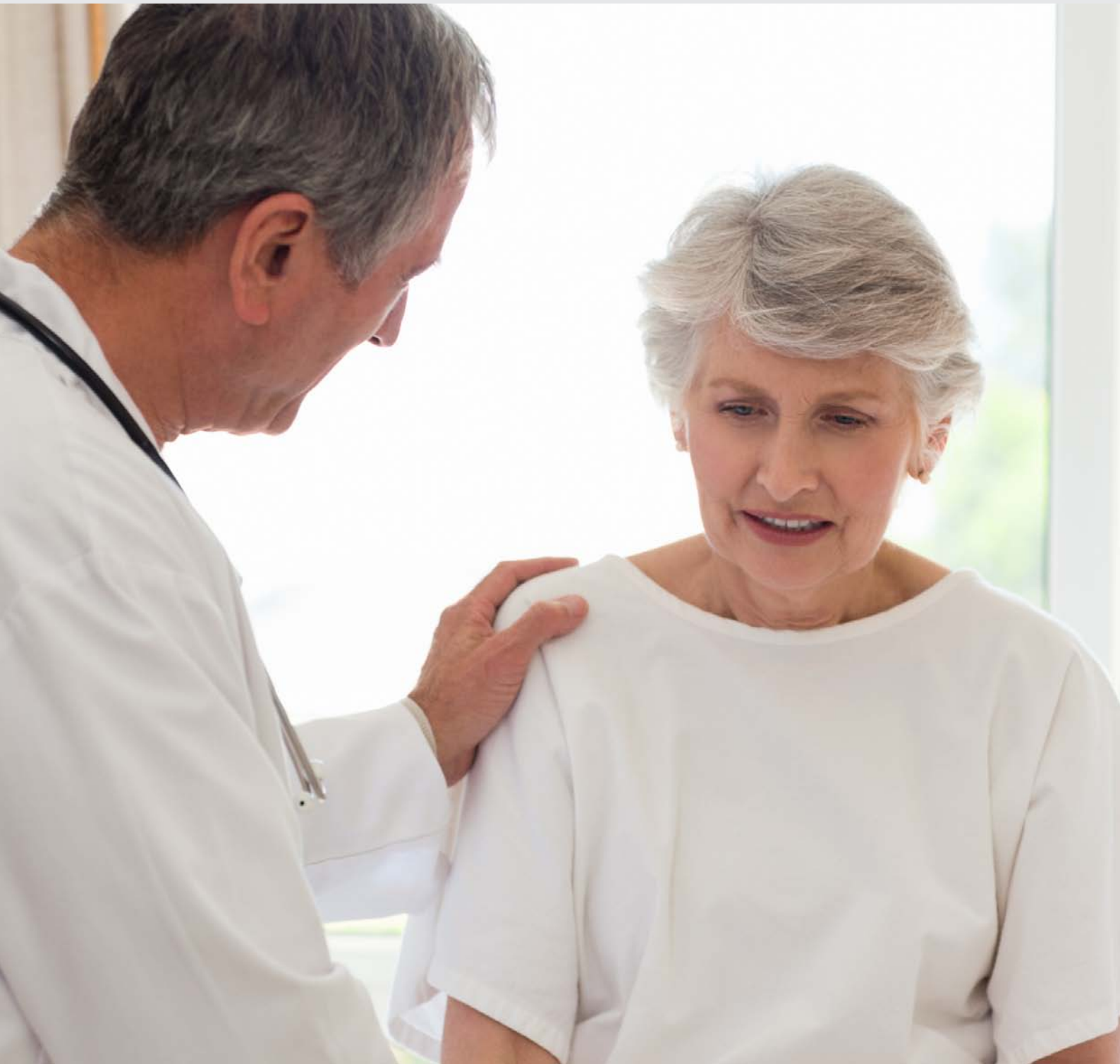


Boletim Científico do Instituto de Ensino e Pesquisa



ISSN 2238-3042 | EDIÇÃO 22 | ANO 04 | ABRIL 2013



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. Serão aceitos trabalhos originais (pesquisa qualitativa ou quantitativa), revisão de literatura, relato de experiência, relato de caso e estudo reflexivo.

2. Para cada estudo, a metodologia segue nos seguintes padrões:

Pesquisa qualitativa: Título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, trajetória metodológica, construção dos resultados, considerações finais e referências.

Pesquisa quantitativa: Título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, material e método, resultado e discussão, conclusão e referências.

• **Revisão de literatura:** Título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, revisão de literatura, considerações finais e referências.

• **Relato de Experiência:** Título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, descrição do relato de experiência, considerações finais e referências.

• **Relato de caso:** Título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, descrição de caso, considerações finais e referências.

• **Estudo reflexivo:** Título, resumo, palavras-chave, introdução, objetivo, metodologia, descrição de reflexão, considerações finais e referências.

3. Para apresentação dos trabalhos usar fonte Times New Roman, justificado, numeração desde a primeira página, com no máximo 12 páginas, no programa Word, com espaçamentos entre linhas de 1,5 cm, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e tamanho de fonte 12.

4. Siglas, abreviaturas, unidades de medidas, nomes de genes e símbolos devem ser usados utilizando o modelo padrão internacional e de conhecimento geral. Quando for a primeira vez que citar a sigla, deve ser acompanhada do significado por extenso.

5. Citações e referências devem seguir as normas de Vancouver.

6. Caberá à diretoria científica julgar o excesso de ilustrações, suprimindo redundâncias. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como a preparação do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.

A responsabilidade pelos dados e conteúdo dos artigos é exclusiva de seus autores. Permitida reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

Sociedade Beneficente São Camilo

Presidente: Leocir Pessini

Vice-Presidente: Ariseu Ferreira de Medeiros

1º tesoureiro: Christian de Paul Barchifontaine

2º tesoureiro: Arlindo Toneta

1º secretário: Olacir Geraldo Agnolin

2º secretário: Francisco de Lelis Maciel

Superintendente: Justino Scatolin

Hospitais São Camilo de São Paulo

Superintendente: Antônio Mendes Freitas

Redação e Administração

Os manuscritos deverão ser encaminhados para:

IEP - Hospital São Camilo

Rua Tavares Bastos, 651 - Pompeia - CEP 05012-020 - São Paulo - SP

ou enviados para os e-mails: publicacoes.iep@saocamilo.com ou

amanda.ilkiu@saocamilo.com

Diretor Editorial: Dr. Fábio Luís Peterlini

Diretora Científica: Profa. Dra. Ariadne da Silva Fonseca

Coordenação Editorial: Amanda Ilkiu

Produção Editorial: Amanda Ilkiu

Jornalista Responsável: Fran Rodrigues - MTb 41545

Editor de Arte: Felipe Massari

Produção Gráfica: Type Brasil

Tiragem: 1000 exemplares

Diagramação: Ei Víu! Design e Comunicação

EXPEDIENTE

Conselho Editorial

Adriano Francisco Cardoso Pinto • Ana Lucia das Graças Gomes • Ana Maria Furkim • Angelica Cristina Saes • Ariadne da Silva Fonseca • Carlos Augusto Dias • Carlos Gorios • Claudio Collantonio • Daniela Akemi Costa • Emanuel Salvador Toscano • Fábio Luís Peterlini • Fabio Sandoli de Brito • Jair Rodrigues Cremonin Junior • José Antonio Pinto • José Carlos de Oliveira • José Ribamar Carvalho Branco Filho • Lucia de Lourdes Leite de Souza Campinas • Luiz Antonio Vianna Lopes • Marcelo Alvarenga Calil • Marco Aurélio Silvério Neves • Margareth Rose Priel

Missão

O Boletim Científico do Instituto de Ensino e Pesquisa é uma publicação da Rede de Hospitais São Camilo com periodicidade bimestral, destinado à divulgação de conhecimento científico da área de saúde e tem como finalidade contribuir para a construção do conhecimento através do acesso científico dos diferentes campos do saber.

SUMÁRIO

Editorial 4

Riscos Ocupacionais dos Trabalhadores de Saúde Alocados em Unidades de Terapia Intensiva: revisão bibliográfica 5

Aparecida Cristina Pereira da Silva

Janete Hatsuko Komessu

Avaliação dos Prontuários com Relação à Anotação de Enfermagem do Acesso Venoso Periférico 12

Luciana Fiorella Santillán Vilchez

Ariadne da Silva Fonseca

Mariana Freire Gonçalves

Avaliação do Conhecimento da População Sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica 19

Fabio Junior de Camargo

O Idoso Institucionalizado: Importância do Contato Familiar 26

Sueli Salete da Luz

Maria Luiza Mazzieri

Giane Elis de Carvalho Sanino

Aspectos Éticos na Assistência ao Cliente e Família

A área da saúde exige dedicação do profissional, uma vez que assistir o outro em sua integridade significa não apenas resolver seus problemas físicos, mas também identificar as necessidades e buscar formas de atendê-las. Aos profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, compete o cuidado autônomo e colaborativo dos indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis e em todos ambientes. As suas atribuições vão desde a promoção da saúde e da prevenção de doenças, até o cuidado de pessoas e povos doentes, além do apoio e da promoção de um ambiente seguro, da pesquisa, do ensino, da participação na política de saúde, da gerência e da educação em saúde.

Seguindo a tendência mundial evidencia-se o modelo do cuidado, chamado por ética do cuidado, que preconiza a abordagem de dilemas éticos, procurando soluções particulares para os problemas. Em contraste à ética orientada por princípios, a ética do cuidado tem sido descrita como um processo situacional e intuitivo, onde a questão central é examinada a partir de uma rede de inter-relações. O cuidado implica mutualidade e reciprocidade nas relações, portanto não é unidirecional e pretende atender aos valores dos indivíduos envolvidos.

Nesta perspectiva, a ética não corresponde a uma qualificação externa das ações humanas, mas significa uma exigência necessária da vida, presente em todas as ações do ser humano. A ética é uma ciência que se relaciona com as questões da prática, onde a todo o momento os profissionais tem que resolver as contradições entre necessidade e possibilidade, tempo e eternidade, individual e social, econômico e moral, corporal e psíquico, natural e cultural, vida e morte, inteligência e vontade.

Analisando a assistência de saúde, a ética se faz presente intensificadamente em decorrência dos grandes avanços da tecnologia e da redução de recursos. As mudanças cada vez mais rápidas e profundas do mundo do trabalho exigem que os trabalhadores respondam às demandas da vida profissional de modo criativo e inovador. Além de uma atitude empreendedora e eficiente, deles são esperados senso de responsabilidade, espírito crítico e autoconfiança, crescente autonomia intelectual, honestidade e comportamento ético.

É nesse contexto que o desempenho de uma pessoa no seu local de trabalho passa a ser um precioso indicador para se aferir e avaliar a competência profissional desenvolvida, entendida assim como um saber operativo, dinâmico e flexível, capaz de guiar e de monitorar o desempenho específico num local de trabalho ou função delimitada.

As diversidades dos indivíduos estão presentes a todo o momento e fazem parte do mundo globalizado, trazendo à tona as inovações técnico-científicas em uma sociedade pluralista da qual emergem distintas concepções de vida e diferentes valores éticos que precisam ser considerados na assistência ao paciente, família e comunidade.

Boa leitura.



Profa. Dra. Ariadne da Silva Fonseca
Coordenadora Científica
do Instituto de Ensino e Pesquisa



Aparecida Cristina Pereira da Silva | Janete Hatsuko Komessu

Riscos Ocupacionais dos Trabalhadores de Saúde Alocados em Unidades de Terapia Intensiva: revisão bibliográfica

Occupational Risk of Health Professionals Allocated in Intensive Care Units: A Literature Review

RESUMO

Os riscos ocupacionais podem ser entendidos como a probabilidade de acometimento da saúde do trabalhador decorrente de alguns fatores propiciados pelas atividades laborais, ou mesmo o ambiente de trabalho. O presente estudo de revisão de literatura objetivou identificar os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de saúde em Unidades de Terapia Intensiva, com trabalhos publicados entre 2001 a 2011. Trata-se de uma revisão de literatura realizados por meio de estudos indexados na base de dados LILACS. Foram localizados 80 resumos, mas apenas 21 atendiam ao objetivo do estudo. Foi possível considerar que dentro dos grupos de classificação o mais prevalente tratou-se dos riscos ergonômicos. Entende-se que a redução da exposição dos riscos ocupacionais aos trabalhadores de saúde atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, não consistem em medidas simples e isoladas, sendo necessário uma concentração de esforços e recursos em busca da promoção de mudanças no ambiente de trabalho. Contudo necessita-se de mais estudos sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE

Unidades de Terapia Intensiva; Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais.

ABSTRACT

Occupational risks can be understood as the probability of harm to workers' health due to some factors related to work activities, or even related to work environment. This present study of literature review aimed to identify the occupational risks which health professionals are exposed to, in intensive care units, with papers published in the period between 2001 and 2011. It's a literature review conducted by studies indexed in the LILACS database. Eighty abstracts were found, but only 21 met the study objective. It was possible to consider that within the classification groups the most common risks were ergonomic. It is understood that reducing the exposure of health professionals to occupational risks in Intensive Care Units, does not consist on simple and isolated measures, requiring a concentration of efforts and resources to promote changes in work environment. However more studies on this subject are required.

