

ACC CIETNA

Para el cuidado de la salud

Revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Vol 1 Nº 2 Diciembre 2014

ISSN: 2309-8570





Comprometiendo a las enfermeras en la Salud Ambiental Comunitaria... Una cocina a la vez

Thompson Lisa M¹

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de junio de 2014

Aceptado el 15 de octubre de 2014

Palabras claves:

Salud ambiental

Enfermeras

Entorno

RESUMEN

Con gran placer escribo este editorial para la II edición de la Revista Peruana de Enfermería Acc Cietna, después de haber tenido el honor de participar en la VII Jornada Internacional de Investigación en Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT), en Chiclayo-Perú, en setiembre de 2013. Estoy muy entusiasmada con los aportes que los profesores y estudiantes de enfermería están haciendo realizan la salud ambiental de las comunidades rurales que dependen de la leña para cocinar, y que se ven perjudicadas por la deforestación. Los estudiantes de enfermería trabajan con las familias plantando árboles en la hermosa y extensa zona del Bosque Seco de Pómac en donde las aves y la fauna abundan. Ellos están creando oportunidades de ecoturismo para que las comunidades rurales puedan mejorar su situación económica más allá de la venta de madera proveniente de los bosques antiguos. Pero quizás lo más importante, es el hecho de estar desarrollando en las familias, prácticas saludables de higiene del hogar, saneamiento básico y campañas de educación ambiental, incluyendo la construcción de estufas eficientes con ventilación a través de una chimenea. Este último paso es vital, no solo para reducir el consumo de combustible, sino para algo más importante: evitar que los niños y las mujeres desarrollen enfermedades asociadas con la exposición a la contaminación del aire en los hogares, incluyendo bajo peso al nacer, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardíacas y cataratas. Después de haber visto el trabajo duro y el increíble entusiasmo entre los profesores y los estudiantes, he reflexionado acerca de una de nuestras primeras fundadoras de la enfermería, Florence Nightingale.

¹ Profesor Asistente, Universidad de California, San Francisco, Cuidados de Enfermería de Salud Familiar

Ella centró sus esfuerzos educativos sobre las modificaciones al entorno, como la ventilación, la calefacción, y la salud de los hogares. Ella abogó por estas modificaciones hace 150 años, incluso antes de que se hiciera evidente para otros científicos que el aire limpio, el agua e incluso algo tan simple, como lavarse las manos, reduce las infecciones (Nightingale, 1860). Hoy en día, las enfermeras siguen en una posición privilegiada para hacer frente a las repercusiones sanitarias de saneamiento de los hogares, incluyendo la exposición a la contaminación del aire de los hogares proveniente de los fogones, que se estima causó 3,5 millones de muertes en todo el mundo en el 2010 (Lim et al., Lancet, 2013). La mayoría de muertes tempranas por contaminación del aire en los hogares se da en mujeres y niños de corta edad, y se estima que 100.000 recién nacidos mueren cada año por esta exposición. La mayoría de estos niños mueren de neumonía, a menudo agravado el cuadro por el bajo peso al nacer y/o prematuridad. Entonces, ¿qué pueden hacer las enfermeras para mejorar la salud de los hogares, incluyendo la reducción de la exposición a la contaminación del aire en los hogares? ¿Por qué son importantes las enfermeras? En primer lugar, las enfermeras visitan a los pacientes "en sus hogares y las comunidades locales...ganando así conocimiento de primera mano...donde las amenazas ambientales (son) a menudo extremas " (Pope et al., 199, pp 2, 13). Las enfermeras también son el mayor grupo de profesionales de la salud en el mundo, y son a menudo el punto inicial y único de contacto para las poblaciones marginadas, pobres con necesidad de atención de salud. Pero ¿dónde están las enfermeras que deben hacer frente a este problema de la contaminación del aire en los hogares y su profunda amenaza a la salud? ¿Han olvidado las enfermeras sus raíces fundadas en la salud ambiental? Muchas enfermeras tienen una formación y educación inadecuadas para reconocer y responder a la enorme amenaza ambiental de la contaminación del aire en los hogares. Abordar este problema va más allá de los programas en las escuelas de enfermería, también requiere de programas de educación continua para las enfermeras que ya se encuentran en la práctica (Pope et al., 1995). No es suficiente capacitar inicialmente estudiantes de enfermería, la formación debe continuar durante toda la carrera. Es imperativo que los educadores de enfermería continúen desarrollando programas educativos para crear conciencia acerca de la higiene y la salud de las familias rurales, incluida la contaminación del aire del hogar por el uso de fogones, que es un problema mundial de salud ambiental.

Engaging Nurses in Community Environmental Health...One Kitchen at a Time

ABSTRACT

Keywords:

Environmental health
Nursing
Environment

It is with great pleasure that I write this editorial for the II edition of the Peruvian Nursing Journal Acc Cietna. Having had the honor of speaking at the VII International Conference of Nursing Research at the Universidad UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO (USAT) in Chiclayo, Peru in September 2013, I am extremely enthusiastic about the contributions that nursing faculty and nursing students are making to improve the environmental health of rural communities who depend on wood for cooking and who are impacted by deforestation. Nursing students are working with rural households to replant trees in the beautiful, expansive Dry Forest of Pómac where birds and wildlife abound. They are creating ecotourism opportunities so that rural communities can improve their economic livelihoods beyond the sale of wood from old growth forests. But perhaps more importantly, they are developing household hygiene, sanitation, and environmental education campaigns, including the construction of efficient, vented chimney stoves. This final step is vital, not only to reduce fuel consumption, but more importantly to prevent children and women from developing diseases that are associated with exposure to household air pollution, including low birth weight, pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, cardiac disease and cataracts. Having seen the hard work and incredible enthusiasm among the faculty and students led me to think about one of our earliest founders of nursing, Florence Nightingale. She focused her educational efforts on modifications to the environment such as ventilation, heating, and household health. She advocated for these modifications 150 years ago, even before it became evident to other scientists that clean air, water and even something as simple as hand washing reduced infection (Nightingale, 1860). Today, nurses continue to be uniquely positioned to address the health impacts of household sanitation, including exposure to household air pollution from cooking fires, which was estimated to cause 3.5 million deaths around the world in 2010 (Lim et al., Lancet, 2013). Most of the premature deaths from household air pollution are among women and young children, and it is estimated that 100,000 neonates die annually from this exposure. Most of these infants die from pneumonia, often compounded by low birth weight and/or prematurity. So what can nurses do to improve household health, including reducing exposure to household air pollution? Why are nurses important? First, nurses visit patients “in their homes (and) local communities . . . thus gaining firsthand knowledge . . . where environmental threats (are) often extreme” (Pope et al., 1995, pp. 2, 13). Nurses are also the largest group of health care providers in the world, and are often the initial and only point of contact for underserved,

impoverished populations in need of health care. But where are the nurses who should be addressing this problem of household air pollution and its profound threat to health? Have nurses forgotten their roots grounded in environmental health? Many nurses have inadequate training and education to recognize and respond to the tremendous environmental threat of household air pollution. Addressing this problem goes beyond programs in schools of nursing, but also requires continuing education programs for nurses already in practice (Pope et al., 1995). It is not enough to initially train student nurses, the training should continue throughout the nursing career. It is imperative that nursing educators continue to develop educational programs that raise awareness about rural household health and hygiene, including household air pollution from cooking fires, which is a global environmental health issue. Currently nursing educators and students at the School of Nursing at USAT, are working to build ecotourism projects, latrines, stoves, and other hygiene projects. But more still needs to be done, and in some parts of the world, nothing is being done yet.



Coeficiente intelectual asociado a la inteligencia emocional del estudiante, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, 2010

González Paco Edwin ¹, Soriano Camargo Miriam ², Cubas Medina Nélida ³, De la Cruz Yallico Venancia Jovita ⁴, Aguilar Camán Marlith ⁵

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2014

Aceptado el 15 de noviembre de 2014

Palabras claves:

Estudiante universitario

Coeficiente intelectual

inteligencia emocional

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar la asociación que existe entre el coeficiente intelectual (CI) y la inteligencia emocional (IE) del estudiante de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas-Chachapoyas, 2010. El tipo y diseño de investigación fue descriptivo correlacional, de corte transversal, exploratorio y explicativo. La muestra estuvo conformada por 254 estudiantes de 4 facultades, obtenida a través del método aleatorio simple, distribuida equitativamente. Para medir las variables se utilizó el método de la encuesta, la técnica del cuestionario; y como instrumento para la primera variable se usó el test de CI de Raven; y para la segunda, el test de evaluación psicométrica del inventario de IE de Bar-On. Los datos fueron procesados en el software SPSS 15. Los resultados evidencian que 48.5% de estudiantes tienen un CI de término medio, 42.8% un CI de término medio normal, 8.7% un CI posiblemente inferior al término medio; y ningún estudiante tiene un CI superior al término medio e inferior al término medio. El 36.3% de estudiantes posee una IE en promedio, 30.2% de buena capacidad, 29.1% marcadamente alta, 4.4% por debajo del promedio, y ningún estudiante posee una IE muy baja. Para la contrastación de la hipótesis se utilizó la

¹ Docente principal D.E. Facultad de Enfermería Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, de Amazonas.

