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2015, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), com o CAAE nº 50750315.4.0000.5179 e do encaminhamento de ofício da Coordenação da FACENE à direção das instituições Cambuci S/A, comunicando a pretensão da pesquisa e solicitando autorização para sua realização^{9,10}. Os dados foram mensurados através de Planilhas no Excel, sendo apresentados através de gráfico e analisados de maneira quantitativa.

A pesquisa foi realizada na Empresa Cambuci S/A, localizada na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, que atua no segmento couro e calçado, e teve como público alvo os industriários-operários. Foi definida através de processo estatístico de amostragem aleatória simples, uma amostra de 112 trabalhadores a serem entrevistados. O questionário foi respondido no intervalo do almoço dos trabalhadores, para não atrapalhar suas atividades laborais. O instrumento utilizado foi questionário fechado com oito perguntas, baseado no estudo realizado pelo SESI em seu Caderno de Diretrizes de Gestão SESI Ginástica na Empresa (2007), com o objetivo de analisar a satisfação dos trabalhadores da Empresa em relação ao Programa Ginástica na Empresa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo analisou 112 funcionários da Cambuci S/A, com o apoio do SESI - PB, que possui o Programa SESI Ginástica na Empresa, serviço que incentiva e colabora para uma melhor qualidade de vida no trabalho.

O Perfil da Amostra do presente estudo configurou-se do seguinte modo: a média de idade dos participantes foi de 29,6 anos, sendo 43,8% do sexo masculino e 56,3% do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 87,5% concluiu o ensino médio.

Em concordância com estes dados, no levantamento nacional realizado por Nahas⁷, foi observada maior proporção de trabalhadores do sexo feminino, que referiram participar do programa de ginástica laboral, em todas as regiões do país. Tais observações nos levam à reflexão de que as mulheres demonstram estarem mais atentas em relação aos cuidados com a saúde.

Quanto ao cargo e função, esta pesquisa focou nos colaboradores da área da produção, por se tratar de setor com determinadas regras a serem obedecidas e, conseqüentemente, um setor de alto grau de tensão e estresse físico, devido ao nível de concentração a ser desempenhado pela equipe de produção.

Quando questionados se percebiam algum benefício proporcionado pela ginástica laboral, 47,3% responderam que sim, percebem e conseguem sentir esses benefícios.

Os resultados demonstraram, conforme o gráfico 1, que 44,6% dos trabalhadores praticam a ginástica na Empresa sempre/quase sempre, 46,4% praticam às vezes e apenas 8,9% nunca participam, demonstrando uma aceitação pelo Programa SESI Ginástica na Empresa.

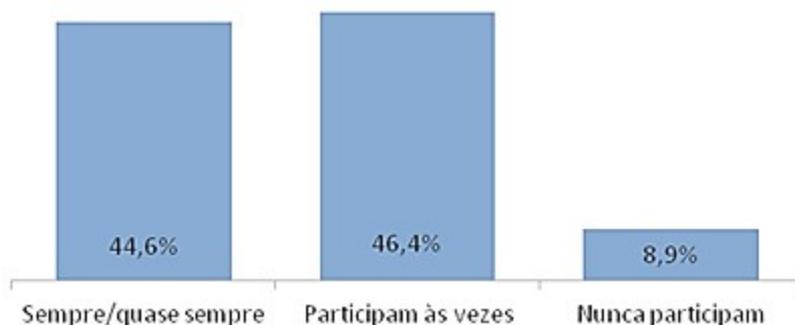


Gráfico 1 - Distribuição dos percentuais relativos à participação na Ginástica na Empresa.

Ao verificarmos os fatores que poderiam contribuir para frequência dos trabalhadores na prática da ginástica, 39,3% identificaram o professor como maior incentivador e estimulador para a prática, enquanto 31,3% não relacionaram nenhum dos fatores. Neste caso, constatamos o papel importante do educador físico como facilitador deste processo, estimulando e dinamizando suas aulas, reforçando

a importância do planejamento das aulas durante o processo de implantação, manutenção e monitoramento.

Ao analisarmos o grau de motivação dos trabalhadores praticantes, observou-se que 61,6% apresentam grau Médio, às vezes não tendo vontade em participar. Estudo realizado por Souza e Ziviani¹¹ constatou que alguns trabalhadores enfatizaram a importância da ginástica no ambiente de trabalho, relatando que após a prática dos exercícios, retornam ao trabalho com maior estímulo para desenvolverem suas tarefas. Sendo assim, observamos um retorno positivo para Empresa e trabalhadores ao aderir um Programa de Ginástica na Empresa.

Observou-se, através do gráfico 2, a satisfação dos Industriários em relação às atividades desenvolvidas pelo Programa SESI Ginástica na Empresa. Verificou-se que 49,28 % avaliaram como excelente as atividades desenvolvidas pelo Programa, 72,8% classificaram como regular e apenas 4,48% dos Industriários avaliaram como ruim. Desta forma, podemos constatar que os Industriários da Empresa Cambuci avaliam de maneira positiva as ações do Programa SESI Ginástica na Empresa.

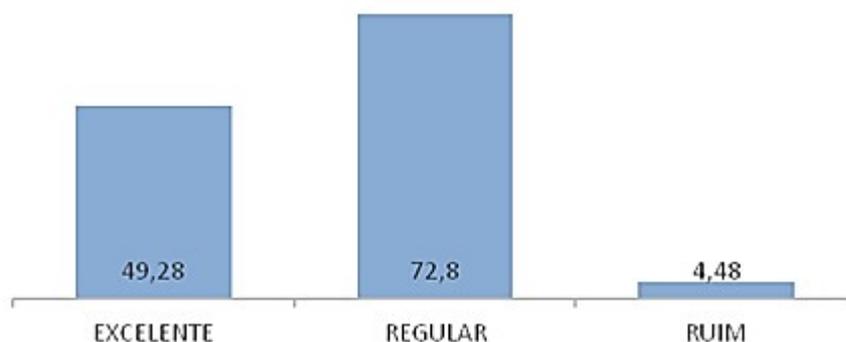


Gráfico 2 – Distribuição dos percentuais relativos à satisfação dos Industriários em relação ao Programa SESI Ginástica na Empresa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Empresa CAMBUCI S/A, em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), disponibiliza aos trabalhadores o Programa SESI Ginástica na Empresa,

como uma das ferramentas de melhoria na qualidade de vida de seus trabalhadores. Os resultados demonstram que os trabalhadores percebem os benefícios físicos, mentais ou sociais desta prática. As condições de trabalho e a produtividade são o reflexo do estado de saúde de seus trabalhadores. Logo, saúde e trabalho precisam caminhar juntos.

A partir do objetivo, que tem como fundamento a satisfação dos industriários em relação ao Programa SESI Ginástica na Empresa, observamos que esta prática é uma das ferramentas que desencadeia melhorias na qualidade de vida dos colaboradores da empresa Cambuci S/A.

A Ginástica na Empresa, por ser um programa profilático no ambiente de trabalho, poderá reduzir a incidência de afastamento do trabalho, podendo gerar uma redução de gastos para empresa, implicando na redução de índice de afastamento do trabalho.

Faz-se necessário ampliar os estudos nesta área que apontem os reais efeitos e benefícios, de maneira a justificar maior adesão no meio empresarial, através do reconhecimento, aceitação e credibilidade dos Programas Ginástica na Empresa. Sugerimos, ainda, um estudo mais aprofundado que correlacione os impactos na produtividade após a prática do Programa SESI Ginástica na Empresa.

THE INDUSTRIALISTS: SATISFACTION IN RELATION TO THE PROGRAM PERFORMANCE SESI GYM IN THE COMPANY

ABSTRACT

The current scenario shows a concern with the quality of working life; in this environment often we devote most of our time, and therefore, companies are aware about the quality of work life. In view of the above, the objective of this research is to evaluate the satisfaction of industrial workers against the SESI Gymnastics Program in the Company. This study was characterized as descriptive with quantitative analysis and had as sample 112 industrial workers of a company Leather and Footwear segment, located in the town of Bayeux, PB. The method used was the application of a questionnaire prepared by the SESI Guidelines Notebook gymnastics Company. Data were analyzed using spreadsheets in Excel. The results showed great increase in the SESI gymnastics program in the company and also the Industrial Workers attributed the frequency of the program to SESI Professional as great encourager. Gymnastics in the Company, as a prophylactic program on the desktop, can reduce the incidence of absence from work, and may cause a reduction of costs for the company, resulting in the reduction of sick leave rate. Survey

participants reported positively the actions developed by SESI Gymnastics Program in the Company.

Keywords: Satisfaction. Worker's health. Physical activity.

REFERÊNCIAS

1. ABQV. Associação Brasileira de Qualidade de Vida. Ambientes de trabalho saudáveis. [acesso em: 30 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.abqv.com.br/artigos/Content.aspx?id=253>.
2. Ferreira RR, Ferreira MC, Antloga CS, Bergamaschi V. Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores. *Revista de Administração*, v.44, n.2, p.147-157, 2009.
3. Mascelani RF. Curso de ginástica laboral. Universidade do Contestado Concórdia. Santa Catarina SC; 2001.
4. SESI. Departamento Nacional. Diretrizes de Gestão SESI Ginástica na Empresa. Brasília: SESI/DN; 2007.
5. Portal SESI. Dê uma pausa na rotina. [acesso em: 28 fev. 2015]. Disponível em: <http://www.sesi.org.br/>
6. SESI. Departamento Nacional. Guia de Exercícios SESI Ginástica na Empresa. Brasília, 2010.
7. Nahas MV. Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras: relatório geral. Brasília: SESI/DN; 2009.
8. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2013.
10. Conselho Federal de Educação Física (CONFEF). Código de Ética dos Profissionais de Educação Física. Resolução CONFEF nº 056/2003. Rio de Janeiro: 2003. [acesso em: 19 mai. 2015] Disponível em: <http://www.confef.org.br/>
11. Souza FKN, Ziviani F. A qualidade de vida no trabalho correlacionada à prática da ginástica laboral. *E-civitas Revista Científica do Departamento de Ciências Jurídicas, Políticas e Gerenciais do UNI-BH Belo Horizonte*, v.3, n.1, jul: 2010. [acesso em: 03 maio 2016] Disponível em: www.unibh.br/revistas/ecivitas/

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UM PRONTO ATENDIMENTO

Joseilma das graças da Silva Figueiredo de Souza⁶
Salmana Rianne Pereira Alves⁷
Nereide de Andrade Virgínio³
Glaydes Nely Sousa da Silva⁴

RESUMO

O acolhimento com classificação de risco representa um importante disparador dos processos de mudança. É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A pesquisa tem como objetivo identificar o conhecimento do usuário de um pronto atendimento em relação ao acolhimento. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity. A amostra foi constituída de 30 usuários, maiores de 18 anos, no momento em que esperavam para serem atendidos. O questionário aplicado foi semiestruturado na caracterização socioeconômica e nos dados relacionados ao conhecimento dos usuários acerca do tema aqui em estudo. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2015, após a autorização e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Nova Esperança. Para realização do presente estudo, foram consideradas as condutas éticas regidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos. Quanto aos resultados desse estudo, verifica-se uma divergência de opiniões em relação ao acolhimento e classificação de risco. Pode-se afirmar que 63% dos usuários relataram que houve melhora no atendimento após implantação,

6

□ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP). João Pessoa-PB. E-mail: joseilma_jp@hotmail.com.

7

□ Enfermeiras. Mestres. Docentes na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE.

já que, antigamente, não existia organização no serviço como hoje, porque, segundo eles, o acolhimento e classificação de risco definem melhor a necessidade de cada paciente. Em contrapartida, 37% dos entrevistados preferem o modelo de antes, pois acreditam que não houve melhora, demonstraram desconhecimento sobre o processo de acolhimento e classificação de risco. Foi visto que a falta de informação como também a relação profissional-usuário são dados relevantes que influenciam como aspecto negativo e interferem na qualidade do atendimento prestado.

Palavras-chave: Acolhimento. Emergência. Controle de risco.

INTRODUÇÃO

As urgências e emergências representam um único campo de atenção em saúde, destinado aos serviços específicos de suporte à vida. Apesar de a definição ser clara, a realidade dos serviços brasileiros tem apresentado um cenário muito mais complexo, em que a diversidade de situações de saúde opera em meio à circulação desordenada dos usuários nas portas dos prontos-socorros¹.

O que se observa na atualidade é o número excessivo de usuários nas filas desses serviços, onde se misturam, no mesmo espaço, situações graves e casos “estáveis”. Essa grande procura pelo serviço de emergência tem gerado a superlotação do setor, bem como a sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde que faz o atendimento¹.

Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência².

Acolhimento é uma ação tecnoassistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento³.

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários,

trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado⁴.

Mediante o contexto supracitado, acredita-se que a maioria dos usuários que são atendidos no pronto atendimento não têm clareza suficiente acerca do acolhimento e da classificação de risco, pois não sabem diferenciar a urgência da emergência e não compreendem como se dá o processo de acolhimento com classificação de risco.

MATERIAIS E MÉTODO

Tratar-se-á de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida no Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity (conhecido por Trauminha) na cidade de João Pessoa-PB. O complexo hospitalar, que funciona 24 horas, é um pronto socorro pertencente à rede municipal de média complexidade, trabalha com acolhimento e classificação de risco atendendo as urgências e emergências.

A amostra foi constituída de 30 usuários, maiores de 18 anos, no momento em que esperam para serem atendidos no pronto atendimento.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiestruturado em duas partes: dados referentes à caracterização socioeconômico dos usuários e dados relacionados ao conhecimento dos usuários acerca do acolhimento e classificação de risco realizado em uma unidade de pronto atendimento.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2015, após a autorização da direção do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP das Faculdades Nova Esperança - FACENE. Foram fornecidos ainda esclarecimentos quanto à garantia do anonimato, procedimento para a coleta de dados, disposição do pesquisador para a retirada de dúvidas a respeito de qualquer pergunta voltada para a temática e, posteriormente, realizar a entrevista com cada usuário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi apresentado e assinado por aqueles que concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram analisados, apresentados

em gráficos e tabelas, respectivamente, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Para realização do presente estudo, foram consideradas as condutas éticas regidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo e a discussão sobre os achados estão relatados a seguir, na mesma sequência do roteiro de coleta de dados, através de tabelas e gráficos. As questões referentes ao tema foram analisadas e discutidas.

Tabela 1 - Distribuição da frequência referente à caracterização socioeconômica (n=30) dos usuários atendidos no serviço hospitalar de urgência. Joao Pessoa, PB. 2015.

SEXO	Nº	%
Masculino	17	56,6
Feminino	13	43,3
IDADE	Nº	%
18 – 24 anos	6	20
25 – 35 anos	16	53,6
36 – 45 anos	8	26,6
ESTADO CIVIL	Nº	%
Solteiro	9	30
Casado	10	33,3
União Estável	10	33,3
Viúvo ou Divorciado	1	3,3
GRAU DE ESCOLARIDADE	Nº	%
Ensino Fundamental Incompleto	7	23,3
Ensino Fundamental Completo	4	13,3
Ensino Médio Completo	12	40
Ensino Médio Incompleto	4	13,3
Superior Completo	2	6,6
Superior Incompleto	1	3,3
PROFISSÃO	Nº	%
Do lar	4	13,3
Vendedora	4	13,3
Mecânico	2	6,6
Montador	2	6,6
Motorista	2	6,6
Outros	16	53,3
RENDA FAMILIAR	Nº	%

Menos de 1 Salário	2	6,6
1 Salário	10	33,3
2 Salário	14	46,6
3 Salário	2	6,6
Mais de 3 Salário	2	6,6
TOTAL	30	100

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2015.

Conforme a Tabela 1, dos 30 usuários entrevistados, observou-se que 56,6% (n=17) era do sexo masculino e 43,3 (n=13) do sexo feminino; possuem idade entre 25 a 35 anos; 53,3% (n=16) se encontravam na faixa etária dos 36 a 45 anos; 26,6% (n=8) estão na faixa 18 a 24 anos; 20% (n=6).

Dados referentes ao gênero foram semelhantes, encontrados em estudo desenvolvido anteriormente, no qual mostra uma predominância de indivíduos do sexo masculino no percentual de 56, 4%⁶. Esse dado está em concordância com a literatura, que demonstra que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde em comparação com as mulheres, e, por esse motivo, procuram com maior frequência os serviços de urgência. Em relação à faixa etária, o estudo mostrou também relevância da faixa etária adulta jovem, especificamente entre 25-34 anos⁷.

Quanto ao estado civil, 33,3% (n=10) casado; 33,3% (n=10) união estável; 30% (n=9) solteiros; 3,3% (n=1) viúvo ou divorciado. Dentre os entrevistados, usuários casados e união estável obtiveram o mesmo percentual, 33,3% (n=10) nesse estudo. Em comparação a outro estudo, demonstraram-se maiores números de usuários casados (59%)⁸.

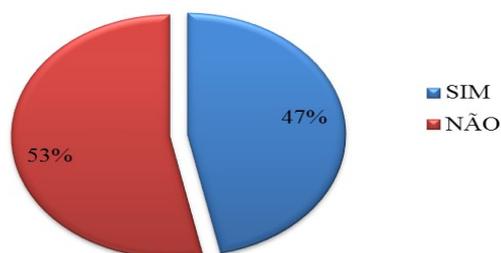
Quanto ao grau de escolaridade dos usuários da pesquisa, ficou assim distribuído: Ensino médio completo 40% (n=12); fundamental incompleto 23% (n=7); fundamental completo 13,3% (n=4); ensino médio incompleto 13,3% (n=4); superior completo 6,6% (n=2); superior incompleto 3,3% (n=1). Em relação ao grau de escolaridade, o percentual mais alto foi dos usuários que têm o ensino médio completo, em concordância com outro estudo, no qual mostra o ensino médio como a escolaridade predominante⁹.

Em relação a profissão, durante as entrevistas, obteve-se uma grande diversidade de profissões. Desta maneira, foram distribuídas assim: do lar 13,3%

(n=4); vendedora 13,3% (n=4); montador 6,6% (n=2); motorista 6,6% (n=2); mecânico 6,6% (n=2) e outros 53,3% (n=16).

De acordo com os entrevistados, um percentual de 46,6% (n=14) apontaram a renda familiar mensal de 2 salários mínimos; 33,3 (n=10) apontaram 1 salário mínimo; 6,6% (n=2) sendo menos de 1 salário; 6,6% (n=2) com 3 salários; e 6,6% (n=2) com mais de 3 salários. Comparando com outro estudo, em que mostra relevância em relação à renda familiar mensal, o mais prevalente foi de 2 salários mínimos, que corresponde a 41,7% das entrevistadas, em seguida ficou 33,3% com 1 salário mínimo¹⁰.

Gráfico 1 – Dados referentes à questão “O senhor (a) poderia dizer o que é acolhimento com classificação de risco?”



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

Dentre as pessoas abordadas para participar do estudo, 47% (n=14) dos entrevistados responderam sim, 53% (n=16) responderam não quanto ao entendimento sobre acolhimento.

Com base nas respostas, evidenciou-se que grande parte dos usuários, embora conhecendo o que significa o acolhimento, possui pouco conhecimento a respeito dos critérios utilizados para a Classificação de Risco. Apesar de os usuários do serviço de urgência e emergência não terem profundos conhecimentos a

respeito, eles sabem o objetivo principal da classificação de risco: priorizar os atendimentos mediante a sintomatologia¹¹.

De acordo com os achados, o estudo tem demonstrado que mais dos 50% dos entrevistados não têm conhecimento sobre acolhimento e classificação de risco. Esse resultado causa um impacto negativo, pois grande parte de quem utiliza o serviço não conhece o processo de trabalho, gerando, com isso, descontentamento e conflito por parte dos usuários e profissionais.

Tabela 2 - Dados referentes à questão se a resposta for sim, na fala dos usuários (nº30).

DEFINA O ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Nº	%
É uma forma de acolher o paciente e identificar o risco	5	16,6
É um atendimento melhor	3	10
São definidas de acordo com a gravidade das lesões ou Ferimentos	1	3,3
É uma preventiva contra possíveis doenças contagiosas	1	3,3
Tentar melhorar o atendimento	1	3,3
Acolhimento é uma consulta rápida antes de ir para a sala da consulta com o médico	1	3,3
O que aconteceu com você, você se sente acolhida, interessado	1	
É quando se sabe da gravidade do paciente	1	3,3
		3,3
TOTAL	14	100

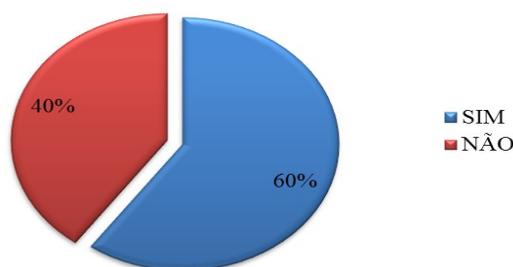
Fonte: Pesquisa direta, Joao Pessoa-PB 2015.

Analisado a Tabela 2, dos 47% (n=14) dos entrevistados, observa-se que 16,6% (n=5) dos usuários definiram acolhimento e classificação de risco, como acolher o paciente e identificar os riscos. Cerca de 10% (n=3) relataram um atendimento melhor, e outros 19% (n=6) responderam que acolhimento e 3,3% (n=1)

que classificação de risco definem a gravidade das lesões; 3,3% (n=1) acreditam que é uma preventiva contra possíveis doenças contagiosas; 3,3% (n=1) acham ser uma consulta rápida; para 3,3% (n=1) melhora o atendimento; 3,3% (n=1) se sente acolhida; 3,3% (n=1) interessado; e 3,3% (n=1) quando se sabe da gravidade do paciente.

De acordo com a literatura, o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. O acolhimento representa a investigação das necessidades de saúde dos pacientes que procuram esses serviços, visando solucionar suas necessidades, tudo isso com foco principal na reorganização dos serviços, a fim de garantir o acesso universal e a humanização do atendimento ¹².

Gráfico 2 – Em seu ponto de vista, o acolhimento com classificação de risco no pronto atendimento é realizado de forma eficaz.



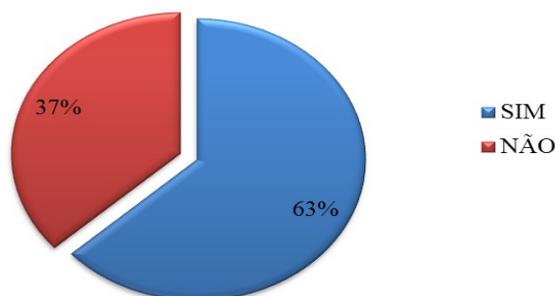
Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

Conforme mostra o Gráfico 2, um total de 60% (n=18) dos usuários responderam a eficácia do acolhimento com classificação de risco, e 40% (n=12) relataram que não. Conforme outro estudo anteriormente, as pessoas sofriam pela espera, escassez de recursos, de profissionais e pelo atendimento ineficaz. Atualmente, há outra representação moldada sobre o atendimento, embora haja qualificações, geralmente satisfatórias, diante dessa mudança, ainda são percebidas lacunas que precisam ser sanadas⁸.

Apesar dos números mostrarem mais de 60% de eficácia no acolhimento com classificação de risco, o processo de acolhimento e classificação de risco precisa melhorar muito, pois, como o próprio Programa Nacional de Humanização (PNH) diz,

acolher significa prestar um atendimento com qualidade, buscar a resolutividade; pois, para que haja essa qualidade, a continuidade da assistência precisa de subsídios.

Gráfico 3 – Houve melhora no atendimento no setor de urgência após a implantação do acolhimento com classificação de risco?



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

Analisando o Gráfico 3, 63% (n=19) dos usuários relataram melhora no atendimento após a implantação do acolhimento com classificação de risco, e 37% (n=11) relataram que não. Comparando com outros estudos, compreende-se que a classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, como organização da fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com grau de gravidade e não por ordem de chegada. Além disso, visa garantir um atendimento rápido nos casos mais críticos, melhorar as condições de trabalho da equipe de emergência¹².

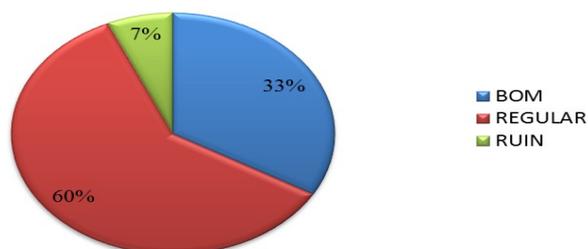
Ao observarmos que, ao longo da história das políticas voltadas para saúde, houve um crescimento nas práticas de saúde em relação a tempos anteriores. Sem dúvida alguma, apesar das dificuldades que encontramos, foi percebido, nas próprias falas de usuários, que houve melhora no atendimento após a implantação do acolhimento com classificação de risco. O maior problema disso é que, quando um programa é implantado ética e tecnicamente, e tudo é perfeito, no nosso cotidiano acaba não funcionando corretamente, ficando dessa maneira só no papel.

Tabela 3 - Dados referentes à questão se a resposta for sim, “Houve melhora no atendimento no setor de urgência após a implantação do acolhimento com classificação de risco?” (nº30).

NA FALA DOS USUÁRIOS	Nº	%
Melhorou pela agilidade	8	26,6
Antigamente não existia organização como hoje existe atualmente	2	6,6
Porque define bem melhor a necessidade da cada paciente	2	6,6
Ótimo atendimento, entretanto, o acolhimento fica um pouco a desejar	2	6,6
Quanto mais informação melhor	1	3,3
Verifica a pressão	1	3,3
Porque são mais atenciosos	1	3,3
Você passa por uma triagem e já vai para o setor correto	1	3,3
Porque já sabe da gravidade do risco do paciente	1	3,3
TOTAL	19	100

De acordo com a Tabela 3, analisamos que 26,6% dos entrevistados responderam que melhorou pela agilidade, 6,6% disseram que antigamente não existia organização como existe atualmente, e também porque define bem melhor a necessidade da cada paciente; e 3,3% dos entrevistados responderam que quanto mais informação melhor; verifica a pressão; porque são mais atenciosos e os pacientes passam por uma triagem e imediatamente vão para o setor correto. Foram entrevistados 63%, um total de 19 usuários. De acordo com a literatura, temos uma resposta positiva dos pacientes, visto que o acolhimento com classificação de risco é uma forma de humanização¹³.

Gráfico 4 – Como o senhor (a) definiria o atendimento com acolhimento com classificação de risco nos prontos atendimentos?