KEYWORDS

Intensive Care Units, Occupational Health, Occupational Risks.

Aparecida Cristina Pereira da Silva – Enfermeira Plena da Clínica Médica Cirúrgica do Hospital São Camilo – Unidade Santana; Especialista em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas.

Janete Hatsuko Komessu – Enfermeira Mestre em Saúde do Adulto.

e-mail: cristinaestudante@yahoo.com.br

I – INTRODUÇÃO

Atualmente estamos vivendo em uma sociedade dependente de recursos tecnológicos, e a área da saúde como parte integrante da sociedade acompanha este movimento dispensando grandes esforços para o controle e manutenção da qualidade na assistência em saúde¹.

Quando se pensa em recursos tecnológicos em um serviço de saúde e a concentração dos mesmos em um ambiente logo desponta a idéia das Unidades de Terapia Intensiva. Pesquisadores em um estudo realizado em 2009 afirmaram que estas surgiram nos Estados Unidos da América no início dos anos 50 por conta do horror das epidemias de poliomielite permitindo de uma maneira geral a obtenção de resultados mais animadores no enfrentamento ao que na época assolava a humanidade, a insuficiência respiratória, logo outras unidades semelhantes começaram a eclodir, por conta das necessidades evidentes da população².

Os indivíduos em nossa sociedade dedicam cerca de 65% de sua vida produtiva às atividades inerentes ao trabalho, independentemente da área em que atuam, isto significa que mais da metade da existência dos seres humanos está voltada plenamente ao trabalho profissional³.

Desta maneira não é possível tracejar um mundo dentro e fora do trabalho já que os trabalhadores existem no mundo, transformando e por ele sendo transformados, pois é através do trabalho que o indivíduo se constitui como sujeito, posicionando sua identidade e o seu desejo de ser reconhecido socialmente⁴.

No que tange os serviços de saúde, sem evidenciar a complexidade, existem os chamados trabalhadores de saúde que são todos aqueles que inserem-se direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho das funções referentes ao setor⁵.

Fechando um pouco mais o cerco e tomando como foco os trabalhadores de saúde que são os artífices da Unidade de Terapia Intensiva percebe-se que estes estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais, que podem ser classificados em riscos de acidente (entendido como qualquer circunstância ou comportamento que provoque alteração da rotina real de trabalho), riscos ergonômicos (são aqueles que se relacionam aos fatores fisiológicos e psicológicos inerentes a profissão), e os riscos ambientais, sendo que este último subdivide-se em riscos físicos, riscos químicos, e riscos biológicos². De maneira que a abordagem da saúde da

equipe interdisciplinar das Unidades de Terapia Intensiva deveria ser pautada entre outras coisas na conscientização dos riscos ocupacionais aos quais os profissionais destas unidades estão expostos diariamente.

Embora pareça uma preocupação recente a atenção a saúde do trabalhador é algo relatado nas organizações sociais há algum tempo, estudiosos em um trabalho publicado em 2001 mencionam que personalidades como Hipócrates, e Paracelso descrevem quadros clínicos de doenças decorrentes de atividades laborais, e cerca de dois séculos mais tarde, em 1700 foi publicado "*De Morbis Artificum Distribua*", escrito por Bernardino Ramazzini, conhecido como "Pai da Medicina do Trabalho"⁴.

Em tempos não tão remotos os trabalhadores de saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para ocorrência de acidentes de trabalho, esta categorização surgiu concomitante com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos anos 80, quando o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) iniciou a denominada Precauções Universais, hoje conhecida como Precauções Padrão, que tem como cerne a preconização da necessidade dos trabalhadores de saúde proteger-se ao entrar em contato com fluídos corporais².

Neste contexto é importante que os trabalhadores de saúde entendam-se como parte integrante de um todo, materializando-se como sujeitos transformadores de seu meio. Grandes responsabilidades são atribuídas aos profissionais de saúde no que se refere a prestação de cuidados aos doentes, fato que não é diferente nas Unidades de Terapia Intensiva, assim observa-se uma série de fatores que podem interferir diretamente na qualidade de vida destes profissionais.

Todo trabalho é gerador de fatores desgastantes que são determinantes nos processos de saúde interferindo na qualidade de vida no trabalho, termo este subjetivo, complexo, multidimensional, e interdependente de fatores intrínsecos e extrínsecos⁶.

Portanto é notória a vulnerabilidade dos profissionais de saúde perante os riscos ocupacionais, deste modo manifestações que incentivem um cuidado apurado com a saúde do trabalhador (uma vez que lideranças instrumentalizadas direcionam mais adequadamente ações de melhorias), refletirão beneficemente tanto individualmente como coletivamente, já que a qualidade de vida destes indivíduos relaciona-se diretamente com a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Alguns autores acreditam que entre os trabalhadores de saúde

aconteça o paradoxo hospitalar entendido como: cuidar de enfermos é permitir adoecerem as pessoas que deles cuidam?

II – OBJETIVO

Identificar os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de saúde em Unidades de Terapia Intensiva através da literatura.

III – METODOLOGIA

De acordo com os fatores desencadeantes da pesquisa, descritos anteriormente, o presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada com materiais escritos entre o período de 2001 a 2011.

A pesquisa foi realizada nos meses de maio e junho de 2011, por meio de estudos disponíveis na Bireme. Na busca eletrônica foi utilizado o formulário básico onde se realizou o cruzamento das seguintes palavras chaves, conforme os descritores dos Serviços de Saúde (DECS): unidades de terapia intensiva e saúde do trabalhador; e unidades de terapia intensiva e riscos ocupacionais.

Foram localizados 80 resumos. Para este trabalho foram utilizados somente estudos na língua portuguesa e que atendiam ao objetivo do estudo, totalizando 21 artigos. Após a leitura integral do material selecionado realizou-se o fichamento dos artigos em formato de quadro, contendo os seguintes itens: referência bibliográfica, objetivos, metodologia, corpo ou texto, e fonte.

IV – REVISÃO DE LITERATURA

Na sequência, ao refinar a pesquisa, percebeu-se que algumas referências repetiam-se. Com isso, foram excluídas as repetições, restando para o fichamento 18 estudos que respondiam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Apesar de a presente pesquisa ter como objeto de estudo as Unidades de Terapia Intensiva ressalta-se que dos 18 estudos, 94,4% (o referente a 17 artigos) tratavam de pesquisas de campo, onde o local da pesquisa foi exclusivamente Unidades de Terapia Intensiva, e 5,6% (o equivalente a 01 estudo) utilizaram como cenário de pesquisa uma Unidade de Terapia Intensiva e um Bloco Cirúrgico.

Das 17 publicações que retrataram exclusivamente o ambiente de Terapia Intensiva distinguiu-se que 82,4% eram destinadas a prestação de cuidados ao público adulto, e 17,6% destinadas aos cuidados ao público infantil.

Entre os 18 trabalhos incluídos que atendiam ao período de 2001 a 2011, é interessante destacar uma concentração de estudos publicados nos últimos 5 anos, cerca de 72,2% (detalhadamente:



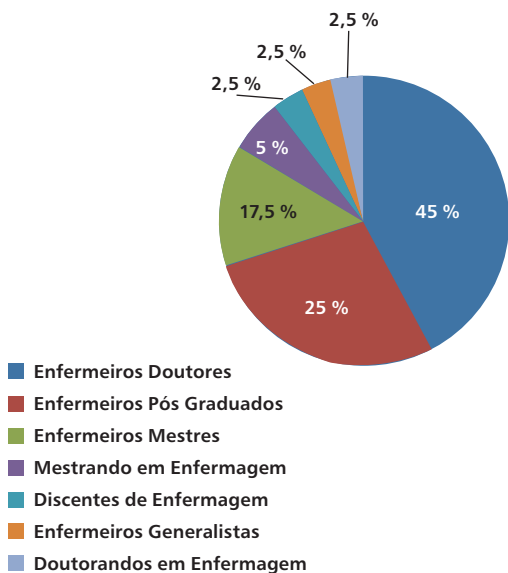
22,2% em 2004, 5,6% em 2005, 22,2% em 2006, 11,1% em 2007, 22,2% em 2008, 5,6% em 2009, 11,1% em 2010). Salienta-se que o interesse de pesquisadores por esta temática nos anos em destaque pode ter ocorrido pelo fato da NR 32 ter sido publicada no *Diário Oficial da União* em 16/11/2005, tal Norma Regulamentadora diz respeito a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Estudiosos afirmam que até 2005 era inexistente no Brasil uma legislação que tratasse especificamente do assunto⁸.

Os 18 estudos apresentaram uma somatória de 49 autores, porém 5 estudiosos elaboraram mais de um estudo e, com isso, reduziu-se o total para 44 autores de áreas distintas, porém a maior parte deles pertenciam a categoria de enfermagem, ou seja o equivalente a 90,9%, contra 9,1% representando outros ramos da ciência tais como medicina (6,8%), e psicologia (2,3%).

Analisando a formação acadêmica dos enfermeiros pesquisadores observou-se um maior percentual de enfermeiros doutores (45,0%), seguido de enfermeiros pós-graduados (25,0%), enfermeiros mestres (17,5%), mestrandos em enfermagem (5,0%), e por fim discentes em enfermagem, enfermeiros generalistas, e

doutorandos em enfermagem cada qual com 2,5% de prevalência, como explicitado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição da Formação Acadêmica dos Enfermeiros Autores dos Estudos, Brasil, 2001 – 2011



Nos dias atuais os profissionais de uma maneira geral retratam as mudanças no processo de formação contornado principalmente pela modernização científica e tecnológica, tal ocorrência não poderia ser diferente com os profissionais da saúde, que tentam responder a um mercado que necessita cada vez mais de produção de conhecimento, explicando assim, a predominância de profissionais na autoria dos estudos selecionados, que não limitaram-se apenas ao curso de graduação em enfermagem⁹.

Referente aos profissionais de saúde aos quais os pesquisadores abordaram 100% dos estudos permearam a categoria de enfermagem e apenas 5,6% (o equivalente a 01 estudo) incluía além da enfermagem outra categoria profissional de saúde, a médica.

Pesquisa realizada em 2009 revela que no Brasil existem mais de 1.300.000 trabalhadores de enfermagem, ocorrência que pode embasar o fato da predominância dos profissionais de enfermagem como objeto de estudo no que tange os riscos ocupacionais em Unidades de Terapia Intensiva, pois constituem a categoria que compõe de maneira mais expressiva numericamente as equi-

pes destas unidades¹⁰.

Considerando que algumas das publicações apresentavam como resultados mais de 1 grupo de classificação de riscos ocupacionais, o total de itens extraídos dos artigos de acordo com o objetivo foram 76, entretanto alguns fatores eram redundantes, assim fez-se necessário a copilação dos resultados.

Deste modo dos 47 fatores condizentes com os riscos ergonômicos, restaram 13 fatores distintos evidenciados na tabela 01.

Tabela 01 - Riscos ergonômicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva, 2001-2011.

Riscos ergonômicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva	Total	%
Estresse	10	21,3%
Recursos humanos insuficientes	05	10,6%
Desgaste físico do trabalhador	05	10,6%
Recursos materiais insuficientes	04	8,6%
Dupla jornada	04	8,6%
Proximidade com a morte	04	8,6%
Atitudes conflitantes do grupo	03	6,4%
Rígido controle de tempo	03	6,4%
Especificidade do trabalho	02	4,2%
Trabalho nos finais de semana	02	4,2%
Agressividade dos pacientes	02	4,2%
Postura física inadequado	02	4,2%
Modelo de gestão centralizador	01	2,1%
Total	47	100%

Os riscos ergonômicos são facilmente remetidos a idéia de esforço físico intenso, que com o passar do tempo são capazes de ocasionar lesões, alguns autores corroborando com esta associação em 2003 mostraram em sua investigação, realizada em diferentes setores de um Hospital Universitário que a unidade que oferecia maior risco ergonômico à equipe de enfermagem durante os procedimentos de movimentação e transporte era a de Terapia Intensiva, fato compreensível uma vez que este público na maioria possui uma grande quantidade de cateteres, equipamentos decorrentes da terapêutica empregada, e uma alta dependência¹¹. Contudo os riscos ergonômicos não restringem-se aos esforços físicos intensos, tendo como abrangência algo mais amplo, já que engloba fatores que podem ocasionar esgotamento físico e men-

tal dos trabalhadores, o quadro 01 demonstra que o item estresse possui a prevalência mais significativa, que por sua vez, pode ser considerado um processo psicofisiológico que poderá resultar em sintomas deletérios a saúde, durante a existência humana diversos eventos podem constituir-se de fatores desencadeadores de estresse, o trabalho pode ser considerado um deles¹².