² Docente asociado D.E. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo- Perú.

³ Administrativo Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, de Amazonas.

⁴ Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo-Perú.

⁵ Docente Contratada Aux. T.C. Facultad de Enfermería Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, de Amazonas

prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrada cuyo valor fue de $X^2 = 27.048$, con 16 grados de libertad, el cual está asociado con una probabilidad de $0.025 < 0.05$, con una confiabilidad del 95%, donde nos refleja que el CI y la IE de los estudiantes no son independientes, es decir, hay un grado de relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Intellectual coefficient associated with student's emotional intelligence, Toribio Rodriguez de Mendoza National University, Chachapoyas , 2010

ABSTRACT

Keywords:

College student
Intelligence quotient
Emotional intelligence

The research was conducted in order to determine the association between the intelligence quotient (IQ) and emotional intelligence (EI) of the National Student Toribio Rodriguez de Mendoza of Amazonas, Chachapoyas, 2010 University . The type and correlational research design was descriptive, cross-sectional, exploratory and explanatory court. The sample consisted of 254 students from 04 faculties, obtained through simple random method evenly distributed. To measure the variables of the survey method, questionnaire technique was used , and as an instrument for the first variable of the Raven IQ test and the second was used for the test of psychometric assessment IE Stock Bar -On . Data were processed using SPSS 15 software. The results show that 48.5 % of students have an IQ average, 42.8 % of average IQ average, 8.7 % lower than possibly an IQ average, and no student has an IQ higher than the middle and lower end to middle. 36.3% of students has an IE on average, 30.2% of good capacity, markedly high 29.1 % , 4.4 % below the average, and no student has a very low IE. For the testing of the hypothesis nonparametric statistical test Ji square was used whose value was $X^2 = 27.048$ with 16 degrees of freedom, which is associated with a probability of $0.025 < 0.05$, with a reliability of 95 %, where we reflect the CI and EI students are not independent , that is to say, there is a degree of statistically significant relationship between the two variables.

Introducción

A nivel mundial y latinoamericano la educación superior es percibida cada vez más como un factor clave para el desarrollo social y económico de un país. Ello no es de extrañar al considerar que en la sociedad del último cuarto del siglo XX y de inicios del siglo XXI, el conocimiento desempeña un papel trascendental como propulsor de la economía y

factor fundamental del cambio social. Según datos ofrecidos por el Banco Mundial, el capital intelectual que corresponde a la educación, la investigación científica y tecnológica es el principal responsable del bienestar con que cuentan los países que poseen la mayor parte de la riqueza mundial¹. Por ende, la sociedad requiere profesionales con conocimientos, destrezas y competencias cónsonas a la realidad socio-

económico-cultural caracterizada por cambios vertiginosos suscitados por los avances de la ciencia y la tecnología. El satisfacer esta demanda en lo que atañe a la universidad constituye por un lado un desafío institucional y por otro, un verdadero reto a la práctica académica y pedagógica de los docentes.

El nuevo profesional del siglo XXI no solo necesita desarrollar habilidades cognitivas, meta cognitivas, y destrezas en la utilización de las computadoras, las nuevas tecnologías y los sistemas de información, sino también habilidades emocionales fundamentales para el desarrollo de la creatividad, la innovación y la convivencia justa dentro de una cultura de paz. De ello se desprende que debe contemplarse en el quehacer docente, la formación de valores personales y sociales, tales como la integridad, la responsabilidad, el respeto a la diversidad, la honestidad, el amor por el conocimiento y la sana competencia, junto al logro de la satisfacción consigo mismo y un alto nivel de compromiso con el entorno social y ecológico. Por todo lo anterior, precisa de inteligencia emocional², esta puede entenderse como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”.³

En el Perú, tradicionalmente, el sistema educativo en sus tres niveles enfatiza el desarrollo de las habilidades cognitivas de los estudiantes como su principal función. La rapidez de los cambios actuales presenta el reto de educar para afrontar tanto al cambio como a la falta de certidumbre por adaptarse de modo conveniente a las nuevas situaciones. Dicho reto se alcanza por el conocimiento del medio, la conciencia de nosotros mismos y el auto control que podamos mantener a fin de tomar decisiones y acciones congruentes a ellos.⁴

También para muchos el éxito académico está embargo, la realidad indica que la inteligencia académica no ofrece prácticamente ninguna

preparación para sobresaltar las oportunidades u garantizado con un buen coeficiente intelectual. Sin obstáculos que aparecen en el transcurso de la vida.⁵

La inteligencia emocional permite evaluar las consecuencias de sus decisiones y acciones, autocontrolar los impulsos en situaciones difíciles y plantear objetivos, tolerar frustraciones, tener éxito laboral y equilibrio sentimental. La conducta emocional es un ámbito que, al igual que las matemáticas y la lectura, puede manejarse con mayor o menor destreza y requiere un conjunto particular de habilidades. Conocer qué tan experta es una persona en ellas es esencial para comprender por qué triunfa o fracasa en la vida, o por qué termina ejerciendo la profesión rutinariamente. La aptitud emocional es una habilidad que indica la calidad del uso de cualquier otro talento, incluido el intelecto puro.⁶

De esta forma es crucial replantearse qué significa éxito en la vida universitaria, ya que este depende de varias variables que ya intervenían en el antes del ingreso a la formación universitaria. El coeficiente intelectual o las calificaciones no deben ser los únicos indicadores soberanos que discriminen el éxito del fracaso.⁷

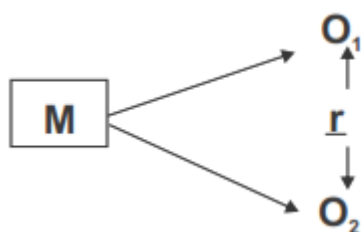
Cuando los estudiantes hagan uso de los procesos metacognitivos del pensamiento, podrán contar con la base necesaria para construir un aprendizaje significativo, lo cual les servirá no solo para las subsecuentes etapas educativas que cursen, sino más bien para la vida. “El aprendizaje significativo es aquel que promueve una evolución en las estructuras cognitivas del individuo, el aprendizaje depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información (debe entenderse por estructura cognitiva al conjunto de conceptos, e ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento); el factor más importante que influye en el aprendizaje significativo es lo que el estudiante ya sabe”⁸, permitiéndole entrar en un proceso de comprensión para explorar las

competencias que le permitirán desarrollar su inteligencia emocional, como lo son la autoconciencia, la autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales.³

Metodología

Por trabajar con dos variables, el tipo y diseño de estudio de esta investigación fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, exploratorio y explicativo.⁹

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Donde:

M = Es la muestra en la que se realiza el estudio.

r = relación (correlación)

O1 = Medición de la variable principal

O2 = Medición de la variable secundaria

La población en el presente estudio fueron los estudiantes de las 4 facultades: Educación Primaria, Enfermería, Ingeniería Agroindustrial, y Turismo y Administración de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, los mismos que sumaron un total de 1500 estudiantes.

Se tomó una muestra por estratos de las 4 facultades existentes en la actualidad sin contar con los ingresantes del 2010. En consecuencia, la muestra estuvo conformada por 254 estudiantes, la misma que fue seleccionada de manera estratificada,⁹ mediante el porcentaje que representa la población estudiantil por cada facultad.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: 1) ingresantes universitarios hasta el 2009-II. 2) estudiantes universitarios de todas las edades y ambos sexos en proporciones iguales por cada facultad; y 3) estudiantes universitarios que estuvieron conscientes de dar respuesta y desearon participar.

Facultad	% de representación	Total de muestra
Educación	25.2%	64
Enfermería	24.8%	63
Ingeniería Agroindustrial	25.2%	64
Turismo y Administración	24.8%	63
Total	100%	254(*)

(*) Del total de la muestra, no ingresaron los estudiantes de las prácticas preprofesionales.

Asimismo, los criterios de exclusión fueron los siguientes: estudiantes universitarios ingresantes del 2010 y estudiantes universitarios que no desearon participar.

Se usó el método de la encuesta y para medir ambas variables se aplicó la técnica del cuestionario. En cuanto al instrumento, para medir la primera variable se usó la evaluación psicométrica del test de coeficiente intelectual de Raven. Para medir la segunda variable se usó la evaluación psicométrica del inventario de inteligencia emocional de Bar-On.