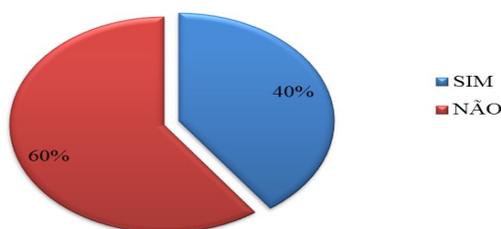


Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

De acordo com os dados encontrados pelos usuários a respeito do acolhimento com classificação de risco nos prontos atendimentos, 60% (n=18) dos usuários relataram regular, 33% (n=10) bom, e 6,6% (n=2) ruim. Segundo outro estudo, em relação à satisfação dos usuários com o atendimento prestado, observou-se que estes estavam satisfeitos com o atendimento. Contudo, o longo tempo de espera e a relação profissional/usuário foram reconhecidos como aspectos negativos, apontando a necessidade de ampliação da rede de serviços e de maior compromisso dos profissionais com a população⁸.

Em relação à qualidade ofertada pelo serviço de saúde, embora a maior parte dos entrevistados achasse o atendimento regular e outra parte considerasse boa, a qualidade no serviço de saúde poderia melhorar se o poder público implantasse soluções práticas e eficazes.

Gráfico 5 – O senhor (a) acha que ainda há uma resistência por parte dos usuários em não aceitar esse novo modelo de assistência, e muitos preferem o modelo de antes de atendimentos?



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

De acordo com o Gráfico 5, a grande parte, em torno de 60% (n - 18) dos usuários, afirmou que não há resistência por parte dos usuários em não aceitar esse novo modelo de assistência. Em contrapartida, 40% (n - 12) afirmaram que preferem o modelo de antes de atendimentos. Comparado a outro estudo, por não conhecerem o sistema de Classificação de Risco, alguns usuários classificados como pacientes “Pouco Urgentes ou Não Urgentes” entram em conflito com os enfermeiros, alegando que devem ser atendidos por ordem de chegada, por

desconhecerem o processo ou mesmo por falta de solidariedade com os mais necessitados. Esse fato pode ser evidenciado por esta fala¹⁴.

Nós, seres humanos, sabemos que tudo o que é novo causa impacto, seja positivo ou negativo. Em relação à saúde, embora muitas vezes os usuários reclamassem das condições de atendimento, pela falta de informação ou até mesmo a falta de recursos, com o tempo, eles acabam aceitando o novo modelo de assistência, pela falta de opção.

Tabela 4 - Dados referentes à questão se a resposta for sim, “O (a) senhor acha que ainda há uma resistência por parte dos usuários em não aceitar esse novo modelo de assistência, e muitos prefere o modelo de antes de atendimentos?” (nº30)

NA FALA DOS USUÁRIOS	Nº	%
Porque ele acha que espera duas vezes	4	13,3
Por falta de informação	4	13,3
Porque era mais rápido o atendimento	2	6,6
Eu acho que as pessoas se acomodaram	1	3,3
Porque quando chegamos ao um hospital muito mal, procuram saber realmente o que o paciente tem e mandam ir para outro ponto de atendimento	1	3,3
TOTAL	12	100

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2015.

Ao analisar a Tabela 4, vimos que 13,3% (n=4) dos entrevistados acham que esperam duas vezes; outros 13,3% (nº4) por falta de informação; 6,6% (nº2) acham que o modelo de antigamente era mais rápido; 3,3% (nº1) disseram que as pessoas se acomodaram, e outros 3,3% (nº1) relataram que quando chegam a um hospital mal procuram saber realmente o que o paciente tem, já mandam ir a outro ponto de atendimento. Foram entrevistados 40%, um total de 12 pacientes. Analisando a

literatura, vimos que, por muitas vezes, houve desgaste por questionamentos de pacientes que se recusavam a se adaptar as novas normas deste atendimento¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa, é notório que o processo de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS, que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde.

O acolhimento com classificação de risco surgiu como ferramenta com objetivo de acolher o usuário, prestar uma assistência com qualidade, através da escuta qualificada, buscar a resolutividade, tratando os usuários de forma humanizada, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A análise deste estudo permitiu identificar o perfil sócio-demográfico dos usuários atendidos no pronto socorro de um hospital público em João Pessoa, como também avaliar o grau de satisfação e os conhecimentos dos mesmos acerca de acolhimento e classificação de risco, e sua opinião ao respeito da qualidade do atendimento prestado.

Considerando-se os resultados desse estudo, verificou-se uma divergência de opiniões em relação ao acolhimento e classificação de risco. Pode-se afirmar que 63% dos usuários relataram que houve melhora no atendimento após implantação. Segundo as falas de alguns usuários, antigamente não existia organização no serviço como hoje, porque o acolhimento e classificação de risco definem melhor a necessidade de cada paciente.

Em contrapartida, os 37% entrevistados preferem o modelo antigo de atendimentos, pois acreditam que não houve melhora, demonstraram desconhecimento sobre processo de acolhimento e classificação de risco. Foi percebido que a falta de informação, como também a relação profissional/usuário, é um dado relevante que influencia negativamente no processo de acolhimento e

classificação de risco, interferindo, dessa maneira, na qualidade do atendimento prestado.

RECEPTION AND RISK RATING: KNOWLEDGE OF USERS OF AN EMERGENCY SERVICE

ABSTRACT

The host with risk rating is an important trigger of change processes, is a dynamic process of identification of patients who need immediate treatment, according to the potential risk, damage to health or degree of suffering. The host and risk classification: knowledge of the users of an emergency service aims to identify the knowledge of the user of an emergency service in relation to the hosting. It deals with field research, descriptive with quantitative approach, performed at Governor Tarcisio Burty Hospital Complex. The sample consisted of 30, older than 18 years old at the time they were waiting to be treated. The questionnaire was semi-structured referring to socioeconomic and data related to the knowledge of the users about the relevant topic. Data collection was performed in the month of November 2015 following the authorization and approval of the project by the Research Ethics Committee – of the Nova Esperança College. To carry out this study was considered ethical conduct governed by Resolution 466/12 of the National Health Council (CNS), which regulates the conduct of research with human beings. It is considered that the results of this study there were a divergence of views on the acceptance and risk classification. It can be said that 63% of users reported an improvement in service after deployment, which formerly did not exist in the service organization like today, because according to them the care and risk rating better define the needs of each patient. In return for 37% respondents prefer the model before calls, believing that there was no improvement showed ignorance about the process of acceptance and risk classification, has been seen that the lack of information as well as professional-user relationship and a relevant data that influences how negative and interferes with quality of care.

Keywords: Home. Nursing. Emergency

REFERÊNCIAS

1. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá Abr./Jun. 2010 [acesso em: 22 Ago. 2012]; 9 (2): 358-65. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9390/6087>.
2. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto Jan./Fev. 2011 [acesso em: 22 Ago. 2012]; 19 (1): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf.

3. Andrade MAC, Artmann, E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro Mar. 2011 [acesso em 23 ago. 2012]; 16 (Supl.1): 1115-24. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a43v16s1.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de atenção básica. Brasília; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466/12 CNS, Brasília; 2012. p. 01-10.
6. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Junior GV, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev. Enfe. Ref. Coimbra* mar. 2014 [acesso em: 12 dez. 2015]; 4(1): 37-41. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000100005&script=sci_arttext&tlng=en.
7. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Filho MAC. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto Mai./Jun. 2011 [acesso em: 29 Ago. 2012]; 19 (3): 1-9. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf.
8. Sá SLB, Mattos RR, Pinheiro VL, Pequeno LL, Diógenes MAR. Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. *Rev Bras Promoção Saúde*. Fortaleza abr./jun. 2012 [acesso em: 12 dez. 2015]; 25 (2 Supl): 96-103. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2250/2477>.
9. Lima CA, Santos BTP, Andrade DLB, Barbosa FA, Costa FM, Carneiro JA. Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. *Einstein São Paulo* Ago. 2015 [acesso em: 12 dez. 2015]; 2-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-5082015005053347&script=sci_arttext&tlng=pt.
10. Barreiros RA. Assistência de enfermagem no pré-natal na ótica das usuárias. [Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem]. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; 2010. 51p.
11. Campos J, Souza VS. A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. *Revista Unimontes Científica*. Montes Claros jan./jun. 2014 [acesso em: 12 dez. 2015]; 16(1): 18-25. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/319/297>.
12. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. Jan./Jun. 2013 [acesso em: 12 dez. 2015]; 2 (2): 25-44. Disponível em:

<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/viewFile/197/101>.

13. Duarte MLC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Dez. 2010 [acesso em 25 ago 2015]; 31(4): 685 - 92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a11v31n4.pdf>.

CABEÇAS SUPRANUMERÁRIAS DO BÍCEPS BRAQUIAL: REVISÃO DA LITERATURA

Nereu Alves Lacerda⁸
Débora Gonçalves de Galiza²
Igor Souza Pessoa da Costa⁹
João Felipe da Luz Neto²
Talles Thadeu Braz Bezerra
Eulâmpia José da Silva Neto³

RESUMO

O músculo bíceps braquial possui duas cabeças. Em termos de número e morfologia de cabeças, ele é o músculo que mais varia no corpo humano. As cabeças supranumerárias podem resultar em um aumento da força na supinação e flexão do antebraço. Elas podem causar uma compressão neurovascular de estruturas porque estão em contato íntimo com a artéria braquial e o nervo mediano. A variação anatômica mais comum do bíceps braquial, que é a inserção de uma terceira cabeça na face medial do úmero distal, ou a inserção do coracobraquial tem sido descrita por vários autores, mas pode haver mais. Três, Quatro, cinco ou seis cabeças originam-se do corpo do úmero onde se insere o coracobraquial e se inserem na parte distal da cabeça curta do bíceps braquial. A compreensão da existência das cabeças supranumerárias podem influenciar no diagnóstico pré-operatório e na cirurgia do membro superior. A metodologia consistiu em uma busca a base de dados Scielo. O objetivo foi realizar uma revisão bibliográfica já que ainda não há literatura sobre o tema em língua portuguesa.

Palavras-chave: Membro superior. Variação Anatômica . Compressão nervosa

8

□ Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Rua José Vitorino de Araújo, 125, Bancários. nereulacerda@hotmail.com. (83)88744316.

9

□ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

³ Médico veterinário. Doutor em Anatomia Comparada de Vertebrados. Professor Associado de Anatomia da Universidade Federal da Paraíba(UFPB), João Pessoa/PB, Brasil

\

INTRODUÇÃO

O músculo bíceps braquial pertence ao grupo de flexores do membro superior. Ele cruza a articulação do ombro assim como a do cotovelo, atuando em ambas. Entre as duas cabeças clássicas, a cabeça longa passa pelo sulco intertubercular do úmero e por dentro da cápsula articular para se inserir no tubérculo supraglenoidal da escápula. Já a cabeça curta origina-se no ápice do processo coracóide. Estas duas logo se fundem na metade inferior do braço para formar o tendão do músculo bíceps braquial. O suprimento e inervação são feitos pela artéria braquial e circunflexa anterior do úmero e nervo musculocutâneo, respectivamente¹. O músculo bíceps braquial é um músculo de cabeça dupla em que se observa a frequência de cabeças supranumerárias anômalas, que podem ser de três, quatro ou até sete²⁻⁴, mas a variação mais comum é a de três cabeças. Essa variação está presente em 9 - 22% da população¹. As cabeças supranumerárias do bíceps possuem grande importância clínica, pois a região é percorrida pelo plexo de nervos do membro superior, entre estes, nervo musculocutâneo e nervo mediano.

As artérias que irrigam o membro superior também podem ser afetadas pelas cabeças supranumerárias, entre elas, a artéria braquial e braquial profunda. Sendo assim, isso pode causar compressão das estruturas neurovasculares e também confundir os cirurgiões e traumatologistas se eles não estiverem atentos a essa variação⁵. Embora bastante descrita na literatura, a bilateralidade dessa variação é considerada rara. Recentemente observamos uma dessas variações em dissecações de cadáveres. O objetivo foi realizar uma revisão bibliográfica dessa importante e comum variação de forma a dar ênfase tanto ao viés anatômico quanto cirúrgico visto que ainda não há literatura sobre o tema em língua portuguesa.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando a base de dados do banco online SCIELO, através de artigos que ampliaram o entendimento sobre esta
Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Dez. 2016;14(2)

temática do ano entre 1988-2014, que foram relevantes para subsidiar a produção dessa revisão de literatura. Primeiramente, uma busca minuciosa através de livros e artigos científicos foi desencadeada para a aquisição de conhecimento referente à variações anatômicas no número de cabeças do músculo bíceps braquial. Destaca-se a escassez de materiais literários relacionados a esse assunto, principalmente no Brasil. A maioria dos artigos utilizados para embasamento científico foi proveniente dos Estados Unidos. Após o estudo realizado pôde-se dar início a elaboração do presente artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O aparecimento de mais de duas cabeças no músculo bíceps braquial é observado em alguns trabalhos existentes, mesmo que em pouca quantidade. Ele é considerado o músculo mais variável do corpo humano.

A variação mais comum é a terceira cabeça, que se origina da borda medial e adjacente da face antero-medial do úmero, ao lado do músculo braquial e distal à inserção do coracobraquial. Essa cabeça anômala se funde à superfície profunda do tendão do músculo bíceps braquial, bem como à aponeurose bicipital. Entretanto, também já foram observados casos de quarta, quinta e até sétima cabeças. Essas cabeças supranumerárias podem ser significativas na produção de flexão do cotovelo e supinação do antebraço, aumentando o poder de cinemática do bíceps.

Essas variações podem causar compressão de estruturas neurovasculares, por causa de sua estreita relação com o nervo mediano e a artéria braquial, medialmente à terceira cabeça, e o nervo musculocutâneo, entre a terceira cabeça e o tendão usual do bíceps braquial.

Um estudo⁷ mostrou uma baixa incidência da aparição de uma terceira cabeça desse músculo na população do norte da Índia. Nele, foram encontrados três bíceps variantes, unilateralmente, braço esquerdo, e em cadáveres do sexo masculino. Essa variação é innervada pelo nervo musculocutâneo, como ocorre na normalidade⁶

O fato de existir esse estudo, mostrando que as variações encontradas no norte da Índia foram vistas apenas no braço direito, não prova exclusividade. Outro autor mostrou em seu estudo um importante achado para o trabalho dos cirurgiões

que realizam procedimentos nos membros superiores, cabeças supranumerárias bilaterais assimétricas⁸. Ele observou três cabeças a mais no braço direito e uma terceira no esquerdo. Isso mostra que os cirurgiões não podem ficar com um único conhecimento anatômico em relação a esse músculo que, por em alguns casos, ser extremamente variável, pode dificultar o trabalho^{7,8}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho visou esclarecer certos aspectos sobre as variações que podem ocorrer no músculo bíceps braquial, principalmente aquelas relativas a uma terceira cabeça, e esclarecer a importância dessa temática para a clínica, bem como sua utilidade do ponto de vista acadêmico e cirúrgico.

A observação dessas variações nos dois braços se faz muito importante, pois o risco de lesões iatrogênicas tende a ser menor com o conhecimento prévio da existência de tais variações por parte do cirurgião.

A partir dessa análise, pode-se começar a estudar a anatomia humana com outros olhos, procurando não só o que está nos livros básicos, mas indo a busca de todas as possíveis variações que possam acontecer no corpo humano. Chegar a todas elas é um pouco utópico, mas quanto mais conhecimento sobre elas tivermos, mais serão os benefícios para a saúde.

SUPERNUMERARY HEADS OF BICEPS BRACHIAL MUSCLE:LITERATURE REVIEW

ABSTRACT The biceps muscle is composed of two heads. In terms of the number and morphology heads, it is most variable muscle in the human body. The supernumerary heads may result in an increase in force in the forearm supination and flexion. They can cause neurovascular compression structures because they are in close contact with the brachial artery and the median nerve. Anatomical variations of the biceps have been described by several authors, but the literature, review articles on the subject is still scarce. Three, four, five or six heads stem humeral body which includes the coracobrachialis and fall into the distal part of the short biceps head. Understanding the existence of supernumerary heads can influence the

preoperative diagnosis and upper limb surgery. The methodology consisted of a search in Scielo database. The objective was to conduct a literature review since there is no literature on the subject in Portuguese.

Keywords: Upper limb. Anatomical Variation. Nerve compression

REFERÊNCIAS

1. Bergman RA, Thompson SA, Afifi AK, Saadeh FA. Compendium of human anatomic variation. Baltimore-Munich: Urban & Schwarzenberg; 1988. p.11.
2. El-Naggar MM, Zahir FI. Two bellies of the coracobrachialis muscle associated with a third head of the biceps brachii muscle. *Clin Anat* 2001;14:379-82.
3. Kosugi K, Shibata S, Yamashita H. Supernumerary head of biceps brachii and branching pattern of the musculocutaneous nerve in Japanese. *Surg Radiol Anat* 1992;14:175-85.
4. Rodríguez-Niedenführ M, Vázquez T, Choi D, Parkin I, Sañudo JR. Supernumerary humeral heads of the biceps brachii muscle revisited. *Clin Anat* 2003;16:197-203.
5. Warner JP, Krushell RJ, Masquelet A, Gerber C. Anatomy and relationships of the suprascapular nerve: anatomical constraints to mobilization of the supraspinatus and infraspinatus muscles in the management of massive rotator-cuff tears. *J Bone Joint Surg Am* 1992;74:36-45
6. Cheema P, Singla R. Low Incidence of the Third Head of the Biceps Brachii in the North Indian Population. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2011;5(7):1323-1326.
7. Lee SE, Jung C, Ahn KY, Nam KI. Bilateral asymmetric supernumerary heads of biceps brachii. *Anatomy and Cell Biology* 2011;44:238-240.
8. A.D. Mazzocca, M.B. McCarthy, F.A. Ledgard, D.M. Chowaniec, W.J. McKinnon Jr., S. Delaronde, *et al.* Histomorphologic changes of the long head of the biceps tendon in common shoulder pathologies. *Arthroscopy*, 29 (2013), pp. 972–981. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arthro.2013.02.002>

CONTRIBUIÇÕES DAS ABORDAGENS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR

Luciana Dantas Farias de Andrade¹⁰
Fernanda de Oliveira Espínola¹¹
Janaína von Söhsten Trigueiro¹²
Nathanielly Cristina Carvalho Brito Santos¹³
Maria Benegelania Pinto¹⁴
Heloisy Alves de Medeiros¹⁵

RESUMO

A gerência, por ser um elo entre os objetivos e a prestação de serviço de saúde, desempenha uma função importante, uma vez que é ela quem realiza o trabalho de

¹⁰

¹⁰Enfermeira. Doutora em Psicologia pela UFES. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campus Cuité, PB, Brasil. End.: Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Centro. CEP: 58.175-000. Cuité-PB. Tel.: (83) 3372-1900. E-mail: luciana.dantas.farias@gmail.com.

¹¹

¹¹Enfermeira. E-mail: nanda____oliveira@hotmail.com.

¹²

¹²Enfermeira e Fonoaudióloga. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG. Campus Cuité, PB. E-mail: janavs_23@hotmail.com.

¹³

¹³Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela UFPB. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG. Campus Cuité, PB. E-mail: nathaniellycristina@gmail.com.

combinar pessoas, tecnologia e recursos no interior de um hospital ou instituição de saúde. Neste sentido, objetiva-se avaliar os limites e possibilidades das abordagens pedagógicas, utilizadas nas atividades acadêmicas das disciplinas que envolvem administração e gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, de uma Universidade Federal de Ensino Superior Nordestina. Este estudo foi embasado metodologicamente na abordagem qualitativa com realização de entrevistas a sete alunos egressos do curso de enfermagem de Instituição Federal de Ensino Superior, cujas transcrições foram estudadas pela técnica de análise de discurso de Fiorin. Nos resultados e discussão foi possível elencar as categorias empíricas: 1. Auxílio das disciplinas na prática laboral; 2. Conceito de abordagens pedagógicas; 3. Disciplinas de administração que contribuíram para o mercado de trabalho; 4. Disciplinas com limitações; 5. Disciplinas de administração e gestão aplicadas à enfermagem. Conclui-se que se aponta a importância da formação acadêmica para o desempenho do enfermeiro gestor no mercado de trabalho, enfatizando a segurança, destreza e desempenho dos professores para formação de profissionais dispostos a aprender a aprender, constantemente, e a superar desafios cotidianos.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Administração de serviços de saúde. Docentes. Enfermeiras administradoras.

INTRODUÇÃO

No âmbito da enfermagem, os currículos apresentavam uma composição voltada para o modelo hospitalocêntrico, mas, nas últimas décadas, foram alterados e adaptados de acordo com a problemática apresentada no contexto da saúde pública brasileira. Atualmente, têm expressado os conceitos que deram origem às mudanças na educação em enfermagem, dando ênfase ao pacto com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS¹.

O gerenciamento dos serviços de enfermagem, em instituições de saúde, constitui-se em uma atividade muito difícil e polêmica, visto que espera dos

14

□ Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, campus Vitória de Santo Antão - PE. E-mail: benegelania@yahoo.com.br.

15

□ Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela UFMG. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG. Campus Cuité, PB. E-mail: heloisymedeiros@hotmail.com.

profissionais habilidades peculiares para a implementação de estratégias adequadas².

Embora obtenha, durante a graduação, informações acerca do processo gerencial, o enfermeiro recém-formado ainda apresenta insegurança no decorrer do seu desempenho laboral. Isso se dá pelo fato de ele assumir funções gerenciais que, acrescentando às demais atribuições, geram uma dicotomia entre o que se espera do profissional, na visão dos teóricos de enfermagem, e o que se verifica em seu cotidiano nas instituições de saúde².

A gerência, por ser um elo entre os objetivos e a prestação de serviço de saúde, desempenha uma função importante, uma vez que é ela quem realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos no interior de um hospital ou instituição de saúde³.

A questão é: será que as abordagens pedagógicas, ancoradas em práticas educativas que regem os métodos de ensino e avaliação das disciplinas que abrangem Administração e Gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem, estão de acordo com a *práxis* administrativa do profissional de enfermagem, no contexto que o mercado de trabalho espera de um enfermeiro gestor?

Consoante o exposto, justifica-se o interesse em analisar, junto aos alunos egressos de uma Instituição Federal de Ensino Superior que já estejam no mercado de trabalho, suas opiniões acerca da preparação acadêmica para realizar uma prática gestora satisfatória, de acordo com a realidade laboral. E, com esses dados, subsidiar professores, enfermeiros, alunos e pesquisadores sobre a formação do enfermeiro gestor para o mercado de trabalho.

Neste sentido, objetiva-se avaliar os limites e possibilidades das abordagens pedagógicas, utilizadas nas atividades acadêmicas, das disciplinas que envolvem administração e gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, de uma Universidade Federal de Ensino Superior Nordestina.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo realizado com abordagem qualitativa, no período de outubro de 2013 a março de 2014, numa Instituição Federal de Ensino Superior localizada no município de Cuité-PB, ancorando-se no arcabouço teórico-metodológico da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC.

A TIPESC está baseada no Materialismo Histórico e Dialético - MHD e busca a intervenção de enfermagem por meio de uma metodologia dinâmica e participativa, com o objetivo de obter uma reflexão teórico-filosófica de caráter grupal/coletivo, cooperando para a formação de uma base sólida do conhecimento em enfermagem⁴.

Egry constituiu a TIPESC baseando a aproximação fenomênica com as aproximações da dialética de Marx: a interdependência entre o individual, o particular e o geral; causa e efeito; necessidade e casualidade; possibilidade e realidade; conteúdo e forma; essência e fenômeno⁵.

Neste sentido, para o estudo das abordagens pedagógicas na formação do enfermeiro gestor, através da TIPESC, no primeiro momento foi a captação da realidade objetiva em suas dimensões geral (composta pela ideologia do mercado de trabalho), particular (necessidades da família) e individual (interesses pessoais). O segundo momento contemplou a interpretação da realidade objetiva, explicitando as contradições existentes, para além do discurso politicamente correto. O terceiro momento proposto pela TIPESC foi a aplicação da teoria à realidade objetiva, realizada através de uma revisão do referencial teórico em função da visualização desta realidade pela análise dos depoimentos dos entrevistados⁶.

Foram sujeitos da pesquisa: sete (7) alunos egressos (E) do curso de enfermagem, cuja seleção foi feita mediante consulta ao cadastro de egressos existente na Coordenação do Curso. Os critérios de inclusão envolveram: 1. Profissionais que estivessem no mercado de trabalho; 2. Profissionais que estivessem trabalhando há, pelo menos, seis meses em cargos administrativos oferecidos nos serviços de atenção à saúde; 3. Aceitassem voluntariamente participar das entrevistas norteadas por um roteiro semiestruturado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Os trâmites burocráticos do Comitê de Ética em Pesquisa foram realizados respeitando-se a Resolução N.º 466/12⁷ com aprovação do projeto pelo CAAE 17412213.5.0000.5182 e número de parecer do CEP: 397.483.

A análise dos dados foi realizada através da Técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin⁸. O princípio básico da Análise do Discurso é, ao adquirir um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, reconhecer o nível mais abstrato (temático) que lhe dá coerência. Neste sentido, os textos oriundos das transcrições das falas foram lidos e relidos, elencados os temas e formadas as categorias empíricas ancoradas na categoria analítica⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de discurso oriundo da transcrição dos depoimentos dos egressos entrevistados possibilitou a formação da categoria analítica: “Contradições no ensino da gestão em enfermagem e possibilidade de superação através da utilização de abordagens progressistas a serem refletidas na atuação laboral”, que fundamenta as categorias empíricas: 1. Auxílio das disciplinas na prática laboral; 2. Conceito das abordagens pedagógicas; 3. Disciplinas de administração que contribuíram para o mercado de trabalho; 4. Disciplinas com limitações; 5. Disciplinas de administração e gestão em serviços de saúde e enfermagem.

1. Auxílio das disciplinas na prática laboral

Em relação às disciplinas que foram ministradas, durante a graduação em enfermagem, os egressos foram interrogados sobre quais delas ofereceram auxílio em sua atuação laboral como enfermeiro gestor:

Acredito que as disciplinas de Saúde Coletiva, Humanização em Saúde, Administração em Saúde são de grande valia para minha atuação hoje como enfermeiro gestor. (E3)

...mais me auxiliaram, no atual desempenho de minhas atividades, foram as disciplinas de urgência e emergência e a de Cuidados de enfermagem na assistência ao paciente em cuidados críticos (UTI).