Pensando ainda no estresse, o esgotamento emocional resulta na sensação de que a pessoa nada mais tem a oferecer em nível psicológico, esta somatória de sinais e sintomas caracteriza o *burnout*, síndrome cada vez mais recorrente aos profissionais de enfermagem¹³. Existe uma fina relação nas situações de alta rotatividade e absenteísmo e a insatisfação com o ambiente de trabalho, por isso a qualidade de vida dos trabalhadores pode favorecer as instituições já que indivíduos satisfeitos tendem a produzir mais e melhor.

No que tange os riscos físicos, os estudos apresentaram 14 fatores, após agrupamento 03 fatores são apresentados na **tabela 02**.

Tabela 02 - Riscos físicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva, 2001-2011.

Riscos físicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva	Total	%
Ruídos	06	42,8%
Desconforto térmico	04	28,6%
Radiação ionizante	04	28,6%
Total	14	100%

No ambiente hospitalar é notório que a prioridade de conforto e segurança é dada ao usuário, mas os trabalhadores que fazem parte deste universo podem sofrer de alterações de saúde diante dos inúmeros agentes existentes, tempo e intensidade do contato com os agressores, porém um pesquisador discute em seu trabalho finalizado em 2003 que grande parte dos profissionais de enfermagem não sabe identificar os riscos físicos, emergindo a dicotomia da falta de prevenção propiciada pela falta de conhecimento do problema em potencial¹⁴.

No tocante fator de risco ruídos, alguns autores afirmam que as Unidades de Terapia Intensiva juntamente com os avanços tecnológicos e a possibilidade de um melhor atendimento aos pacientes, tem trazido um aumento do número de equipamentos técnicos monitorados por alarmes acústicos, que indiretamente transformam o ambiente em ruidoso e estressante¹⁵.

Referente aos riscos de acidentes: foram extraídos 04 fatores, após redução tornaram-se 03 fatores representados na **tabela 03**.

Tabela 03 - Riscos de acidentes a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva, 2001-2011.

Riscos físicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva	Total	%
Planta física inadequada	02	40,0%
Manipulação inadequada dos materiais pérfuro-cortantes	02	40,0%
Quedas por piso molhado	01	20,0%
Total	05	100%

Apesar de elencado em um número representativo no presente levantamento, pouco discute-se na literatura sobre o item planta física inadequada.

Em compensação a manipulação inadequada dos materiais pérfuro-cortantes vem sendo alvo de investigações. Pesquisa realizada em 2004 sobre acidentes de trabalho com pérfuro-cortantes envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino, apontou que a ocorrência permeou principalmente entre os trabalhadores que atuavam em unidades mais complexas, tais como as Unidades de Terapia Intensiva, dado ao número de procedimentos que executa-se nestes ambientes¹⁶.

Por mais conflitante que possa parecer existem repercussões favoráveis à conduta do profissional de enfermagem quando instalam-se os acidentes, pois estes indivíduos na maioria tornam-se mais cautelosos ao executarem suas atividades laborais¹⁷.

Abordando os riscos biológicos, estes obtiveram um total de 04 fatores nos estudos, após reunião dos itens de mesmo significado, sobraram 02 fatores, como mostra a **tabela 04**.

Os riscos biológicos estão de certa maneira intrincados com outra **Tabela 04** - Riscos biológicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva, 2001-2011

Riscos biológicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva	Total	%
Exposição a sangue e fluidos corpóreos	04	66,7%
Exposição a doenças infecciosas de diagnósticos não confirmados	02	33,3%
Total	06	100%

classificação de risco, os riscos de acidentes, pois a manipulação inadequada dos materiais pérfuro-cortantes ocasiona na maioria das vezes a exposição aos agentes biológicos. Oliveira; Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2008 utilizaram como sujeitos de pesquisa

todos os profissionais de enfermagem locados em um hospital do interior do Paraná, e concluíram que os setores onde ocorreu maior percentual de acidentes com materiais biológicos, decorrentes de acidentes com materiais perfuro-cortantes constituíram-se da clínica médica e da Unidade de Terapia Intensiva¹⁸. Um predisponente para exposição ocupacional dos trabalhadores

“É importante que os trabalhadores de saúde entendam-se como parte integrante de um todo, materializando-se como sujeitos transformadores de seu meio.”

de enfermagem aos riscos biológicos é a falta de adoção de medidas para prevenção e controle deste tipo de acidente, porém no Brasil ainda são escassos os dados sobre esta temática, dificultando a elaboração de ações de melhoria que reflitam a realidade¹⁹. Com relação aos riscos químicos somaram-se 04 fatores, após análise encurtou-se para 02, como observa-se na **tabela 05**.

Os profissionais de saúde em específico os de enfermagem estão **Tabela 05** - Riscos químicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva, 2001-2011.

Riscos químicos a que estão expostos os trabalhadores de saúde em unidades de terapia intensiva	Total	%
- Exposição a produtos químicos	03	75,0%
- Exposição a gases e vapores tóxicos	01	25,0%
Total	04	100%

constantemente expostos aos riscos químicos, tais como poeira, névoa, gases e vapores derivados de compostos químicos, estudos nacionais sobre a exposição dos trabalhadores de enfermagem a cargas químicas ainda são poucos, perante esta problemática é necessário o diagnóstico situacional das instituições visando melhores condições de trabalho aos indivíduos uma vez que as substâncias químicas podem ocasionar desde leves processos alérgicos aos trabalhadores até mesmo doenças de desenrolar mais complicado como as neoplasias⁸.

Xelegati e Robazzi²⁰ consideram reduzida a verbalização dos tra-

balhadores sobre os possíveis riscos na manipulação de agentes químicos como antibióticos de última geração, antineoplásicos, ou mesmo as dermatites ocasionadas pelo uso prolongado das luvas. Complementando a idéia dos autores supracitados, uma vez que pouco percebe-se o risco em questão, baixa também torna-se a curiosidade científica sobre o assunto.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa que buscou identificar os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de saúde em Unidades de Terapia Intensiva, foi possível considerar que dentro dos grupos de classificação o mais prevalente tratou-se dos riscos ergonômicos.

Apesar de não ter sido como foco uma categoria profissional em específico, todos os estudos contemplaram os profissionais de enfermagem, que no desenrolar de suas atividades laborais esforçam-se muito, e acabam trabalhando no limite de suas capacidades psicofisiológicas, consequentemente dificultando a manutenção de sua higidez, fato agravado também pela falta de conhecimento destes profissionais em relação ao assunto, cabe ressaltar que em alguns estudos utilizados neste levantamento os autores reconhecem os vieses de suas pesquisas ocasionados pelo saber deficitário dos profissionais no tocante a riscos ocupacionais.

Entende-se que a redução da exposição de riscos ocupacionais aos trabalhadores de saúde atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, não consiste em medidas simples e isoladas, sendo necessária uma concentração de esforços e recursos em busca da promoção de mudanças no ambiente de trabalho, envolvendo os supostos cenários e seus atores sociais, de maneira que a valorização dos indivíduos em seu ambiente de trabalho repercute em satisfação, e como consequência no aumento da produtividade. Contudo necessita-se de mais estudos sobre a temática ampliando as discussões sobre trabalho versus a saúde dos trabalhadores, principalmente pelo fato de que a maioria das publicações abrange a identificação dos riscos, mostrando que a abordagem deste assunto ainda permanece em formação. ■

REFERÊNCIAS

1. Barros SMO. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.
2. Guimarães HP, Falcão LFR, Orlando JMC. *Guia Prático de UTI*. São Paulo: Atheneu, 2009.
3. Mauro MYC. *et al*. Riscos Ocupacionais em Saúde. R. *Enferm. UERJ* 2004; 12(45): 338-45.
4. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de Trabalho e Doença Ocupacional: Estudo sobre o Conhecimento do Trabalhador Hospitalar dos Riscos à Saúde do Seu Trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9(1): 225-245.
5. Pianucci A. *Saber Cuidar: Procedimentos Básicos em Enfermagem*. 13. ed. São Paulo: Senac, 2003.
6. Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de Vida no Trabalho Docente de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12(1): 205-209.
7. Ribeiro EJJ, Shimizu HE. Acidentes de Trabalho com Trabalhadores de Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm* 2007; 60(5): 264-272.
8. Costa TF, Felli VEA. Exposição dos Trabalhadores de Enfermagem as Cargas Químicas de um Hospital Público Universitário da Cidade de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2005; 13(4): 501-508.
9. Silva MG. *et al*. Processo de Formação da(o) Enfermeira(o) na Contemporaneidade: Desafios e Perspectivas. *Texto Contexto-enfermagem* 2010; 19(1):293-296.
10. Erdmann AL. *et al*. Avaliação de Periódicos Científicos Qualis e a Produção Brasileira de Artigos da Área de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2009; 17(3): 403-409.
11. Gallasch CH, Alexandre NMC. Avaliação dos Riscos Ergonômicos Durante a Movimentação e Transporte de Pacientes em Diferentes Unidades Hospitalares. *R Enferm UERJ* 2003; 11(1): 252-260.
12. Belancieri MF, Bianco MHBC. Estresse e Repercussões Psicossomáticas em Trabalhadores da Área de Enfermagem de um Hospital Universitário. *Texto Contexto-enferm* 2004; 13(1): 124-131.
13. Harada, MJCS. *Gestão em Enfermagem: Ferramenta para Prática Segura*. São Paulo: Yendis, 2011..
14. Rezende MP. Agravos a Saúde de Auxiliares de Enfermagem Resultantes da Exposição Ocupacional aos Riscos Físicos. 127 f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
15. Pereira RP. *et al*. Qualificação e Quantificação da Poluição Sonora e Ambiental em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 69(6): 766-771.
16. Barboza D, Soler Z, Ciorlia L. Acidentes de Trabalho com Pérfuro-Cortante Envolvendo a Equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino. *Arq Ciênc Saúde* 2004, 11(2): 2-8.
17. Castro MR, Farias SNP. Repercussões do Acidente com Perfuro-Cortantes para Enfermagem: Uma Construção a Partir do Grupo Focal. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13(3): 523-529..
18. Oliveira BAC, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Estudo Sobre a Ocorrência de Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Profissionais de Enfermagem de um Hospital. *Cogitare Enferm* 2008; 13(2): 194-205.
19. Marziale MHP, Rodrigues CM. A Produção Científica Sobre os Acidentes de Trabalho com Material Pérfuro-Cortante Entre Trabalhadores de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2002; 10(4): 265-271.
20. Xelegati R, Robazzi MLCC. Riscos Químicos a que Estão Submentidos os Trabalhadores de Enfermagem: Uma Revisão de Literatura. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2003; 13(3): 66-69.



Luciana Fiorella Santillán Vilchez | Ariadne da Silva Fonseca | Mariana Freire Gonçalves

Avaliação dos Prontuários com Relação à Anotação de Enfermagem do Acesso Venoso Periférico

Evaluation of Medical Records Regarding Nurse Notes of Peripheral Venous Access

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar as anotações realizadas pela equipe de enfermagem sobre o acesso venoso periférico em prontuários de uma Unidade de Clínica Médica. Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo com análise quantitativa de 100 prontuários na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Privado. Analisaram-se três momentos: inserção, acompanhamento e retirada do acesso venoso periférico nos três turnos de trabalho. Observou-se que os itens mais registrados no momento da inserção do acesso venoso periférico foram: data; hora; nome e registro do profissional com (71%); local da punção (68%) e calibre do cateter (54%). Quanto ao momento do acompanhamento do acesso venoso periférico verificou-se que os itens mais registrados foram: data; hora; local; nome e registro do profissional. Referente ao momento da retirada do acesso venoso periférico, os itens com maior frequência de registro foram: data; hora; nome e registro com (25%), e motivo da retirada com (21%). Diante dos dados obtidos, o estudo permitiu evidenciar a importância da comunicação entre os turnos de trabalho através da anotação de enfermagem no prontuário para as ações de prevenção, monitoramento e tratamento de infecções relacionadas a corrente sanguínea.

PALAVRAS-CHAVE

Descritores: Registro de Enfermagem; Acesso Venoso Periférico; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to analyze the notes made by the nurse staff on the peripheral venous access in medical records of a Clinic Unit. It was conducted a retrospective and descriptive study with quantitative analysis of 100 records in the Clinic Unit of a Private Hospital. It was analyzed three stages: insertion, monitoring and removal of peripheral venous access during three working shifts. It was observed that most items recorded at the time of peripheral venous access insertion were: date, hour, names and professional record with (71%); puncture site (68%) and catheter diameter (54%). Regarding the peripheral venous access monitoring it was found that the most recorded items were: date, time, name and professional record. Regarding the moment when peripheral venous access was withdrawn, the items most frequently recorded were: date, time, name and record with (25%), and the motive for withdrawal with (21%). Facing the data collected, the study enables to highlight the importance of communication between working shifts through nurse notes on the medical record for prevention, monitoring and treatment of infections related to blood flow.