En cuanto al procedimiento de recolección de datos, se tuvieron en cuenta las siguientes etapas: En la primera se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de la variable, en la segunda el instrumento se aplicó a los actores involucrados en la presente investigación, esta se realizó en forma colectiva por exigencias, fines y propiedad de la investigación; y como última etapa se realizó la tabulación de las mediciones obtenidas mecánicamente para el respectivo análisis estadístico.

La información final se procesó en el software SPSS versión 15 y se elaboraron cuadros de contingencia o tabulación cruzada para medir la relación entre las variables de estudio, para la

contrastación de la hipótesis se usó la prueba estadística no paramétrica del coeficiente del Ji cuadrado, con el 95% de nivel de confianza.

Se obtuvo las funciones absolutas y porcentuales analizándose los resultados finales. La presentación de datos fue mediante gráficos circulares y de barra.

Resultados, análisis y discusión

Resultados

TABLA N° 01: Coeficiente intelectual del estudiante, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-Amazonas, Chachapoyas, 2010.

Coeficiente intelectual	Total	
	fi	%
Superior al término medio	0	0
Término medio	123	48.5
Término medio normal	109	42.8
Posiblemente inferior al término medio	22	8.7
Inferior al término medio	0	0
TOTAL	254	100

Fuente: Test de coeficiente intelectual de Raven.

TABLA N° 02: Inteligencia emocional del estudiante, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-Amazonas, Chachapoyas, 2010

Inteligencia Emocional	Total	
	Fi	%
Marcadamente alta	74	29.1
Buena capacidad	77	30.2
En promedio	92	36.3
Por debajo del promedio	11	4.4
Muy baja	0	0
TOTAL	254	100

Fuente: Test de evaluación psicométrica del inventario de inteligencia emocional de Bar-On.

TABLA N° 03: Coeficiente intelectual asociado a la inteligencia emocional del estudiante, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas – 2010

Coeficiente Intelectual	Inteligencia Emocional										TOTAL	
	Marcadamente alta		Buena capacidad		En promedio		Por debajo del promedio		Muy baja			
	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Superior al término medio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Término Medio	44	17.3	29	11.4	48	19	2	0.8	0	0	123	48.5
Término medio normal	24	9.4	43	16.9	36	14.2	6	2.3	0	0	109	42.8
Posiblemente inferior al término medio	6	2.4	5	1.9	8	3.1	3	1.3	0	0	22	8.7
Inferior al término medio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	74	29.1	77	30.2	92	36.3	11	4.4	0	0	254	100

X = 27.048, G.1 = 16; P = 0.025, (a) = 0.05 (5%)

Fuente: Test de coeficiente intelectual de Raven y Test de evaluación psicométrica del inventario de inteligencia emocional de Bar-On.

Los resultados del presente trabajo de investigación han demostrado que el coeficiente intelectual de los estudiantes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, de Amazonas tienen un coeficiente intelectual de término medio (48.5%) a un término medio normal (42.8%) y posiblemente inferior al término medio (8.7%). En cuanto a la diferencia de sexos, los varones tienen un coeficiente intelectual ligeramente elevado en relación a las mujeres que va de término medio (M = 51.8%) (F = 45.8%) a término medio normal (M = 40%) (F = 45.1%).

Los estudiantes de la facultad de Ingeniería Agroindustrial (19.3%) y Enfermería (15%) tienen un coeficiente intelectual de término medio mucho más alto que los estudiantes de Turismo y Administración (11.4%) y Educación Primaria (2.8%); mientras que el coeficiente intelectual de término medio normal y posiblemente inferior al término medio es mayor en los estudiantes de Educación Primaria (17.7% y 4.7%), respectivamente, seguida de Turismo y Administración (11% y 2.4%) y Enfermería (8.2% y 1.6%), respectivamente.

Terman¹⁰ en su estudio demostró que el cerebro destina la mayor parte de su actividad a la autopercepción, sugiere que la inteligencia guarda relación con la buena memoria, solo quien dispone de una extraordinaria capacidad para almacenar datos puede dar a su cerebro la oportunidad de reelaborar internamente la información. Así que el 49.7% de los estudiantes posee un cociente intelectual y capacidad de memoria en promedio normal, el 33.3% por encima del promedio normal, y el 17% superior del promedio normal. Indicando que los estudiantes cubanos tienen el cociente intelectual y capacidad de memoria dentro de los estándares aceptables. En comparación con estos resultados, el presente trabajo de investigación ha demostrado que en los estudiantes cubanos tienen un coeficiente intelectual aparentemente superior al de los estudiantes universitarios amazonenses ya que en ellos no se evidencia un coeficiente intelectual superior del promedio normal, siendo

más evidente entre el término medio y término medio normal.

Con los resultados del presente estudio de investigación respaldamos la teoría Watson: biologicista norteamericano, donde afirma que el coeficiente intelectual alto posiblemente lo tienen los ajedrecistas, matemáticos, ciencias de la salud, compositores virtuosos, etc.; por esto es evidente comparar que los estudiantes de las facultades de Ingeniería Agroindustrial y Enfermería tienen un coeficiente intelectual más elevado que los de Turismo y Educación Primaria, muy independientemente de las razas existentes.

Para la ciencia el concepto de raza no es sustentable, y los test de inteligencia solo miden algunas de las capacidades del cerebro. En la inteligencia intervienen múltiples causas. Si bien no todos los seres humanos nacen con el mismo potencial la clave está en la interacción con el contexto desde el nacimiento como la estimulación temprana, la nutrición, familia, educación son factores claves en el desarrollo y deben considerarse para medir la inteligencia de poblaciones no solo por el color de la piel, estatura, etc. sin analizar experiencias sociales y ambientales, claro está que estos factores correlacionan con la pobreza, es decir, con la economía.

También podemos afirmar, como Terman¹⁰, indicaba, que un coeficiente intelectual alto no asegura el éxito en la vida. Y aquí entra a detallar Gardner¹¹, creador de la teoría de las inteligencias múltiples para explicar las causas de las diferencias individuales: Que “la inteligencia es algo muy importante como para dejarla en manos de estadísticos”. Es una falacia creer que alguien es inteligente o de pocas luces en cualquier situación (hay inteligencias múltiples). El error de Watson confirma la falsedad de esa creencia. Se puede ser inteligente en un campo y tener pocas luces en otro. El cociente intelectual es una fórmula, pero un IQ elevado no ofrece garantías. Por el contrario, un índice bajo no significa que el

sujeto será un fracaso laboral, financiero, emocional o moral. El cóctel de creencias falsas más pensamiento por conveniencia solo sustentan la discriminación racial.

Del mismo modo, el presente estudio demuestra que los estudiantes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza poseen una inteligencia emocional en promedio (36.3%), el de buena capacidad (30.2%), el 29.1% marcadamente alta, el 4.4% por debajo del promedio, y ningún estudiante posee una inteligencia emocional muy baja.

La inteligencia emocional en ambos sexos es casi similar, ya que esto oscila desde una inteligencia emocional en promedio (M = 38.2) (F = 34.7%); de buena capacidad (M = 28.2%) (F = 31.9%), marcadamente alta (M = 29.1%) (F = 29.2%) y por debajo del promedio entre (M = 4.52%) (F = 4.2%), respectivamente.

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería (16.5%) tienen una inteligencia emocional marcadamente alta en comparación con los de Educación Primaria (5.5%), Turismo y Administración (3.9%), Ingeniería Agroindustrial (3.2%). Mientras que una inteligencia emocional en promedio y por debajo de lo normal en mayor porcentaje, lo tienen los estudiantes de la facultad de Turismo y Administración, 15.8% y 2%, respectivamente; Ingeniería Agroindustrial, 10.2% y 1.6%; Educación Primaria, 7.9% y 0.8%; y Enfermería un 2.4% y 0%.

Mori Sánchez W¹² demostró los niveles de inteligencia emocional en los estudiantes del último año de la Escuela de Psicología: el 77.8% presentan un nivel promedio, el 11.11% registró un nivel bajo y muy bajo, y el 11.11% presentan un nivel alto. Los niveles de inteligencia emocional en los estudiantes del último año de la Escuela de Ingeniería de Sistemas muestran que el 59.3% se ubica en un nivel promedio, el 31.5% presentan un nivel bajo y muy bajo, y el 9.3% registraron un nivel alto.

León Porras⁷ mostró que los estudiantes de educación superior universitaria presentan un nivel de inteligencia emocional alto en 15%, medio 55% y bajo 30%. Mientras que los de educación no universitaria presentaron niveles de inteligencia emocional alto 8%, medio 72% y bajo 20%. Contrastando con estos investigadores, el presente estudio ha demostrado resultados similares, ya que la inteligencia emocional en promedio es más evidente que la emocional a marcadamente alto y por debajo del promedio.