(E5)

... na parte da gestão, que atuo como diretora da instituição, as disciplinas de administração I e II me ajudam bastante tanto no que concerne à burocracia, como na tomada de decisão para solucionar algum problema relacionado aos recursos humanos ou materiais. Lembro bem que nessas disciplinas foram explicados assuntos relacionados à autonomia na gestão pública, à humanização e a relação de liderança entre os profissionais que formam a equipe. (E7)

A formação em saúde e o próprio sistema de saúde estão em fase de transformação, implicando um processo de construção/reconstrução onde todos os atores (clientela, profissionais, instituições) devem participar ativamente. A formação do enfermeiro gestor para atuar no SUS vem desencadeando mudanças e atualizações nos projetos pedagógicos com ênfase nas competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, engajadas no compartilhamento de informações que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde⁹.

Pelas falas elencadas e a diversidade de escolhas de disciplinas que têm tido importância peculiar na prática laboral, pode-se deduzir que há o desencadeamento de processos sociais através de pactos, projetos coletivos, planos diretores, integrando ações de coletividade, de serviços assistenciais, meio ambiente, ou seja, processos concretos de práticas em saúde diferenciados no interior dos serviços de saúde⁹.

2. Conceito das abordagens pedagógicas

As abordagens pedagógicas envolvem um conjunto de estratégias primordiais para o aprendizado e o desenvolvimento do aluno. Destaca-se que a opinião dos alunos, em relação ao conceito das abordagens pedagógicas, foi levada em consideração. Em relação à compreensão do que sejam abordagens pedagógicas, foi relatado:

...é a forma que você irá trabalhar determinada disciplina. O assunto que será trabalhado, como será trabalhado e como será avaliado.

(E1)

*...mas acredito que esta questão trata-se da maneira ou abordagem pela qual o docente, ou qualquer outro profissional que se destine a ensinar, independente do modelo de ensino-aprendizagem que o mesmo escolha, seja ele o tradicional, ou seja, apenas transferência de conhecimentos no sentido professor-aluno, ou por meio do modelo idealizado por Paulo Freire, baseado na troca de conhecimentos entre professor-aluno. **(E5)***

*Abordagens pedagógicas são estratégias educativas que facilitam o entendimento do aprendizado, a mais conhecida é a abordagem tradicional, visto que hoje em dia, ela não é muito utilizada. **(E7)***

Diante dos relatos dos egressos, nota-se que eles apresentam bastante segurança em discutir questões educacionais envolvendo o processo ensino-aprendizagem. O termo abordagens pedagógicas, ou tendências pedagógicas, é a disposição natural e instintiva do professor em abraçar um ou mais modelos educacionais que influenciam e motivam politicamente, ideologicamente e metodologicamente sua prática educativa¹⁰.

O educador Paulo Freire personifica o conceito da abordagem pedagógica problematizadora, progressista, pois a caracteriza como libertadora, na qual há diálogos entre educador e educando. Nesta abordagem emancipatória não existiria lugar para o professor bancário, que tudo sabe, nem para um aluno passivo, que não tem nenhum diálogo com o professor, características da abordagem pedagógica tradicional¹⁰.

Ao aprofundar a análise sobre os depoimentos dos entrevistados, foi possível visualizar certa incoerência no que concerne aos conceitos apresentados. Embora tenham demonstrado bastante segurança e domínio de conteúdo, apenas o depoimento do entrevistado “E 5” converge com o conceito defendido pelos estudiosos da área.

Uma das funções desempenhadas pelo enfermeiro em seu processo de trabalho é a função educacional e gerencial. Por muito tempo, o enfermeiro viu-se na contingência de realizar tarefas, face ao predomínio da divisão do trabalho e da fragmentação do cuidado que caracterizam o modelo burocrático. Este modelo, atualmente, parece não acatar as pretensões da enfermagem, que busca uma gerência mais flexível, ações de educação continuada e educação permanente no contexto laboral para ultrapassar o paradigma da administração clássica de receber e executar ordens. E, ao que tudo indica, os enfermeiros egressos entrevistados direcionam suas atividades laborais à superação de modelos tradicionais de gestão e educação em saúde¹¹.

3. Disciplinas de administração que contribuíram para o mercado de trabalho

Como a gestão está ganhando espaço no mundo moderno e se tem a grande procura por profissionais que abranjam o setor de gestão, é primordial que o aluno, durante a graduação, seja contemplado com estes conceitos em sua formação¹¹. No intuito de saber a opinião dos egressos sobre o tema, lhes foi questionado se as disciplinas relacionadas à gestão em enfermagem, durante a graduação, contribuíram para sua atuação como enfermeiro gestor no mercado de trabalho:

Com certeza, principalmente na elaboração das escalas e no funcionamento do pessoal da enfermagem. (E1)

...em minha atual responsabilidade na instituição, sou responsável por vários profissionais, dentre eles, e principalmente eles, os técnicos de enfermagem, necessitando de um conhecimento sobre a distribuição da qualidade da assistência. Somado a isso, sou responsável por todo o insumo utilizado no setor que esteja plantonista. Então, as disciplinas de administração I e II contribuíram como base para gerenciar os setores. (E5)

...as disciplinas de administração contribuíram bastante, pois independente de onde o enfermeiro estiver inserido precisará de

uma boa noção sobre administração, tendo em vista o papel de administrador que desenvolve tanto com a equipe de enfermagem como também da parte burocrática na profissão. (E6)

Nesse contexto, a formação do enfermeiro torna-se importante para proporcionar a capacidade de pensar no conhecimento como forma de desenvolver as competências demandadas na atualidade, principalmente no que concerne ao caráter gerencial que a profissão vem assumindo no setor saúde e a importância de qualquer gestor na consecução dos fins a que a organização se destina¹².

Percebe-se a Universidade como instituição universal que ultrapassa os séculos. A grande ideia de promover para a sociedade uma instituição gestora do conhecimento e das culturas é milenar. Em pleno século XXI, a Universidade é a mais universal entre todas as construções de ensino e pesquisa que existe no mundo. Perante um mundo em transformação, a Universidade modifica-se de acordo com essas transformações, pois é da sua natureza ser uma instituição contemporânea de seu tempo, que se propaga em diferentes lugares com especificidade própria¹³.

4. Disciplinas com limitações

Mesmo com muitos aspectos positivos, a realidade na universidade é bastante difícil pois, durante a graduação, sempre existe a luta pela melhoria do curso e do *campus*, em relação à necessidade de mais professores, aumento de campo de estágios, melhor estrutura nos laboratórios, residência universitária, restaurante universitário, biblioteca. Diante disso, os egressos foram interrogados acerca das disciplinas que apresentaram limitações e os depoimentos foram os seguintes:

...posso dizer que as disciplinas práticas deixaram a desejar, a universidade sendo no interior e sem um campo de estágio consolidado fizeram com que muitas inseguranças fossem geradas, mas a prática profissional agora serve como estágio também. (E4)

...todas as disciplinas que envolvem estágios práticos deveriam ter um enfoque maior no campo, não passando quase todo o tempo nas salas de aula, pois apenas na prática em si é que o aluno poderá sentir na pele o que será vivenciado no seu dia-a-dia laboral. (E5)

Com o objetivo de proporcionar mais vagas no ensino superior, as universidades públicas necessitam expandir-se para abranger novas áreas geográficas. Isso se consolidou com a criação de novos *campi* que se instalaram nas cidades do interior dos estados. Para concretização desse objetivo, foi criado o Programa Expandir, sendo o passo inicial, no governo Lula, para expansão das universidades públicas. Durante o processo de implementação, não existiu uma legislação como em outros programas do Governo Federal. Operacionalmente, foram enviados projetos para o MEC e, só depois da aprovação, foram liberados os recursos para as novas universidades e criação de novos *campi*¹⁴.

Os cursos superiores devem ser planejados de acordo com as necessidades de profissionais das regiões do país. As consequências da falta de planejamento rigoroso podem surgir no futuro. Uma delas está ligada aos futuros formandos dos cursos: alguns com deficiência de formação (por falta de campo de estágio, professores e estrutura adequada), outros com especialização em áreas insuficientes em temas de trabalho. Outro problema que pode ser elencado é a continuidade do financiamento da expansão, um dos quesitos mais importantes para se alcançar êxitos nos aprimoramentos da instituição¹³.

A formação acadêmica do enfermeiro no Brasil, atualmente, é guiada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001¹⁵, que determinam os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, incluindo o perfil do egresso, as competências e habilidades gerais e específicas. Em meio às competências apontadas, ao finalizar o curso de graduação, o enfermeiro deve estar apto para promover ações de atenção à saúde, bem como de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde¹¹.

Além de criar competências para se comunicar, tomar decisões, liderar e promover a educação continuada em relação à gerência, as DCNs assinalam que os

profissionais devem ser capazes de tomar iniciativa, fazer a gerência tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou exercer liderança na equipe de saúde. Mesmo diante de aspectos limitadores, pelas falas transcritas, os egressos do curso de enfermagem apresentam competências e habilidades convergentes com as DCNs¹¹.

5. Disciplinas de administração e gestão em serviços de saúde e enfermagem

Diante do exposto, é primordial que durante a graduação os alunos tenham, por excelência, os preceitos da administração/gestão que compõem a matriz curricular, para se adequarem ao mercado de trabalho. Foi discutido com os enfermeiros qual era sua opinião sobre a matriz curricular das disciplinas que envolvem a administração/gestão em serviços de saúde e enfermagem, durante a graduação, e foi relatado o seguinte:

Acho de extrema importância, nos possibilita entender melhor como funciona a gestão dos serviços de saúde, bem como o funcionamento da equipe de enfermagem. Na prática não é nada fácil organizar e administrar um serviço hospitalar, lidando com o cuidado do paciente e com os próprios profissionais da enfermagem.

(E1)

...deveriam ser mais voltadas à realidade, de forma que não fizesse da disciplina um instrumento mecânico e sim uma forma viável de assumir qualquer tipo de trabalho e/ou gestão. **(E2)**

...no meu caso foi a área de gestão, e me sinto muito segura em relação a esta atividade de direção, pois tive a oportunidade de aprender um pouco sobre a gestão em saúde na minha grade curricular. **(E7)**

Os cursos de graduação em enfermagem devem contemplar a preparação dos acadêmicos para a função gerencial do enfermeiro, considerando que, junto à função assistencial, ela está muito presente no cotidiano do trabalho da enfermagem

e dos enfermeiros em especial. É claro que a realidade dos entrevistados aponta que o ensino foi mais no campo teórico do que no prático. Assim, acredita-se que a opinião dos egressos sobre a função gerencial do enfermeiro pode ser um ponto primordial para a avaliação do ensino de administração e, conseqüentemente, para sua melhoria e superação¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como estratégia de superação, conclui-se a importância de utilizar abordagens pedagógicas progressistas e emancipatórias que favoreçam a formação de enfermeiros preocupados com os aspectos sociais e que atendam às demandas do indivíduo, família e comunidade, além da equipe que ele irá gerenciar. Portanto, busca-se, de modo individual, um enfermeiro gestor com competência para atuar com eficácia e eficiência, criatividade, autonomia e excelência.

É importante notar que os enfermeiros demonstraram segurança no tocante ao desafio de conceituar abordagens pedagógicas que, mesmo não apresentando um conceito tão convergente, em alguns casos, evidenciaram importante interesse nas ações de educação em saúde, educação permanente e educação continuada, principalmente porque a formação acadêmica em nível superior, em uma universidade localizada no interior do estado da Paraíba, apresenta limitações.

Os entrevistados apontaram, unanimemente, o déficit nos campos de estágio, pois a maioria das disciplinas da matriz curricular apresenta em seus planos de curso a necessidade da atividade teórico-prática para fundamentar o processo ensino-aprendizagem. Para tanto, o município sede não apresenta atenção secundária e terciária à saúde, necessitando do deslocamento geográfico de alunos e professores para municípios adjacentes, prejudicando a carga horária, o processo ensino-aprendizagem e o aspecto emocional, dada as preocupações constantes com o traslado e a segurança nas estradas.

Para além desta interface, discussões envolvendo a necessidade de mais docentes e técnicos administrativos, melhoria nas instalações e aquisição de materiais de consumo e materiais permanentes para os laboratórios, capacitação para os técnicos administrativos, terceirizados e professores da instituição,

atualização do acervo da biblioteca, dentre outras atividades de manutenção do *campus* são debatidas coletivamente com esperança de conquistas.

Desta forma, este estudo apresentou uma pequena amostra de egressos que apontam a importância da formação acadêmica para o desempenho do enfermeiro gestor no mercado de trabalho enfatizando a segurança, destreza e desempenho dos professores para formação de profissionais dispostos a aprender a aprender, aprender a ser, enfim, superar desafios cotidianos.

Que esta pesquisa seja estímulo para diversas inquietações em pesquisadores da área, inclusive no intuito de aprofundar os limites e possibilidades da formação acadêmica em territórios geograficamente desafiantes à formação de determinadas carreiras profissionais.

THE CONTRIBUTIONS OF EDUCATIONAL APPROACHES IN NURSE TRAINING MANAGER

ABSTRACT

Management, as a link between the objectives and the provision of health service plays an important role, since it is the one that does the work of combining people, technology and resources within a hospital or health institution. In this sense, the objective is to evaluate the limits and possibilities of pedagogical approaches used in academic activities of subjects involving administration and management in Health Services and Nursing Degree Course in Nursing of the Northeastern Federal University. This study was based methodologically on the qualitative approach with interviews to seven graduating students of nursing of an Federal Institution of Higher Education, which transcriptions were studied by Fiorin speech analysis technique. In the results and discussion was possible to list the empirical categories: 1. Aid disciplines in work practice; 2. Concept of pedagogical approaches; 3. Disciplines administration that contributed to the labor market; 4. Subjects with limitations; 5. Disciplines of administration and management applied to nursing. It follows that points out the importance of academic training for the performance of the nurse manager in the labor market by emphasizing safety, dexterity and performance of teachers to train professionals willing to learn to constantly learn and to overcome everyday challenges.

Keywords: Education nursing. Health services administration. Faculty. Nurse Administrators.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CMCB, Backes VMS, Gue JM. Avaliação no ensino de graduação em enfermagem na América Latina: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*.

[periódico na internet] Jul. 2011 [acesso em 20 Abr. 2016];23:118-39. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt_docencia2.pdf.

2. Nóbrega MF, Matos MG, Jorge MS. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino. *Revista de Enfermagem*. [periódico na internet] Rio de Janeiro Jul./Set. 2008 [acesso em 19 Abr. 2016]; 16(3):333-38. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a06.pdf>

3. Bernardino, E. Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. [tese de doutorado do curso de enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007. 176p.

4. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

5. Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrientos DMS, Fonseca RMGS, et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm. USP*. [periódico na internet] São Paulo Dez. 2009 [acesso em 20 Abr. 2016]; 43(2):1181-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600006

6. Perna P, Chaves MMN. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. *Rev Trab. Necessário*. [periódico na internet] 2008 [acesso em 19 Abr. 2016]; 6(6):01-28. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>

7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

8. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 15. ed. São Paulo: Contexto; 2013.

9. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Rev Eletr Enf*. [periódico na internet] 2008 [acesso em 19 Abr. 2016]; 10(1):228-34. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a21.pdf

10. Libâneo JC. Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 23. ed. São Paulo: Loyola; 2009.

11. SILVA J.C; ROZENDO, C.A, BRITO, F.M.M; COSTA T.J.G. A percepção do formando de enfermagem sobre a função gerencial do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf*. [periódico na internet] Abr./Jun. 2012 [acesso em 20 Abr. 2016]; 14(2):296-303. Disponível em: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/12565/11625>.

12. Dias HCV, Paiva KCM. Formação de competências gerenciais a partir de disciplinas de gestão no curso de enfermagem: percepções de alunos de uma universidade privada. Rev Mineira Enferm. [periódico na internet] Nov. 2009 [acesso em 19 Abr. 2016]; 13(4):474-84. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/214>
13. Mokowiecky S. Expansão e qualidade no ensino superior – contrapontos e desassossegos. In: XXIV Encontro Nacional de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileira – ForGRAD. Palmas (TO): 2011 Mai./Jun.
14. Nascimento FS, Helal DH. Expansão e interiorização das universidades federais: uma Análise do Processo de Implementação do Campus do Litoral Norte da Universidade Federal da Paraíba. Rev. Gual. [periódico na internet] Florianópolis Jan. 2015 [acesso em 20 Abr. 2016]; 8(1):45-67. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/gual/article/view/1983-4535.2015v8n1p45/28693>
15. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3 de 7 de novembro de 2001. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2001 [online] [acesso em 2007 set 18]. Disponível em: http://www.anaceu.org.br/legislacao/resolucoes/reso3_07-11-2001.html.

EXPERIÊNCIA DE CUIDADORES NO CONVÍVIO COM VÍTIMA DE QUEIMADURAS

Rosa Cristina Farias da Silva¹⁶
Paulo Emanuel Silva¹⁷
Nereide de Andrade Virgínio¹⁸

16

¹⁶ Enfermeira. Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência/FACENE. End.: Rua Eng. Luiz Ribeiro Beltrão, 140, Mangabeira III. CEP: 58056-572. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 98865-7875.

RESUMO

Nos últimos tempos, com o aumento de vítimas com queimaduras, torna-se imperativo o investimento na qualidade da assistência de profissionais (cuidadores). Neste sentido, exige-se do profissional maior dedicação, disposição para a prestação dos cuidados, e qualidade na prestação desse cuidado. Neste sentido, conhecer o cuidador dos pacientes queimados, suas dificuldades, limitações e necessidades ajudam na prestação de assistência a esse grupo vulnerável. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de campo, com abordagem qualitativa, realizada no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena com 20 cuidadores. O estudo foi realizado após a aprovação do CEP/FACENE, sob CAEE nº. 48400215.1.0000.5179. Para analisar os dados, foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo. Dentro dessa análise, foi utilizada a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Os resultados apontaram que houve mudanças na rotina familiar, angústia diante o tratamento e expectativas do familiar quanto às sequelas do acidente. O estudo permitiu verificar que o portador de queimaduras, dependendo do seu contexto social, pode ser cuidado por profissionais especializados ou por cuidadores de sua própria família. Entretanto, o estudo mostrou que, apesar de todas as dificuldades, o familiar cuidador é o principal ator, elemento fundamental para o tratamento do paciente queimado, tornando-se desta forma o apoio mais importante para o paciente.

Palavras chave: Experiência. Cuidadores. Queimaduras.

INTRODUÇÃO

A queimadura é um evento de grande complexidade, de difícil tratamento, desencadeada por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, danificando

17

Enfermeiro. Mestre em Ciências das Religiões/UFPB. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Docente da FACENE/FAMENE. E-mail: pauejp@hotmail.com.

18

Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFPB. Coordenadora do Curso de Enfermagem FACENE.

19

Enfermeira. Coordenadora de estágios FACENE. Coordenadora da Pós-graduação FACENE.

diversos tecidos orgânicos, com altas taxas de morbidade e mortalidade em todo o mundo¹.

Diante da complexidade da situação, quando relacionada a uma grande extensão da pele do indivíduo queimado, a família, ao conviver com uma pessoa com queimadura, perpassa por uma situação extremamente difícil. Se esta tiver sua progressão irreversível, como ocorre, muitas vezes, no paciente sequelado de queimadura de 3º grau, este pode ficar com baixa autoestima. Portanto, ao se deparar com esta situação, as famílias podem perceber um sentimento de tristeza, vergonha ou algumas vezes uma revolta acometida por esse problema.

Vale ressaltar que as sequelas das queimaduras podem ser funcionais, estéticas ou psicológicas, o que provoca um impacto social relevante no retorno à produtividade do indivíduo acometido. A ocorrência da reepitelização da área atingida, as cicatrizes, as contraturas e a distorção de toda a imagem culminam, com frequência, na morte social da vítima de queimadura¹.

Entretanto, as queimaduras originam lesões fundamentais com destruição da superfície cutânea a partir de um agente agressivo externo, variando de pequena vesícula, bolha ou erosão a perdas mais profundas, ou largas, capazes de desencadear uma grande diversidade de respostas sistêmicas².

O autor em tela² acrescenta que as queimaduras são lesões causadas na pele, provocadas por contato direto com: produtos químicos, radiação, calor ou frio, por certos animais e vegetais (como ex.: larvas, água-viva, urtiga), corrente elétrica, entre outros agentes, podendo atingir também os músculos, mucosas, vasos sanguíneos, nervos e ossos e que causam dores de intensidades e graus diferentes, dependendo da extensão das queimaduras. São classificadas como injúrias decorrentes de trauma de origem térmica resultante da exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção.

Para a família e para o paciente, é de total importância a explicação do que está acontecendo. Neste contexto, o enfermeiro possui um importante papel nesta situação, no que se refere a fornecer suporte emocional durante todo o curso do tratamento e hospitalização, estabelecendo, assim, oportunidades para que a família

e o paciente tenham suas respostas respondidas e adquiram confiança no profissional.

Diante da realidade vivenciada nos últimos tempos, com o aumento de vítimas com queimaduras, torna-se imperativo o investimento na qualidade da assistência de profissionais (cuidadores). Neste sentido, exige-se do profissional maior dedicação, disposição para a prestação dos cuidados e qualidade na prestação desse cuidado.

Conhecer o cuidador dos pacientes queimados, suas dificuldades, limitações e necessidades ajudam na prestação de assistência a esse grupo vulnerável. Diante do importante papel do enfermeiro, no cuidado aos queimados, é condição imperativa entender o contexto em que o cuidador está inserido. Através deste estudo, pretende-se responder a alguns questionamentos: Quais as maiores dificuldades no cuidado ao paciente queimado? O cuidador está preparado para assistir ao paciente? O cuidador tem conhecimento sobre as reais necessidades do paciente queimado?

OBJETIVOS

- ✓ Caracterizar a situação socioeconômica dos cuidadores entrevistados;
- ✓ Avaliar, na opinião dos cuidadores entrevistados, os desafios enfrentados no acompanhamento dos pacientes queimados;
- ✓ Identificar os obstáculos enfrentados pelos cuidadores no convívio com esses pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. A principal vantagem da utilização de uma pesquisa qualitativa é a de permitir compreender e aprofundar a análise da visão dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, pode-se chegar a considerações consubstanciadas sobre determinados aspectos da realidade³.

O método qualitativo pode ser caracterizado como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados. O aspecto qualitativo de uma investigação pode estar presente até mesmo nas informações colhidas por estudos essencialmente, não obstante perderem seu caráter qualitativo quando transformados em dados quantificáveis⁴.

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, localizado na cidade de João Pessoa-PB. Para escolha desse local, levou-se em consideração que se encontra uma demanda satisfatória de cuidadores de pacientes queimados, para a realização da pesquisa, e também o fato da viabilidade de acesso aos entrevistados.

A população do estudo foi constituída por cuidadores de queimados, sendo entrevistados 20 destes, levando em consideração os seguintes critérios: o cuidador deveria estar em idade superior a 18 anos; deveria ter desejo e disponibilidade para participar do estudo, após ter tomado conhecimento dos objetivos desta pesquisa; aceitar participar voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista, com perguntas referentes ao tema proposto, contendo questões voltadas para a caracterização socioeconômica dos entrevistados, incluindo as seguintes variáveis: ocupação, escolaridade, renda familiar, assim como questões norteadoras com itens que contemplem os objetivos propostos.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, e encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena de João Pessoa, requisitando a permissão para a realização do estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2015, durante visita hospitalar, agendada em dia e horário sugeridos pelos cuidadores, considerando sua disponibilidade de tempo. Foi realizada da seguinte forma: inicialmente, houve um contato prévio com as enfermeiras que entraram em contato com os cuidadores. Em seguida foram explanados os objetivos da pesquisa e a importância da participação dos colaboradores, assim como foi solicitada sua anuência no sentido de participar

do estudo. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos pesquisadores e pelos participantes do estudo. Para registro das informações, foi utilizado um roteiro de entrevista. Houve um cuidado prévio por parte da pesquisadora participante de realizá-la em um ambiente privativo, calmo, tranquilo, sem interferências que prejudicassem a coleta de dados.

Para analisar os dados, foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo⁵ cuja técnica de pesquisa permite tornar replicáveis e válidas as deduções sobre os dados de um determinado contexto, através de procedimentos especializados e científicos. Dentro dessa análise, foi utilizada a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico escolhido³.

Foram adotados, para a análise de conteúdo das falas, os seguintes passos: leitura do material para entendimento do todo; identificação dos pontos convergentes nos questionamentos; agrupamentos de ideias semelhantes; identificação de categorias que foram denominadas de acordo com os significados em cada agrupamento⁵.

Esta pesquisa foi desenvolvida obedecendo aos princípios básicos da pesquisa envolvendo seres humanos, tais como: respeito a pessoa, garantia de máximo benefício individual e comunitário e igual consideração dos interesses envolvidos, conforme a Resolução 466/12 do MS/CNS⁶, bem como a Resolução 311/2007 do COFEN que regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁷. Ressalta-se que o estudo só foi realizado após a aprovação do mesmo pelo CEP/FACENE, sob CAEE nº. 48400215.1.0000.5179.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresenta-se a análise e a discussão dos resultados coletados através de um roteiro de entrevista, contendo perguntas direcionadas aos cuidadores, com o objetivo de mostrar as fragilidades no cuidado e o perfil socioeconômico da população investigada, tais como: gênero, idade, escolaridade, renda familiar, de uma amostra total do presente estudo de vinte cuidadores.

Para a análise dos dados, por questões éticas, foram preservados os nomes dos participantes, adotando nomes fictícios como preconiza o autor desta modalidade de análise⁵.

Caracterizações Socioeconômicas

Esta seção apresenta os seguintes aspectos estudados: especificação de gênero, faixa etária, grau de instrução, aspectos econômicos. Pode-se observar que dos 20 cuidadores entrevistados, 55% (11) são do sexo feminino e 45% (09) são do sexo masculino.

A faixa etária da população entrevistada variou de 20 a mais de 60 anos. Observou-se que os cuidadores estão distribuídos nas seguintes faixas etárias: de 20 a 30 anos, 40% (08 indivíduos), 30 a 40 anos, 45% (09), 50 a 60 anos, 15% (03).

Quanto ao grau de instrução, de acordo com o resultado da pesquisa, 85% (17) dos cuidadores possuem o ensino médio, seguidos de superior completo 10% (02), e com superior incompleto 5% (01).

Dentre esses, 20% da amostra são cuidadores contratados pelas famílias e possuem qualificação em uma determinada área de saúde, ficando apenas responsáveis no cuidado com os pacientes, não possuindo nenhum grau de parentesco com eles. E 80% são cuidadores com grau de parentesco e não possuem qualificação.