KEYWORDS

Nurse Record; Peripheral Venous Access; Nurse.

Luciana Fiorella Santillán Vilchez – Enfermeira Junior de Clínica Médica Cirúrgica do Hospital São Camilo.

Ariadne da Silva Fonseca – Doutora em Enfermagem pela UNIFESP; Coordenadora de Publicações e Eventos da Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo; Diretora de Educação da ABEN-SP; Diretora Científica da Revista Nursing; Tesoureira da ABRASSIM.

Mariana Freire Gonçalves – Coordenadora de Pesquisa da Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo; Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo;

e-mail: luciana.santacasa@gmail.com, ariadne@saocamilo.com, pesquisa.iep@saocamilo.com

I – INTRODUÇÃO

A documentação de enfermagem registrada em prontuário hospitalar é extremamente importante para avaliação e para o cuidado contínuo e ininterrupto do paciente, garantindo a comunicação efetiva entre a equipe de saúde. Esta documentação é fonte de ensino para pesquisas e educação continuada; servindo também à auditoria e conseqüentemente, fornecendo respaldo legal, pois constitui o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao paciente. Dessa forma, promove a qualidade na assistência e satisfação para o usuário, família e coletivo¹.

Neste contexto, destaca-se a o registro de enfermagem baseada em princípios científicos com ações planejadas a partir de levantamento e análise de dados com suas respectivas avaliações e resultados². A documentação da assistência ao paciente permite o acompanhamento das condições de saúde do mesmo por um período integral, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados. A anotação deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário³.

Contudo, estudos realizados a partir das anotações de enfermagem, nem sempre mostram resultados satisfatórios em relação à qualidade da assistência oferecida ao paciente. Muitos relatam que os registros expressam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos⁴⁻⁶.

A terapia endovenosa é considerada mundialmente um importante recurso terapêutico indicado para a maioria dos doentes hospitalizados⁷. O acesso vascular periférico foi introduzido nos hospitais por volta da década de 40 e, desde então, a sua manipulação, inserção, manutenção e retirada dependem da equipe de enfermagem.

O fato de 90% dos doentes hospitalizados receberem soluções endovenosas os coloca em risco de desenvolverem complicações relacionadas ao uso de cateteres endovenosos tais como: hematomas subcutâneos, ruptura da veia, obliteração do vaso, trombose, flebite (mecânica; química; bacteriana e pós-infusão), tromboflebite, infiltração, extravasamento, infecção local e a saída acidental do dispositivo⁷⁻⁹.

Entre os doentes brasileiros que recebem terapia endove-

nosa, 27% a 70% chegam a desenvolver algum estágio de flebite, tornando-se uma das complicações locais mais comuns da prática citada, havendo necessidade de remoção do acesso¹⁰⁻¹².

O fornecimento das informações, assegurando a comunicação durante a continuidade da assistência prestada ao paciente nas 24 horas, referente ao acesso venoso periférico dependerá dos registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) no prontuário do paciente.

Devido ao alto índice de complicações referentes ao acesso venoso periférico, é de responsabilidade da equipe de enfermagem documentar no prontuário do doente a avaliação do acesso venoso, as características e aspecto do local da inserção do cateter de seis em seis horas, usando o processo de enfermagem na avaliação, prevenção e tratamento de complicações associadas com a terapia endovenosa. Tais complicações podem ser reconhecidas precocemente pela equipe de enfermagem por uma avaliação objetiva identificada como componente chave na intervenção precoce⁸.

A anotação de enfermagem referente ao acesso venoso periférico registrado no prontuário do paciente fornecerá dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados e desenvolvimento de medidas específicas de enfermagem para cada punção venosa. Assim, o registro de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

II – OBJETIVO

Analisar as anotações realizadas pela equipe de enfermagem sobre o acesso venoso periférico em prontuários de uma Unidade de Clínica Médica.

III – MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, com análise quantitativa de dados. Foi desenvolvido na Unidade de Clínica

Médica de um Hospital Privado de grande porte na região Oeste da Cidade de São Paulo.

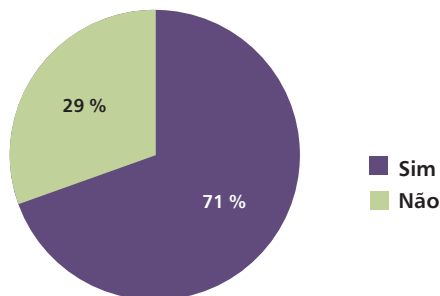
Os critérios de inclusão foram: anotações de enfermagem de pacientes internados na Unidade de Clínica Médica submetidos ao tratamento endovenoso por um período maior que 24 horas, cujo motivo de internação seja clínico, cirúrgico eletivo ou de urgência. Foram excluídos prontuários de pacientes com idade inferior a 18 anos.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação da Instituição, havendo total sigilo dos dados colhidos, estes referem às anotações da equipe de enfermagem registradas em prontuários sobre acesso venoso periférico no momento de sua inserção, manutenção e retirada do cateter em três turnos de trabalho, matutino, vespertino e noturno. A coleta de dados dos prontuários iniciou-se após aprovação da instituição. Foram estudados 100 prontuários aleatórios no período de setembro a outubro de 2012. Os dados foram analisados e apresentados em gráficos e tabelas.

IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

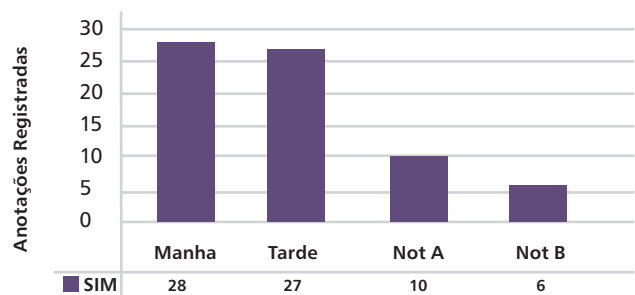
Foram analisados 100 prontuários de pacientes admitidos na Unidade de Clínica Médica, submetidos à terapia endovenosa que continham anotações de enfermagem com relação ao momento da inserção, do acompanhamento e no momento da retirada do cateter venoso periférico.

Gráfico 1 – Anotações de Enfermagem quando a Inserção do AVP. São Paulo - SP, 2012.



O gráfico 1, demonstra que 71% dos prontuários apresentaram registro de enfermagem quanto a inserção do acesso venoso periférico, e que somente 29% dos prontuários não apresentaram nenhum registro de enfermagem, independente do turno de trabalho.

Gráfico 2 – Anotações de Enfermagem quando a Inserção do AVP. São Paulo - SP, 2012.



O gráfico 2, demonstra o número de prontuários com anotações de enfermagem registradas nos períodos de trabalho (matutino, diurno e noturno) quanto ao momento da inserção do cateter venoso periférico (n=71). A partir desses dados, constatou-se que, 28 anotações de enfermagem foram registradas no período da manhã, 27 no período da tarde, 10 no período noturno A e 6 no período noturno B.

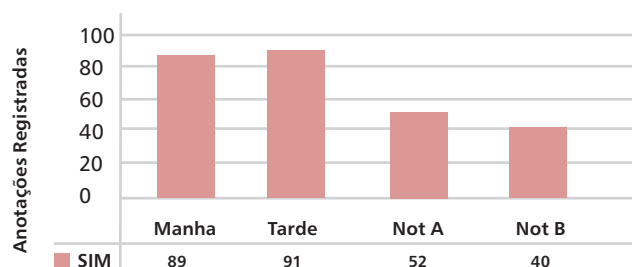
Os itens analisados na tabela 1 que apresentaram maior frequência de registro nas anotações de enfermagem quanto ao momento da inserção do acesso venoso periférico foram: data; hora; nome e registro com (71%); local da punção (68%) e calibre do cateter (54%). Os itens analisados com menor frequência de registro nas anotações de enfermagem foram: veia punccionada (2%); salinização (13%) e tentativa de punção (18%). Observou-se que as anotações de enfermagem referentes aos materiais utilizados no momento da inserção do cateter venoso periférico como: fixação (44%); polifix (46%) e clave (45%) obtiveram mais que a metade dos registros de enfermagem comparado ao total (n=71). Não foi encontrado registro do item “Aparado Pelos” nas anotações de enfermagem.

Tabela 1 - Anotações de enfermagem registradas quanto à inserção do acesso venoso periférico. São Paulo – SP, 2012.

Variáveis	Sim	Não	Total
Data	71	29	100
Hora	71	29	100
Tentativa de Punção	18	82	100
Calibre do Cateter	54	46	100
Local da Punção	68	32	100
Veia Puncionada	2	98	100
Aparado Pelos	*	*	*
Fixação	44	56	100
Salinizado	13	87	100
Polifix	46	54	100
Clave	45	55	100
Nome/Registro	71	29	100

Não observou-se registro de enfermagem (*).

Neste contexto, Barreto considera que as anotações de enfermagem registradas no prontuário do cliente é uma das formas de comunicação não verbal entre os membros da equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar que fornecem dados para elaboração e avaliação de planos, objetivando o restabelecimento da saúde em menor tempo possível, sendo um instrumento fundamental para a implantação do processo de enfermagem e na sistematização da assistência¹³.

Gráfico 3 – Anotações de Enfermagem quando ao Acompanhamento do AVP. São Paulo - SP, 2012.

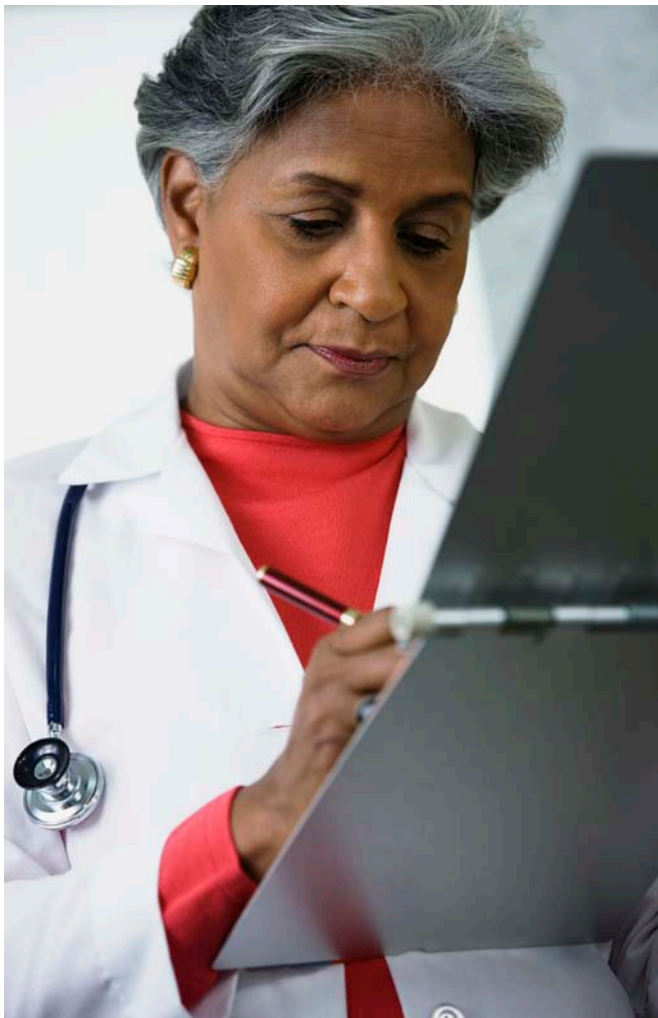
O gráfico 3, demonstra as anotações de enfermagem registradas nos períodos de trabalho quanto ao acompanhamento do acesso venoso periférico. No período da manhã observou-se 89 registros de anotações de enfermagem, 91 registros no período da tarde; 25 registros no período noturno A e por último, 40 registros no período noturno B.

Tabela 2 - Anotações de enfermagem registradas quanto ao acompanhamento do acesso venoso periférico durante os turnos de trabalho. São Paulo – SP, 2012.

Variáveis	Manha (M)	Tarde (T)	Noite A (NA)	Noite B (NB)
Data	89	91	52	40
Hora	89	91	52	40
Características	41	53	26	21
Tipo de Terapia	22	17	9	12
Salinizado	48	61	33	20
Complicações	1	0	0	3
Conduta	1	0	0	3
Local	86	89	52	40
Fixação	0	2	3	0
Dia do AVP	0	3	0	0
Nome/Registro	89	91	52	40

Na tabela 2, pode-se verificar que os itens mais registrados pela equipe de enfermagem em todos os turnos são os seguintes: data (M = 89; T=91; NA=52; NB=60); hora (M = 89; T=91; NA=52; NB=60); local (M=86; T=89; NA=52; NB=40); nome e registro do profissional (M=89; T=91; NA=52; NB=40). Observa-se que os itens menos registrados pela equipe de enfermagem em todos os turnos são: complicações (M=1; T=0; NA=0; NB=3); conduta (M=1; T=0; NA=0; NB=3); fixação (M=0; T=2; NA=3; NB=0); e dia do acesso venoso periférico (M=0; T=3; NA=0; NB=0).