Existen otras teorías que indican que la inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo, que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Del mismo modo indica que es la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos.³

La inteligencia emocional es un conjunto de habilidades personales, emocionales, sociales, y de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarse y enfrentar a las demandas y presiones del medio (Bar-On, citado por Ugarriza).¹³ Finalmente, con todo lo mencionado por los investigadores y los resultados del presente estudio, afirmamos que los estudiantes de la Facultad de Enfermería a diferencia de las otras facultades tienen una mejor inteligencia emocional, ya que controlan mucho mejor sus impulsos, son más perseverantes y entusiastas, tienen mucha habilidad para adaptarse y enfrentar presiones del medio externo.

Conclusiones

A continuación presentamos las siguientes conclusiones:

El 48.5% de los estudiantes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza tiene un coeficiente intelectual de término medio, el 42.8% un coeficiente intelectual de término medio normal, el 8.7% un coeficiente intelectual posiblemente inferior al término medio; y ningún estudiante tiene un coeficiente intelectual superior al término medio e inferior al término medio.

El 36.3% de los estudiantes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza posee una inteligencia emocional en promedio, el 30.2% de buena capacidad, el 29.1% marcadamente alta, el 4.4% por debajo del promedio, y ningún estudiante posee una inteligencia emocional muy baja.

De los resultados observados en la relación se deduce que la inteligencia emocional de los estudiantes oscila entre un nivel promedio, marcadamente alta y de buena capacidad asociada a un coeficiente intelectual prioritariamente de término medio a un término medio normal y en menor porcentaje posiblemente inferior al término medio. No existe un coeficiente intelectual superior al término medio ni inferior al término medio ni una inteligencia emocional muy baja.

Los resultados de la presente investigación se sometieron a la prueba estadística no paramétrica Ji cuadrada cuyo valor fue de $X^2 = 27.048$, con 16 grados de libertad, el cual está asociado con una probabilidad de $0.025 < 0.05$, con una confiabilidad del 95%, donde nos refleja que el coeficiente intelectual y la inteligencia emocional de los estudiantes no son independientes, es decir, hay un grado de relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Los varones tienen un coeficiente intelectual ligeramente elevado en relación a las mujeres que va de término medio (M = 51.8%) (F = 45.8%) a término medio normal (M = 40%) (F = 45.1%).

Los estudiantes de la Facultad de Ingeniería Agroindustrial (19.3%) y Enfermería (15%) tienen

un coeficiente intelectual de término medio mucho más alto que los estudiantes de Turismo y Administración (11.4%) y Educación Primaria (2.8%); mientras que el coeficiente intelectual de término medio normal y posiblemente inferior al término medio es mayor en los estudiantes de Educación primaria (17.7% y 4.7%) respectivamente; seguida de Turismo y Administración (11% y 2.4%) y Enfermería (8.2% y La inteligencia emocional en ambos sexos es casi similar, y oscila desde una inteligencia emocional en promedio (M = 38.2) (F = 34.7%); de buena capacidad (M = 28.2%) (F = 31.9%), marcadamente 1.6%), respectivamente alta (M = 29.1%) (F = 29.2%) y por debajo del promedio entre (M = 4.52%) (F = 4.2%), respectivamente.

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería (16.5%) tienen una inteligencia emocional marcadamente alta en comparación con los de Educación Primaria (5.5%), Turismo y Administración (3.9%), Ingeniería Agroindustrial (3.2%). Mientras que una inteligencia emocional en promedio y por debajo de lo normal en mayor porcentaje lo tienen los estudiantes de la facultad de Turismo y Administración (15.8% y 2% respectivamente), Ingeniería Agroindustrial (10.2% y 1.6%), Educación Primaria (7.9% y 0.8%) y Enfermería un (2.4% y 0%).

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería a diferencia de las otras facultades tienen una mejor inteligencia emocional ya que controlan mucho mejor sus impulsos, son más perseverantes y entusiastas, tienen mucha habilidad para adaptarse y enfrentar presiones del medio externo.

Bibliografía

1. Sánchez, G. "Personalidad e intereses profesionales" [en línea]. [Fecha de consulta: 27 febrero 2010]. Disponible en: <<http://www.monografia.com/interesesprofesionales/personalidad/san.shtml>>. 2009
2. Mayer, L. "Habilidades y competencias emocionales". Edit. Interamericana. España, p. 223. 2006.
3. Goleman, Daniel. "La inteligencia emocional, por qué es más importante que el cociente intelectual". Ed. Grupo Zeta, Buenos Aires, p. 397. 2005.
4. Vértiz, M. "Inteligencia Emocional en alumnos de I y X ciclo de la Escuela de Contabilidad de la Universidad César Vallejo de la ciudad de Trujillo". Tesis Lic. Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad César Vallejo, p. 69. 2006.
5. Tünnermann. "La Inteligencia Emocional: Una nueva fuente de sabiduría para mejorar las relaciones con nosotros mismos y con los demás en la empresa" [Fecha de consulta: 23 febrero 2010]. Disponible en: <http://www.google.com/inteligencia_emocional/importancia/empres.html>. 2008.
6. Begoña, Ibarrola. "Dirigir y educar con Inteligencia Emocional" 2006. [Fecha de consulta: 25 febrero 2010] Disponible en: <http://www.slideshare.net/soniambr75/dirigir-y-educar-con-inteligencia-emocional>.
7. León Porras, C. "La inteligencia emocional en estudiantes de educación superior universitaria y no universitaria de Administración de Empresas de la ciudad de Lima". Tesis Lic. Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad Inca Garcilazo de la Vega, p. 114. 2001.
8. Ausubel, D.; Novak, J.; Hanesian, H. Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 2ª ed. México: Trillas. 1983.
9. Hernández Sampieri, R. Et. Al. "Metodología de la investigación" 8va. Edic. Edt. Mc Graw - Hill, México, p. 705. 2008.

10. Terman. "Coeficiente intelectual y capacidad e memoria, estudiantes universitarios, Habana" Cuba. Tesis Doctoral. Psicopedagogía, p. 145. 2005.

11. Gardner. "Habilidades emocionales". Ed. McGraw - Hill. México, p. 136. 2003.

12. Mori Sánchez. W. "Inteligencia emocional en los estudiantes del último año de las escuelas de Psicología e Ingeniería de Sistemas de la Universidad César Vallejo de Trujillo" Tesis para optar el título de Lic. Psicología, p. 92. 2006.



Accidentes de trabajo y elementos de protección personal en trabajadores de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz – Chiclayo, Perú

Macalopú Torres Sandra Inés¹, Guzmán Tello Socorro²

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de marzo de 2016

Aceptado el 5 de julio de 2016

Palabras claves:

Accidentes de trabajo

Elementos de protección personal

Trabajador de limpieza

Enfermería

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativa, correlacional, descriptiva y transversal, la población fue de 220 personas y una muestra de 132 trabajadores de limpieza pública (solo en las labores de barrido de calles, avenidas y jardines) se utilizó como el instrumento para la recolección de datos fue una encuesta sobre la casuística de accidentes estructurada en ocho preguntas cerradas. Esta investigación es importante porque involucra al trabajador de limpieza, un ser vulnerable ante la sociedad, y la enfermería es la ciencia que ayudará a cuidar al trabajador de los peligros que se presenten en su trabajo, mediante la prevención y promoción de la salud, es así que formulamos como objetivo general: Conocer la relación que existe entre los accidentes de trabajo y el uso de los elementos de protección personal en el trabajador de limpieza pública de la Municipalidad de José Leonardo Ortiz-2012. El análisis estadístico se realizó con el Programa SPSS, Versión 18; se elaboraron tablas unidimensionales y bidimensionales de frecuencia, se aplicó la prueba Chi Cuadrado para comprobar la relación entre las variables. La significancia utilizada fue $\alpha = 0.05$. Así mismo, en los resultados se encontró que el 81.8% han sufrido algún accidente laboral porque no ha usado los elementos de protección personal. Un 90.9% de trabajadores de limpieza han sufrido algún accidente laboral y con respecto al uso de elementos de protección personal un 87.9% de trabajadores municipales no usan elementos de protección personal, llegando a la conclusión que existe relación entre los accidentes laborales y el uso de los Elementos de

¹ Estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

² Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Protección Personal en el trabajador de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, el cual estuvo representado por un 81.1 % de la muestra que sufrió algún accidente por no usar los elementos de protección personal.