Em relação aos aspectos econômicos, evidencia-se que 50% (10) dos cuidadores têm como renda de dois salários mínimos, 20% (04) têm a renda de um salário mínimo, enquanto que 15% (03) têm renda com valor do piso salarial comercial e 15% (03) são desempregados.

No que se relaciona à essência deste estudo, que é a análise da experiência dos cuidadores com vítimas de queimaduras, inicialmente, foi realizada uma leitura de todas as entrevistas e em seguida a análise dos dados fundamentada nos princípios da técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática. Assim, percebem-se quatro categorias nas entrevistas realizadas com os cuidadores de pacientes com queimaduras: a primeira refere-se à *experiência no convívio com pacientes queimados*, da qual se extraíram as subcategorias: *a realização profissional*, a angústia diante do sofrimento. A segunda refere-se à *rotina familiar*.

Para esta, foram definidas as subcategorias: *dedicação ao paciente e adaptação do paciente*. A terceira categoria, *A expectativa da família*, com a seguinte subcategoria: *o medo das sequelas, retorno ao lar*. E a quarta e última categoria, *Os obstáculos enfrentados*, com subcategorias: *enfrentamento do pudor e a dor do tratamento*.

A experiência no convívio com pacientes queimados

Nessa temática, analisam-se as suas subcategorias, respectivamente. Observa-se adiante, através do discurso dos entrevistados, a percepção de que eles vêem no cuidado os elementos: *o sentido da realização profissional e a angústia diante do sofrimento* que são indispensáveis nas relações de cuidados.

O sentido da realização profissional

A função de cuidar ocorre de modo científico, profissional, devendo ser ético e responsável. Tais cuidados são adquiridos através de investimentos na formação de um profissional, capacitado por cursos, seja de nível médio ou superior. Esses investimentos conduzem ao profissional um melhor sentido ao seu trabalho, levando-o a se sentir mais valorizado e, ao mesmo tempo, essa autovalorização fortalece seu estímulo em investir no seu trabalho, potencializando suas aptidões.

Em relação a essa questão os respondentes Lili e Pétala afirmam que

“Foi uma experiência boa (nova), muito aprendizado por ser um tratamento diferenciado” (Lili).

“Foi ótimo na carreira profissional, (...) prazeroso, apesar da situação, cuido dela com amor, procuro não me estressar com nada” (Pétala).

Como observamos na fala de Lili e Pétala, é importante se identificar com o trabalho, pois faz com que a pessoa que escolhe essa profissão amplie a sensibilidade para com o paciente e encontre um sentido para seu trabalho.

A necessidade do trabalho está atrelada a um sentido, para que este seja desenvolvido de forma satisfatória. O trabalho que faz sentido é feito de maneira eficiente e leva a alguma coisa. Isto é, é importante que o trabalho esteja organizado e leve a um resultado útil⁸. O trabalho também precisa ser satisfatório em si, ou seja, é necessário haver algum prazer e satisfação na realização das tarefas, resolver problemas, usar o talento e potencial, com autonomia. Além disso, o trabalho precisa ser moralmente aceitável, ou seja, ele deve ser feito de maneira socialmente responsável.

A angústia diante do sofrimento

Emoções e sentimentos, geralmente, podem provocar mudanças no comportamento das pessoas, seja para reações positivas ou negativas. Dependendo da situação que se esteja enfrentando, observa-se, nas falas dos respondentes, uma forte presença do sentimento de angústia frente à enfermidade.

Isso é constatado, nas falas dos entrevistados, bem como, mediante o acompanhante a vítimas de queimaduras, que é o maior cúmplice e confidente nas dores físicas e emocionais, medos e ansiedades.

“Muito angustiante, via meu irmão ora chorando, ora se coçando, E se lastimando o tempo todo” (Bitoca).

“Horrível, traumatizante, ele grita muito, coça direto, não dorme. Além do que fede” (Biscoito).

“Chocada vê-la naquela situação, uma moça tão linda” (Lili).

“O convívio com o paciente queimado é a experiência mais difícil que já enfrentei na minha vida, os mais difíceis em todos os procedimentos, banho, curativos, troca de roupas de cama, roupas íntimas, acabamos sofrendo junto também” (Lili).

A Rotina familiar

Nessa temática, analisam-se as suas subcategorias: *dedicação ao paciente; e adaptação*. Verifica-se, no discurso dos entrevistados, a necessidade de dedicação

intensa ao paciente; além de uma série elementos para adaptação do paciente para seguir a sua rotina.

Dedicação ao paciente

O cuidar se apresenta como uma manifestação de dedicação, afeto, amor, carinho, traduzida numa frase muito conhecida do poeta Caetano Veloso, “quem ama, cuida”, e a concepção popular de amar remete a essa forma de compromisso com o outro. Na língua portuguesa, cuidar denota “aplicar a atenção; o pensamento; ter cuidado com os outros e consigo mesmo; tratar de assistir”, dentre outros sinônimos⁹. Como identificamos na fala a seguir:

Tudo mudou, nossa atenção era toda pra ela, principalmente no curativo e na alimentação. (Bibi)

Deixei de fazer algumas coisas que já era rotina para mim. (Popo).

Em relação ao ato de cuidar, proteger, o cuidado abrange o significado de viver do amor, da ternura, da carícia e da convivência¹⁰. O cuidar vai além de nossa compreensão, vai até a prática no dia a dia das pessoas, mesmo que essas não compreendam a grandeza de suas ações. Como veremos no desabafo a seguir:

Tudo, deixei os outros, filho, esposo, enfim tudo, foi uma renúncia. (Ceci)

Na família, só preocupação (...) e na minha, tive que tirar férias do trabalho pra cuidar dele e atestado pra faculdade”. (Bitoca)

O cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. A vida do cuidador é mudada diretamente por causa do paciente. A tarefa de cuidar de alguém, geralmente, soma-se às outras atividades do dia a dia. Diante dessa problemática, é comum o cuidador passar por cansaço físico, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar.

Adaptação do paciente

A família, desde os tempos mais antigos, corresponde a um grupo social que exerce uma influência significativa sobre a vida das pessoas, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém constante interação¹¹.

O cuidado envolve momentos de atenção, zelo, responsabilidade, paciência, envolvimento, afeto e acolhida.

Ao cuidar de um paciente queimado, nos deparamos com uma rotina de muito trabalho, dor e sofrimento, de depressão de sono prejudicado e de incertezas devido às sequelas das queimaduras, dentre tantos outros fatores. Como filha, me sinto desgastada, temos que aprender a ter equilíbrio, físico, psíquico, emocional, necessários para execução de nossos cuidados e acompanhamento. (Filha)

O cuidador desempenha um papel primordial na vida dos pacientes, especialmente os cuidadores familiares, já que a família costuma ser a principal provedora dos cuidados e das necessidades básicas¹², como observado no discurso a seguir:

Tudo, tenho mais dois filhos menores, e quando chego em casa tenho que dar atenção a eles e fazer as coisas em casa, fora o marido que acha pouco e ainda reclama". (Mel)

Cuidar, ação que produz um sentimento que nos caracteriza como seres humanos, pois sem amor não existe o cuidado, porque cuidar é um ato de amor.

Portanto, a partir das falas, percebe-se que há uma mudança repentina no contexto familiar. Em estudo realizado com cuidadores de queimados, também foram observadas mudanças na rotina e os membros da família que permanecem em casa reclamam do afastamento e da diminuição do cuidado e atenção destinados a eles antes do acidente.¹³

Ressalta-se ainda que o ciclo continua, pois, ao mesmo tempo em que tal familiar percebe sua contribuição para a recuperação do paciente, sente também

solidão e falta de apoio no desempenho de seu próprio papel e angústia. Possivelmente, ele percebe que seu afastamento pode contribuir para os desentendimentos entre os demais familiares e para desorganização das atividades do lar¹³.

A expectativa da família

Nessa temática, analisam-se as suas subcategorias: *o medo das sequelas; o retorno ao lar*. Verifica-se, no discurso dos entrevistados, uma presente preocupação com as sequelas, que reflete o sentimento de medo. Paralelo a isso, verificou-se, certa preocupação ao retorno ao lar.

O medo das sequelas

Neste contexto, destaca-se o trauma do paciente, que irá passar a conviver com suas lesões e possíveis sequelas. Ele é submetido a curativos dolorosos e fisioterapia, e pode expressar tristeza, depressão, ansiedade, estresse e dificuldades no relacionamento. Reações essas compartilhadas por sua família. Como veremos nas falas a seguir:

Que vai ficar sem sequelas, sem manchas. (Ceci).

Muito boa, pedindo a Deus que ela fique curada. (Ceci).

Ficar sem sequelas, do mesmo jeito que era. (Snob)

A expectativa é sempre a melhor, que a paciente volte a ter vida normal sem sequelas nenhuma e também sem traumas. (Pétala)

A marca da queimadura pode transformar-se em estigma, traduzida como uma referência a um atributo muito depreciativo¹⁴. Esta situação pode trazer influências negativas para o seu portador em relação ao grupo social ao qual pertence. Neste sentido, o autor em foco acrescenta que, no caso dos que sofreram graves queimaduras, a cicatriz é vista como signo da degradação sofrida, característica que os afasta da normalidade.

Portanto, o corpo transforma-se em símbolo de não pertinência social, representado nas sociedades contemporâneas como realidade em si, pela qual o indivíduo se apresenta a outros e a sociedade avalia a qualidade do ser¹⁴.

Quanto mais visível e extensa a queimadura, maiores são os sentimentos negativos em relação à imagem corporal, que acarretam sofrimento psíquico e demandam atenção especializada na reabilitação¹⁵.

Retorno ao lar

Este é o momento esperado pelos pacientes que, em alguns casos, já estão há dias ou meses na rotina de um hospital. Diante de toda a situação vivida, chega a hora do retorno ao lar. Novas emoções e sentimentos preenchem a expectativa de vida dos pacientes.

Que fique logo bom pra voltamos pra casa afinal aqui é horrível. (Sol)

Sair logo, leva logo ele pra casa bom. (Ourinho)

Obstáculos enfrentados

Nessa temática, analisam-se as subcategorias: *enfrentando pudor; enfrentando a dor do tratamento*. Verifica-se, na fala dos entrevistados, que, juntamente às demais questões expostas acima, têm-se, ainda, o enfrentamento do pudor, além da dor do tratamento.

Enfrentamento do pudor

Pudor significa ter discrição, recato com algo que se diga ou faça e é realmente utilizado quando relacionado ao corpo. Pudor é um termo de origem latina, representado por um sentimento de vergonha; sentimento de recato, castidade; e a pessoa que o tem recusa-se a chamar atenção para si, em especial no que diz respeito ao corpo¹⁶.

Os cuidadores sentem dificuldades na execução das atividades da vida diária com o paciente, devido ao comprometimento causado pela queimadura, provocando situações constrangedoras, como observado na fala:

Ajudar no banho, tinha vergonha de vê-lo nu. (Lua)

Na troca do curativo ele ficava exposto, com vergonha e eu ficava sem jeito. (Bitoca)

Não deixa eu fazer nada por ele, só quer as enfermeiras. (Terra)

Nesse aspecto, ressalta-se que atividades comuns na vida do indivíduo poderão representar uma situação constrangedora, assim como, vestir-se, alimentar-se, pentear-se e outras. Frente a isso, o banho, uma atividade aparentemente comum e de fácil realização, pode representar momento de grande estresse¹⁷.

A dor do tratamento

Quando a necessidade de cuidados aumenta, ocorre um desgaste maior sobre o cuidador¹⁸. Assegura-se essa proposição nas falas a seguir:

A falta de paciência com tanto sofrimento. (Mileide)

Não gosto de vê-la sentindo dor. (Mileide)

Quando tenho que ajudar as enfermeiras a virá-lo, ele chora de dor. (Oddy)

O mau cheiro, a dor. (Oddy)

A dor vivenciada da paciente, surge ate mesmo um sentimento de impotência diante de tanta dor. (Mileide)

A dor da queimadura está geralmente relacionada a atividades específicas tais como, limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia¹⁹.

O primeiro problema das queimaduras é a quebra da barreira de proteção contra germes do ambiente, favorecendo a infecção das feridas por bactérias da pele. A higiene corporal está entre os primeiros requisitos ou fatores essenciais para

uma vida sadia do paciente queimado. No entanto, a lesão da pele dificulta de forma parcial ou total essa higiene, favorecendo a entrada de germes de infecção. Causando odor (mau cheiro).

Frequentemente, o distanciamento entre os indivíduos é intensificado pela visão discriminadora que a sociedade tem sobre a pessoa com lesão, evidenciado pelo odor fétido²⁰. Conforme foram examinados os pacientes portadores de queimaduras, verificou-se que esses relatam sentir dor de maior intensidade no momento da realização de procedimentos²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que o portador de queimaduras, dependendo do seu contexto social, pode ser cuidado por profissionais especializados ou por cuidadores de sua própria família.

Os profissionais cuidadores podem se realizar profissionalmente nesta atividade, desde que a realizem com satisfação. Já para o cuidador familiar, este cuidado requer mais atenção e conseqüente mudança de sua rotina de vida. Estes ainda carregam a preocupação com o seu ente querido, no que diz respeito às conseqüências da queimadura, e todo o processo de reabilitação no seio familiar, envolvendo neste aspecto as questões do pudor, que podem trazer dificuldades no processo.

Entretanto, o estudo mostrou que, apesar de todas as dificuldades, o familiar cuidador é o principal ator, elemento fundamental para o tratamento do paciente queimado, tornando-se desta forma o apoio mais importante para o paciente.

ABSTRACT

In recent times, with an increase of victims with burns, it becomes imperative that the investment in the quality of care of professionals (caregivers). In this sense, the largest professional dedication, willingness to the provision of care, and quality in the provision of that care. In this sense, know the caregiver of the burn patients, their difficulties, and limitations and needs help in providing assistance to this vulnerable group. This is an exploratory-descriptive research, field, with a qualitative approach, held at the Emergency Hospital Senator Humberto Lucena with 20 caregivers. The study was conducted after the adoption of CEP/SURESH, under paragraph CAEE. 48400215.1.0000.5179. To analyze the data, was applying the technique of content Analysis. In this analysis, thematic mode was used, which consists in finding out the cores of the senses that make up a communication which presence or frequent means something to the analytic goal chosen. The results showed that there were changes in family routine, angst on the treatment and family expectations as for the sequels of the accident. The study has shown that the patients depending on its social context can be handled by specialized professionals or caregivers of your own family. However, the study showed that, despite all the difficulties, the family caregiver is the main actor, essential for the treatment of the patient, becoming the most important support for the patient.

Keywords: Experiences. Caregivers. Burns.

REFERÊNCIAS

1. Taveres CV, Hora EC. Caracterização das vítimas de queimaduras em seguimento ambulatorial. Rev Bras Queimaduras [periódico na Internet]. 2011 [acesso em: 20 Nov. 2015]; 10(4):119-123. Disponível em: http://rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=81.
2. Mélega JM. Cirurgia plástica fundamentos e arte: princípios gerais. Rio de Janeiro: Médisi; 2002.
3. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
4. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Portugal: Edições 70; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução CNS 466/12 [Internet]. [acesso em: 20 Nov. 2015] Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/10out09_CartaBoasVindas.pdf

7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007 do COFEN que regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. [acesso em: 10 Nov. 2015] Disponível em: <http://www.coren-sc.org.br/?pagina=empresa/resolucao311>.

8. Morin E, Tonelli MJ, Pliopas ALV. O trabalho e seus sentidos. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 47-56; 2007. [acesso em: 23 nov. 2015] Disponível em: <http://www.psicologiaesociedade.com.br.html>.

9. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares [periódico na Internet]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004 [acesso em: 05 Nov. 2015]; 6(2). Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/idoso.html

10. Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em: 20 Nov. 2015]; 58(4): 471-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>.

11. Pratta EMM, Santos, MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros [periódico na Internet]. *Psicol. Estud.* 2007 [acesso em: 12 Nov. 2015]; 12(2): 247-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>.

12. Caldas CP. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos Envelhecimento* [periódico na Internet]. 2002 [acesso em: 02 Nov. 2015]; 4(8): 39-56. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200005&lng=pt.

13. Carvalho FL, Rossi LA, Ciofi-Silva CL. A queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)* 2008 jun. [acesso em: 27 Nov. 2015]; 29(2):199-206. Disponível em: <http://www.revistagauchadeenfermagem.com.br.html> acesso em 23 nov. 2015.

14. LeBreton D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papyrus; 2003.

15. Costa MCS, Rossi LA, Dantas RAS, Trigueros LF. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enferm.* 2010 Abr/Jun. [acesso em: 20 Nov. 2015]; 15(2):209-16. Disponível em: <http://www.cogitareenfermagem.com.br.html> acesso em 23/nov/2015.

16. Priberan Dicionário Online. Pudor [Internet]. [acesso em: 10 Nov. 2015] Disponível em: <https://www.priberam.pt/DLPO/pudor>.
17. Resende MC, Turra DD, Alves F, Pereira FB, Santos SAP, Trevisan VC. Cuidar de idosos com Alzheimer: Influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa [periódico na Internet]. RBCEH, Passo Fundo. 2008 [acesso em: 13 Nov. 2015]; 5(1): 19-31. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article>.
18. Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL, Parente ADCM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador [periódico na Internet]. Rev Bras Enferm, Brasília, 2008 [acesso em: 20 Nov. 2015]; jul-ago; 6(4):508-13. Disponível em: www.scielo.com.br/html
19. Artz CP, Moncrief JA, PRUIT BA. Queimaduras. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
20. Souza JL, Gomes GC, Barros E JL. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. Rev enferm UERJ. 2009;17(4):550-5.
21. Choiniere M, Melzalk R, Rodeau J, Girard N, Paquin MJ. The pain of burns: characteristics and correlates. J. Trauma. 1989; 29(11):1531-9. In: Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida [periódico na Internet]. Rev.latino-am.enferm, Ribeirão Preto, 2000 [acesso em: 05 Nov. 2015]; jul; 8(3): 18-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>.

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR

Iarla Ferreira Pinho da Silva Alencar²⁰
Layanne Cabral da Cunha Araújo²¹
Dayanne Ricelli de Lima Nóbrega Alencar²²

RESUMO

A infecção hospitalar (IH) é adquirida pelo paciente, após sua admissão na instituição hospitalar, mesmo se manifestando, após a alta e desde que esteja relacionada com a hospitalização. O estudo tem como objetivo descrever a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da IH. A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, e foi desenvolvida com 35 profissionais de enfermagem que atuam no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos- PB. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista escrita e os dados foram representados por meio de tabelas e gráficos. Dentre os resultados obtidos, revelou-se que existem casos de IH na Instituição, porém eles não são notificados. De acordo com a visão dos profissionais, é nas clínicas que ocorre o maior número de casos de IH e as infecções respiratórias são as que ocorrem com maior frequência. Os métodos de prevenção e controle das IHs mais utilizados pelos entrevistados foram a lavagem das mãos, o uso de luvas e máscaras. Além disso, mostrou-se a falta de atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a falta de conhecimento sobre a elaboração de um regimento interno para a CCIH e a inexistência de treinamento dos profissionais de enfermagem para as medidas de controle das IHs. Portanto, este estudo constatou a necessidade de atuação de uma CCIH, para que o serviço prestado aos pacientes não ofereça riscos, que podem ser evitados, quando se tem uma equipe capacitada para prestar uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Profissional de saúde. Cuidados de enfermagem. Infecção hospitalar.

20

Enfermeira, mestre em Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva e mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. End.: Rua Severino Soares, 70, Bairro Maternidade – Patos/PB. CEP: 58701-380. Tel.: (83) 99967-7859. E-mail: iarlaalencar@gmail.com.

21

Biomédica, mestre em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal da Paraíba e doutoranda do programa de pós-graduação em Fisiologia Humana da Universidade de São Paulo.

22

Enfermeira, especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e professora do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A Infecção Hospitalar (IH) é conceituada como uma infecção adquirida que se manifesta durante a internação, ou após a alta, desde que seja relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Esse conceito foi descrito pela Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde (MS)¹.

No Brasil, os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados, além de não ser consolidado por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema no país. Limitações quantitativas e qualitativas comprometem a cobertura e a fidedignidade dos dados sobre a mortalidade².

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um instrumento para mensurar a qualidade do atendimento, apontar e avaliar soluções propostas. Realizar o controle de infecção é uma necessidade que pode ser medida em racionalização de custos, lucratividade ou exigências legal, moral ou ética. Antes de tudo, a CCIH é um compromisso com a saúde da população brasileira, razão da existência dos hospitais³.

A equipe de enfermagem está diretamente relacionada com as principais medidas de prevenção e controle das IH, pois suas atividades estão diretamente voltadas para os usuários de saúde³.

Sabendo da importância desses profissionais no controle da infecção hospitalar, considera-se a Portaria MS 2.616/98¹, que descreve sobre a necessidade de sistematização das informações sobre infecções hospitalares. Esse trabalho teve como objetivo avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem) acerca da infecção hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo classifica-se como uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, sobre a problemática da IH. Foi realizado no

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, na cidade de Patos–PB, no período de junho de 2009.

A amostra foi composta de 35 profissionais de enfermagem que se dispuseram participar da pesquisa, após a análise e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A população foi composta por 172 profissionais de Enfermagem (104 técnicos de Enfermagem, 46 enfermeiros e 22 auxiliares), que trabalham na referida instituição de saúde.

O instrumento utilizado na coleta dos dados foi um questionário previamente elaborado, contendo perguntas objetivas, não indutivas e referentes ao tema abordado.

Os dados da pesquisa foram registrados em impresso próprio. Os dados quantitativos foram expressos em forma de tabelas e gráficos, utilizando o programa microsoft excel, e em números de frequência e percentual.

A pesquisa foi realizada levando em consideração as recomendações éticas contidas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁴, especificamente no Artigo III, que trata de aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Em seguida, foi enviado ao Comitê de Ética das FIP para aprovação e apreciação, o qual teve sua autorização sob o Protocolo nº 0291/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo, se descreveu a percepção dos profissionais de enfermagem acerca de infecção hospitalar em hospital de uma cidade do interior da Paraíba. Foi relatado que existem casos de IH na instituição, porém, não foram notificados.

De acordo com a formação profissional, faixa etária e o gênero dos profissionais de enfermagem, a maior incidência da amostra estava composta por profissionais enfermeiros e auxiliares, jovens de até 30 anos de idade, e o gênero predominante foi o feminino (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 - Formação profissional.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	(Nº)	%
Enfermeiro	21	60
Técnico de Enfermagem	13	37,2
Auxiliar de Enfermagem	01	2,8
TOTAL	35	100%

Tabela 2 - Faixa etária e gênero dos profissionais de enfermagem.

FAIXA ETÁRIA	Nº	%	GÊNERO	Nº	%
Até 30 anos	23	65,7	Feminino Masculino	31 04	88,6 11,4
Entre 31 e 40 anos	07	20			
Entre 41 e 50 anos	03	8,6			
Entre 51 e 60 anos	02	5,7			
Acima de 60 anos	00	00			
TOTAL	35	100%	TOTAL	35	100%

A enfermagem assume um novo perfil na cidade de Patos-PB, onde predominam profissionais recém-formados, viabilizando melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Constata-se que esse aumento do número de profissionais de enfermagem, nos últimos anos, foi devido a uma maior disponibilidade do curso nesta região.

Nos últimos anos, houve um crescimento significativo da oferta de trabalho devido à implantação de Programas do MS, favorecendo, principalmente, os jovens recém formados⁵.

A profissionalização feminina, iniciada no final do século XIX, estava relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, a mulher vinculada ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação. A enfermagem, nesse contexto, foi a primeira profissão feminina universitária no Brasil, sustentando programas de saúde pública e garantindo o funcionamento dos serviços de saúde. O universo social e histórico do cuidado de saúde pela enfermagem, na perspectiva da divisão sexual do trabalho, mostrou, de acordo com dados de 1990 a 2003, a

estabilidade em relação ao gênero, com predominância feminina nas diferentes categorias da enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar)⁶.

Em relação às IH, constatou-se que 21 (60%) dos participantes informaram que existem casos de IH no hospital e 14 (40%) não sabem sobre o assunto (Gráfico 1). Além disso, 28 (80%) entrevistados afirmaram que os casos de IH no HRP não são notificados e 07 (20%) afirmaram que há registro (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Conhecimento dos profissionais sobre a existência de IH no Hospital Regional de Patos (HRP).

Gráfico 2 - Conhecimento dos profissionais à cerca das notificação dos casos de IH existentes no HRP.

A equipe de enfermagem é o grupo numeroso e que fica o maior tempo em contato com pacientes internados em hospitais. A natureza do seu trabalho, que inclui a prestação de cuidados físicos e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, torna-a um elemento fundamental nas ações de prevenção, detecção e controle da IH. Embora a formação de enfermeiros inclua conteúdos que circundam essa problemática, o mesmo não se dá com os demais profissionais de enfermagem, o técnico e o auxiliar que, sob a supervisão do enfermeiro, exercem suas atividades, porém, a vigilância sobre as IH's fica a cargo do enfermeiro.⁸

Segundo os profissionais entrevistados, 20 (57,2%) afirmaram que a maior incidência de IH nos setores do HRP é nas clínicas, 17 (48,6%) relataram ser na UTI e 13 (37,2%) confirmaram ser no bloco cirúrgico. Outros 6 profissionais (17,2%) afirmaram outros setores e 09 (25,7%) não souberam relatar (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Setor do hospital onde ocorre maior incidência de IH na visão dos profissionais de Enfermagem.

Apesar de não existirem estatísticas nacionais que revelem a magnitude do real problema, estima-se que entre 6,5 e 15% dos pacientes internados contraem um ou mais episódios de infecção. Este processo acresce, em média, 5 a 10 dias ao período de internação, dependendo de suas complicações⁹.

A maior incidência das IH's no setor das clínicas pode estar relacionada a fatores como a estrutura física das enfermarias, que é o local onde ocorre uma maior rotatividade de pessoas. Em algumas enfermarias encontram-se diversos pacientes com diferentes patologias e, conseqüentemente, uma maior e diversificada carga de microrganismos. As UTI's, local onde há usuários mais debilitados, apresentando patologias mais graves, imunidade ineficaz e onde ocorrem procedimentos invasivos constantemente, também não deixam de ser uma área de risco para IH.

Cerca de 5% dos indivíduos internados nas UTI's adquirirão uma IH, o que resultará no aumento do tempo de internação, em torno de cinco a dez dias, e serão consideradas como consequência dos cuidados assistenciais em até 30% do total de casos¹⁰.