A variável "característica do local da inserção" do acesso venoso periférico obteve registro de: (M=41; T=53; NA=26; NB=21). Quanto aos registros: tipo de terapia e salinização houve a necessidade de comparar a anotação de enfermagem com a prescrição médica, para confirmar se o paciente apresentava-se em algum tipo de terapia endovenosa ou se o mesmo simplesmente



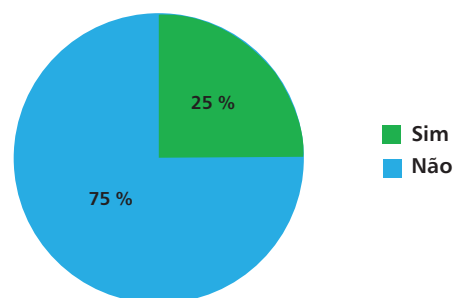
encontrava-se salinizado. Observou-se que a variável “salinização” (M=48; T=61; NA=33; NB=20), teve maior incidência do que a variável “tipo de terapia” (M=22; T=17; NA=9 e NB=12). O acesso venoso periférico mesmo sendo raramente caso de infecção sistêmica devido a sua localização (rede venosa dos membros superiores), é suscetível a complicações locais como flebite, infiltração e extravasamento. Devido a esses achados vê-se necessário o registro de enfermagem completo e correto quanto à manipulação e manutenção do cateter venoso periférico⁸.

Os calibres, tamanhos, comprimentos, materiais, e o tempo prolongado das inserções dos cateteres venosos periféricos, são aspectos a serem considerados na etiologia de complicações endovenosas⁸. Ferreira, Pedreira e Diccini, afirmam em seu estudo que a manutenção dos cateteres interferiu no aumento da taxa de flebite^{14,15}.

É notável que os itens contidos nos registros de enfermagem apresentam valores distintos entre os serviços analisados, ou seja, plantões diurnos e noturnos. Tal fato reflete na observação durante a coleta de dados que as anotações de enfermagem quanto aos aspectos do acesso venoso estão sendo feitas de forma repetitiva, não abrangendo questões como sinais flogísticos, indicativos de infecção e complicações locais, isso pode ser analisado através das baixas frequências de registros de enfermagem quanto a conduta e dia do acesso venoso periférico nos turnos de trabalho investigados.

Segundo o estudo realizado em um Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro quanto à importância do registro de enfermagem no controle e prevenção de infecção relacionada a cateteres venosos em clientes com HIV/AIDS, as autoras concluíram que é relevante que seja registrada a terapia medicamentosa em uso endovenoso, visto que alguns grupos medicamentosos podem predispor à complicações endovenosas por serem vesicantes ou irritantes¹⁶.

Gráfico 4 – Anotações de Enfermagem quando a retirada do AVP. São Paulo - SP, 2012.



Conforme o **Gráfico 4**, apenas 25% dos prontuários apresentaram registros de enfermagem quanto a retirada do acesso venoso periférico, e 75% dos prontuários não apresentaram nenhum registro de enfermagem, independente do turno de trabalho.

O **Gráfico 5**, demonstra o número de prontuários com anotações de enfermagem registradas nos períodos de trabalho quanto ao momento da retirada do cateter venoso periférico (n=25). Dessas 25 anotações de enfermagem, 11 foram registradas no período da manhã e 11 no período da tarde, somente 1 foi do período noturno A e 2 no período noturno B.

Gráfico 5 – Anotações de Enfermagem quando a retirada do AVP. São Paulo - SP, 2012.

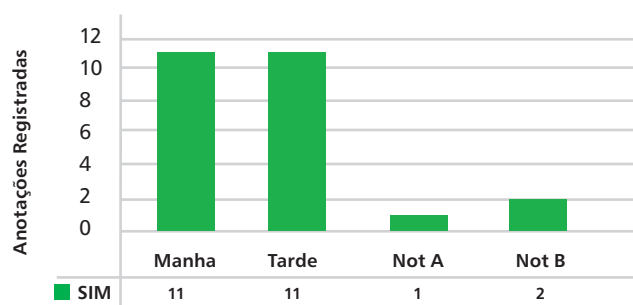


Tabela 3 - Anotações de enfermagem registradas quanto à retirada do acesso venoso periférico. São Paulo – SP, 2012.

Variáveis	Sim	Não	Total
Data	25	75	100
Hora	25	75	100
Motivo da Retirada	21	79	100
Aspecto da Inserção	7	93	100
Nome/Registro	25	75	100

Os itens analisados na **tabela 3** que apresentaram maior frequência nas anotações de enfermagem quanto à retirada do acesso venoso periférico foram: data; hora; nome e registro com 25% e motivo da retirada com 21%. O item com menor frequência nas anotações de enfermagem foi o aspecto da inserção com 7%.

Em relação às anotações de enfermagem na retirada do acesso venoso periférico, observou-se inadequação na maioria dos registros. Carrijo e Oguisso, afirmam que embora todos os pro-

fissionais de enfermagem saibam que o registro no prontuário sirva como meio de comunicação entre a equipe, estes não valorizam adequadamente o processo¹⁷.

“O registro das anotações de enfermagem no prontuário é de extrema importância para atender legislações pertinentes, garantir a continuidade da assistência, manter a segurança do paciente e dos profissionais da área da saúde”.

V – CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos, o estudo permitiu evidenciar que os registros de enfermagem apresentaram aspectos fundamentais relacionados ao acesso venoso periférico nos três momentos: inserção, acompanhamento e retirada. Todavia, observou-se que as anotações eram superficiais e executadas de forma repetitiva pelos profissionais de enfermagem nos três períodos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). Dessa forma, os registros sinalizam somente a realização da punção venosa e a manutenção do acesso venoso periférico, não abrangendo as questões relacionadas às condições venosas do paciente.

O registro das anotações de enfermagem no prontuário é de extrema importância para atender legislações pertinentes, garantir a continuidade da assistência, manter a segurança do paciente e dos profissionais da área da saúde, além de servir à auditoria de conta na cobrança de honorários para o ensino e pesquisa.

Frente a tais considerações, pode-se dimensionar a importância da comunicação entre os turnos de trabalho através da anotação de enfermagem no prontuário para as ações de prevenção, monitoramento e tratamento de infecções relacionadas à corrente sanguínea. ■

REFERÊNCIAS

1. Dalrí MB, Rossi LA, Carvalho EC. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. *Rev. Esc. Enf. USP*; 1999; 33(3):221 – 30.
2. Osawa C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em U.T.I. In: 12 Ciclo de Debates sobre Assistência em Enfermagem; 1988 out.29-31; São Paulo: Centro de Estudos de Enfermagem. 8 de Agosto do Hospital 9 de Julho; 1988: 46-53.
3. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino Am Enfermagem*; 2003;11(1): 80-7.
4. Teles MJS, Morais MCB. Evolução do paciente - uma prerrogativa do enfermeiro. *Rev. Bras Enferm*; 1983; 1(1): 17-28.
5. Ribeiro CM. Auditoria de serviços de enfermagem. *Rev. Bras .Enferm*; 1972; 25(4):91-103.
6. Vigo KO, Ferraz AE, Rossi LA, Costa Jr ML. Assistência de enfermagem e sua documentação. In: Mendes IAC, Carvalho EC, editores. In: 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem – SIBRACE. 2000 junho. 56; Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000; 203-8.
7. Nascimento EMF, Souza MF. Infiltração em terapia intravenosa através de veia periférica. *Acta Paul Enferm*; 1996;9(1):53-60.
8. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001; 236-46.
9. Machado AF, Pedreira MLG, Chaud MN. Estudo prospectivo, randomizado e controlado sobre o tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças, segundo três tipos de curativos. *Rev Lat Am Enferm*; 2005;13(3):291- 8.
10. Chukhraev AM, Grekov IG, Aivazyan, M. Local complications of nursing interventions on peripheral veins. *J Intraven Nurs*; 2000;23(3):167-9.
11. de Dios García-Díaz J, Santolaya Perrín R, Paz Martínez Ortega M, Moreno-Vázquez M. Flebitis relacionada con la administración intravenosa de antibióticos macrólidos. Estudio comparativo de eritromicina y claritromicina. *Med Clin (Barc)*; 2001;116(4):133-5.
12. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH). Infecção associada ao uso de cateteres vasculares. São Paulo: APECIH; 2005.
13. Barreto et al. Utilização do processo de enfermagem em diabéticos nas unidades de saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, 2007: 53 – 59.
14. Ferreira LR, Pedreira ML. G, Diccini S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. *Acta Paulista de Enfermagem*; 2007; 20(1):30-36.
15. Pereira RCC, Zanetti ML. Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2000; 8(5): 21-27.
16. Johason L, Dantas CdC, Leite JL, Stipp MAC. Registro de Enfermagem: sua importância no controle e prevenção da infecção relacionada a cateter venoso em clientes com HIV/AIDS. Rio de Janeiro; UFRJ; 2000.
17. Carrijo AR, Oguisso T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em período nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2006; 59: 454-458.



Fábio Júnior de Camargo

Avaliação do Conhecimento da População Sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica

Assessment of Population Knowledge on Systemic Hypertension - Field Research

RESUMO

Esse estudo propõe avaliar o conhecimento do grupo populacional residente no Jardim. Robrú/Itaim Paulista na zona leste de São Paulo, em relação à prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica. Por ser uma doença silenciosa (não apresenta sinais e sintomas), a grande maioria da população não se incomoda em preveni-la, até porque normalmente a preocupação das pessoas inicia-se a partir dos 55 anos de idade, quando os danos causados pela alta da pressão sanguínea muitas vezes são irreversíveis como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e complicações renais. Segundo estudos do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Cardiologia, é um mau que pode ser diminuído ou até mesmo evitado, desde que a população seja informada sobre como se prevenir, e conseqüentemente, sendo incentivadas a mudar os seus hábitos de vida, ou seja, tudo se resume ao nível de informação da população, essa prevenção deve ocorrer em praticamente todas as faixas etárias, mas para o objeto do estudo, será avaliada a população da faixa etária entre 20 e 35 anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Prevenção, Avaliação.

ABSTRACT

This study proposes to evaluate the knowledge of a population group residing in Jd. Robrú/Itaim Paulista, East zone of Sao Paulo, regarding the prevention of Systemic Hypertension. It is a silent disease (there are no signs and symptoms) so the vast majority of this population does not prevent it, even because, normally, their concern starts only around 55 years old, when the damages caused by high blood pressure are often irreversible as stroke, MI, and renal complications. According to Ministry of Health studies, Brazilian Association of Cardiology, this is a harm that can be reduced or even avoided once the population is informed about how to protect themselves, and therefore, being encouraged to change their lifestyle habits, in other words, it all resumes to the level of information given to the population. This prevention must occur in all age groups, and aiming the study object and analyzing the population aged between 20 and 35 years old.

KEYWORDS: Hypertension, Prevention, Assessment.

Fábio Júnior de Camargo – Enfermeiro pela Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN. Especialista em Urgência e Emergência pela UNIBAN. Especializando em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Especialista em Saúde Pública pela UNIFESP. Técnico de Enfermagem no Hospital São Camilo Santana.

e-mail: fabiojdc@hotmail.com

I – INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como a pressão exercida pelo sangue dentro das artérias, com valores acima do que é considerado normal 140 x 90 mm/hg¹. O diagnóstico é obtido quando a PAS (Pressão Arterial Sistólica) é superior a 140 mm/hg, e PAD (Pressão Arterial Diastólica) maior que 90 mm/hg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional da saúde depois de uma triagem inicial².

Pode ser considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento de cardiopatias, insuficiência renal, doenças vasculares, alterações visuais, entre outras, quando não tratada ou prevenida adequadamente².

A incidência dessa patologia segundo estimativas do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia é maior em pessoas que possuem hábitos como ingestão de bebidas alcoólicas, que possuem excesso de peso, sedentários, que consomem excesso de sal nos alimentos, além de uma alimentação não saudável, fatores genéticos e de raça negra³.

Por ser uma doença silenciosa (não apresenta sinais e sintomas), a grande maioria da população não se incomoda em preveni-la até porque normalmente a preocupação das pessoas inicia-se a partir dos 55 anos de idade, quando os danos causados pela alta da pressão sanguínea muitas vezes são irreversíveis, como Acidentes Vasculares Encefálicos Isquêmicos ou Hemorrágicos, Infarto Agudo do Miocárdio e Insuficiência Renal Crônica³.