Accidents and personal protection elements in workers public cleaning from district José Leonardo Ortiz – Chiclayo, Perú

ABSTRACT

Keywords:

Accidents at work
Personal protection
Janitor
Nurse

This research is quantitative , correlational , descriptive, cross-sectional , population was 220 people and a simple of 132 workers only included public sanitation in the work sweeping streets, avenues and gardens, which is a population-based sample ; the instrument used for data collection was a survey on the casuistry of accidents comprised eight closed questions. This research is important because it involves cleaning worker , be vulnerable in society, and nursing is the science that help care workers of the dangers that arise at work through prevention and health promotion , as formulated overall objective: To determine the relationship between occupational accidents personal protection public worker cleaning the Municipality of Jose Leonardo Ortiz , 2012 . Statistical analysis was performed with the SPSS program, version 18, one and two dimensional frequency tables were produced, the Chi Square test was applied to test the relationship between variables. Significance $\alpha = 0.05$ was used. Likewise, the results found that 81.8 % have had a work accident that has not used the personal protection. A 90.9 % of janitors have had a work accident and regarding the use of personal protective equipment 87.9 % of municipal workers use personal protective equipment, concluding that there is a relationship between accidents and the use of elements of Personal protection in the public sanitation worker district José Leonardo Ortiz, who was represented by 81.1 % of the sample suffered an accident by not using personal protective equipment.

Introducción

Habitualmente se ha visto a la mayoría de centros de laborales en diferentes actividades ocupacionales sufrir accidentes en su centro de labores, esto es, sucesos repentinos y prevenibles que sobrevienen por causa o con ocasión del trabajo, y que producen en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o muerte.¹

Al respecto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reporta estadísticas anuales de 120 millones de accidentes de trabajo en el mundo; de estos, 210 000 se registran como defunciones. A la vez, se han contabilizado 270 millones de accidentes laborales con 2 millones de muertes relacionadas con el trabajo y pérdidas del 4% del Producto Bruto Interno mundial por accidentes y enfermedades ocupacionales. Por su parte, en Latinoamérica y El Caribe han ocurrido 30 millones de accidentes (1-5%), 40 000 de ellos fueron

mortales.² En cuanto a los datos estadísticos en Chile por accidentes de trabajos catalogados como accidentes fatales, se reportan 28 casos por golpe (18.5 %) y por aplastamiento 26 casos (17.2 %) en el año 2007 y 2008. En cuanto a servicios comunales y sociales que involucra la limpieza pública, se obtuvieron 26 casos (15.9 %).³ Con respecto a datos estadísticos en el Perú, se reporta una clasificación por el tipo de accidente: accidentes leves (37.93%), accidentes incapacitantes (59.05%), y accidente mortal (3.03%).⁴

Para el presente estudio se tomó en cuenta a los trabajadores de limpieza pública del distrito José Leonardo Ortiz, el cual cuenta con una población de 165 483 habitantes y con 220 personas que trabajan en limpieza pública: barredores de calles, avenidas y jardines, recolectores de basura y los choferes de los camiones de basura.

En las calles del distrito se observa con mucha frecuencia a los trabajadores de limpieza de José Leonardo Ortiz sustituyendo elementos de protección personal (EPP) por materiales simples para desempeñar distintas labores como, por ejemplo, la utilización de franelas para cubrir la boca y nariz para protegerse del polvo al momento de barrer, zapatillas de lona; asimismo realizan largas caminatas en el barrido de calles, ya que muchas veces son más de diez cuadras las que se encuentran con montículos de basura donde se observa su manipulación sin ninguna protección o utilización de bolsas plásticas para recogerlas; utilizan ropa común para desempeñar sus funciones generando posibles lesiones y accidentes laborales.

Al interactuar con unos de los trabajadores de tienen que barrer. En el trayecto de su labor se limpieza, estos muestran desinterés y desconocimiento sobre los accidentes de trabajo. Mientras se les hablaba seguían trabajando, no rol que cumple la enfermera ocupacional en el prestaban mucha atención. He ahí la importante área preventiva promocional, cuya misión es la

educación e información adecuada, precisa y óptima para el entendimiento y aplicación por parte de la persona. Además, se menciona que las horas de trabajo son 8, de lunes a sábado en específicamente se trabaja una semana en la horario semanal de mañana y tarde, mañana y la siguiente en la tarde. Su horario de entrada es a las 7:30 de la mañana hasta la 3:00 de sus alimentos.

Por lo expuesto, se plantea el siguiente objetivo la tarde, dando un tiempo de una hora para ingerir general: Conocer cuál es la relación que existe entre accidentes laborales y el uso de elementos de protección personal en el trabajador de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, y como objetivos específicos: Analizar la incidencia de accidentes de trabajo en los trabajadores de limpieza pública del distrito José Leonardo Ortiz y determinar el uso de los elementos de protección personal en los trabajadores de limpieza.

Metodología

La investigación fue de tipo cuantitativa, correlacional, descriptiva y transversal. La población fue de 220 personas y la muestra, de 132 trabajadores de limpieza pública, que realizan sus labores de barrido en calles, avenidas y jardines; el instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una encuesta sobre la casuística de accidentes, conformada por ocho preguntas cerradas, las cuales permitieron describir mejor la información en cuanto a accidentes laborales y el uso de los elementos de protección personal.

Resultados, análisis y discusión

Tabla 1. Relación entre los accidentes laborales y el uso de los elementos de protección personal en los trabajadores de limpieza pública del distrito José Leonardo Ortiz.

Accidentes laborales	Uso de Elementos de Protección personal				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
No	8	6.1%	4	3.0%	12	9.1%
Sí	108	81.8%	12	9.1%	120	90.9%
Total	116	87.9%	16	12.1%	132	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz.

Encontramos que el 81.8% de trabajadores de limpieza que ha sufrido algún accidente laboral no ha usado elementos de protección personal. Así mismo, un 90.9% de trabajadores de limpieza ha sufrido algún accidente laboral y con respecto al uso de elementos de protección personal un 87.9% de trabajadores municipales no usa elementos de protección personal., como se puede apreciar en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Uso de los elementos de protección personal de los trabajadores de limpieza de la Municipalidad José Leonardo Ortiz.

Uso de los EPP	N.º	%
Sí	16	12.1
No	116	87.9
Total	132	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz.

El 12.1% de los trabajadores de limpieza de la Municipalidad José Leonardo Ortiz usa los elementos de protección personal, y el 87.9% no lo hace.

Tabla 3. Tipo de accidentes laborales sufridos por parte de los trabajadores de limpieza de la Municipalidad José Leonardo Ortiz.

Accidentes	Sí		No	
	N.º	%	N.º	%
Corte superficial	72	54.5	60	45.5
Corte profundo	15	11.4	117	88.6
Pinchazo	75	56.8	57	43.2
Golpes	62	47.0	70	53.0
Aplastamiento por contenedores	29	22.0	103	78.0
Caidas, resbalones	74	56.1	58	43.9
Sobreesfuerzo muscular	48	36.4	84	63.9
Atropello vehicular	10	7.6	122	92.4

Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz.

El 54.5% de los trabajadores de limpieza de la Municipalidad José Leonardo Ortiz ha sufrido de

cortes superficiales, el 11.4% de cortes profundos, el 56.8% de pinchazos, el 47% de golpes, el 22% de aplastamiento por contenedores, el 56.1% de caídas y resbalones, el 36.4% ha padecido sobreesfuerzo muscular y el 7.6% de atropellamiento vehicular.

En el mundo laboral el trabajo es fuente de salud pues mediante ello las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para la mantención de un estado de bienestar; una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de la población cuando aseguran que todas las personas económicamente activas pueden acceder a un empleo que satisfaga no solo sus necesidades económicas básicas, sino que también los otros aspectos positivos del trabajo, los cuales son: salario, actividad física y mental, contacto social, producción de bienes y servicios.⁵ Se considera al trabajo como todo esfuerzo físico o mental destinado a la producción de los bienes necesarios para nuestra supervivencia;⁶ así mismo Mazzáfero⁷ menciona que el trabajo en la actualidad resulta imprescindible para una vida saludable, tanto por la retribución económica que comporta, como por el hecho social que contribuye a la realización de la persona y al progreso de la comunidad. Así mismo, es importante tener en cuenta que el ambiente de trabajo es el medio más exigente en el que se mueve el hombre en función de la intensidad de exposiciones ya sean físicas, químicas, biológicas, ergonómicas o psicológicas, de modo que sirve de sistema de alerta e incluso de modelo para actividades preventivas que posteriormente incluyen al resto de la población, definiendo así a los trabajadores como grupos en riesgo.⁷

Dentro de este ámbito es importante destacar que una de las labores importantes es la limpieza pública, que se entiende como la preservación de las condiciones higiénico – sanitarias en los lugares públicos, desde la recolección hasta el destino final de los residuos sólidos. Esta labor es ejercida por los trabajadores de limpieza, encargadas de mantener las calles y jardines de la

ciudad limpias y libre de contaminación.⁸ Sin embargo, estas personas, habitualmente se encuentran expuestas a distintos tipos de accidentes laborales como: caídas, resbalones, pinchazos, cortes, sobreesfuerzos, atropello vehicular, etc., los cuales pueden provocar daños en su salud, además epidemiológicamente se podría considerar como un grupo vulnerable frente a los accidentes de trabajo.⁹