Os casos de IH nos blocos cirúrgicos poderão ocorrer devido ao próprio procedimento e à incisão cirúrgica, a condição dos materiais e instrumentos utilizados, assim como a qualidade das técnicas assépticas, antissépticas, desinfecção e esterilização.

Os resultados mostraram que 11 (31,4%) participantes relataram que as infecções do trato urinário são as mais frequentes no HRP; 06 (17,2%) afirmaram ser as septicemias; 21 (60%) descreveram que são as infecções respiratórias; e 07 (20%) relataram ser as feridas cirúrgicas (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Tipos de infecções que ocorrem com maior frequência no HRP de acordo com os profissionais de enfermagem.

Dentre as principais infecções hospitalares endêmicas, a infecção do trato urinário (ITU) é, na maioria das vezes, a mais comum. A instrumentação do trato urinário representa o fator de risco mais importante na aquisição de ITU, especialmente a sondagem vesical, precedendo-a em mais de 80% dos casos, e outras manipulações em 5 a 10%. Nos pacientes mantidos sob sondagem vesical,

nos quais a urina é drenada para reservatórios abertos (sistema aberto), o risco de infecção pode atingir 100% após quatro dias. Quando se utiliza o sistema de drenagem fechado, aproximadamente 50% dos pacientes desenvolvem ITU após 10 a 14 dias, sendo possível prevenção de 70 a 85% destes episódios em relação ao sistema aberto³.

A segunda topografia de infecção hospitalar em muitas instituições é a ferida cirúrgica. O principal fator predisponente é o potencial de contaminação da cirurgia, mas a duração do procedimento e as condições pré-operatória do paciente também têm grande importância, tanto que estes três fatores determinam o índice de risco de infecção cirúrgica¹¹.

A infecção do trato respiratório é, geralmente, a terceira principal topografia de infecção hospitalar. Fatores como idade, patologia de base, instrumentação do trato respiratório, colonização da orofaringe com flora intestinal favorecida pela neutralização do pH do estômago e pelo uso de sondas, endoscopia, equipamentos de terapia respiratória, broncoaspiração e biópsia transbrônquica predispoem ao aparecimento dessas infecções¹².

As bacteremias primárias ocupam, muitas vezes, o quarto lugar dentre as infecções hospitalares. O avanço tecnológico contribuindo para maior sobrevivência do paciente introduziu também o uso de novas terapias mais invasivas e, entre elas, destaca-se o acesso vascular, favorecendo, assim, ao aumento da incidência de infecções da corrente sanguínea. Os fatores de risco associados à bacteremias são: idade, alterações dos mecanismos de defesa locais ou sistêmicos, utilização de insumos contaminados e emulsões lipídicas³.

De acordo com as medidas preventivas, os dados relataram que 34 (97,2%) participantes sempre lavam as mãos; e apenas 01 (2,8%) afirmou lavar às vezes (Gráfico 5). Em relação aos equipamentos de proteção individual (EPI), foi visto que 24 (68,6%) profissionais utilizavam luvas; 23 (65,7%) usavam máscaras; 05 (14,3%) usavam avental (jaleco); e 06 (17,2%) utilizavam outros métodos de prevenção e controle das IH's como: touca, propé e máscara N95 (Gráfico 6).

Gráfico 5 - Frequência da lavagem das mãos pelos profissionais de Enfermagem.

Gráfico 6 - Tipos de EPI's mais utilizados como métodos de prevenção e controle das IH's.

Sabe-se que existem inúmeros procedimentos que aumentam o risco do usuário em adquirir uma infecção, como o uso de sondas, cateteres, instrumentos de aspiração, traqueóstomos e puncionamento de vasos¹³. Daí a necessidade da utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e dos procedimentos de limpeza e desinfecção dos materiais utilizados.

O Anexo IV da Portaria MS 2.616/98 identifica que a lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das IH's e deve ser realizada após contatos que envolvam mucosas, secreções, excretas e sangue ou outros fluidos corpóreos. Mesmo na assistência a um único paciente, ela deve ser realizada sempre que envolver a manipulação de outro sítio corporal¹.

Seria importante que todos os profissionais do HRP, assim como os pacientes internos e os visitantes, tivessem consciência da importância deste procedimento, pois é a forma mais básica de prevenir e controlar as IH's, já que diminui a disseminação de microrganismos e o risco de infecções cruzadas.

De acordo com o treinamento de profissionais em relação à prevenção e ao controle das IH's, foi relatado por 28 (80%) profissionais que não existe esse treinamento; enquanto 07 (20%) afirmaram a existência de treinamento (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Treinamento dos profissionais de enfermagem sobre as ações de controle de IH.

Em relação à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), 20 (57,2%) entrevistados afirmaram que não existe uma CCIH no HRP; enquanto 15 (42,8%) relataram que existe (Gráfico 8). Na visão dos profissionais de Enfermagem que afirmaram a existência de uma CCIH no HRP (Gráfico 6), constatou-se que 12

(80%) confirmaram que não há atuação dessa CCIH; e apenas 3 (20%) relataram que existe atuação (Gráfico 9). Dos profissionais entrevistados, 20 (57,2%) relataram que não há um regimento interno para a CCIH no HRP e 15 (42,8%) afirmaram que existe (Gráfico 10).

Gráfico 8 - Conhecimento dos profissionais sobre a existência de uma CCIH no HRP.

Gráfico 9 - Conhecimento dos profissionais sobre a atuação da CCIH no HRP.

Gráfico 10 - Conhecimento sobre a elaboração de um regimento interno para a CCIH no HRP.

Verificou-se a insegurança dos participantes em responder ao questionamento, pois uma grande parte dos profissionais foi admitida recentemente

e pelo fato de que a CCIH do estabelecimento em estudo encontrava-se inativa por um longo tempo, não havendo respaldos concretos que confirmassem a pergunta.

É necessário que a equipe de enfermagem seja formada por profissionais que estejam envolvidos com a problemática do controle das infecções, com conhecimentos e interesses crescentes em relação ao tema, independente de sua especialização profissional. A Enfermagem, dentro das CCIH, é de extrema importância, já que é o profissional de saúde que tem um contato mais direto com o paciente, em um maior espaço de tempo⁷.

Sabe-se da importância da notificação dos casos existentes de IH, pois através deles observam-se, analisam-se, questionam-se e realizam-se as intervenções necessárias para que haja prevenção e redução dos casos. Sem os dados de investigação e comprovação de IH, não tem como a vigilância epidemiológica elaborar o relatório contendo as informações sobre o nível endêmico das IH's na instituição. Por outro lado, acredita-se que seja inviável para a instituição notificar ou até mesmo divulgar os casos de IH, já que a CCIH não é atuante, segundo as informações.

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 obriga todos os hospitais brasileiros a constituírem uma CCIH, que deverá atuar de acordo com programa desenvolvido na própria instituição. A referida lei instituiu a obrigatoriedade da existência da CCIH e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais¹⁴.

Segundo as informações, não existia atuação da CCIH no período da pesquisa. Porém, o que se tomou conhecimento é que existe um projeto para implantação da CCIH e que estava sendo formada a comissão.

Conforme a Portaria nº 2.616/98 cabe a CCIH do hospital elaborar um regimento interno e caberá a autoridade máxima da instituição aprovar e fazer respeitar o regimento interno desta comissão¹. Como é de responsabilidade da CCIH promover o treinamento dos profissionais acerca IH, pelo fato de muitos profissionais de enfermagem terem sido admitidos recentemente e muitos serem recém-

formados, predominou na pesquisa que não houve treinamento destinado a estes funcionários.

Os problemas de IH merecem atenção continuada de todos os que estão inseridos no ambiente hospitalar e para que isto ocorra, é necessária a capacitação do quadro de funcionários através do treinamento contínuo para as medidas profiláticas das IH's.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender melhor o comportamento das IHs e elaborar as medidas de controle e prevenção pertinentes, é preciso conhecer quais os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento destas infecções como, por exemplo, as características do próprio hospital, o tipo de serviço prestado, a gravidade e a complexidade dos pacientes e o sistema de vigilância epidemiológica e Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) adotados pela instituição de saúde.

A equipe de enfermagem é uma equipe numerosa e que permanece por mais tempo com o paciente internado no hospital. A prestação da assistência da enfermagem a torna um elemento fundamental nas ações de prevenção, detecção e controle das IHs, cabendo ao enfermeiro o papel de supervisionar as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem e de colher dados para a vigilância epidemiológica de IHs.

Ao término desta pesquisa, alcançamos os objetivos propostos, considerando que este trabalho teve grande importância por mostrar uma realidade do hospital de referência na cidade de Patos-PB, que direta ou indiretamente reflete na qualidade da assistência desenvolvida.

THE PERCEPTION OF SPECIALIZED CARE OF PATIENTS ON HYPERTENSIVE CRISIS

ABSTRACT

The Hypertensive crisis is involved every day a greater number of people and is considered a critical state in the public health field. The perception and knowledge of people about the disease carrier to provide some essential care that can minimize injuries to health. This study aimed to identify the perception of patients of a Special

Unit on Hypertensive crisis and outline the socioeconomic profile of patients interviewed; as certain the grounds on which the Special Unit seek and evaluate the importance of nursing care for patients in crisis. The research was exploratory and descriptive, with quantitative and qualitative approaches as an instrument used to collect data, using a semi-structured interview consists of questions related to perception of PHS users on the topic, the socio-demographic characteristics of the participants and the variables: gender, age, marital status, housing conditions, education level, profession and income family as well as care nursing. The sample consisted of thirty (30) PHS users, seeking some kind of specialized care. The realization of the research took place with the permission of the direction of Polyclinic Leonard Mozart and approval by the Research Ethics Committee - (CEP) of Nova Esperança College - FACENE. The present study considered the ethical conduct governed by Resolution 466/12 of the National Health Council (CNS). The results showed a significance of the subjects regarding the lack of hypertensive crisis, and about the actions of nursing that require an acknowledgment by customers and the multidisciplinary team, for purposes of providing greater visibility in nursing activities with respect educational practices designed to encourage customers to hypertensive patients the importance of nursing in primary care and understanding about the severity of the condition.

Keywords: Hypertension. Nursing. Emergency.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616. Dispõem sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da União, 1998, 12 de maio.
2. Turrini RNT, Santo AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *Jornal de Pediatria*. 2002 Nov/dez; 78 (6).
3. Fernandes AT. As infecções dentro do âmbito hospitalar. *Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2008.
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP). Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
5. Bezerra DOS. Políticas Públicas Voltadas para o PSF. Palestra, 2002.

6. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. Athenea digital, v. 13, 2013.
7. Cardoso RS, Silva MA. A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. Texto e Contexto de Enfermagem. 2004; 3:50-7.
8. Turrini RNT. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2000 jun; 34 (2).
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Brasília. DF, 1997.
10. Chor D, Klein CH, Marzochi KBF. Infecção Hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. CAD. Saúde Pública. 1990; 6 (2).
11. Braga KAM, Souza LBS, Santana WJ, Coutinho HDM. Microrganismos mais frequentes em unidades de terapia intensiva. Revista Médica Hospital Ana Costa. 2004 Out/Dez; 9 (4).
12. Couto RC, Pedrosa TMG. Infecção Hospitalar. Enciclopédia Saúde. V.2. Medsi, 2006.
13. Martins GH, Oliveira AC. Feridas e Curativos. In: COUTO, RC; PEDROSA, TMG. Infecção Hospitalar. Enciclopédia Saúde.V.2. Medsi, 2006.
14. Silva EU, Nogueira MGS, Peixoto MLB. Pneumonia Hospitalar. In: COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia M. G. Enciclopédia Saúde: Infecção Hospitalar. V.1. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

**PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO
DE MEMBROS INFERIORES ATENDIDOS EM HOSPITAL PÚBLICO
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB**

Ernesto de Souza Diniz Neto²³
Katianne Rafaelle Azevedo Alves²⁴
Maria Anunciada Agra de Oliveira Simão²⁵

23

□Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Av. Marieta Steimbach da Silva, 106. CEP: 58043-320. Tel.: (83) 99121-9277. E-mail: ernestodinizneto@hotmail.com.

24

□Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança. End.: Rua José Maria Tavares de Melo, 301 CEP: 58032-420; Tel.: (83) 99121-9062. E-mail: katianne_azevedo@hotmail.com.

25

□Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Av. Ingá, 250. CEP: 58038-

RESUMO

Os diversos estudos apontam para o aumento crescente do número de diabetes no mundo inteiro. Por sua vez, o pé diabético, de todas as complicações diabéticas, é a que mais pode ser prevenida. O impacto da diabetes no mundo foi de 5 milhões de vidas perdidas em 2013. A pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil dos pacientes diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores, identificando a idade, sexo, comorbidades, tempo de internação, tratamento da diabetes, tabagismo e amputações prévias. Trata-se, portanto, de um estudo do tipo documental, retrospectivo descritivo, com abordagem quantitativa, com pesquisa realizada em hospital público no município de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados a partir de prontuários de pacientes diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores atendidos na Instituição. Dos 70 prontuários analisados, 35 (50%) são do sexo masculino e 35 (50%) são do sexo feminino. A média de idade dos pacientes submetidos à amputação foi de 68,57. Foi verificado que 50 (71,42%) pacientes apresentavam como comorbidade a Hipertensão Arterial Sistêmica, 32 (45,71%) a Doença Arterial Periférica e 1 (1,42%) a Insuficiência Venosa Crônica. Com esse estudo, evidenciamos que a amputação de membros inferiores nos pacientes diabéticos é uma complicação de possível prevenção. Logo, devemos melhorar o atendimento primário desses pacientes, diagnosticá-los, tratá-los de forma adequada e encaminhá-los a um atendimento especializado (Centro de pé diabético), tendo em vista a necessidade de uma interação multidisciplinar.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Pé diabético. Amputação. Doenças Diabéticas Vasculares.

INTRODUÇÃO

O diabetes é a principal causa de mortalidade, porém, vários estudos indicam que esta enfermidade provavelmente é subnotificada como causa de morte. Nos EUA, o diabetes foi listado como a sétima principal causa de morte em 2007. Estimativa recente sugere que o diabetes foi a quinta principal causa de morte em todo o mundo e que foi responsável por quase 4 milhões de mortes em 2010.

Uma das mais temidas consequências do diabetes de longa duração é a perda de um pé ou perna. Geralmente, essa fatalidade advém de formação ulcerosa no pé, que se agrava por dificuldade de cicatrização e infecção. Na Suécia e em países do norte europeu, cerca de 2,0% a 3,6% dos pacientes diabéticos desenvolverão uma úlcera no pé anualmente, valores estes que pelo menos duplicam naqueles com neuropatia. Muitos desses pacientes exigirão internação,

que se caracteriza por ser longa e, conseqüentemente, dispendiosa. De fato, a educação do paciente e os cuidados relativamente simples com os pés diminuem entre 40% a 50% a frequência de amputação de membros inferiores. Infelizmente, tais medidas profiláticas nem sempre têm recebido a atenção necessária.²

Através do estudo, constatou-se o impacto do diabetes ao se registrar que 5 milhões de vidas foram perdidas só em 2013. Houve aumento crescente do número de diabetes no mundo inteiro e o pé diabético, entre todas as complicações diabéticas, é a que mais pode ser prevenida.³

Sensibilizados com tais dados, escolhemos este tema, pois o diabetes é uma doença de alta prevalência e um importante problema de saúde pública, que, se não controlada, evolui com complicações, entre elas, o pé diabético - uma das complicações mais temidas dessa enfermidade e que compromete a produtividade e qualidade de vida do paciente. Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil dos pacientes diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores, identificando a idade, sexo, comorbidades, tempo de internação, tratamento do diabetes, tabagismo e amputações prévias.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, documental retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. A população desta pesquisa foi constituída por prontuários de pacientes atendidos em hospital público no município de João Pessoa-PB. No que diz respeito à amostragem, foi constituída por setenta (n=70) prontuários de pacientes com diabetes.

Para a seleção dos prontuários, foram considerados elegíveis os seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes com pé diabético de ambos os gêneros, adultos jovens, de meia idade e idosos, no período compreendido entre dezembro de 2014 a junho de 2015. Como critério de exclusão, elegemos: documentos ilegíveis e com rasuras.

O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro norteador, com informações do prontuário, contemplando as variáveis de identificação: a idade, sexo, comorbidades, tempo de internação, tratamento da diabetes, tabagismo e amputações prévias. O material coletado foi selecionado e analisado com base no

método quantitativo a partir de dados coletados de informações contidas nos prontuários. Posteriormente, os dados foram representados em forma de gráfico e analisados descritivamente à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS

Dos 70 prontuários analisados, 35 (50%) são do gênero masculino e 35 (50%) são do gênero feminino. Pode-se avaliar que o gênero não configurou um fator de risco para a amputação de membros inferiores em diabéticos.

A média de idade dos pacientes submetidos à amputação foi de 68,57. Na faixa etária < 40 anos, foi evidenciado apenas 1 (1,42%) paciente submetido à amputação. Entre 40-50 anos, 3 (4,28%) pacientes; 51-60 anos, 15 (21,42%) pacientes; 61-70 anos, 21 (30%) pacientes; 71-80 anos, 16 (22,85%) pacientes; 81-90 anos, 11 (15,71%) pacientes; 91-100 anos, 3 (4,28%) pacientes. O intervalo de idade neste estudo, entre 61 a 70 anos, foi o que apontou o maior risco para amputação, com 30% dos casos, seguido pelo intervalo entre 71 a 80 anos com 22,85% dos casos. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Avaliação dos pacientes pela faixa etária.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Em relação ao período de internação, 6 (8,57%) pacientes permaneceram por 2 dias; 14 (20%) pacientes por 3 dias; 15 (21,42%) pacientes por 4 dias; 4 (5,71%) pacientes por 5 dias; 8 (11,42%) pacientes por 6 dias; 9 (12,85%) pacientes por 7 dias; 6 (8,57) pacientes por 8 dias; 3 (4,28%) pacientes por 9 dias e 2 (2,85%) por 10 dias. (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Avaliação dos pacientes pelo período de internação.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Dos prontuários analisados, foram verificados 50 (71,42%) pacientes que apresentavam como comorbidade a Hipertensão Arterial Sistêmica; 32 (45,71%) a Doença Arterial Periférica e 1 (1,42%) a Insuficiência Venosa Crônica. (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Avaliação dos pacientes pelas comorbidades.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A análise dos dados com relação ao tratamento da diabetes evidenciou que 15 (21,4%) pacientes realizavam tratamento com hipoglicemiantes orais; 14 (20%) pacientes fazem uso de insulina; 2 (2,85%) pacientes fazem tratamento combinado com hipoglicemiantes orais e insulina. No entanto, 40 (57,14%) pacientes não dispuseram de dados no prontuário. (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Avaliação dos pacientes de acordo com a terapêutica.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A relação do tabagismo com os pacientes submetidos à amputação dos membros inferiores foi de 8 (11,42%) pacientes. Não foi verificado o hábito tabácico em 2 (2,85%) pacientes. Entretanto, não obtivemos resultados em 60 (85,71%) pacientes devido à falta de dados nos prontuários.

De acordo com os dados coletados sobre a amputação prévia, a amputação menor esteve presente em 3 (4,28%) pacientes e a amputação maior em 2 (2,85%) pacientes. Do mesmo modo, não obtivemos resultados de 65 (92,85%) pacientes por falta de dados no prontuário. (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Avaliação dos pacientes submetidos à amputação prévia.
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Entre junho a dezembro de 2014, 140 pacientes diabéticos foram atendidos no hospital público, onde 108 destes foram submetidos à amputação dos membros inferiores e 32 pacientes permaneceram apenas no atendimento da clínica médica. Neste presente estudo, observou-se que 77,1% dos pacientes diabéticos atendidos na unidade hospitalar foram submetidos à amputação de membros inferiores. Dos 70 prontuários analisados, observou-se que 2 pacientes evoluíram para o óbito no pós-operatório.

Em concordância ao nosso estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre o sexo dos pacientes submetidos à amputação: 52% eram do sexo masculino e 48% do feminino.⁴ Em outro estudo, entre 23 portadores de DM que se submeteram à amputação no interior do Estado de São Paulo, foram observados percentuais semelhantes.⁵ Entretanto, a incidência de amputação de membros inferiores foi de 58,9% no sexo masculino e 41,1% eram do sexo feminino.⁶ Os homens são duas vezes mais submetidos à amputação do que as mulheres, principalmente por doença vascular periférica. Nas mulheres, entretanto, o diabetes é o principal responsável pelo procedimento e pela elevada mortalidade em todas as faixas etárias.⁷

A média de idade dos indivíduos que foram submetidos à amputação foi de 65 anos⁶, concordando com a margem de idade do nosso estudo. Quando se analisa em relação à faixa etária, observa-se que há uma elevação na incidência de amputações com o aumento da idade, tendo sido considerada significativamente mais frequente no grupo com idade superior a 60 anos.⁸

Quanto ao período de internação, no nosso estudo, foi constatado tempo médio de 5 dias. Todavia, foi identificado um tempo médio de 16 dias de internação dos pacientes com pés diabéticos, com uma mediana de 15 dias.⁸ Esses dados são comparáveis aos do estado da Califórnia, que, por sua vez, apresenta um tempo de internação significativamente mais curto que o da Holanda, que é de 41 dias, e o da Espanha, que chegou a 51 dias.

A hipertensão arterial contribui para o desenvolvimento e progressão das complicações crônicas do diabetes mellitus.⁹ A hipertensão se comporta como um fator de risco, quando comparada à população em geral sem diabetes. Corroborando com a presente pesquisa¹⁰, um estudo mostra que os doentes que não apresentam pulsos distais, caso não sejam revascularizados, evoluem para a amputação. Afirma, ainda, que a doença arterial pode ser considerada um dos principais fatores de risco para úlceras nos pés.⁸ A doença vascular é fator predisponente para amputações em pacientes diabéticos.⁶

O não uso de medicamentos para DM, conforme prescrição, apresentou-se como um fator significativo na determinação de amputações. No entanto, no que diz respeito ao uso inadequado de medicamentos para o controle da DM, não foram encontrados parâmetros de comparação.⁶

Tal achado merece maiores investigações sobre a razão para este problema que, hipoteticamente, poderia estar relacionado à falta de compreensão da prescrição ou a problemas sociopolíticos e culturais. A terapêutica medicamentosa tenderá ao insucesso se os cuidados diários não forem observados. Somente a educação em diabetes pode conduzir a um comportamento positivo para a prática do autocontrole, por melhorar a aderência ao tratamento e ao controle glicêmico.⁹

Foi observada a associação entre a amputação e o hábito de fumar. Os pacientes que continuavam fumando apresentaram chance de ter uma amputação de extremidades inferiores.⁹ É visível a ação que o tabaco exerce na etiologia da vasculopatia periférica, que determina o “pé em risco no diabetes”, fator predisponente para as amputações.¹¹

Outro estudo encontrou em sua pesquisa uma relação com amputação prévia de 50%. Do total de amputações prévias, 50% eram amputações maiores e 50% amputações menores.¹² A ausência de dados nos prontuários prejudicou a análise das seguintes variáveis: tabagismo, amputação prévia e terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa foi realizada em hospital público no município de João Pessoa-PB, por ser um centro de referência público na área da cirurgia vascular. Analisamos prontuários de pacientes diabéticos, submetidos à amputação de

membros inferiores, e fizemos o levantamento de dados. Entretanto, não conseguimos resultados estatísticos relevantes de algumas variáveis, devido à falta de dados disponibilizados nos prontuários.

Evidenciamos que a amputação de membros inferiores nos pacientes diabéticos é uma complicação de possível prevenção. Logo, devemos melhorar no atendimento primário desses pacientes, diagnosticá-los, tratá-los de forma adequada e encaminhá-los a um atendimento especializado (Centro de pé diabético), tendo em vista a necessidade de uma interação multidisciplinar. Deve-se estimular os pacientes a procurarem a assistência médica precocemente, caso apareçam alterações na sensibilidade e/ou lesões dos membros inferiores.

Nosso estudo visou esclarecer os fatores de risco que levam à amputação de membros inferiores dos pacientes diabéticos para tentar diminuir este agravamento. Portanto, concluímos que as necessidades de políticas públicas sistemáticas voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes sejam uma atividade contínua em todos os setores de saúde, pois é uma doença crônica controlável e, com determinadas medidas, teremos a diminuição das complicações preveníveis.

THE PROFILE OF DIABETIC PATIENTS SUBMITTED TO LOWER LIMB AMPUTATION ATTENDED AT THE HOSPITAL PUBLIC DE JOÃO PESSOA-PB

ABSTRACT

Several studies point to the increasing number of diabetes worldwide, and the diabetic foot is all diabetic complications, the one that can be prevented. The impact of diabetes in the world was 5 million lives lost in 2013. The study aimed to evaluate the profile of diabetic patients undergoing lower limb amputation, identifying the age, sex, comorbidities, length of stay, treatment of diabetes, smoking and previous amputations. It is a study of the documentary, descriptive retrospective study with a quantitative approach, aiming to evaluate the profile of diabetic patients undergoing lower limb amputation. The survey was conducted in the Public Hospital in João Pessoa-PB. The data were collected from medical records of diabetic patients undergoing amputation of the lower limbs treated at the institution. Of the 70 charts analyzed, 35 (50%) were male and 35 (50%) are female. The average age of patients undergoing amputation was 68.57. It was found that 50 (71.42%) patients had comorbid Arterial Hypertension, 32 (45.71%) to Peripheral Artery Disease and 1 (1.42%) to Venous Insufficiency Chronic. With this study, we showed that the lower

limb amputation in diabetic patients is a highly preventable complication. Therefore, we must improve the primary care of these patients, diagnose them and treat them properly, refer them to a specialized service (Diabetic Foot Center), in view of the need for a multidisciplinary interaction.

Keywords: Diabetes Mellitus. Diabetic Foot. Amputation. Diabetic Vascular Diseases.