Segundo estudos do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Cardiologia, é um mau que pode ser atenuado ou até mesmo evitado, desde que a população seja informada sobre como se prevenir e conseqüentemente sendo incentivadas a mudar os seus hábitos de vida, ou seja, tudo se resume ao nível de conhecimento da população⁴ a prevenção deve ocorrer em praticamente todas as faixas etárias, mas para o objeto do estudo, será avaliada a população da faixa etária entre 20 e 35 anos de idade. A opção por essa faixa etária justifica-se porque é o momento em que a sociedade está economicamente ativa, onde é grande o consumo de tabaco, álcool, quando o nível de estresse físico e mental são maiores e a má alimentação impera justificado pelo “pouco tempo” para se alimentar, além do sedentarismo, poucas horas de sono e repouso. Esses

fatores em conjunto, determinam os maiores fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica. E se esses fatores não forem controlados e atenuados, certamente com o decorrer da idade por volta dos 55 anos os danos causados pelos maus hábitos de vida nesse período poderão ser irreversíveis⁵.

Existe uma unanimidade junto a todas as fontes consultadas, relacionadas a programas de prevenção da HAS quanto à idade para o início da prevenção. Esses programas visam apenas informar e prevenir aquelas pessoas com idade igual ou superior a 55 anos, pois é nessa fase da vida que as lesões causadas pelos maus hábitos de vida ao longo do tempo costumam apresentar manifestações clínicas graves e crônicas, levando a população a procurar auxílio médico^{4,5}.

O Programa Saúde da Família atende a comunidade, proporcionando acima de tudo, informação, o que certamente levaria à prevenção de patologias. A questão que será avaliada é justamente se essa população está informada adequadamente⁵.

O presente estudo propõe a realização de uma investigação para avaliação do conhecimento sobre a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da população dentro de uma faixa etária entre 20 e 35 anos que supostamente não tem a preocupação com essa patologia devido à baixa incidência da mesma. Porém, essa fase do desenvolvimento humano atualmente é caracterizada dentre outros fatores pela falta de cuidados com a saúde, observada pelo grande consumo de bebidas alcoólicas, falta de atividades físicas, uso de tabaco, maus hábitos alimentares, estresse, poucas horas de sono e repouso⁶.

Neste contexto esse estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento da população na prevenção da hipertensão Arterial Sistêmica.

II – METODOLOGIA

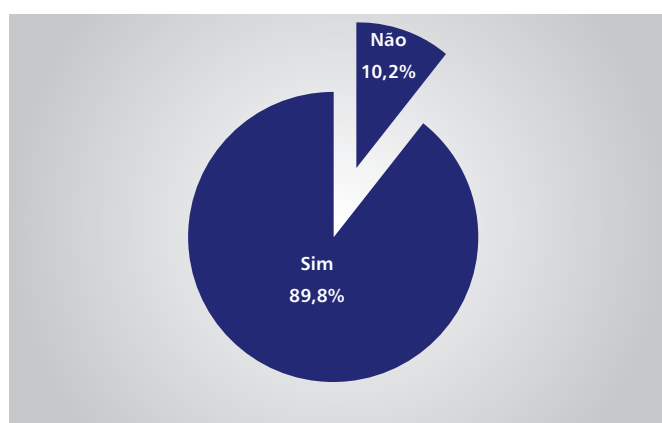
Foi utilizado um estudo descritivo na abordagem quantitativa com a população atendida pela Unidade de Saúde da Família residente no Jardim Robrú na Zona Leste de São Paulo.

A amostra foi composta por 197 moradores residentes no jardim Robrú, com faixa etária entre 20 e 35 anos.

Os dados obtidos foram adquiridos através da aplicação do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados foi realizada no programa EPI INFO 2000, versão 3.5.1. do Center for Disease Control (CPC).

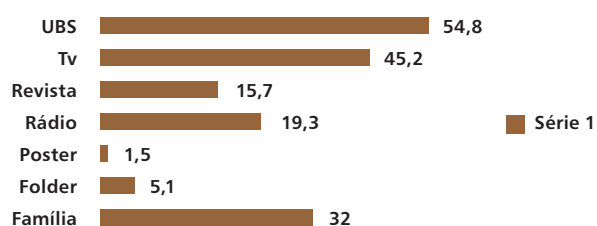
III – RESULTADOS

Figura 1 - Conhecimento da população com relação a ter ouvido falar de Hipertensão Arterial Sistêmica



O estudo nos mostra que das 197 pessoas entrevistadas 89,8% correspondente a 177, responderam já terem ouvido falar em hipertensão arterial sistêmica e que 10,2% correspondente a 20 pessoas assinalaram nunca terem ouvido falar sobre o assunto.

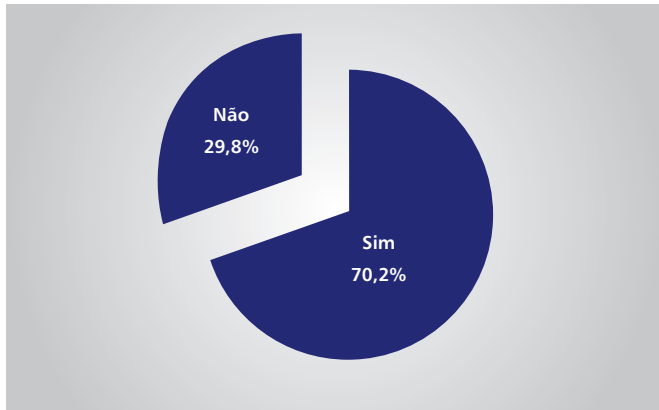
Figura 2 - Com quem obteve a informação



O estudo nos aponta que, das 197 pessoas entrevistadas 32% assinalaram terem obtido essa informação através de familiares; 5,1% obtiveram informação através de folder; 1,5% pôster; 19,3% rádio; 15,7% revistas; 45,2% televisão e 54,6% unidade de saúde.

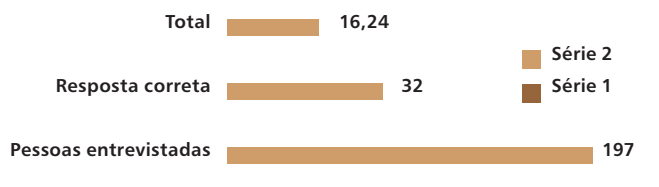


Figura 3 - Conhecimento com relação à Hipertensão Arterial



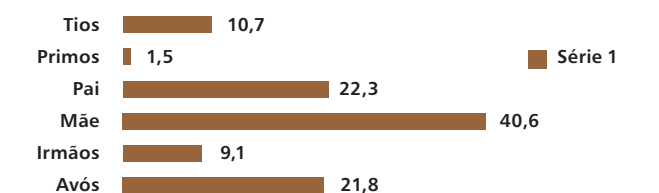
O estudo aponta que, 70,2% responderam saber o que é hipertensão arterial sistêmica, 29,2% assinalaram que não sabem o que é hipertensão arterial sistêmica.

Figura 4 – Conhecimento com relação à definição de Hipertensão Arterial Sistêmica



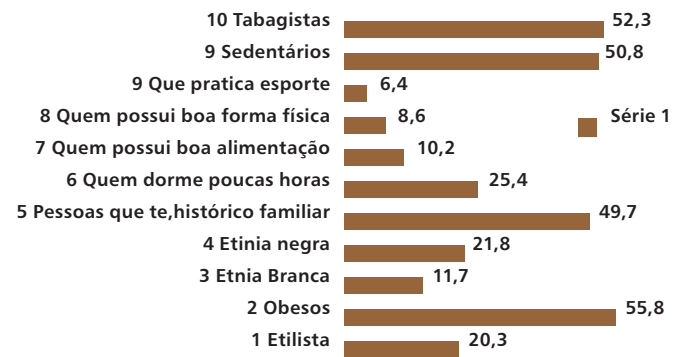
Apenas 32 pessoas, ou seja, 16,24% definiram satisfatoriamente.

Figura 5 – Distribuição dos familiares que apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica



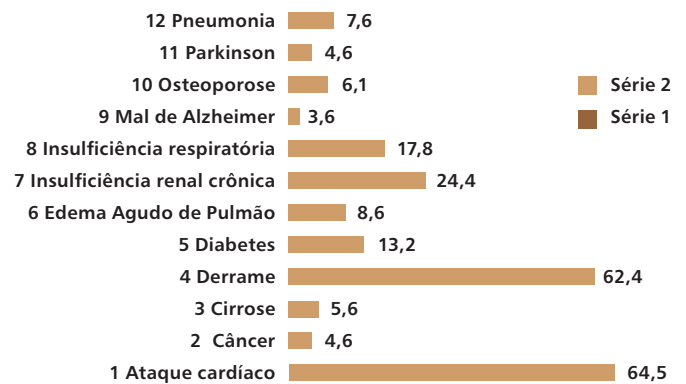
Os dados revelam 21,8% possuem avós com a doença referida; 9,7% irmãos; 40,6% mãe; 22,3% pai; 1,5% primos; 10,7% tios. A literatura afirma que a hipertensão pode ter caráter hereditário, aumentando o risco para essas pessoas adquirirem essa doença, outro fator importante, a presença de um familiar portador da doença, promove uma experiência dos entrevistados sobre a mesma em estudo, lhe proporcionando maior entendimento sobre a patologia.

Figura 6 – Conhecimento quanto a quem pode desenvolver a hipertensão Arterial



Analisando essa variável podemos observar obesos; pessoas com histórico familiar, sedentários e tabagistas, foram mais assinaladas, o que apontam adequado conhecimento considerado satisfatório sobre quem pode desenvolver a doença.

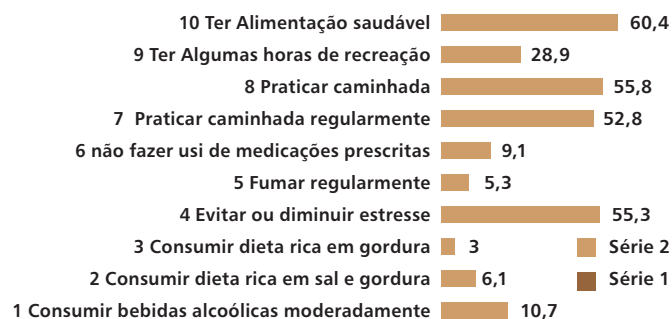
Figura 7 – Conhecimento quanto aos danos provocados à saúde quando a Hipertensão Arterial não é tratada



“O estudo nos mostra que das 197 pessoas entrevistadas 89,8% correspondente a 177, responderam já terem ouvido falar em hipertensão arterial sistêmica e que 10,2% correspondente a 20 pessoas assinalaram nunca terem ouvido falar sobre o assunto. ”

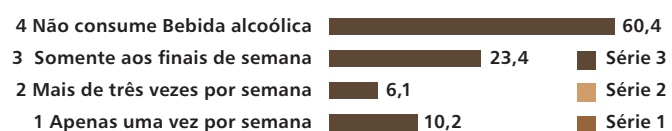
A figura 7 descreve ataque cardíaco com 64,5%, derrame 62,4%, insuficiência renal 24,4%, insuficiência respiratória 17,8% e diabetes 13,2%.

Figura 8 – Conhecimento com relação aos cuidados de prevenção



A figura 8 revela que ter hábito de alimentação saudável 60,4%; praticar caminhadas 55,8%; evitar ou diminuir estresse 55,3%; praticar caminhada com regularidade 52,8%,

Figura 9 – Consome bebida alcoólica



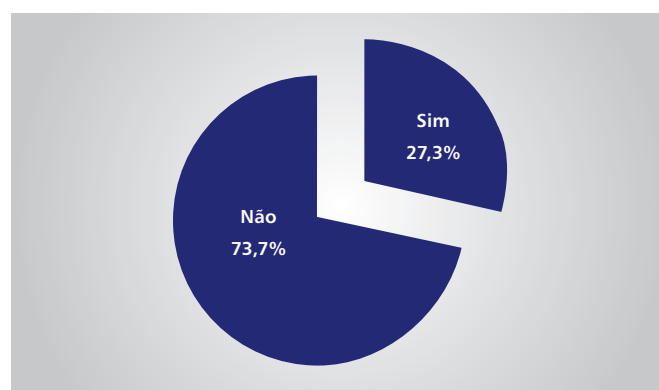
O estudo mostra que 64,4% referiram não consumir bebidas alcoólicas, enquanto; 23,4% consomem apenas aos finais de semana; 10,2% fazem uso de bebidas alcoólicas apenas uma vez por semana e 6,1% afirmaram ingerir bebidas alcoólicas mais de três vezes por semana.

Figura 10 – Hábito de Sono



Nesta variável revela que 48% dos entrevistados dormem 8 horas por dia; 39,3% dormem 6 horas, 7,7% dormem mais de 8 horas e apenas 5,1% dormem 4 horas por dia.