Según estudios realizados en Chile (2007– 2008), se han reportado 26 casos de accidentes de trabajo dando como resultado el 15.9%; de igual manera en el Perú en el año 2011 se notificaron 301 accidentes de trabajo, de los cuales el 6.36% corresponde al servicio de limpieza pública. 4 En la presente investigación realizada en el distrito de José Leonardo Ortiz se encontró que los trabajadores de limpieza pública que han sufrido algún tipo de accidente laboral está representado por un 90.9%, de los cuales el 81.1 % se accidentó por no usar los elementos de protección personal. De este modo, Ruiz 6 menciona que un accidente de trabajo es un suceso súbito, inesperado y no deseado que puede causar daño al trabajador produciendo perturbación funcional, invalidez o la muerte; así mismo un accidente de trabajo se produce durante la ejecución de las órdenes de un empleador o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar de trabajo.⁸

En el artículo 14 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se señala que los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Este derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario sobre la protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales, cuyo incumplimiento se considera infracción grave.¹⁰ Por lo tanto, teniendo en cuenta el derecho a la protección eficaz en cuanto a la seguridad esta muchas veces se descuida, evidenciándose en la deficiente demanda de capacitaciones, asesorías, campañas educativas, para aquellas personas que ejercen la labor de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, de la misma manera es necesario

considerar que además de las capacitaciones es indispensable para la seguridad del trabajador enfocarse sobre la importancia que tiene la renovación frecuente de los elementos de protección personal; en tal sentido se encontró que de los trabajadores encuestados el 96.2%, afirman que reciben cada año los elementos de protección personal y el 3.8% cada seis meses.

Como señala, Landauro¹¹ respecto a los EPP, se renovará cada vez que se encuentre desgastado, dañado o deteriorado, respetando el tiempo promedio de recambio, es decir, en cuanto al uso de mascarillas simples se renueva en un lapso de dos semanas, la ropa de trabajo se renueva en un año, el uso de cambiadas cuando la cobertura no proporcione guantes en seis meses, las botas de seguridad serán suficiente protección al pie. La suela puede cambiarse mientras la cobertura se encuentre en buenas condiciones. Generalmente muchas personas en este ámbito laboral no usan de forma correcta los considera importante capacitar al personal en cuatro elementos de protección personal, por ello se a la importancia del uso de los elementos de protección personal. Al respecto, en el estudio se encontró que el 53.8% afirmaron que nunca han tenido una capacitación sobre temas relacionados con su seguridad y salud, esto hace suponer que los trabajadores que no usan los EPP, es porque capacitaciones en la formación del personal ocupan desconocen su importancia y los riesgos de no usarlos.

Por consiguiente, Mazzáfero⁷ afirma que las un lugar muy importante en lo que se afirma a prevención de accidentes y enfermedades, el ordenamiento legal considera básico que las partes interesadas (empresas, asociaciones, empleadores y sindicatos) participen en la elaboración de programas y campañas educativas e informativas sobre prevención (art. 5°, inc.m, Ley 19.587 y 214, dec. Regl.), en tanto el empleador debe realizar en el ámbito laboral un plan anual de capacitación por medio de curso, seminarios, etc. para de esta manera mantener un espíritu alerta en el personal respecto del riesgo de trabajo.

Además, en la protección del trabajador de limpieza influyen elementos de protección personal, pues en el artículo 7 de la Ley de Seguridad e Higiene en el Trabajo; las reglamentaciones de las condiciones de seguridad deberán considerar primordialmente: equipos de protección personal de los trabajadores; prevención de accidentes del trabajo y enfermedades laborales.⁷ En relación a los elementos de protección personal, se observó que en la Tabla 2 un 87.9% de los trabajadores no usan los elementos de protección personal, y el 12.1% lo utilizan correctamente. Sin embargo, en la investigación realizada por las autoras Bastidas E. y Rodríguez L. (Ibarra-Ecuador), se obtuvo como resultados que un 18.2% de los trabajadores de limpieza pública utilizan de la mejor manera los elementos de protección personal, pero un porcentaje inferior del 12.1% no se protege con ningún elemento de protección personal.¹²

Al analizar estas realidades, en el distrito de José Leonardo Ortiz solo hay un 12.1% de los trabajadores que sí utilizan correctamente los elementos de protección personal lo que devela que existe una falta de sensibilización, de educación, capacitación e indumentaria para el trabajador; en cambio en la investigación realizada en Ecuador se demuestra que existe una mejor cultura de prevención de accidentes laborales, gracias al uso de los elementos de protección personal como son: botas, guantes y overol. Al respecto, Valencia¹³ considera que un elemento de protección personal es todo equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes de trabajo; así mismo Mazzáfero⁷ menciona que la protección personal está constituida por aquellos elementos que emplea el trabajador con el objeto de disminuir o evitar lesiones corporales, además de ello considera que la protección personal es la última barrera entre el hombre y el riesgo.

Por lo tanto, los elementos de protección personal son importantes en todo momento durante el trabajo diario, pues con el uso correcto de los dispositivos se puede prevenir muchos accidentes laborales. Se afirma que se encontró relación entre los accidentes laborales y el uso de los elementos de protección personal en el trabajador de limpieza del distrito de José Leonardo Ortiz, demostrado en la *Tabla 1* donde se evidencia que el 81.1 % de los trabajadores de limpieza ha sufrido algún accidente laboral debido al no uso de los elementos de protección personal, contra el 9.1% de trabajadores que ha sufrido accidente laboral haciendo uso de elementos de protección personal. Si bien es cierto, el autor Mazzáfero refiere que un accidente de trabajo es la ruptura en el equilibrio necesario entre el hombre y sus condiciones de trabajo. Es un evento no planeado, dado en relación compleja del individuo y su ambiente de actividad productiva que da como resultado un deterioro de esa relación. Además, representa un daño físico y un sufrimiento para el (pérdidas de tiempo, y productividad, pérdida de trabajador y daños para el proceso productivo materiales, ruptura de equipos, etc.).⁷

Al mismo tiempo, un accidente de trabajo es siempre el resultado de la interacción de múltiples factores entre los que se destacan los propios del ambiente de trabajo (condiciones físicas ambientales de trabajo, equipos de trabajo, organización de trabajo, ritmos de trabajo, relaciones de trabajo, etc.).^{6,7} Alrededor de estos conceptos de acuerdo al análisis de la problemática se encontró en el estudio que los tipos de accidentes laborales más frecuentes en los trabajadores de limpieza pública de José Leonardo Ortiz, según la clasificación, son los leves, como: cortes superficiales (54.5%), cortes profundos (11.4%), pinchazos (56.8%), caídas y resbalones (56.1%). Al respecto Rodríguez,¹⁴ en su trabajo de investigación titulado "*Riesgos Ocupacionales y Accidentes laborales en trabajadores de distritos de la región Amazonas*", mencionó menores incidencias: como caídas (5.8%), heridas cortantes (4.4%) y atropello

vehicular (3,7%). Lo que hace suponer que estos trabajadores de limpieza pública se encuentran más instruidos, aunque tal vez no en su totalidad; y que además actúan de manera más responsable en comparación de los trabajadores del distrito de José Leonardo Ortiz, que presentan elevados índices de accidentes laborales, superiores a la realidad de los trabajadores de Amazonas.

Visto de esta forma, los accidentes leves son sucesos resultantes de una lesión que luego de la evaluación médica correspondiente pueden generar en el accidentado un descanso breve (retorno máximo: al día siguiente a sus labores habituales).

Evidentemente estos accidentes pueden generar cortes, que son heridas en la piel provocadas por objetos afilados; pinchazos, que se define como la agresión brusca y repentina producida por un objeto puntiagudo; y los golpes, que es aquel movimiento rápido y brusco producido por un suceso inesperado.^{15, 16}

Por otro lado, debe señalarse que un accidente incapacitante es un suceso resultante en lesiones que, luego de la evaluación médica correspondiente, da lugar a descanso médico y tratamiento a partir del día siguiente de sucedido el accidente. Un accidente mortal es aquel suceso resultante en lesión que produce la muerte del trabajador al margen del tiempo transcurrido entre la fecha de accidente y la muerte. Para efecto de la estadística se debe considerar la fecha del deceso.¹⁵ Al ubicarse en la realidad de José Leonardo Ortiz mayormente se encontraron accidentes leves en lo que se refiere a los cortes por vidrios que son más comunes en la labor diaria, los pinchazos por agujas, clavos, alambres, debido al inadecuado uso de los guantes, y las caídas o resbalones por el uso de botas inadecuadas.