REFERÊNCIAS

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Medicina interna de Harrison. 18. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
2. Maffei FHA, Yoshida HA, Rollo HA, Moura R, Sobreira ML, Giannini M, Lastória S. Doenças Vasculares Periféricas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
3. European Association for the Study of Diabetes, Vienna – Áustria; 2014.
4. Bortoletto MSS, Viude DF, Haddad MCL, Karino ME. Caracterização dos Portadores de Diabetes Submetidos à Amputação de Membros Inferiores em Londrina Estado do Paraná Acta Scientiarum Health Sciencs. 2010;32(2):205-13.
5. Milman MHSA, Leme CBM, Borelli DT, Kater FR, Baccili ECDC, Rocha RCM. Pé Diabético: Avaliação da Evolução e Custo Hospitalar de Pacientes Internados no conjunto Hospitalar de Sorocaba Arq. Bras. Endocrinol Metab. Out 2001;45(5).
6. Santos ICRV, Sobreira CMM, Nunes ENS, Morais MCA. Prevalência e Fatores Associados à Amputação por Pé Diabético Ciência & Saúde. 2013;18(10):3007-14.
7. Spichler D, Miranda Junior F, Spichler ES, Franco LJ. Amputações Maiores de Membros Inferiores por Doença Arterial Periférica e Diabetes Melito no Município do Rio de Janeiro J. Vasc. Br. 2004;3(2):111-22.
8. Nunes MAP, Resende KF, Castro AA, Pitta GBB, Figueiredo LFP, Miranda Júnior F. Fatores Predisponentes para Amputação de Membro Inferior em Pacientes Diabéticos Internados com Pés Ulcerados no Estado de Sergipe J. Vasc. Bras. 2006;5(2):123-30.
9. Gamba MA, Gotlieb SLD, Bergamaschi DP, Vianna LAC. Amputações de Extremidades Inferiores por Diabetes Mellitus: Estudo Caso-Controlle Rev Saúde Pública. 2004;38(3):399-404.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz da sociedade brasileira de diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

11. NEWS. MED.BR. Notícias e Informações sobre saúde. Atualização do algoritmo de tratamento do diabetes mellitus tipo 2: guideline da American Diabetes Association (ADA) e Associação Europeia para o Estudo do Diabetes (EASD). 2013 [acesso em: 23 set. 2014]. Disponível em: <http://www.news.med.br/p/saude/343439/atualizacao-do-algoritmo-de-tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-2-guideline-da-american-diabetes-association-ada-e-associacao-europeia-para-o-estudo-do-diabetes-easd.htm>.
12. Assumpção EC, Pitta GB, Macedo ANCL, Mendonça GB, Albuquerque LCA, Lyra LCB, et al. Comparação dos Fatores de Risco para Amputações Maiores e Menores em Pacientes Diabéticos de um Programa de Saúde da Família J. Vasc. Bras. 2009;8(2):133-8.

RISCOS OCUPACIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Elisângela Vicente Cavalcante Roma¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³
Nereide de Andrade Virgínio⁴

RESUMO

Os profissionais de enfermagem estão sujeitos à exposição de patógenos, por desempenharem um trabalho diretamente envolvido no processo de sistematização da assistência de enfermagem. O trabalho exercido por esses profissionais requer maior qualificação técnica, conhecimento e segurança nos procedimentos executados. A adoção de técnicas e métodos adequados, bem como a prática de medidas eficazes de higiene e segurança do trabalho eliminam ou minimizam os riscos ocupacionais. Objetivou-se identificar os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem durante a assistência ambulatorial. Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, cujo propósito foi identificar as publicações sobre os riscos

ocupacionais da equipe de enfermagem durante o atendimento de urgência no periódico SCIELO. O levantamento bibliográfico desta RI foi realizado por meio da internet, através da consulta dos periódicos, sendo determinada a leitura de todos os resumos publicados nas revistas no período do estudo. Como critérios de inclusão, estabeleceram-se: artigos publicados como ensaio clínico, resultado de pesquisa, relato de experiência ou revisão de literatura, disponíveis online e na íntegra, nos idiomas inglês e português, no período de 2001 a 2014. Foi excluído 1 artigo por não abordar especificamente a temática, 1 nota editorial e 7 artigos sem descrição do percurso metodológico. Desta forma, 10 estudos fizeram parte da amostra. Identificou-se que os profissionais de saúde estão expostos e vulneráveis aos riscos ocupacionais e que a ausência de segurança e conhecimentos técnicos específicos da prática profissional facilitam a contaminação dos agentes patógenos. Sugere-se que os órgãos responsáveis sejam mais efetivos em conduzir estes profissionais de saúde a uma prática regulamentada e aplicável, a fim de minimizar a exposição ao risco e informações que possibilitem a esse profissional a reflexão necessária sobre as condições de trabalho e o cuidar de si.

Palavras-chave: Riscos Ocupacionais. Enfermagem. Assistência ambulatorial.

¹Enfermeira. Discente do curso de especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE. E-mail: elienferm2012@hotmail.com.

²Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com

³Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora Geral do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/PB.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem estão sujeitos à exposição de patógenos, por desempenharem um trabalho diretamente envolvido no processo de sistematização da assistência de enfermagem. O trabalho exercido por esses profissionais requer maior qualificação técnica, conhecimento e segurança nos procedimentos executados.

O aumento das doenças ocupacionais passou a afetar os trabalhadores, após o século XX, nos quais a sobrecarga de trabalho para obter uma remuneração satisfatória influenciou em inúmeras atividades, ocasionando maior vulnerabilidade ao risco físico e mental¹. No entanto, a exposição aos riscos ocupacionais não está necessariamente associada às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho,

estão relacionadas ao tempo ou à duração da exposição, das práticas e dos hábitos laborais, assim como da susceptibilidade individual do trabalhador^{2,3}.

Os riscos ocupacionais são classificados pela organização mundial de saúde como biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, que interferem no processo saúde/doença, embora algumas vezes de maneira abrupta e outras de forma insidiosa, na maneira de viver ou de morrer dos trabalhadores, no modo de conduzir a vida⁴.

No laboratório, os profissionais de enfermagem estão expostos aos mesmos riscos que os profissionais atuantes em hospitais e atendimento pré-hospitalar (APH). Podemos citar os acidentes ocasionados por material perfurocortante, tão comuns entre os profissionais de Enfermagem, devido ao número elevado de manipulação, principalmente de agulhas, que sempre representam prejuízos aos profissionais e às instituições, pois tais acidentes oferecem riscos à saúde física e mental dos trabalhadores⁵.

A exposição aos riscos biológicos é preocupante, uma vez que são causadores de muitos problemas de saúde dos trabalhadores, pois, ao executarem atividades que envolvem o cuidado direto e indireto aos pacientes, estão frequentemente expostos às infecções transmitidas por micro-organismos presentes no sangue ou outros fluídos orgânicos. As agulhas têm sido reconhecidas como um dos principais problemas de exposição para os trabalhadores na aquisição de infecção, expondo-os também aos riscos mecânicos⁶.

Observamos, no cotidiano dos profissionais de enfermagem, certo desconhecimento em relação ao processo de trabalho e sua relação com a saúde/doença, ocasionado, muitas vezes, pelo despreparo desses profissionais em reconhecerem o trabalho como um possível agente causal nos agravos à saúde, aliado à falta de informações sobre os riscos ocupacionais aos quais estão susceptíveis⁴.

Muitas instituições adotaram as precauções padrão como medidas de proteção aos trabalhadores, porém, estudos recentes realizados, tanto no Brasil como no exterior, têm demonstrado que, mesmo assim, a exposição e a infecção continuam ocorrendo de maneira elevada. A aplicação das precauções não é suficiente para garantir as medidas de prevenção, devendo fazer parte das

estratégias as reflexões a respeito das mudanças de comportamento e as causas de acidente⁶.

Em unidades hospitalares, os profissionais atuam em contato direto e contínuo com o paciente, configurando-se, portanto, em um ambiente no qual esses riscos e as exposições aos mesmos são maiores e mais frequentes. Porém, isso não diminui o risco a que profissionais que atuam em laboratório estão expostos, entre eles destacamos os riscos físicos, os químicos e os biológicos⁵.

As principais infecções a que está sujeito o trabalhador da saúde são a Hepatite B e tuberculose pulmonar, citomegalovirus (CMV.), HIV, rubéola, herpes simples, herpes zoster, gastroenterite infecciosa, infecções respiratórias por vírus, citando ainda as doenças causadas bactérias: *Staphylococcus aureus*, *E. Coli* e outras⁷.

O desafio dos profissionais de enfermagem e cidadãos, com relação ao desrespeito e à falta de conhecimento a que estão submetidos, é lutar por políticas públicas, formação profissional e prática institucional que favoreçam melhores condições de trabalho, assim como uma melhor qualidade de vida aos trabalhadores de enfermagem⁸.

Vários estudos abordam que as condições laborais vivenciadas por muitos trabalhadores da equipe de Enfermagem, particularmente em ambiente hospitalar, têm ocasionado problemas de saúde, frequentemente relacionadas à situação e ao setor de trabalho, provocando prejuízos pessoais, sociais e econômicos. Em consequência, têm sido constantes os acidentes, o absenteísmo e o afastamento por doenças, dificultando a organização do trabalho em diversos setores, a rotina dos serviços e, por conseguinte, a qualidade da assistência de Enfermagem⁸.

Embora os profissionais de saúde promovam o cuidado ao indivíduo, pouco se sabe a respeito de cuidar de sua própria saúde profissional. São múltiplas as formas de prevenção adotadas, porém, ao longo do tempo ocorre variação do seu enfoque.

A adoção de técnicas e métodos adequados, bem como a prática de medidas eficazes de higiene e segurança do trabalho elimina ou minimiza os riscos ocupacionais. Tais medidas de prevenção e de controle de riscos biológicos baseiam-se em conhecimentos diversos, envolvendo os de higiene e biossegurança

do trabalho, assim como de educação, administração, engenharia e até de recursos legislativos^{9,10}.

Para tanto, o estudo foi norteado pela seguinte questão: quais os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem durante a assistência ambulatorial? Desse modo, objetivou-se identificar os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem durante a assistência ambulatorial.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, cujo propósito foi identificar as publicações sobre os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem durante o atendimento de urgência, no periódico SCIELO.

Para construção de uma RI é necessário percorrer 6 etapas¹¹. Na primeira deve ser elaborada a pergunta norteadora, definida neste estudo como: quais os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem durante um atendimento de urgência?

A etapa subsequente concerne a busca ou amostragem na literatura. O levantamento bibliográfico desta RI foi realizado por meio da internet, através da consulta dos periódicos, sendo determinada a leitura de todos os resumos publicados nas revistas no período do estudo.

Como critérios de inclusão, estabeleceram-se: artigos publicados como ensaio clínico, resultado de pesquisa, relato de experiência ou revisão de literatura, disponíveis online e na íntegra, nos idiomas inglês e português, no período de 2001 a 2014, contendo no título ou nas palavras-chave os descritores Riscos Ocupacionais, Enfermagem e Assistência Ambulatorial. Foram excluídos estudos de atualização, notas editoriais, artigos sem métodos explicitados e fora do período delimitado para o estudo.

Na terceira etapa foi realizada a coleta de dados, definindo-se o instrumento para reunir e sintetizar as informações. Neste estudo, foi utilizada parte do instrumento validado por Ursi¹², selecionando-se dos artigos itens como título, autores, área de atuação, país de origem, ano de publicação, idioma, objetivos, métodos, resultados e conclusão.

Na quarta etapa foram avaliados os estudos incluídos na RI. Foi excluído 1 artigo por não abordar especificamente a temática, 1 nota editorial e 7 artigos sem descrição do percurso metodológico. Desta forma, 10 estudos fizeram parte da amostra. Após a leitura e análise crítica de todos os estudos selecionados, estes foram agrupados nos seguintes eixos temáticos: Riscos Ocupacionais, Enfermagem, Assistência ambulatorial, Doença e Trabalho.

A quinta e sexta etapas relacionam-se à interpretação dos resultados e à apresentação da RI propriamente dita, respectivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da pesquisa, podemos identificar a dinâmica que envolve o adoecimento e o acidente de trabalho, identificando os elementos consensuais e as divergências, a relação entre os processos de trabalho, as determinações sociais e a manifestação de doenças do trabalho e profissionais, a exposição ocupacional a agentes nocivos para a saúde do trabalhador e seus agravos latentes e residuais. Os profissionais de enfermagem que atuam tanto em hospitais, atendimento pré-hospitalar (APH), como laboratórios, expõem-se a acidentes de trabalho pelo manuseio constante com perfuro-cortante e também por infecções causadas por vírus e bactérias^{8, 13}.

Recomenda-se que os programas de saúde incluam a proteção, a recuperação e a promoção da saúde do trabalhador de forma integrada e que sejam dirigidos não só aos trabalhadores que sofrem, adoecem ou se acidentam, mas também ao conjunto dos trabalhadores¹³.

O número de mortes causadas por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho ultrapassa aquele causado por epidemias como a AIDS. No Brasil, segundo o Ministério da Previdência Social, em 2005, foram registrados 492 mil casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, com 2.708 mortes de trabalhadores^{13, 14}.

As mais frequentes causas dos acidentes de trabalho são resultantes dos chamados “atos inseguros”, praticados pelo próprio trabalhador. Contudo, sabemos que mesmo aqueles acidentes que ocorrem pelo descuido do trabalhador muitas vezes são condicionados por diferentes determinantes, tais como o cansaço

provocado pelas horas extras, estafas crônicas, horas não dormidas, alimentação e transporte deficientes, precárias condições ambientais, manuseio de máquinas e equipamentos que requerem atenção redobrada, intensificação do ritmo de trabalho, exigências de um trabalhador polivalente e más condições de vida e de trabalho, entre outras causas¹⁰.

Se reconhecermos que a saúde e a doença se definem como um processo dinâmico, expresso no corpo, no trabalho, nas condições de vida, nas dores, no prazer e no sofrimento, enfim, em tudo que compõe uma história singular, mas também coletiva, pela influência das múltiplas lógicas inscritas nesse processo, estaremos caminhando para uma concepção ampliada de saúde do trabalhador¹³.

A 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 2005, referendou esta orientação política. Uma das resoluções aprovadas aponta à necessidade de o Estado promover ações de integralidade no desenvolvimento de políticas universais, intersetoriais e integradas, saúde, trabalho e emprego e previdência social, contemplando ações preventivas, de promoção da saúde, de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental, e de saúde do trabalhador), curativas e de reabilitação que garantem o acesso do trabalhador a um atendimento humanizado, cuja consecução esteja assegurada nas três esferas de governo-federal, estadual e municipal¹⁰.

Destaca-se ainda transformar os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), com base na Norma regulamentadora NR-4 do Ministério do Trabalho, em serviços especializados de segurança e saúde no trabalho, contando com a participação efetiva das empresas e dos órgãos públicos e privados na melhoria das condições laborais, de forma articulada com os profissionais das áreas de saúde, segurança e meio ambiente¹⁴.

Todos envolvidos neste processo devem se reconhecer e estabelecer relações de horizontalidade na construção de proposições que visem a vigiar e proteger a saúde. Deve-se, igualmente, garantir o estabelecimento de medidas efetivas na proteção dos trabalhadores, incorporadas à política gerencial e de desenvolvimento das empresas e articuladas com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador¹⁰.

Toda instituição de saúde deve ter um protocolo quando se tem ocorrência de acidentes ocupacionais com exposição a sangue e fluidos corpóreos em que constem recomendações profiláticas pós-exposição e acompanhamento desse trabalhador, pelo menos, durante seis meses após a exposição⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou que os profissionais de saúde estão expostos e vulneráveis aos riscos ocupacionais, e que a ausência de segurança e conhecimentos técnicos específicos da prática profissional facilita a contaminação dos agentes patógenos.

A limitação do estudo foi observada a partir da busca dos artigos, sendo identificadas poucas publicações relacionadas ao tema deste estudo.

Sugere-se que os órgãos responsáveis sejam mais efetivos em conduzir estes profissionais de saúde a uma prática regulamentada e aplicável, a fim de minimizar a exposição ao risco e informações que possibilitem a esse profissional uma reflexão necessária sobre as condições de trabalho e o cuidar de si.

OCCUPATIONAL HAZARDS OF NURSING TEAM DURING THE AMBULATORY CARE

ABSTRACT

Nursing professionals are prone to exposure of pathogens to play a work directly involved in the systematization of nursing assistance process. The work done by these professionals requires greater technical skill, knowledge and security in the run procedure. The adoption of appropriate techniques and methods as well as the practice of effective hygiene and occupational safety eliminate or minimize occupational risks. This study aimed to identify occupational hazards of the nursing staff during an emergency call. This is an integrative review (IR) literature whose purpose was to identify publications on occupational risks of nursing staff during the emergency care in SCIELO journal. The literature of this RI was conducted via the Internet through the periodic consultation, being determined to read all articles published in magazines during the study period. As inclusion criteria was established: articles published as clinical trial, research results, experience report or literature review, available online and in full in English and Portuguese, from 2001 to 2014. It was excluded from Article 1 not specifically address the issue, editorial note 1 and 7

articles without description of the methodological approach. Thus, 10 studies were part of the sample. It identified that health professionals are exposed and vulnerable to occupational hazards, and that the lack of security and specific technical knowledge of professional practice facilitates the contamination of pathogens. It is suggested that the responsible agencies are more effective in driving these health professionals to a regulated and applicable practice in order to minimize exposure to risk and information that enable these professionals the necessary reflection on the working conditions and care for themselves.

Keywords: Occupational Risks. Nursing. Ambulatory Care

REFERÊNCIAS

1. Dreher ACP, Marisco NS. Doenças ocupacionais: um enfoque nos profissionais de enfermagem da hemodiálise. Anais do Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão, XIII Mostra de Iniciação Científica, VIII Mostra de Extensão da UNICRUZ; 2010 Cruz Alta, Brasil.
2. Bessa MEP, Almeida MI de, Araújo MFM, Silva MJ da. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. Rev. enferm. UERJ 2010; 18(4): 644-49.
3. Xelegati R, Robazzi MLCC. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(3):350-6.
4. Secco D, Ros CO, Secco JK, Fiorin JE. Atributos físicos e produtividade de culturas em um latossolo vermelho argiloso sob diferentes sistemas de manejo R. Bras. Ci. Solo. 2005; 29:407-414.
5. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. 2004; 12(1):36-42.
6. Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(3):346-353.
7. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Rev. latino-am. Enfermagem. 2001; 9(1):109-115.
8. Cavalcante CAA, Enders BC, Menezes RMP, Medeiros SM. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;5(1):88-97.

9. Vieira M, Padilha MICS. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. Rev. esc. enferm. USP. 2008;42(4):804-810.
10. Mendes JMR, Wunsch DS. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. Rev. bras. saúde ocup. 2007;32(115):153-163.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. 2008;17(4):758-764.
12. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
13. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2005. [acesso em: 08 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br>.
14. BRASIL. Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho no Estado do Rio Grande do Sul – Ofício enviado em 10/08/2007 ao Presidente Luis Inácio Lula da Silva solicitando a revogação da Portaria No. 17 de 02/08/3007 – Porto Alegre. [acesso em: 02 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.sinditestr.org.br>.

SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Déa Silvia Moura da Cruz²⁶
Fabíola Torres de Brito Oliveira²⁷
Daniela Karina Antão Marques²⁸
Ilana Vanina Bezerra de Souza²⁹

RESUMO

26

□ Doutoranda, Enfermeira do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB), Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa-PB, Brasil. End.: Rua Morise de Miranda Gusmão, 775, Cristo. João Pessoa-PB. CEP: 58070-540. E-mail: deasilvia2000@yahoo.com.br. Tel.: (83) 8789-8669.

27

□ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: fabiolatboliveira@gmail.com.

O nascimento de um bebê prematuro representa um evento estressante para toda a família. Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados, oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a família passa a experimentar a separação do bebê prematuro e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência. A importância do relacionamento mãe-filho enquanto atitude de amor que favorece o desenvolvimento do recém-nascido (RN) e estreita o vínculo afetivo entre os dois, e ainda, a importância em estabelecer uma relação de ajuda entre a equipe multiprofissional e a mãe, justificam o presente estudo. Foram objetivos do estudo investigar quais os sentimentos e expectativas das mães de RN'S prematuros de uma UTIN e conhecer como se estabelece a relação entre mãe e a equipe multiprofissional. A pesquisa foi do tipo exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 4 mães de Rn's na Maternidade Frei Damião, em agosto de 2013. As categorias encontradas foram: vivências do parto prematuro; vivenciando o reestabelecimento do vínculo mãe-bebê; cuidados maternos na UTIN; a equipe multiprofissional como suporte na capacitação das mães para o cuidar. A partir do momento em que a equipe compreende os sentimentos vivenciados pelas mães na UTIN, colocando-se à disposição para atendê-las nas suas necessidades, mantendo com elas uma relação dialógica, capacitando-as e empoderando-as ao cuidar do bebê prematuro, a relação mãe-bebê é estabelecida e os laços com a equipe são estreitados.

Palavras-chave: Mães. Prematuro. Recém-nascido. Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê prematuro representa um evento estressante para toda a família. Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados, é necessário que o recém-nascido seja encaminhado à Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), passando a família a experimentar uma separação do bebê prematuro e a incerteza quanto a sua evolução clínica e sobrevivência¹. Na UTIN, as situações estressantes estão presentes diuturnamente na vida da mãe e do RN prematuro, uma vez que

28

□Doutoranda, Enfermeira do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB), Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa-PB, Brasil.

29

□Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade Nova Esperança. João Pessoa-PB, Brasil

este é sujeito a inúmeros procedimentos invasivos que garantem a sua sobrevivência fora do útero, mas que também o afastam do carinho materno².

Neste contexto, o contato mãe-bebê se torna de tão grande importância quanto os procedimentos realizados pela equipe, uma vez que a estimulação do crescimento e o desenvolvimento do RN favorecem as condições de equilíbrio de suas dimensões psicológica, social e espiritual. Esta relação pode ser efetivada através da realização dos cuidados maternos diários à criança, como alimentação, banho, entre outros. Dessa forma, tratar do bebê prematuro significa, para a mãe, mais que um cumprimento de tarefas apreendidas, representa um exercício de reconhecimento de seu filho, aceitação e ligação afetiva².

Para auxiliar a equipe de saúde na elaboração de vínculos afetivos e duradouros com a família do bebê, o Ministério da Saúde lançou algumas diretrizes como: o livre acesso dos pais à unidade de terapia neonatal; o direito dos pais terem um profissional para fornecer qualquer informação sobre o seu filho internado, sobretudo, na primeira visita; estimular os pais a tocar e acariciar os seus filhos; tornar o ambiente da UTIN acolhedor aos familiares; permitir que participem dos cuidados de seus bebês; escutar atentamente o que eles têm a dizer, esclarecendo as dúvidas que possam ter, dentre outros³.

Diante da importância do relacionamento mãe-filho, enquanto atitude de amor, que favorece o desenvolvimento do RN, estreita o vínculo afetivo entre os dois, e ainda estabelece uma relação de ajuda entre a equipe multiprofissional e a mãe, surgiu o interesse em desenvolver este estudo que tem por objetivos: conhecer os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e verificar o estabelecimento da relação entre mães e equipe multiprofissional.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, realizada na Maternidade Frei Damião, em agosto de 2013, com 4 mães de Rn's prematuros que atenderam os seguintes critérios de inclusão: mães com o RN nascido abaixo de 37 semanas; RN hospitalizado na UTI Neo por um período de uma semana ou mais e

mãe que estivesse em condições físicas e emocionais satisfatórias para interagir com a pesquisadora participante durante a entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista, gravada em MP3, após anuência das mães. O estudo obedeceu aos aspectos éticos, sendo, portanto, o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da CEM/FACENE/FAMENE sob o CAAE n. 20527313.3.0000.5179 e Protocolo nº 192/13. Os dados foram analisados utilizando a Análise do Conteúdo de Bardin⁴. Vale ressaltar que, objetivando resguardar a identidade das participantes, as mães receberam codinome de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Metade das mães encontrava-se entre a faixa etária de 21 a 30 anos e a outra metade entre 31 a 40 anos. Quanto ao grau de escolaridade, metade tinha ensino fundamental incompleto; duas tinham o ensino fundamental completo e apenas uma tinha o ensino médio completo. Quanto ao estado civil, 3 eram casadas e apenas uma solteira. Com relação à renda, uma perfazia menos de um salário mínimo; duas um salário mínimo e uma mais de um salário mínimo. Além da criança internada na UTIN, duas delas tinham ainda mais dois filhos e as outras duas, mais um filho.

A análise dos discursos das mães originou seis categorias, a saber: vivências do parto prematuro; vivenciando a formação do vínculo; cuidados maternos na UTIN; Aptidão quanto aos cuidados maternos; Presença e apoio da equipe multiprofissional; a equipe multiprofissional como suporte na capacitação das mães para o cuidar.

Categoria 1 - Vivências do parto prematuro

Em um momento tão difícil como o do parto prematuro, as mães vivenciam um misto de sentimentos, de alegria, medo, angústia e dor, como verbalizados nos discursos seguintes

“Senti muito medo, pensava muita coisa ruim [...] angústia, quase que eu entrava em depressão. Mas aqui tem uma equipe muito boa, me orientando e me ajudando.” (TULIPA)

“Eu não esperava, [...] eu fiquei muito nervosa, [...] pensando que eu ia perder ela.” (ROSA)

“[...] você fica numa tristeza [...] porque eu já tinha passado por um processo de prematuridade, já tive mais dois prematuros.” (ORQUÍDEA)

“[...] eu disse que meu menino não chegava aos nove meses [...] quando ele nasceu eu não senti [...] tristeza não, só alegria.” (GIRASSOL)

Categoria 2 – Vivenciando o reestabelecimento do vínculo mãe-bebê

A ansiedade das mães para interagir com seus bebês esteve presente em cada discurso, sendo os atos de amamentar, falar, tocar e acariciar as primeiras expressões para na formação do vínculo mãe-bebê.

“[...] eu agora estou muito feliz depois que ele começou a mamar em mim[...].” (TULIPA)

“Meu contato com ele era assim: tocar, conversar com ele e pronto. Eu ia todo dia visitar, passava meia hora, vinte minutos [...] era liberado eu ir quantas vezes quisesse [...]” (ORQUÍDIA)

“Eu ficava lá quase 24 h por dia [...] conversando com ela, alisando [...]” (ROSA)

Categoria 3 - Cuidados maternos na UTIN

Na UTIN, as mães são ajudadas e incentivadas pela equipe a prestarem cuidados de higiene e alimentação ao seu bebê, a fim de sentirem-se seguras para o cuidado domiciliar.