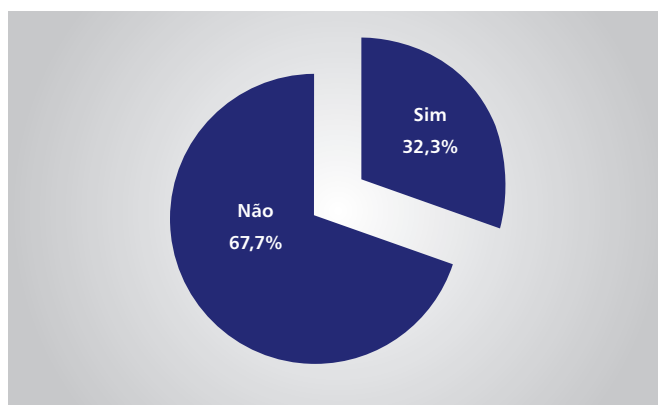
Figura 11 - Tabagista



A figura 11 aponta que 73,7% não são tabagistas e que 27,3% são tabagistas.

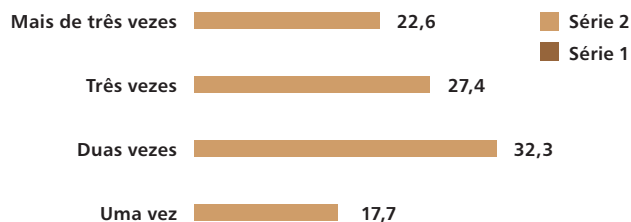


Figura 12 - Pratica exercícios físicos



O estudo revela que apenas 32,3% possuem esse hábito tão importante para a prevenção da doença em estudo; enquanto 67,7% estão propensos a desenvolverem hipertensão arterial sistêmica.

Figura 13 – Número de vezes que prática exercício físico.



Nessa questão podemos observar que 27,4% praticam três vezes por semana. Considerando adequado para prevenir a hipertensão arterial sistêmica, esses dados afirmam dos que praticam exercícios físicos, mais de 50% executam esse hábito de maneira satisfatória.

“O estudo aponta que, 70,2% responderam saber o que é hipertensão arterial sistêmica, 29,2% assinalaram que não sabem o que é hipertensão arterial sistêmica.”

IV – CONCLUSÃO

O estudo conclui que a população na faixa etária de 20 a 35 anos residente no município de São Paulo, zona leste da capital e cadastrada na unidade de programa saúde da família (PSF) Jardim Robrú II possui conhecimento sobre a doença estudada e seus meios de prevenção, mas não possui hábitos de vida saudável para preveni-la havendo a necessidade da criação de programas assistenciais voltados para prevenção de doenças com alta prevalência como no caso da Hipertensão, direcionados a população mais jovem visto que, os programas existentes são voltados à população acima dos 55 anos, onde os danos causados à saúde e complicações por essa doença são praticamente irreversíveis. ■

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, disponível em <http://prevencao.cardiol.br/hipertensao.asp>. Acesso em: 20/09/2012.
2. Ministério da Saúde, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela=1. Acesso em: 20/09/2012.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família, disponível em <http://drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 16/12/2012..
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão e Diabetes, disponível em <http://drt2004.saude.gov.br/dab/cnhd/conheca.php>. Acesso em: 16/12/2012.
5. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. 2002, p. 05.
6. Smeltzer, Suzanne C, Bare, Brenda G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 10ª edição. Vol. 2, pág. 905 - 916. 2005. Ed. Guanabara Koogan.



Sueli Salete da Luz | Maria Luiza Mazzieri | Giane Elis de Carvalho Sanino

O Idoso Institucionalizado: Importância do Contato Familiar

Institutionalized elderly: the importance of family contact

RESUMO

O desenvolvimento da tecnologia, especialmente na área da saúde muito tem contribuído para o aumento da longevidade nos tempos atuais, não deixando de repercutir no surgimento de problemas em decorrência deste elevado número de idosos, exigindo maior atenção no cuidado dispensado a esta população. Na atualidade, observa-se que muitas são as causas que levam a família a banalizar seu relacionamento com o idoso. Esta situação pode torná-lo mais propenso a um desequilíbrio no seu estado de saúde física, psíquica e espiritual. O presente estudo de campo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, investigou as relações da família com o idoso institucionalizado, identificando os motivos que afetam o relacionamento entre os mesmos e evidenciou a necessidade e a importância de manter esse contato para que o idoso possa ter uma melhor qualidade de vida. A pesquisa abrangeu a população idosa a partir de 65 anos de idade com capacidades cognitivas preservadas para responder às perguntas referentes ao assunto. Para isto foi elaborado um instrumento de coleta de dados com a finalidade de analisar os sentimentos dos entrevistados a partir de suas respostas. Apesar de a família demonstrar certa preocupação com a situação, a pesquisa evidenciou que, os motivos predominantes a provocarem o seu distanciamento com a pessoa idosa são a falta de tempo pelo trabalho e deveres inerentes ao seu estilo de vida ou pelo próprio cansaço, tanto física como emocionalmente. Porém, notou-se que poderiam fazer algo além, pelos seus idosos, como priorizar o contato através de visitas mais frequentes proporcionando aos idosos uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Pessoa idosa. Instituição de Longa Permanência. Contato familiar.

ABSTRACT

This research aims to highlight the necessity and importance of family contact with the institutionalized elderly, and identify the reasons perceived by the institutionalized female elderly, affecting the relationships with their families. This present field study is qualitative, descriptive and exploratory, and has investigated the relationship between the family and the institutionalized elderly, identifying the reasons that affect the relationship between them, and highlighting the need and importance of maintaining this contact so that the elderly can have a better quality of life. The survey covered the population of 65 years old and above with preserved cognitive skills to answer questions regarding the topics. For this purpose it was designed a tool for collecting data in order to analyze the feelings of female interviewees based on their answers. Although the family has shown some concern about the situation, the research showed that the predominant reasons to cause their estrangement with the elderly are the lack of time due to work and lifestyle, or by physical and emotional exhaustion. However it was noticed that they could do something beyond to the elders, such as prioritize the contact with frequent visits, giving the elderly a better quality of life.

KEYWORDS

Elderly. Long-stay institution. Family contact.

Sueli Salete da Luz – Enfermeira, graduada na UNIP, Pós graduanda em Gestão Hospitalar na UNINTER através da EAD. sorsalete@hotmail.com

Maria Luiza Mazzieri – Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia da Universidade de São Paulo, Especialista em Docência no Ensino Superior, Especialista em Administração Hospitalar, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIP, Professora Líder da disciplina de Fundamentos Históricos de Enfermagem.

Giane Elis de Carvalho Sanino – Enfermeira Doutoranda em Educação, Mestre em Educação, Especialista em Nefrologia, Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde (Fiocruz/EEUSP), Aprimoramento em Pediatria, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIP, Professora Líder das disciplinas de Políticas de Saúde e Prevenção de Infecção Relacionadas a Assistência do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIP, Professora convidada da Pós-Graduação em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da FEHIAE

e-mail: professoramluiza@hotmail.com, elissanini@ig.com.br

I – INTRODUÇÃO

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com 60 anos de idade ou mais no País vem aumentando e corresponde a 8,6% da população total. Estima-se que para os próximos 25 anos esta estatística poderá atingir mais de 30 milhões¹. Este importante aumento da população e a mudança do perfil social exigem maior atenção no cuidado dispensado à pessoa idosa. E tal cuidado deveria ser confiado à família, ambiente em que todo o ser humano cresce desenvolve-se e assimila valores morais, éticos e espirituais atingindo a vida adulta.

Mas, no contexto social da atualidade são diversos os fatores que influenciam na permanência dos idosos junto aos seus familiares, conduzindo-os, pouco a pouco a uma institucionalização, sendo que a falta de tempo, ocupações diárias e problemas de relacionamento familiar são situações que tornam-se mais evidentes neste contexto. E esta condição de institucionalizado pode levar à desvalorização do idoso privando-o, de viver de maneira mais independente e de ter uma melhor qualidade de vida².

Levando em consideração a importância do papel da família no cuidado de seus membros, cabe aos profissionais da saúde buscar maior aprofundamento para conhecer as diversas situações que levam a família distanciar-se do seu idoso e buscar estratégias para facilitar e estimular maior contato entre os mesmos.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo evidenciar a necessidade e a importância do contato familiar com o idoso institucionalizado e identificar os motivos, percebidos pelos idosos institucionalizados, que afetam o relacionamento com seus familiares.

II – MÉTODOS

Foi uma pesquisa de natureza qualitativa realizada em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, na qual predomina a população feminina com 80 idosas e a maioria encontra-se entre cuidados intermediários e mínimos. A Instituição teve sua origem em Roma, na Itália, com o objetivo de servir os doentes e idosos conforme o carisma transmitido por São Camilo de Lellis. Esta unidade, situada na zona Norte de São Paulo, é uma empresa privada, sem fins lucrativos e tem como finalidade a assistência integral dos idosos aí internos.

A população pesquisada foi constituída de pessoas idosas do sexo feminino, maiores de 65 anos que possuem família e habilidades cognitivas preservadas para responder as perguntas, comprovado pela aplicação do teste mini-mental, conforme o método de Folstein, Folstein McHuGH (1975) que segue uma escala entre valores: mínimo (0) e máximo (30). Os valores encontrados entre as idosas selecionadas tiveram uma variação de 21 e 29 pontos. A amostra foi realizada até que ocorreu a saturação das respostas, sendo o total de 16 idosas pesquisadas.

O projeto foi autorizado pela CEP da UNIP, São Paulo e, a coleta de dados foi realizada após a autorização da instituição. Cada idosa foi informada sobre o objetivo da pesquisa, recebendo um documento de consentimento livre e esclarecido. As mesmas demonstraram interesse pela pesquisa e participaram de forma simples e espontânea assinando o documento solicitado.

“Importante aumento da população e a mudança do perfil social exigem maior atenção no cuidado dispensado à pessoa idosa.”

Para a realização da coleta de dados foi aplicado um questionário composto de duas partes: a primeira, para caracterizar a população pesquisada e a segunda contendo cinco perguntas abertas teve o objetivo de obter informações sobre o relacionamento da família com a idosa institucionalizada. As respostas de cada idosa foram gravadas e transcritas na íntegra.

Após a transcrição, os conteúdos foram analisados de acordo com as respostas, aplicando o método de análise de conteúdo que é definido como uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva sistemática, qualitativa ou quantitativa, ajuda a descrever e a interpretar o conteúdo das mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum³. Para facilitar a compreensão do assunto, os resultados coletados foram disponibilizados em tabelas e descritos em nomes fictícios de flores, para garantir o anonimato dos sujeitos pesquisados.

Rosa, Jasmim, Camélia, Estrelícia, Azaleia, Avenca, Orquídea, Tulipa, Hortêncina, Violeta, Alpinia, Anêmona, Cravina, Gérbera,

Palma e Bromélia foram os nomes escolhidos para caracterizar cada idosa da pesquisa.

III – CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta investigação e sua análise serão apresentados segundo a caracterização das idosas institucionalizadas e o relacionamento da família com essa população sendo que este conteúdo foi analisado e nos permitiu sua classificação em cinco grandes categorias entre as quais algumas destacaram-se por melhor atenderem os objetivos do estudo e estão dispostas em tabelas para facilitar a compreensão de seus leitores.

Observou-se que a maioria das idosas (9) está entre a faixa etária de 65 a 85 anos de idade. Nesta fase, há maior incidência de idosos, pois os mesmos sobrevivem mais, e 7 tem maior tempo de vida, (entre 86 e 101 anos) porém, sobrevivem menos.

A profissão do lar e a de professora se encontraram em igual proporção, 5. Estes dados nos levaram a pensar que a necessidade da institucionalização do idoso abrange os diversos níveis de cultura, conhecimento ou tipo de função que a pessoa exerce.

Quanto ao tempo de internação, os valores variaram entre um mês a três anos (12) e 4 de 4 a 15 anos. Isto revela que a necessidade da institucionalização está cada vez mais pertinente nos tempos atuais.

Com relação à moradia antes da internação, as que moravam com um dos filhos (6) e as que moravam sozinhas encontraram-se em igual proporção, considerando que as que moravam sozinhas ainda tinham certo grau de independência que aos poucos foram perdendo.

Muitas vezes os familiares tentam manter as idosas consigo até que se torna difícil dispensar-lhes os cuidados necessários devido ao trabalho ou sobrecarga física ou psicológica e por não terem como dividir as responsabilidades com outros da família por causas diversas, optando, então, pela institucionalização das mesmas⁴. Apesar disto nota-se que a maioria das idosas 10 morava com uma companhia mesmo que não fosse diretamente da família.

Existem situações que, devido ao conflito existente entre seus membros levam a família ou o próprio idoso procurar uma instituição para se abrigar. Por outro lado, muitas famílias não conseguem manter o idoso dependente em casa porque o cui-

dado se torna difícil e desgastante física e emocionalmente⁵. A maior parte das idosas pesquisadas (12) fizeram o ensino médio, algumas incrementando com determinado curso profissionalizante e 2 não são alfabetizadas, e apenas sabem escrever o próprio nome. Considerando a época em que vivemos pode-se afirmar que esses percentuais mostraram-se adequados, pois sabe-se que o baixo nível de escolaridade ainda impera em nosso País por estar em processo de desenvolvimento, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época que o ensino não era prioridade.