Es importante conocer que una de las medidas preventivas es la utilización de los EPP definidos como todo equipo, aparato o dispositivo

especialmente proyectado y fabricados para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.^{13,17} Esta relación implica necesariamente que su uso es indispensable para el trabajador de limpieza pública durante sus labores diarias, esto no quiere decir que el trabajador se encuentra libre de sufrir algún accidente, el peligro está siempre presente, la función que cumplen los elementos de protección personal son reducir significativamente el impacto de algún riesgo y proteger a la persona.¹³ En tal sentido, en el estudio se encontró que los guantes de jebe son utilizados algunas veces en un 53%; las botas, en un 67.4%; en lo que se refiere al uso de overol nunca lo utilizan en un 91.7%; por otra parte en cuanto al uso de mascarilla de tela hay un 43.2% que lo utiliza frecuentemente y respecto a las mascarillas descartables un 81.1% nunca lo utilizan.

Al respecto, Bastidas y Rodríguez¹² en su trabajo de investigación titulado Enfermedades prevalentes en los trabajadores municipales de recolección de basura de la ciudad de Ibarra, encontraron que el 64% de los trabajadores solo utiliza overol y guantes, en cambio un 18% utiliza de mejor manera las normas de bioseguridad ya que usan guantes, overol y botas, pero un porcentaje inferior de 12.1% no se protege con ningún implemento, excepto el overol. En relación a los trabajadores de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, se obtuvo que un 87.9% de los trabajadores no utilizan correctamente dichos dispositivos que son esenciales para cuidar su vida y salud, e igualmente no cumplen con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y por ende .infringen normas Al mismo tiempo, de acuerdo a la investigación realizada en el distrito de Ibarra-Ecuador,¹² se encontraron porcentajes inferiores en lo que se refiere al no uso de los elementos de protección personal, esto quiere decir que hay más coordinación, interacción entre el empleador y trabajador para identificar las necesidades en el trabajo diario.

En consecuencia, es importante reconocer que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales define a la prevención como el conjunto de medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividades en un ambiente con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. (art.4.1).¹⁰ Los EPP vienen a ser esencialmente útiles porque abarcan una de las medidas preventivas, al definirse como todo equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo.⁷ Es necesario tener en cuenta que la misión de los EPP es impedir una lesión o un daño al trabajador, para ello el equipo debe cumplir con estas mínimas características: ser cómodos y estéticos, ser adecuados al riesgo, de uso individual, de conservación adecuada (deben seguirse las recomendaciones del fabricante); el equipo debe estar homologado por los organismos habilitados; además de su funcionalidad, deben cuidarse otros aspectos como la conservación material, diseño de equipo, comodidad, etc.^{7, 18}

Vinculando los conceptos, coincidimos con Ruiz, cuando menciona que los EPP son cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que lo proteja de uno o varios riesgos, que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin. Está excluida de la definición la ropa de trabajo corriente, pero no la que ofrece protección frente a algún riesgo.⁶ En líneas generales, de acuerdo a la realidad del personal de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, es importante considerar que la enfermera es la profesional indicada para promover su salud y prevenir los daños de su entorno social y la encargada de, conllevar e al desarrollo de una cultura preventiva. En este estudio la Asociación Americana de Enfermeras de Salud Ocupacional (AAOHN) define la práctica de la enfermera en la salud ocupacional como: "La especialidad que provee y otorga servicios en el cuidado de la salud a los

trabajadores. El ejercicio se enfoca a la promoción, protección y restauración de la salud de los trabajadores dentro del contexto de un ambiente de enfermería en la salud ocupacional es autónoma e trabajo seguro y saludable. La práctica de la independiente en la provisión de servicios de salud ocupacional.^{5, 18}

En tal sentido el propósito de la enfermería en salud ocupacional es brindar atención de enfermería basada en modelos innovadores que consideren al trabajador como un ser bio-psico-social, a su familia y a la sociedad en su conjunto.⁸ Las investigadoras acotan que dichos modelos además deben sustentarse en las necesidades del personal de limpieza pública. Y se respaldan en los resultados encontrados en la investigación: el 57.6% de los trabajadores considera que lo más importante es tener una atención de enfermería en el centro de trabajo y además de ello el 31.8% menciona que necesita una renovación frecuente de los elementos de protección personal. Cabe considerar que de acuerdo a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, artículo 4 y 5, es importante proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores y tener en cuenta la creación de servicios de higiene y seguridad en el trabajo, además sobre medicina del trabajo de carácter preventivo y asistencial.^{10,19}

Cabe resaltar que según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, con respecto a los Elementos de Protección Personal, todo trabajador debe utilizar los equipos de protección personal para mantener la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales.¹⁰ Quiere decir que los trabajadores están en todo el derecho de proteger su vida y su salud, obteniendo los equipos de protección personal los mismos que deben ser renovados cuando se desgasten o deterioren así se podrán evitar accidentes laborales.

Conclusiones

Arribamos a las siguientes conclusiones:

Existe relación entre los accidentes laborales y el uso de los Elementos de Protección Personal en el trabajador de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, esta estuvo representada por un 81.1 % de la muestra que sufrió algún accidente por no usar los elementos de protección personal. Por consiguiente, se debe considerar a un EPP como uno de los dispositivos indispensables en la disminución de los accidentes laborales.

De acuerdo a la incidencia de los accidentes de trabajo, un 90.9% de los trabajadores ha sufrido algún tipo de accidente laboral, entre ellos se mencionan: los cortes superficiales, caídas, resbalones, pinchazos. Estos tienen un porcentaje considerable y muchas veces se ven desencadenados por la falta de conciencia del mismo trabajador, pues durante la entrevista se observó el poco interés por el cuidado de su salud, la poca o deficiente capacitación en el lugar donde laboran, como se constata en la encuesta realizada refieren que cada año reciben capacitaciones, y en lo que se refiere al uso de los EPP muchas veces no lo utilizan.

En lo que respecta a los elementos de protección personal en los trabajadores de limpieza pública del distrito de José Leonardo Ortiz, se obtuvo que un 12.1% de los trabajadores usan los EPP, y el 87.9% no lo utilizan. Se debe considerar que los trabajadores de limpieza pública están diariamente expuestos a múltiples riesgos laborales, por ello es indispensable el uso de los EPP, dichos dispositivos muchas veces ayudan a disminuir el riesgo al que está expuesto el trabajador y, por ende, proporcionan una barrera entre un determinado riesgo y la persona además de resguardar su integridad física del personal que labora.

Bibliografía

1. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud Ambiental. 2005 [acceso 2 de Abril del

2012]. Albinagorta J, Tello J., Burga M, Fausto S, Bellido B, Ramírez P, et al. Manual de Salud Ocupacional. Disponible en: http://www.digesa.sld.pe/publicaciones/salud_ocupacional.asp

2. Organización Internacional de Trabajo (OIT). La Seguridad en Cifras: Sugerencias para una cultura general en materia de seguridad en el trabajo. Ginebra; 2003

3. Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Internacional del Trabajo (OIT). Eje para la Acción Sindical: Conceptos básicos en Salud Laboral. Santiago, OIT; 2003. Salud y Trabajo aclarando los conceptos: Disponible en: <http://oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>

4. Ministerio de Trabajo y promoción de empleo http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/anuario/ANUARIO_ESTADISTICO_2011.pdf

5. Rodríguez E, Enfermería en Salud Ocupacional. Ed. Lima- Perú: ASENSA; 1991

6. Ruiz C, García A, Delclós J, Benavides F. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3era Ed. Elsevier Masson. Barcelona 2006^{da}

7. Mazzáfero E, Medicina en Salud Pública. 2 ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1999

8. Frías A. Salud Pública y educación para la salud. Masson. 2004

9. Hall J, Redding B. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas. Ed. PALTEX, 1990.

10. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 54/2013. Disponible en: <http://www.ugt.es/DatoBasico/prl08.pdf>