“[...] eu troco ele, limpo, aí coloco no braço e vou amamentar. Esse é o terceiro, e agora que eu tenho mais cuidado ainda [...] Já tenho capacidade de cuidar.” (TULIPA)

“Já dou banho, troco a fralda, tenho todos os cuidados.” (GIRASSOL)

“A gente mantém a higiene limpando as mãos, [...] porque corre o risco de pegar alguma bactéria [...]” (ORQUÍDIA)

“[...] no começo foi difícil porque eu já tinha perdido a prática com crianças, não amamentava, não dava banho, quem me ajudava eram as meninas daqui mesmo, aí agora sou eu mesmo [...]” (ROSA)

Esse é o terceiro, e agora que eu tenho mais cuidado ainda [...] Já tenho capacidade de cuidar.” (TULIPA)

É de suma importância a presença de uma equipe multiprofissional comprometida que dê suporte às mães durante a permanência dela e do bebê na UTIN, transmitindo-lhes orientações de forma clara e simples, empoderando-a quanto ao cuidado com o filho.

Categoria 4 - A equipe multiprofissional como suporte na capacitação das mães para o cuidar

Com relação ao apoio recebido na UTIN pela equipe multiprofissional, as mães foram unânimes em referir a formação do vínculo criado com a equipe e a importância de terem sido capacitadas para os cuidados com o RN prematuro.

“A equipe ajuda, mostra como é para fazer como ele. Ela fazendo e eu olhando, ela me orientando como é para fazer para ter cuidado [...] A equipe é muito boa mesmo [...]” (TULIPA)

“Todo mundo ajuda, a equipe inteira. Assim, primeiramente tenho que agradecer a Deus, às médicas que acompanharam o meu pré-natal, às enfermeiras daqui e aos médicos. A relação é excelente.” (GIRRASOL)

“Foi a enfermeira e [...], toda a equipe. Excelente [...], eu amo elas todas, [...] elas são pessoas boas.” (ORQUÍDIA)

“Foi as meninas (equipe de enfermagem) daqui mesmo [...] são todas ótimas para mim” (ROSA)

A formação de vínculos de respeito e apoio entre a equipe multiprofissional e as mães é de suma importância para a convivência no âmbito hospitalar, pois gera cumplicidade no ato de cuidar e evita traumas decorrentes da hospitalização.

Quando a criança nasce prematura e necessita de cuidados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a mãe passa a ser mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde a seu filho. A visão de um cenário composto de tantas luzes, aparelhos, fios e profissionais especializados, bem como a estimulação sonora incessantemente presente, através de diversos alarmes e ruídos ensurdecedores, produzem incerteza e insegurança na mãe em relação à vida de seu filho fora daquele ambiente².

A ida do RN prematuro à UTIN quebra, então, o vínculo que se estabelece entre o binômio desde a gestação, gerando na mãe um misto de alegria pela sobrevivência do filho, e de angústia e tristeza pela separação inevitável.

A tristeza é definida como “um sentimento humano que expressa desânimo ou frustração em relação a alguém ou algo”⁵, que se justifica pela separação do binômio mãe-filho, uma vez que ambos mantiveram durante um longo período uma relação ininterrupta repleta de amor e de expectativas⁶.

Como o parto prematuro ocorre de forma urgente, a mãe, geralmente, não está com o psicológico preparado. Ou seja, assim como a criança, a mãe sente-se prematura e, muitas vezes, não está pronta para cuidar do seu filho, tendendo a reagir de diversas formas. Em muitos casos, é comum algumas mães tentarem fugir da situação para não serem responsabilizadas pelo cuidar de um filho prematuro. Outras procuram estar presentes em todo o tempo, o que lhes é permitido pela equipe de saúde, para que possam interagir com eles e serem capacitadas para o cuidar.

Ao longo da internação, à medida que o bebê apresenta melhora clínica, a mãe passa a participar dos cuidados com o filho através da higienização no leito, da dieta por sonda, do toque, o segurar no colo, mesmo que por curtos períodos. Essas atividades parecem representar para as mães a reestruturação do papel materno de alimentar os filhos e estabelece a autoconfiança diante das dificuldades a serem vencidas⁶.

Durante a separação, o papel da enfermeira é de consolar, fornecer informações contínua e repetidamente, se necessário, para tranquilizar a mãe sobre o quadro de saúde do bebê, informando o que ela pode fazer para ajudar.

A mãe é a pessoa mais importante na vida do bebê e, para ajudar no processo de apego entre mãe e filho, é importante que os enfermeiros encorajem esta interação. Para tanto, pode-se lançar mão de algumas estratégias, dentre elas o método mãe canguru, o aleitamento materno e a participação nos cuidados de rotina com seu bebê, através de uma interação mãe-enfermeira que priorize o apoio psicossocial e uma comunicação eficaz⁷.

Autores² destacam a importância do estímulo do contato mãe-bebê para o crescimento e o desenvolvimento de uma criança saudável, em pleno equilíbrio de suas dimensões psicológica, social e espiritual. Este contato pode ser desenvolvido através da realização dos cuidados maternos diários à criança, como alimentação, banho, entre outros. Dessa maneira, cuidar do bebê prematuro significa, para a mãe, mais que uma execução de tarefas aprendidas, representa um exercício de reconhecimento de seu filho, aceitação e ligação afetiva.

Logo, as ações desenvolvidas durante o período da hospitalização dos prematuros devem envolver a participação da mãe, com o objetivo de fazer com que

ela participe do cuidado prestado a esse bebê, diminuindo seus medos e ansiedades. A comunicação entre a equipe de saúde e os pais, o acolhimento e a interação entre eles são essenciais para a diminuição do sofrimento dos pais no período de hospitalização dos seus filhos e para a capacitação do aprendizado no cuidado domiciliar⁸.

Apesar dos bloqueios emocionais e dos obstáculos já mencionados, os profissionais de saúde devem incentivar as mães de prematuros a irem ver seus Rn's o mais cedo possível, orientando-as a tocá-los dentro da incubadora, pois, a partir desse contato, é reconstruído o vínculo afetivo mãe-filho. Esse é um processo gradual, mas importantíssimo para iniciar o estímulo à ordenha, procurando manter a produção de leite materno para o sucesso da amamentação⁹.

O profissional de saúde deve oferecer ajuda prática e emocional, baseada na técnica de aconselhamento, auxiliando a mãe a tomar decisões acerca do que é melhor para ela e sua criança, bem como a adquirir autoconfiança em sua capacidade de amamentar⁹.

A internação prolongada dos bebês e a privação de ambiente tranquilo aumentam o estresse dos pais e da família, podendo prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego. A equipe de enfermagem assume, então, um leque de atribuições e responsabilidades que, por sua vez, demandam capacidade essencial para avaliar, entender e apoiar, com segurança, o RN e a sua família durante esse tempo crítico¹⁰.

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em geral, possuem uma rotina permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade, podendo ser geradoras de estresse aos profissionais que lidam com situações emocionais difíceis. Ao mesmo tempo, exigem a atuação de profissionais comprometidos e capacitados, que conciliem competência, agilidade e destreza técnica com sensibilidade para perceber as necessidades individuais de cada neonato¹¹.

Durante este período estressante, quando os pais investem muito tempo na Unidade, uma relação próxima das enfermeiras significa muito para eles. Da mesma forma, a enfermeira deve perceber esta intimidade como crucial para a criação de uma relação de confiança. Assim, alguns pontos são importantes na relação interpessoal entre enfermeira-mãe-RN, tais como: a presença autêntica, a escuta

atenta, o estar com a mãe, o diálogo e a educação em saúde. A enfermeira pode utilizar a educação para oferecer suporte e favorecer a relação, acreditando que tanto quanto o conhecimento do profissional, o da mãe deve ser valorizado, propiciando, assim, uma oportunidade de troca, na qual os dois seres são nutridos e fortalecidos⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter um bebê prematuro é uma experiência dolorida para a mãe, pela incerteza da sobrevivência do filho e pela quebra de um vínculo estabelecido durante meses, diante da necessidade da criança ser encaminhada à UTIN, onde receberá os cuidados necessários a sua sobrevivência.

Na UTIN, diante de tantos bipes e aparatos, e da fragilidade do filho prematuro, as mães sentem-se ansiosas, amedrontadas e impotentes para cuidá-lo. Porém, a partir do momento que a equipe de enfermagem compreende os sentimentos vivenciados pelas mães e coloca-se à disposição para atendê-las nas suas necessidades, mantendo com elas uma relação dialógica, capacitando-as e empoderando-as ao cuidar do bebê prematuro, a relação mãe-bebê é reestabelecida e os laços com a equipe são estreitados.

O estudo atingiu os objetivos propostos, uma vez que permitiu identificar os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos prematuros de uma UTIN e conhecer como se estabelece a relação entre mãe e a equipe multiprofissional.

FEELINGS AND EXPECTATIONS OF MOTHERS' PRETERM AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

The birth of a premature baby is a stressful event for the whole family. Due to the conditions of organic baby instability and the need for specialized medical care offered in Neonatal Intensive Care Units, the family starts to experience separation of the premature baby and the uncertainty about his/her clinical course and survival. The importance of the mother-child relationship as loving attitude that favors the

development of the newborn and close the emotional bond between them and also the importance of establishing a helping relationship between health staff and the mother justifies this present study. The objectives of the study were to investigate what are the feelings and expectations of mothers of premature infants in a NICU and know how to derive the relationship between mother and the multidisciplinary team. The research was an exploratory qualitative approach, performed with 4 mothers of the newborns in the Frei Damião Maternity in August 2013. The categories were: Life of preterm birth; Experiencing the reestablishment of the mother-baby bond; Maternal care in the NICU; The multidisciplinary team to support the empowerment of mothers to take care of the baby. From the moment that the team understands the feelings experienced by mothers in the NICU putting themselves available to assist them in their needs, keeping with them a dialogical relationship, enabling them and empowering them to take care of the premature baby, the mother-child relationship is established, and ties with the team are straitened.

Keywords: Mothers. Premature. Newborns. Intensive Care Units.

REFERÊNCIAS

1. Padovan FHP et al. Avaliação de Sintomas de Ansiedade e Depressão los mães de neonatos pré-termo durante e apos hospitalização los UTI-Neonatal. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet] 2004 [acesso em: 22 abr. 2013]; 26(4):251-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000400009&lang=pt.
2. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet] 2010 [acesso em 22 abr. 2013]; 44(4):865-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400002.
3. Carvalho JBL, Araújo ACPF, Costa ICC, Brito RS, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm, 2009 [acesso em: 03 abr. 2013]; 62(5):734-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/14.pdf>.
4. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta; 2004.
5. Sentimento. 2009. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org>. [acesso em: 18 set. 2013].
6. Sousa AM, Mota CS, Cruz IAC, Mendes SS, Martins MCC, Moura MEB. Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na uti neonatal. R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed. Supl.):100-10. [acesso em: 12 set. 2013]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1943/pdf_530.

7. Frello AT, Carraro TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. bras. Enferm.* 2012; 65(3):514-21. [acesso em: 12 set. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672012000300018.
8. Wust GG, Viera CS. O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar *CogitareEnferm.* 2011 [acesso em: 22 abr. 2014]; 16(2):311-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/19874/14216>.
9. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM, Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev. Nutr.* 2008 [acesso em: 13 set. 2013]; 21(3):aprox..6p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300004.
10. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery.* 2012 [acesso em: 13 set. 2013]; 16 (1):73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10.pdf>.
11. Klock, P, Erdmann, AL. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012 [acesso em: 05 abr.2013]; 46 (1):45-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100006.

TEOR DE SÓDIO NOS ALIMENTOS E SEUS EFEITOS NO METABOLISMO HUMANO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

André Luiz Santos de Moraes³⁰

30

□ Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End: Rua Doutor Seixas Maia, 168, Apto 106. CEP: 58038080. João Pessoa/PB. Cel: (83)91823737. Email: andreluizsmaster@gmail.com

Karollyne Júlia de Alustau Belarmino³¹
Laís Henriques de Oliveira²
Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima³²
Homero Perazzo Barbosa³

RESUMO

O excesso de sódio consumido na dieta de qualquer pessoa é um dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial, sendo reconhecido como uma das principais causas de complicações cardiovasculares. Estudos mostram que uma pequena diminuição de uso de sal por parte da população levaria não só a uma melhora no quadro de saúde, como também a redução nas despesas com tratamento de doenças, sobretudo, em países industrializados. Este artigo trata de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de levantamento bibliográfico de março a maio de 2014, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE, SciELO), nos idiomas inglês e português, e compreendendo arquivos publicados de fevereiro de 2003 a outubro de 2010. Assim, pudemos analisar a relação entre o excesso do consumo de sódio e o acometimento de hipertensão arterial e de doenças cardiovasculares. Os resultados encontrados, no presente estudo, indicam que a quantidade de sódio nos alimentos influi diretamente em doenças cardiovasculares, problemas renais e hipertensão arterial sistêmica. A partir da análise criteriosa de artigos, o estudo baseou-se em conhecer os principais fatores de riscos ligados à ingestão de sódio nos alimentos. Através do presente trabalho pôde-se observar que alimentos ingeridos pelas pessoas possuem uma grande quantidade de sódio, especialmente na forma de sal de cozinha, o que pode ser evidenciado pelo grande consumo de queijo parmesão, macarrão instantâneo, mortadelas e maionese, bastante presentes no cotidiano.

Palavras-chave: Pressão Arterial. Hipertensão. Sódio. Consumo de Alimentos. Sódio na Dieta.

INTRODUÇÃO

O excesso de sódio consumido na dieta é um dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial, sendo reconhecido como uma das principais causas de morbimortalidade cardiovascular¹. No mundo, 7,6 milhões de mortes prematuras estão associadas à elevação da pressão arterial, número que equivale a cerca de

³¹

□ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. E-mail: laishenriquesmed@gmail.com.

³²

□ Docentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

54% dos acidentes vasculares cerebrais e 47% da doença isquêmica cardíaca, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e, mais da metade, em indivíduos entre 45 e 69 anos². A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta, progressivamente, com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente³.

A diminuição dos níveis de pressão arterial (PA) em indivíduos hipertensos resistentes e em normotensos, bem como o menor risco de doença cardiovascular, está diretamente relacionada com a redução da ingestão de sódio. Estudos mostram que uma pequena diminuição de uso de sal, por parte da população, levaria não só a uma melhora no quadro de saúde, como também à redução nas despesas com tratamento de doenças, sobretudo em países industrializados, onde o seu consumo e, conseqüentemente, a incidência da hipertensão é elevada, constituindo um dos mais significativos problemas de saúde pública.^{1,4}

Estima-se que, entre 25 e 55 anos de idade, uma diminuição de apenas 1,3g na quantidade de sódio consumida diariamente se traduziria em redução de 5 mmHg na pressão arterial sistólica ou de 20% na prevalência de hipertensão arterial⁵.

A relação entre PA e a quantidade de sódio ingerido é heterogênea. Este fenômeno é conhecido como sensibilidade ao sal. Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), em 15 anos, do que aqueles com baixa sensibilidade. Alguns trabalhos demonstraram que o peso do indivíduo ao nascer tem relação inversa com a sensibilidade ao sal e está diretamente relacionado com o ritmo de filtração glomerular e HAS na idade adulta.³

A resposta fisiológica a um aumento na ingestão de sódio resultaria na redução da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona e um aumento na liberação do peptídeo natriurético atrial, sendo que cada um desses sistemas interage com outros sistemas e entre si, além de atuarem, também, na redução da atividade simpática direcionada para os rins².

Isso demonstra a importância que se deve ter no cuidado aos pacientes com pressão alta, tanto aos que atingiram o limite considerado de hipertensão quanto àqueles que têm predisposição, incentivando a diminuição do teor de sódio na dieta. Para nós, seres humanos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a ingestão de 500mg de sódio, correspondente a 1,2g de sal para suprir as

necessidades nutricionais diárias, podendo chegar, no máximo, a 5g de cloreto de sódio (NaCl), correspondente a 2g/dia de sódio³.

No Brasil, a partir de dados coletados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, estimou-se em 4,7 g/pessoa/dia a quantidade diária de sódio disponível para consumo nos domicílios¹.

Mesmo não apresentando amplos estudos sobre a hipertensão arterial, estima-se que, no país, 20 a 45% da população adulta apresente a doença. São considerados fatores de risco para seu desenvolvimento: sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos².

Dentre os fatores nutricionais mais evidentes para a hipertensão arterial estão o consumo de álcool e sódio e o excesso de peso. A avaliação dietética de sódio é extremamente complexa pelos seguintes motivos: tabela nutricional – a composição dos alimentos pode variar bastante entre países, incluindo ou não preparações regionais; adição de sal na comida – o modo de preparo dos alimentos quanto à adição de sal é pessoal².

A Síndrome Metabólica é caracterizada pela resistência à insulina, o que provoca a redução na captação de glicose pelas células. Os fatores de risco e os mecanismos associados à síndrome são múltiplos e não estão totalmente esclarecidos, envolvendo uma complexa inter-relação entre fatores genéticos e adquiridos. Fatores ambientais têm sido fortemente relacionados à fisiopatologia da resistência à insulina, especialmente a ingestão de sódio⁷.

Portanto, a excreção urinária de 24h vem sendo utilizada como marcador do consumo diário de sódio, apesar da variabilidade provocada pela sensibilidade ao sódio, pois cada indivíduo tem sua própria taxa de excreção e um teor mais elevado na urina não significa, necessariamente, um aumento de pressão. Alguns estudos ainda apontam maior sensibilidade de negros ao sódio do que indivíduos brancos².

É possível observar uma grande falta de informação das pessoas a respeito da real quantidade de sódio que é ingerida diariamente por elas. Essa falta de conhecimento, muitas vezes, está relacionada ao alto índice de morbimortalidade na população provocada por doenças resultantes desse consumo indiscriminado de sal, como as conhecidas doenças cardiovasculares e doenças renais, e a menos

divulgada, porém, igualmente perigosa, síndrome metabólica. Esse índice poderia ser diminuído com a realização de mais estudos sobre o tema e a sua divulgação eficiente à população.

O presente estudo objetiva avaliar o consumo de sal pela população no seu cotidiano e seus efeitos rápidos ou tardios ao metabolismo corporal, visando a uma estimulação de novos estudos acerca do tema e uma melhor orientação das pessoas, a fim de aperfeiçoar sua qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de levantamento bibliográfico relacionado ao tema do presente artigo. Assim, poderemos analisar a relação entre o excesso do consumo de sódio e o acometimento de hipertensão arterial e de doenças cardiovasculares.

A pesquisa bibliográfica foi realizada de março a maio de 2014, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE, SciELO), nos idiomas inglês e português, compreendendo arquivos publicados de fevereiro de 2003 a outubro de 2010. Foram usados os seguintes descritores para a busca desses artigos: pressão arterial, hipertensão, sódio, consumo de alimentos e sódio na dieta.

Cabe ressaltar que não houve a necessidade da análise de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devido à natureza do trabalho realizado. Pesquisas com alimentos, estudos não invasivos ou censitários não precisam da aprovação desse comitê.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados encontrados no presente estudo indicam que a quantidade de sódio nos alimentos influencia diretamente em doenças cardiovasculares e hipertensão arterial sistêmica. A partir da análise criteriosa de artigos, o estudo baseou-se em conhecer: 1. Os principais fatores de riscos ligados à ingestão de sódio pelos alimentos; 2. O excesso de consumo de sódio nos domicílios brasileiros; 3. Alimentos ricos em sódio.

O sódio é um elemento químico, [metal alcalino](#), [sólido](#) na temperatura ambiente, macio, que apresenta coloração branca, indispensável às funções vitais. A

importância desse mineral na nossa alimentação está relacionada à regulação do volume plasmático, contração muscular, condução do impulso nervoso e manutenção do potencial elétrico de membrana. Entretanto, a ingesta excessiva desse elemento leva a uma desarmonia da homeostase corporal, influenciando diretamente em todas as funções vitais citadas acima¹⁰.

Exagerar na quantidade de sódio nos alimentos é mais fácil e imperceptível do que se imagina, visto que a fonte primária de sódio é o sal de cozinha (Na^+Cl^-), cada grama dele contém 0,4 g de sódio. O Ministério da Saúde preconiza que a ingesta de sal diária seja de 5 gramas por dia (2.000 mg de sódio). Os brasileiros, no entanto, consomem em média cerca de 12 gramas, mais que o dobro. Um estudo realizado no Brasil, que estima a quantidade de sódio consumido pelas famílias brasileiras, identifica que a quantidade de sódio disponível para consumo é em torno de 4,5 gramas por pessoa ao dia (g/p/d), ou seja, mais de duas vezes superior ao limite máximo de consumo, que é em torno de 2 g/p/d¹.

As pesquisas que dão embasamento para os dados apontados pelo Ministério da Saúde e outros meios de divulgação dizem respeito ao consumo de sódio no ambiente domiciliar e não fora dele. Dessa forma, podem apresentar disparidades para mais ou menos. Embora não conheçamos estudos brasileiros que tenham comparado o teor de sódio de refeições feitas dentro e fora do domicílio, de modo geral, admite-se que as refeições feitas fora de casa tendam a apresentar maior teor de sódio¹¹.

A cada nove gramas de sal ingeridas, o organismo retém cerca de um litro de água. Quando o sódio é consumido em excesso, o sistema cardiovascular fica sobrecarregado, dificultando a eliminação desse elemento e, conseqüentemente, causando sua retenção. Esse depósito leva à vasoconstrição numa tentativa do organismo manter a homeostasia, o que desencadeia a elevação da pressão arterial. O sistema vascular e o cardíaco são os mais prejudicados com o excesso de sódio no copo, podendo comprometer ainda o sistema renal, que tem sua função de filtração glomerular sobrecarregada, levando à formação de edemas¹².

Os sintomas do excesso de sal no organismo são: inchaço nas pernas, mãos e tornozelos, falta de ar, dores ao andar, pressão sanguínea elevada, retenção urinária, comprovando a afecção dos sistemas cardíaco, vascular e renal.

Em estudo realizado pela ANVISA sobre o teor de sódio, em um mesmo tipo de alimento de diversas marcas, foi possível obter valores dos alimentos que apresentam um maior teor e suas disparidades de uma marca para a outra. O alimento que apresentou maior teor de sódio e menor disparidade entre as marcas foi o queijo parmesão ralado (média 1981 mg/ 100g), macarrão instantâneo (média 1.798mg / 100g) e mortadela (média 1.303 mg/ 100g)¹³. Outros alimentos que apresentam um elevado teor é a azeitona preta em conserva, bacalhau salgado, fermento em pó, linguiça de frango e porco, servindo como alerta para prevenção de danos à saúde¹⁴.

Em relação à Síndrome Metabólica, uma piora na sensibilidade à insulina foi obtida em modelos animais expostos a dietas hipossódicas. Todavia, os achados em seres humanos não são consistentes: a restrição do consumo de sódio reduziu a resistência à insulina em alguns, não a alterou em outros ou foi maior em subgrupos específicos⁷. Tais achados tornam o tema, então, pouco explorado e necessitado de mais estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se observar que alimentos ingeridos no cotidiano das pessoas possuem uma grande quantidade de sódio, especialmente na forma de sal de cozinha. Apesar de sua importância para o metabolismo humano, o excesso desse sal tem efeitos danosos aos sistemas cardiovascular e renal.

Devem ser incentivadas, portanto, ações educativas por parte da mídia e do Ministério da Saúde, visando orientar a população sobre a presença de sal no seu dia a dia e as consequências de uma ingestão demasiada. O simples conhecimento dos riscos desse consumo elevado de sódio já seria um grande passo para a prevenção de suas doenças resultantes.

Salienta-se, não obstante, a importância da realização de pesquisas acerca do tema, a fim de esclarecer mais o mecanismo de ação do sódio no corpo humano e desenvolver tratamentos para os seus males.

THE SODIUM CONTENT IN FOOD AND ITS EFFECTS IN THE HUMAN METABOLISM: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

The over consumption of sodium in any person's diet is one of the main risk factors for arterial hypertension, being recognized as one of the main reasons for cardiovascular complication. Studies show that a small decrease on use of salt by people would lead not only to an improvement in their health framework, as well as reducing the expenses related to treatment of diseases, especially on industrialized countries. This article is about the descriptive study with qualitative approach, made through bibliographical survey between March and May 2014 in the Health Virtual Library Database (LILACS, MEDLINE, SciELO) where articles in English and Portuguese, published between February 2003 and October 2010 were defined. This way, we will be able to analyze the relationship between the overconsumption of sodium and the development of arterial hypertension and cardiovascular diseases. The results achieved by this study show that the sodium content in food directly influence cardiovascular diseases and systemic arterial hypertension. From the careful analysis of articles, this study was based on discovering the principal risk factors connected to the sodium ingestion in food. Through this present work, we can observe that food ingested by people possesses a huge amount of sodium, especially in the form of kitchen salt, which may be evidenced by the large consumption of Parmesan cheese, instant noodles, mortadella and mayonnaise, highly present in daily life.

Keywords: Arterial Pressure. Hypertension. Sodium. Food Consumption. Dietary Sodium.

REFERÊNCIAS

1. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sodio pela populacao brasileira, 2008-2009. Rev. Saúde Pública, 2013.
2. Bisi MMC, Cunha RS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Rev. Saúde Pública, 2003.
3. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão [internet] [acesso em: 25 de maio 2014] Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
4. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [internet] [acesso em: 25 de maio 2014] Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10006/pdf/interativa-10006.pdf>.
5. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. Rev. Saúde Pública, 2009.