“O papel da Enfermagem é de suma importância, pois, inteirar-se dos problemas inerentes a esta fase do ser humano é fundamental para elaborar estratégias como reuniões mais frequentes, confraternizações e maior flexibilidade nos horários de visita.”

Como se pode constatar são diversos os motivos que levam a pessoa idosa a ingressar em uma instituição, mas o que mais interfere no contato da família junto às idosas pesquisadas é o cansaço e a falta de tempo para cuidar de seu familiar idoso devido ao trabalho e como estes ficaram mais debilitados e acometidos por alguma patologia torna-se mais difícil para prestar-lhes os devidos cuidados. Pode-se confirmar através dos depoimentos a **impossibilidade da família cuidar por cansaço e falta de tempo (7) e a impossibilidade de a família cuidar por doença (5)**:

“Eu não conseguia fazer as coisas e daí a minha filha me trouxe pra cá. Eu tenho dois filhos, mas eles não podiam ficar comigo porque eles trabalham”. (Dna Violeta).

“Eu vim pra cá porque “tava” muito doente e não tinha quem ficasse comigo. Eu tenho só um filho e ele trabalha né?” (Dna Hortência).

Devido às consideráveis mudanças na estrutura familiar, na

medida em que os idosos vão ficando impossibilitados de executar certas tarefas, vai se tornando cada vez mais difícil a convivência e o relacionamento com a família ficando evidente o **desentendimento da família (2)**. E, para isto não se tornar ainda mais grave alguns membros da família optam por internar o idoso em uma instituição onde possam ficar mais distantes dos mesmos na tentativa de diminuir o conflito.

“Me trouxeram à força. Eu queria e não queria ao mesmo tempo... tinha que largar tudo, mas eu queria conhecer primeiro... Me trouxeram fazendo de conta que vinha na casa de um parente meu aqui perto e me deixaram aqui, certo?” (Dna Gérbera).

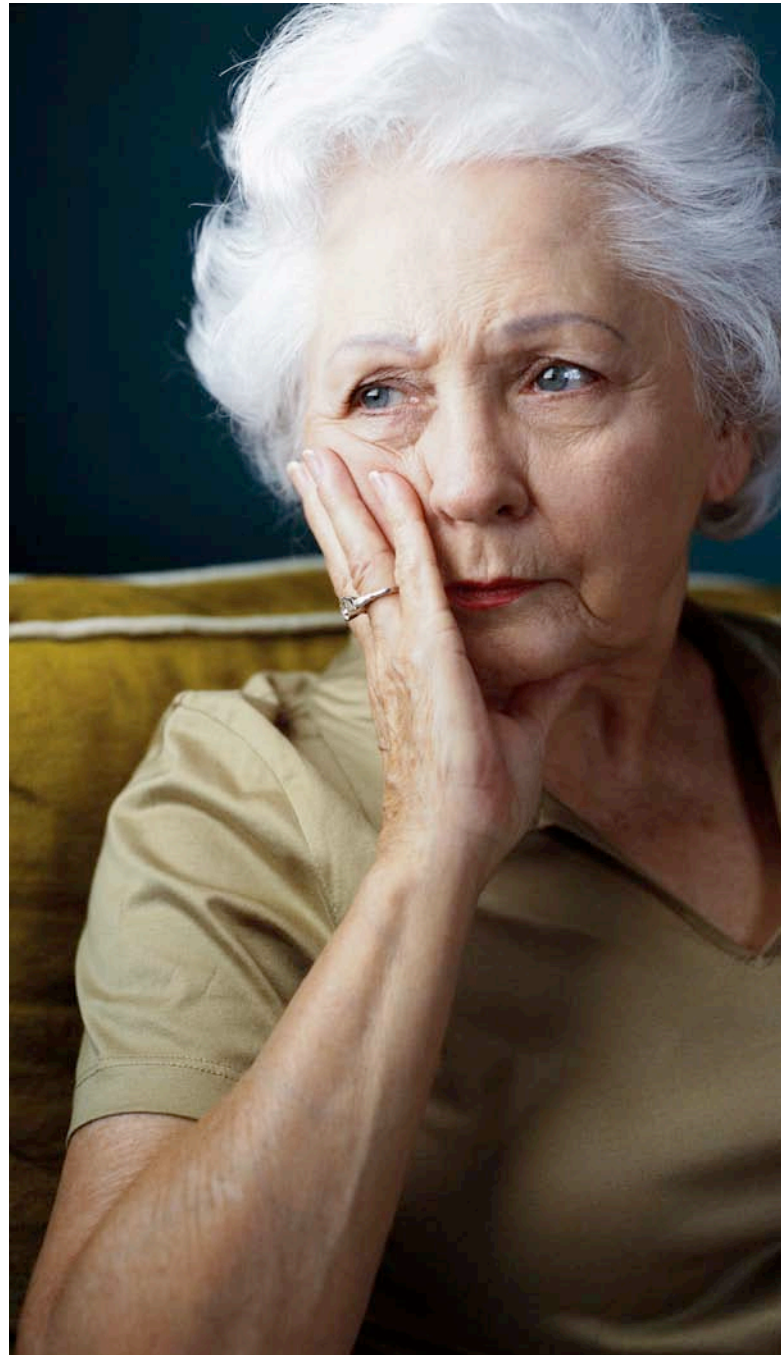
Há, ainda, as que dizem não saber por que entraram na instituição. Apesar de ser uma pequena parcela, o **desconhecer o motivo (2)** apresenta uma situação significativa para a idosa no relacionamento com o seu familiar. Ao entrevistar tais idosas notou-se uma expressão de revolta.

“Aqui é muito bom. Todo mundo me trata maravilhosamente bem. Só que eu... não queria ter vindo assim... Eu nem sei por que eu estou aqui.” (Dna Gérbera).

Alguns idosos, devido à dependência, doença ou por outros fatores acabam sendo institucionalizados, tendo como consequência o distanciamento de seu espaço familiar em que viveram por muito tempo, mesmo que tenham passado por muitas dificuldades. Além disso, existem idosos que são retirados, de forma indelicada, do convívio familiar, e são colocados em instituições onde vão conviver com pessoas totalmente estranhas ao seu convívio social, tornando-se, de certa forma, um ambiente de ameaças para elas⁴.

A institucionalização dos idosos pode acontecer por vários motivos. Mas é importante lembrar que quando ocorre a institucionalização, os laços de segurança e afetividade do idoso com a família poderão ser afetados⁶.

Quanto aos motivos percebidos pela idosa de não receber visitas da família pode-se observar que o argumento **falta de tempo porque estão ocupados com o trabalho e afazeres (7)** vem confirmar os dados já descritos relacionados aos motivos da entrada na instituição. Isto nos revelou que, realmente, a família gostaria de estar mais próximo ao seu



familiar idoso, mas, num mundo moderno e exigente que corre em ritmo acelerado, torna-se cada vez mais difícil cuidar de uma pessoa idosa em seu ambiente familiar, considerando que as condições de dependência de um idoso tendem a avançar exigindo cuidados cada vez mais diferenciados e a família, muitas vezes se sente despreparada para assumir tal responsabilidade⁵.

“O meu filho não vem, devido o excesso de trabalho. E tem suas tarefas para cumprir sempre procurando pagar o que deve.” (Dna Jasmim).

Há as que acham que a família precisa **cuidar da própria vida (4)** e por isso não vêm visitá-las com mais frequência. Estas, em geral, estão há mais tempo na instituição e já se sentem mais adaptadas ao ambiente gostando de estar ali e, quando a família não está presente procuram distrair-se com as atividades oferecidas pela instituição.

“Ah! um tem namorada... outro tem namorada... outro casadinho novo. Sabe como eles são?” (Dna Avenca).

Outra parcela acha que a família **faz pouco caso (3)** tanto faz vir como não vir. Segundo estas, não faz diferença para eles. Neste sentido, vale lembrar que vivemos em um ambiente em que se cultiva diversas culturas e cada grupo ou família assume características que se manifestam no seu modo de viver. Por isso cada pessoa age de maneira diferente. E, aparentemente, alguns se mostram despreocupados porque sabem que sua idosa está sendo “bem cuidada”. Mas com essa desculpa, corre-se o risco de esquecer algo que ninguém pode fazer por eles, que é sua presença junto à idosa, a atenção própria que agregam os laços familiares⁴.

“Porque não liga mesmo. Fazem pouco caso da gente.” (Dna Gérbera).

E, finalmente, há aquelas que acharam que os familiares não vêm porque as estão **abandonando (2)**. Apesar de haver, sim, o descaso da família, com relação aos seus idosos, são poucos os casos que incorrem nesta questão ao menos nesta instituição. Em geral a família assume a responsabilidade

de cuidar da sua idosa mesmo que, às vezes, por vergonha ou receio de ser acusada⁷.

“Porque eu acho que eles tão me abandonado né...” (Dna Tulipa).

São diversas, as situações que levam ao abandono e podem ser provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da sua autonomia, e por outros motivos. Ainda há circunstâncias que dependem do modo como o idoso enfrenta determinada situação. Pois uma mesma situação pode ser motivo gerador do sentimento de abandono para uma pessoa e não o ser para outra⁷.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo possibilitou-se evidenciar a necessidade e a importância do contato familiar com o idoso institucionalizado, analisando os motivos percebidos pela idosa sobre sua institucionalização e este convívio.

Observou-se, então, que a maioria das idosas pesquisadas encontrava-se entre 65 a 85 anos de idade, possuía o ensino médio, tinha como profissão ser professora ou dona de casa. Estão institucionalizadas a mais de um ano e antes da internação não moravam sozinhas.

Relacionado aos motivos, percebidos pela idosa que levaram à institucionalização, cansaço e a falta de tempo da família para cuidar de seu parente seria um dos motivos que mais interfere no contato da família junto a essa população, seguido de doença da idosa e do desentendimento com a família.

Quanto ao relacionamento com os seus familiares antes de entrar na instituição, para a maioria, o que era bom ficou ruim, e para outras idosas o relacionamento que já não era bom piorou após a institucionalização.

Quanto aos motivos percebidos pelas idosas de não receberem visitas da família, apesar de a falta de tempo ter predominado por estarem ocupados com suas atividades, existe um número considerável de familiares que ainda assumem uma atitude de abandono em relação aos seus idosos deixando transparecer que os visitam simplesmente por obrigação.

Desta análise, conclui-se, então, que a família não se faz mais presente na vida do idoso devido às exigências atuais. Mas, é necessário que fiquemos atentos com relação a tais questões, considerando que o mundo pode roubar o que temos de mais

precioso e que nos diferencia dos outros animais, ressaltando que a importância da família no processo do envelhecimento é indispensável, já que a afetividade ocupa um espaço especial em nossas vidas. E neste processo o papel da Enfermagem é de suma importância, pois, inteirar-se dos problemas inerentes a esta fase do ser humano é fundamental para elaborar estratégias como reuniões mais frequentes, confraternizações e maior flexibilidade nos horários de visita na tentativa de estimular um relacionamento mais saudável entre o idoso e seu familiar. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. Ed. Ver. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 70 p. Acesso em 22/03/2012.
2. Dias GI. A institucionalização asilar na percepção do idoso e de sua família: o estudo do "lar dos velhinhos" – Viçosa/MG. Dissertação (Graduação em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, 2007; 91p Disponível em: www.tede.ufv.br/tesesimplificado/tde_busca/processaArquivo.php?... Acesso em 24/03/2012
3. Moraes, R. Análise de conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre, 1999; 22(37): 7-32. Disponível em: cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html. Acesso em 16/09/2012.
4. Martins JJ, Espitia AZ. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros Arquivos Catarinenses de Medicina SC, 35(1), de 2006. Disponível em: www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf. Acesso em 16/09/12.
5. Assis M, Pollo SHL. Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro 2008 v.11 n.1. Disponível em: Revista.unati.uerj.br/scielo.php?...sci...98232008000100004... Acesso em: 20/10/127.
6. Massarolo B, Maria CK, Martins MS. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do estatuto do idoso segundo profissionais de um hospital geriátrico Rev. Esc. Enferm. USP 2008; 42(1):26-33. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 14/10/2012.
7. Casara BM, Cortelletti AI, Herédia MBV. Abandono na velhice. Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro 2005; 8(3). Disponível em: www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf. Acesso em: 07/03/12.



**3º CONGRESSO INTERNACIONAL
DO HOSPITAL SÃO CAMILO**
Urgência e Emergência - Segurança do Paciente

SAVE THE DATE
17 a 19 de outubro de 2013
Sheraton São Paulo WTC Hotel
Av. Das Nações Unidas, 12.559
Brooklin Novo - São Paulo
www.saocamilo.com/congresso

Atenção!
Inscreva seus trabalhos científicos
até o dia 09 de agosto.

Dr. Fábio Luís Peterlini
Responsável Técnico
CRM-SP:54289

Dr. Fábio Luís Peterlini
Responsável Técnico
CRM-SP 54289