6. Costa Fabiana Pires, Machado Sandra Helena. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? Ciênc. saúdecoletiva, 2010.
7. Sarno F, Jaime PC, Ferreira SRG, Monteiro CA. Consumo de sódio e síndrome metabólica: uma revisão sistemática. ArqBrasEndocrinolMetab, 2009.
8. Salas CKTS, Spinelli MGN, Kawashima LM, Ueda AM. Teores de sódio e lipídios em refeições almoço consumidas por trabalhadores de uma empresa do município de Suzano, SP. Rev. Nutr, 2009.
9. Vasconcelos SML, Vieira EDF, Chagas NPM, Silva PMC, Santos TMP. Consumo de charque e técnicas de dessalga adotadas por uma população de hipertensos da região nordeste do Brasil. Rev. Nutr., 2010.
10. Peixoto EMA. Sódio. [internet] Disponível em: <http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc10/elemento.pdf> [27 mai 2014]
11. Guthrie JF, Lin B, Frazao E. Role of food prepared away from home in the american diet, 1977-78 versus 1994-96: changes and consequences. J NutrEducBehav. 2002.
12. Portal da Saúde. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. [internet] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php?conteudo=redução [10 mai 2014]
13. Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Teor de Sódio dos Alimentos Processados. [internet] Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9155f6804d19a2fb9bb8ff4031a95fac/INFORME+T%C3%89CNICO+2012-+AGOSTO.pdf?MOD=AJPERES> [11 mai 2014]
14. Portal Cardio e Saúde. Sódio. [internet] Disponível em: http://www.cardioesaude.com.br/arquivos/uso_do_sal.pdf [27 mai 2014]

USO DE PEÇAS CADAVERÍCAS FORMOLIZADAS PARA O ESTUDO DE PULMÕES DE FUMANTES

José Calixto Silva Neto³³
José Geraldo Tenório de Brito Barboza³⁴
Andréa dos Santos Silva²
Kíssia Roberta de Luna Celani²
Marcella da Nóbrega Lopes²
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti³⁵

RESUMO

A poluição, gerada nos centros urbanos, afeta a saúde da população causando diversas doenças respiratórias. Um dos grandes fatores causadores das doenças pulmonares é o tabagismo, em ampla ascensão. Componentes da fumaça do cigarro causam grandes alterações morfológicas nos pulmões, comprometendo seu funcionamento. O tabagismo causa a morte de mais de 300 pessoas por ano no Brasil. Com o objetivo de relacionar a incidência de tabagismo às pneumopatias, como o câncer de pulmão (CP), realizou-se uma pesquisa descritiva na Faculdade de Medicina Nova Esperança, tomando como objeto os pulmões disponíveis no laboratório de anatomia. A triagem dos pulmões se deu através de uma contagem, separando-os em direito e esquerdo e quais apresentavam características de fumantes ou não. Foram selecionados um total de 59 pulmões. De acordo com a pesquisa, percebeu-se que dos 59 pulmões analisados, durante a pesquisa, 26 foram considerados de pessoas fumantes (44%) e 33 de pessoas não-fumantes (56%). Foram observados 18 pulmões direitos e 15 esquerdos de não-fumantes. E dos 26 pulmões de pessoas fumantes, 14 eram direitos e 12 esquerdos. O câncer de pulmão é o mais incidente em todo o mundo, sendo o tabagismo um fator significativo. O risco relativo para carcinoma de pulmão em fumantes é de 20 a 30 vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram. O risco está relacionado ao número de cigarros fumados por dia, idade de início, duração do tabagismo e grau de inalação. Os principais sintomas do CP são fadiga, dor, dispneia e insônia. A partir da pesquisa elaborada, percebeu-se um alto índice de pulmões caracterizados como fumantes, demonstrando maiores riscos de desenvolvimento de câncer de

33

□ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Major Ciraulo, 433, apto. 2101. Manaíra. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 991776469. E-mail: jcalixtosn@gmail.com.

34

□ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

35

□ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

pulmão pela população. Verificou-se também que características morfológicas como o aparecimento de manchas escurecidas nesses órgãos não são dadas apenas pelo uso de tabaco, mas também pela poluição atmosférica.

Palavras-chave: Pulmão. Poluição por Fumaça de Tabaco. Anatomia. Pneumopatias.

INTRODUÇÃO

A poluição atmosférica, gerada nos centros urbanos atualmente, resulta principalmente da queima de combustíveis fósseis como carvão mineral e derivados do petróleo (gasolina e diesel). Esses elementos são os causadores de diversas doenças respiratórias como a bronquite, rinite e asma, que levam milhares de adultos e crianças aos hospitais todos os anos.¹ Contudo, tem-se outro grande fator causador de doenças pulmonares, que está em ampla ascensão na sociedade, tornando-se um problema de saúde pública em razão da alta prevalência, apesar da maciça divulgação dos malefícios de seu uso: o tabagismo.

Todo processo de vida envolve gastos de energia, e toda a energia gerada envolve a troca de gases, mecanismo que chamamos de respiração e que depende fundamentalmente dos pulmões.² Anatomicamente, os pulmões situam-se na caixa torácica e são constituídos por unidades denominadas alvéolos, cuja função é a troca de oxigênio e dióxido de carbono, através da membrana capilar alvéolo-pulmonar. Com o decorrer do tempo, os alvéolos pulmonares de um tabagista vão sendo cimentados pelos componentes da fumaça do cigarro, deixando de realizar sua função adequadamente. O organismo então passa a ter menor oxigenação dos tecidos, além do prejuízo que é gerado ao sistema cardiovascular, e de alterações morfofisiológicas graves que ocorrem nos pulmões e componentes do sistema cardiorrespiratório, gerados pela ingestão da nicotina.³

A fumaça do cigarro é composta por diversas substâncias químicas, como o nitrogênio, monóxido de carbono, nicotina, que é a substância que leva a dependência, e pelo alcatrão em que estão presentes mais de 4.000 substâncias químicas, dentre elas 47 cancerígenas cuja principal é o benzopireno.⁴

Atualmente, o tabagismo apresenta uma prevalência mundial de 1,3 bilhão de pessoas, considerando apenas pessoas acima de 15 anos, o que mostra que um terço da população mundial utiliza o cigarro. Ainda vemos que a maioria está em

países em desenvolvimento, chegando ao número de 900 milhões, e que as mulheres representam 250 milhões dos usuários. No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes.⁵

O fumo e seus derivados fazem parte do grupo de drogas consideradas de alta periculosidade a saúde humana. O cigarro mata mais que a cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídios e AIDS, juntos.⁶ No Brasil, estima-se atualmente que, a cada ano, o cigarro mata precocemente cerca de 80.000 mil pessoas, ou seja, cerca de 8 brasileiros a cada hora.⁴ Se nada for feito com a intuito de refrear o avanço do cigarro, estima-se que, em 2020, mais de 10 milhões de pessoas chegarão ao óbito anualmente, devido aos efeitos do cigarro.⁷

Hoje, existem mais de 50 doenças que estão intimamente associadas ao uso do cigarro, atingindo o aparelho respiratório, o sistema cardiovascular, geniturinário, na gravidez e no feto e nas neoplasias malignas. O mais prevalente de todos é o câncer de pulmão, devido a maior interação dos agentes tóxicos do cigarro na árvore brônquica e no parênquima pulmonar. Além das patologias associadas, o tabagismo causa problemas socioeconômicos.⁵

Destas patologias, destacamos as neoplasias malignas (câncer) que podem ser definidas como o crescimento celular anormal, incontrolado, que invade tecidos adjacentes e distantes. Dentre os de maior prevalência, há o câncer de pulmão (CP), que é o que mais leva a óbito, sendo o único que possui incidência de morte progressivamente elevada, a despeito da melhora e da maior agressividade terapêutica fornecida nos últimos anos.⁸

O CP é dividido em quatro diferentes tipos: escamoso, adenocarcinoma, carcinoma de pequenas células e carcinoma de grandes células. Atualmente, sabe-se que tanto o carcinoma escamoso, quanto o carcinoma indiferenciado de pequenas células e o adenocarcinoma estão relacionados com o tabagismo.⁹

Essa pesquisa tem como objetivo identificar os pulmões do laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, com intuito de descobrir o índice de pulmões com características de tabagismo e relacioná-los com a alta prevalência de CP.

MATERIAL E MÉTODOS

O caminho percorrido na investigação contemplou as discussões sobre a incidência de pulmões que apresentavam indícios do uso de tabaco pelo cadáver em vida. Após análise crítica dos artigos pesquisados, foi realizada uma pesquisa descritiva, na qual houve uma contagem dos pulmões contidos no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, cujas peças cadavéricas são dissecadas por alunos, ou os técnicos do laboratório e são fixadas em formalina a 10%, com intuito de evitar o mecanismo de autólise das peças. Depois da contagem, houve uma triagem dos pulmões, separando-os em direito e esquerdo e os que apresentavam características de fumantes ou não. Foram utilizados ao todo 59 pulmões.

Observou-se a textura de cada pulmão, visto que o pulmão de um indivíduo não-fumante apresenta-se elástico, enquanto que o de um fumante apresenta-se mais rígido. Já no que se refere a coloração, o pulmão não-fumante apresenta uma coloração rósea, com poucos pontos escuros, ao passo que o pulmão fumante apresenta-se totalmente escuro.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a triagem feita pelos alunos da Faculdade de Medicina Nova Esperança, percebeu-se que dos 59 pulmões analisados, durante a pesquisa, 26 foram considerados de pessoas fumantes (44%) e 33 de pessoas não-fumantes (56%). Foram observados 18 pulmões direitos e 15 esquerdos de não-fumantes. Dos 26 pulmões de pessoas fumantes, 14 eram direitos e 12 esquerdos.

O câncer de pulmão (CP), segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, continua a ser o mais incidente no mundo e também é a causa de morte por câncer mais frequente. No Brasil, dados do Ministério da Saúde evidenciam que o CP é a primeira causa de morte por câncer em homens e a segunda em mulheres.⁹ A mortalidade por CP entre as mulheres ultrapassou a mortalidade por câncer de mama nos Estados Unidos, em 1985, o que representou aumento de 500% da mortalidade por CP, em 30 anos.¹¹ O tabagismo é o mais importante fator

predisponente a este tipo de câncer. O risco relativo para carcinoma de pulmão em fumantes é de 20 a 30 vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram. Esse risco está relacionado ao número de cigarros fumados por dia, idade de início, duração do tabagismo e grau de inalação.¹⁰

A exposição passiva à fumaça do cigarro também tem sua participação, visto que ela é uma mistura complexa de vários agentes mutagênicos e carcinogênicos.¹⁰ Os danos ao organismo humano, provenientes do tabagismo, não afetam apenas as pessoas que fumam, mas atingem as não fumantes que vivem sob poluição pela fumaça de cigarros nos domicílios, nos ambientes de trabalho, de lazer, escolas e demais espaços públicos fechados. A fumaça inalada pelos fumantes passivos ou involuntários é responsável por grande parte das doenças relacionadas ao tabaco bem como a incidência de câncer de pulmão.¹¹ Consequentemente, existe uma dificuldade em diferenciar pulmões de pessoas fumantes e não-fumantes, devido a intensa poluição a que estão submetidas diariamente e, portanto, a presença de algumas manchas enegrecidas que aparecem nesses órgãos.

Fonte: Pesquisa de campo.

Através do Gráfico 1 e do estudo presente acima, o índice de pessoas que fumam ainda está muito elevado, representando 44% dos pulmões. As taxas de incidência de CP são, geralmente, mais altas em homens do que em mulheres, mas têm-se observado que as taxas em mulheres vêm aumentando e as taxas nos homens têm se mantido estáveis, com tendência ao declínio. Embora a maioria dos CP esteja relacionada ao tabagismo, nem todos os pacientes, com elevada carga tabágica, desenvolvem CP, pois outros fatores podem influenciar a susceptibilidade individual.¹³ Esses fatores predisponentes do CP são doenças pulmonares preexistentes e história familiar de câncer de pulmão.¹⁰

Os principais sintomas do CP são fadiga, dor, dispneia e insônia.¹³ O diagnóstico geralmente é feito pela radiografia de tórax, exame de fácil execução, relativamente barato e sem risco relativo de morbidade. Além disso, o diagnóstico conformatório é feito através de fibrobroncoscopia. As características evolutivas da neoplasia pulmonar e fatores associados ao médico, ao sistema de saúde e ao

próprio paciente podem ser responsabilizados pelo diagnóstico tardio e ineficácia em aumentar a sobrevivência desses pacientes.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa elaborada, percebemos um alto índice de pulmões caracterizados como fumantes, demonstrando maiores riscos de desenvolvimento de câncer de pulmão pela população. Verificamos também que características morfológicas como o aparecimento de manchas escurecidas nesses órgãos não são dadas apenas pelo uso de tabaco, mas também pela poluição atmosférica.

THE USE OF FORMOLIZED CORPSE PARTS TO STUDY THE LUNGS OF SMOKERS

ABSTRACT

The air pollution generated in urban centers, affects the health of the population, causing numerous respiratory ailments. One of the major causative factors of lung disease is cigarette smoking, which is in great rise. Components of cigarette smoke cause large morphological changes in the lungs, compromising its functioning. Smoking causes the death of more than 300 people per year in Brazil. In order to relate the incidence of smoking to lung diseases such as lung cancer (CP), a descriptive research was carried out at the Faculty of Medicine new hope based on lungs available in the anatomy lab, with a count and triage, separating them into left and right and which had features of smokers or not, being used in all 59 lungs. According to the research, it was noticed that the 59 lungs examined during the search, 26 people were considered smokers (44%) and 33 of non-smokers (56%). 18 lungs were observed 15 left of rights and non-smokers. And the lungs of 26 people, 14 were smokers rights and left 12. Lung cancer is the most incident worldwide, and smoking a big factor. The relative risk for lung cancer in smokers is 20 to 30 times higher than in people who never smoked. The risk is related to the number of cigarettes smoked per day, age of onset, duration of smoking and degree of inhalation. The main symptoms of CP are fatigue, pain, Dyspnea and insomnia. From the elaborate research, perceived a high level of lungs characterized as smokers, demonstrating greater risks of developing lung cancer by the population. It was also verified that morphological features as the appearance of darkened spots in these bodies are not given only by the use of tobacco, but also by air pollution.

Keywords: Lung. Pollution from Tobacco Smoke. Anatomy. Lung Diseases.

REFERÊNCIAS

1. Barros, JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AGD, et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. J. bras.pneumol. Jun. 2006 [acesso em: 15 set. 2013]; 32(3):221-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000300008&script=sci_arttext.
2. Branco TMC. O papel da escola na luta contra o tabagismo. Piauí. [acesso em: 20 ago 2013]. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2004/GT17/GT12.PDF>
3. Braga A, Pereira LAA, Saldiva PHN. Poluição atmosférica e seus efeitos na saúde humana. São Paulo. [acesso em: 20 ago. 2013]. Disponível em: http://comciencia.br/reportagens/cidades/paper_saldiva.pdf.
4. Câmara Júnior JP. O tabagismo como um problema de saúde pública; 2005. [acesso em: 20 ago. 2013]. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/921/2096>.
5. Duarte RLM, Paschoal MEM. Marcadores moleculares no câncer de pulmão: papel prognóstico e sua relação com o tabagismo. J. bras.pneumol. Fev. 2006 [acesso em: 15 set 2013]; 32(1):56-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000100012&script=sci_arttext.
6. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. J. bras.pneumol. Fev. 2013 [acesso em: 15 set. 2013]; 39(1):23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000100012&script=sci_arttext.
7. Gomes MJM. Ambiente e pulmão. J. Pneumologia. Set . 2002;28(5):261-9. [acesso em: 20 ago. 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862002000500004>.
8. Keith LM. Anatomia Orientada para a clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. Laranjeira R, Ferreira MP. Como criar um hospital livre de cigarros. Rev. Assoc. Med. Bras. Jun. 1997 [acesso em: 20 ago. 2013]; 43(2):169-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301997000200015>.
9. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, et al. Tabagismo: parte I. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2010 [acesso em: 15 set. 2013]; 56(2):134-134. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200005>.
10. Uehara C, Jamnik S, Santoro I. LungCancer. Medicina. Ribeirão Preto. Abr./Jun. 1998;31:266-76.

11. Uehara C, Santoro IL, Jamnik S. Câncer de pulmão: comparação entre os sexos. J. Pneumologia . Dez. 2000 [acesso em: 15 set. 2013]; 26(6):286-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-3586200000600003&script=sci_arttext.
12. Zambini M. Epidemiologia do câncer do pulmão. J. Pneumologia. Jan. 2002 [acesso em: 20 ago. 2013]; 28(1):41-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862002000100008>.
13. Wunsch Filho V, Mirra AP, López RV, Mendoza ALF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. Rev. bras. epidemiol. Jun. 2010 [acesso em: 15 set. 2013];13(2):175-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000200001&script=sci_arttext.

VARIAÇÃO ANATÔMICA DE ARTÉRIA VERTEBRAL: UM RELATO DE CASO

Nereu Alves Lacerda³⁶
Danilo de Melo Medeiros Sá³⁷
Leonardo Ribeiro de Moraes Ferreira²
Lucas Pereira Reichert²
Talles Thadeu Braz Bezerra²
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti³⁸

³⁶

³⁶Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. E-mail: nereulacerda@hotmail.com.

³⁷

³⁷Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

RESUMO

A artéria vertebral se origina da primeira porção das artérias subclávias, segue um trajeto no espaço entre os músculos escalenos e longos da cabeça e pescoço, penetra nos forames transversos de C6 a C1. Em seguida, entra no crânio pelo forame magno e se posiciona nas margens inferior do tronco encefálico, onde se fundem a nível do sulco bulbo-pontino para formar a artéria basilar. A diferença no diâmetro entre as duas artérias vertebrais determina uma diferença no fluxo sanguíneo. Essas artérias se unem para formar a artéria basilar, que repousa sobre a região ventral da ponte. As informações contidas neste trabalho foram feitas através da observação direta na peça cadavérica, durante a monitoria da disciplina de Neuroanatomia. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de variação anatômica das artérias vertebrais, aprofundando os estudos, comparando uma análise real das estruturas anatômicas com estudos descritos na literatura e correlacionando com a percepção fisiopatológica compreendida por esse fenômeno. A informação foi obtida durante a atividade de monitoria na disciplina de Neuroanatomia, realizada semanalmente. Foi observado um encéfalo que possuía uma variação anatômica quanto ao calibre da artéria vertebral, sendo a direita extremamente mais calibrosa e espessa que a esquerda.

Palavras-chave: Artéria Vertebral. Variação Anatômica. Neuroanatomia.

INTRODUÇÃO

A artéria vertebral tem origem da primeira porção das artérias subclávias, segue um trajeto no espaço entre os músculos escalenos e longos da cabeça e pescoço, penetra nos forames transversos de C6 a C1. Em seguida, entra no crânio pelo forame magno, tomando posição nas margens inferior do tronco encefálico, onde se unem a nível do sulco bulbo-pontino para formar a artéria basilar. Relata-se um caso de variação das artérias vertebrais, sendo possível vertebral direita. Antes de entrar na axila, a artéria subclávia dá um ramo para o encéfalo, chamada artéria vertebral, que passa nos forames transversos da C6 a C1 e entra no crânio através do forame magno¹.

A diferença no diâmetro entre as duas artérias vertebrais determina uma diferença no fluxo sanguíneo. Essas artérias se unem para formar a artéria basilar, que repousa sobre a região ventral da ponte².

38

¹Docente da disciplina de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. E-mail: trfcavalcanti@yahoo.com.br.

A dominância entre as vértebras implica em relações fisiológicas, como a dominância o lado dominante do corpo e relações auditivas e patológicas, como a presença de vertigens e arteroesclerose².

O estudo tem o objetivo de relatar um caso de variação anatômica das artérias vertebrais, aprofundando os estudos, comparando uma análise real das estruturas anatômicas com estudos descritos na literatura e correlacionando com a percepção fisiopatológica compreendida por esse fenômeno.

RELATO DE CASO

Durante a atividade de monitoria na disciplina de Neuroanatomia, realizada semanalmente, notou-se um encéfalo que possuía uma variação anatômica quanto ao calibre da artéria vertebral, sendo a direita extremamente mais calibrosa e espessa que a esquerda em 0,4 mm. Tal observação iniciou-se na exploração da formação da artéria basilar, que se mostrou sem alterações, em nível de base da ponte. Percebeu-se que a artéria cerebelar inferior posterior (PICA) direita, ramificação da artéria vertebral direita, também apresentou alteração em seu calibre e espessura e que os ramos dessa artéria vertebral não foram encontrados, havendo uma diminuição do suprimento sanguíneo da região.

Tal situação anatômica, tendo em vista o conhecimento prévio da normalidade, deixa claro que a região irrigada pela artéria vertebral direita estava deficiente.



Figura 1 - Discrepância da espessura entre as artérias cerebrais esquerda e direita.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Variações anatômicas da artéria vertebral dominante são relativamente frequentes indo desde a variação em uma das artérias até uma significativa hipoplasia de uma delas. De acordo com estudos *post-mortem*, análises angiográficas e sonográficas mostraram que o diâmetro da artéria vertebral é mais largo do lado esquerdo em relação ao lado direito. Ainda não está claro o porquê da existência dessa assimetria. Para maior conhecimento, não existem estudos válidos que investiguem o mecanismo que gera essa assimetria das artérias vertebrais.

Existem diferentes métodos para calcular a dominância entre artérias na literatura, todavia ainda não há consenso. Em um dos principais estudos, escolheu-se calcular a diferença de diâmetro usando como parâmetro a diferença de 0,3 mm como critério de assimetria das artérias vertebrais, baseado na limitação da resolução do ultrassom. Outro estudo considerou como dominância da artéria vertebral um aumento de pelo menos 30% em seu diâmetro. A literatura mostra que

a dominância da artéria vertebral esquerda é de 35,5 - 46,5% dos indivíduos, enquanto que a dominância direita é de 22,4 - 35,7%. Já em 21,4 - 38,5% ambas as artérias apresentaram o mesmo diâmetro^{1,3}.

Várias teorias já foram propostas para explicar as diferenças de assimetria encontradas nas artérias vertebrais. A teoria do suprimento vascular cerebral foi proposta, porém, nunca investigada. Há um consenso geral que o lado esquerdo e o lado direito dos hemisférios cerebrais humanos diferem na anatomia e função. Foram encontrados, nos estudos, evidências que mostram que as artérias do lado esquerdo do polígono de Willis são maiores que as da direita e relacionou isso com a dominância cerebral do lado esquerdo. Isso só poderia ser comprovado medindo-se o fluxo sanguíneo^{2,4,5}.

Uma segunda hipótese teoriza a respeito da formação embriológica, afirmando que o desenvolvimento embriológico diferente entre as artérias vertebrais pode determinar o seu calibre. A artéria vertebral direita é ramo da artéria subclávia direita que, por sua vez, é ramo do tronco braquiocefálico que sai do arco da aorta. Já a artéria vertebral esquerda é ramo da artéria subclávia esquerda que sai diretamente do arco aórtico. Nesse caso, a artéria vertebral esquerda é o segundo ramo do lado esquerdo, enquanto que a artéria vertebral direita é o terceiro ramo. Esse fato pode explicar a diferença de tamanho entre as artérias vertebrais direita e esquerda⁶.

Estudos prévios confirmaram que a dominância da artéria vertebral pode explicar vertigem em pacientes jovens e podem também ser fator de risco para arteriosclerose. Alguns especialistas supõem que a dominância da artéria vertebral pode afetar o leito da artéria basilar, o que pode levar a um alto risco de lesão vascular nesses pacientes. No entanto, estudos recentes consideram que uma hipoplasia da artéria vertebral é um fator de risco para infarto da circulação posterior do encéfalo e isso direciona uma associação entre o infarto e a hipoplasia da artéria vertebral. Estudos mostraram que um infarto específico, por exemplo, infarto pontino, tem uma tendência a ocorrer do lado oposto à curvatura da artéria basilar. Com essa diminuição do calibre, não havendo suprimento arterial colateral adequado, esses pacientes podem manifestar vertigem^{1,3,5,6,7}.

A diminuição do fluxo e do suprimento sanguíneo pode lesar estruturas relacionadas ao equilíbrio (vestibulares) mesmo que se estabeleça uma circulação colateral. Menos sangue significa menos oxigênio e nutrientes para os neurônios associados às estruturas vestibulares.

Outra alteração causada pela artéria vertebral que tem influência na clínica é a curvatura da artéria basilar. Essa curvatura é maior em pacientes com dominância do que nos sem dominância. Esse achado é consistente com o estudo anterior que mostrou que a diferença entre o diâmetro da artéria vertebral esquerda e direita é o único fator independente para a curvatura da artéria basilar ser moderada ou severa. Vários estudos mostram que a diferença de diâmetro entre as artérias vertebrais. O fluxo assimétrico padrão das artérias vertebrais próximos à junção vertebro-basilar pode ser uma importante força mecânica que origina a curvatura da artéria basilar. É comprovado que a artéria basilar curva-se para o lado mais fraco. Essa deformação pode causar aterogênese, levando a um AVC isquêmico vertebro-basilar^{3,4,6}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação dessas variações se faz muito importante, pois o risco de lesões iatrogênicas tende a ser menor com o conhecimento prévio da existência de tais variações por parte do médico.

A partir dessa análise, pode-se começar a estudar a anatomia humana com foco em aspectos clínicos e fisiológicos, em busca de possíveis variações anatômicas que possam acontecer no corpo humano. Chegar a todas elas é um pouco utópico, mas quanto mais conhecimentos sobre elas tivermos maiores serão os benefícios para a saúde.

ANATOMIC VARIATION OF VERTEBRAL ARTERY: A CASE REPORT

ABSTRACT

The vertebral artery originate from the 1st portion of the subclavian arteries, follows a path in the space between Long and Scalene muscles of the head and neck, penetrating the transverse foramen of C6 to C1. Then enters the skull through the foramen magnum, is positioned in the lower banks of the brainstem, where they meet the level of bulbopontine groove to form the basilar artery. The difference in diameter between the two vertebral arteries determines a difference in blood flow. These arteries unite to form the basilar artery, which lies on the ventral region of the bridge. This study aims to report a case of anatomic variations of the vertebral arteries, deepening the studies comparing an actual analysis of anatomical structures with studies in literature and correlating with the pathophysiological insight understood by this phenomenon. The information was obtained during the monitoring activity in the discipline of Neuroanatomy, held weekly, he noted a brain that had an anatomical variation in the caliber of the vertebral artery, and the extremely more left caliber and thicker than the right.

Keywords: Vertebral Artery. Anatomical variation. Monitoring Neuroanatomy

REFERENCIAS

1. Malek, AM, Alper SL, Izumo S, Hemodynamic shear stress and its role in atherosclerosis. *JAMA* 1999;282:2035-42.
2. Ravensbergen JW, Krijger JK, Hillen B. The influence of the angle of confluence on the flow in a vertebro-basilar junction model. *J Biomech* 1996;29:281-99.
3. Cunningham KS, Gotlieb AI. The role of shear stress in the pathogenesis of atherosclerosis. *Lab Invest* 2005;85:9-23.
4. Jeng JS, Yip PK. Evaluation of vertebral artery hypoplasia and asymmetry by color-coded duplex ultrasonography. *Ultrasound Med Biol* 2004;30:605-9.
5. Amarenco P, Kase CS, Rosengart A. Very small (border zone) cerebellar infarcts. Distribution, causes, mechanisms and clinical features. *Brain* 1993;116:161-86.
6. Smoker WR, Price MJ, Keyes WD. High-resolution computed tomography of the basilar artery: 1. Normal size and position. *J Neuroradiol* 1986;7:55-60
7. Ravensbergen JW, Krijger JK. Localizing role of hemodynamics in atherosclerosis in several human vertebrobasilar junction geometries. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998;18:708-16.