11. Landuro N. Procedimiento de Equipo de Protección Personal. 2006. Ed. Lima Airport Partners.
12. Rodríguez .L, Bastidas C. Enfermedades Prevalentes en los Trabajadores Municipales de Recolección de Basura de la Ciudad de Ibarra. Art.; nov.-oct. 2010. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/656>
13. Valencia M. Manual de Seguridad, Salud Ocupacional y Ambiente para Contratistas. Universidad Nacional de Colombia. Mayo, 2008.
14. Rodríguez M, Pelaéz P. Riesgos ocupacionales y accidentes laborales en trabajadores de distritos de la región Amazonas. Rev. Enferm. Herediana; 1(2):87-92, jul.-dic. 2008. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559028&indexSearch=ID>
15. Díaz R. Seguridad y salud en los regímenes laborales especiales. 1° Ed. Lima-Perú Gaceta Jurídica 2011
16. Gallego A, Márquez A, Millán J, Monereo J, Moreno N, Vida R, et al. Manual para la formación en prevención de riesgos laborales. Lex Nova 4ed. España 2006
17. Instituto de Salud Pública de Chile. Instructivo Técnico. Listado Básico de Elementos de Protección (acceso 20 de Mayo del 2012) Departamento de Salud Ocupacional. Disponible en:
18. Instituto de Salud Pública de Chile. Instructivo Técnico: Listado Básico de de Elementos de Protección Personal. 2005. Disponible en: http://www.ispch.cl/salud_ocup/doc/listado_basico_epp.pdf
19. Juárez A, Hernández E. Intervenciones de enfermería en la salud en el trabajo. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010; 18 (1): 23-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim101e.pdf>



El lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante

Gil Acedo Katerin Isolina¹, Díaz Manchay Rosa Jeuna²

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de mayo de 2014

Aceptado el 15 de agosto de 2014

Palabras claves:

Lenguaje corporal

Cuidado

Enfermería

Familiar acompañante

Persona hospitalizada

RESUMEN

La presente investigación cualitativa descriptiva tuvo como objetivos: analizar, describir y comprender el lenguaje corporal en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013. La muestra fue no probabilística, determinada por saturación y redundancia, entre los informantes tenemos seis enfermeras que laboran en el servicio de oncología, seis personas adultas con cáncer en fase terminal hospitalizadas y seis familiares acompañantes. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semiestructurada. Durante la investigación se tuvieron en cuenta los criterios científicos y los principios de la bioética personalista. Se usó el análisis de contenido para el tratamiento de los datos, obteniéndose como resultados dos categorías: 1. Percepción del cuerpo ante la enfermedad en fase terminal. 2. Diálogo de presencias entre enfermera, persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y familiar acompañante: comunicación, ternura, amabilidad, sensibilidad. La consideración final es que el lenguaje corporal en el cuidado hospitalario, incluye la percepción que tiene el enfermo sobre su cuerpo que sufre por el diagnóstico inminente de muerte, siendo indispensable el fomento de la fe, la esperanza y la paz espiritual, a través del diálogo de presencias entre enfermera, familiar acompañante y persona con cáncer en fase terminal, basado en el conocimiento del "otro", comprensión, amabilidad, toque terapéutico, carisma, servicio y caricia, de tal manera que se brinde un cuidado con amor, con sensibilidad. La

¹ Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT).

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Especialista en Salud Familiar y Comunitaria por la USAT. Docente de investigación y Asesora de tesis de postgrado en Maestría en Enfermería y Maestría en Bioética y Biojurídica. Coordinadora de II Edición Maestría en Enfermería de la Escuela de Postgrado – USAT, 2010–2012.

enfermera ante esta situación debería mostrarse científica, humana, sencilla y compasiva.

Body language in the care of hospitalized person with terminal cancer and their family caregivers

ABSTRACT

Keywords:

Body language
Nursing
Nurses
Family caregivers
Hospitalized person

This descriptive qualitative study aims to: analyze, describe and understand body language in nursing care to the hospitalized patient with terminal cancer and their family caregivers in the oncology department of Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013 National Hospital. The sample was not random, determined by saturation and redundancy, being informants six nurses who work in the service of Oncology six adults hospitalized with cancer in terminal phase, and six accompanying relatives. To collect the data semi-structured interview was used. During the investigation took into account scientific criteria and principles of the personalistic bioethics. 1: content analysis, yielding results in two categories was used. Perception of the body to the terminal illness. 2. Dialogue between nurse presences, hospitalized with terminal cancer and accompanying person familiar stage: communication, tenderness, kindness, sensitivity. The final consideration is that body language in the hospital care, including the patient perception of your body that suffers for the diagnosis of impending death, being necessary to promote faith, hope and peace of mind through the presences dialogue between nurse, family caregivers and people with cancer in terminal phase, based on knowledge of the "other", understanding, kindness, therapeutic touch, charisma, service and caress so lovingly care that is provided, is mean sensitivity. Then the nurse should show scientific, human, simple and compassionate.

Introducción

En el actual cambio de paradigma en enfermería, se anhela suministrar un cuidado humanizado, integral y personalizado, más aún cuando la pacientes que padecen un diagnóstico mortal, como lo es el cáncer. Este cuidado es la razón de ser de enfermería y debe darse de manera horizontal entre enfermera, persona hospitalizada y familiar acompañante, de tal manera que interactúen haciendo uso de su cuerpo y corporalidad: este cuerpo que es sentido y siente, que toca y es tocado.

Al respecto, los profesionales de enfermería deben comprender las razones por las cuales el cuerpo se percibe como un objeto, con el ánimo de orientar al personal a su cargo y planear los cuidados que se requieren para ayudar a la persona. Es fundamental que los profesionales valoren la percepción que tiene la persona de su cuerpo para planear el cuidado.¹ Específicamente en la hospitalización de la persona con cáncer en fase terminal, la enfermera se muestra sensible y empática por la inminente muerte que será un acontecimiento esperado/inesperado por la familia, y aprovecha los momentos de cuidado

como administración de medicamentos, ronda de enfermería, y otros procedimientos para que se relacionen e interactúen con los familiares.²

La persona con cáncer en fase terminal se ve inmersa en una familia y busca afectividad, amor, cariño, comprensión, solidaridad, respeto y cuidado; la familia contribuye a los cuidados de la persona enferma, y por esa razón debe recibir la atención e instrucción necesaria por parte del equipo de salud en especial de la enfermera para influir positivamente en la evolución de la persona enferma como del familiar.

La hospitalización de la persona con cáncer terminal genera cambios en sus estilos de vida, pues sus costumbres tendrán que adaptarse a las reglas establecidas en el hospital y ahora deberá interactuar con el personal de salud y con su familiar acompañante. Así mismo, le genera dificultad para afrontar la enfermedad terminal y aceptar la inminente muerte, piensa en los objetivos no cumplidos y valoran los aspectos básicos de la vida comer, beber, no sentir dolor. A veces esta enfermedad hace que encuentren sentido a su vida/muerte, cuando reconocen que hay un Ser Superior, que es Dios. A estos pacientes la enfermera debe acogerlos con amor y brindarles seguridad, acudir inmediatamente a su llamado ante cualquier angustia, duda o simplemente porque la persona desea abrigarse de comprensión, cariño y compasión ya que se encuentra en un medio desconocido y lejos de su familia, aunque junto al familiar acompañante.

La investigadora en su formación de pregrado ha observado que en el servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (H.N.A.A.A), solo algunas enfermeras al brindar cuidados a la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, mantienen con ellos contacto físico que se manifiesta a través de un toque en el hombro, una sonrisa, una caricia, un apretón de manos, una palabra de aliento; aspectos que a veces son dejados de lado por otras enfermeras, pues predomina el cuidado biológico, como: la

administración de quimioterapias, analgesia, etc. unido a la sobrecarga laboral por el excesivo número de personas hospitalizadas, entre otros aspectos administrativos.

Por lo mencionado anteriormente, surgió el siguiente problema de investigación: ¿cómo es el lenguaje corporal en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013? Se determinó como objeto de estudio: El lenguaje corporal en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, y como objetivos de investigación: describir y comprender el lenguaje corporal en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, en el servicio de oncología de dicho hospital.

La investigación se justificó porque la enfermedad del cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, así lo indican las altas tasas de incidencia y mortalidad. Además existen pocos trabajos relativos al estudio del lenguaje corporal entre enfermera, familiar y persona con cáncer, por lo que la presente investigación permitió una reflexión sobre el tema desde la perspectiva de los sujetos involucrados en el cuidado de la persona con cáncer terminal, la que muchas veces es privada de un cuidado impregnado de tacto, contacto, diálogo, escucha activa, amistad, sonrisas, compasión, empatía, interés, preocupación y sensibilidad. También a través de este estudio se propició un momento de reflexión y sensibilización con las enfermeras que participaron del estudio de caso, para brindar un cuidado humanizado, basado en el respeto a la dignidad, en la equidad, la calidad y la calidez humana; considerando que el cuerpo habla a través de sus movimientos, miradas y lenguaje, haciendo conciencia de ello para poder establecer un cuidado con sensibilidad y estética, un cuidado transpersonal capaz de transformar vidas y trascender.

Metodología

Según la naturaleza de la información, la investigación fue cualitativa con abordaje descriptivo. Este tipo de investigación se define como el proceso de reflexión y análisis de la realidad a través de la utilización de métodos y técnicas para la comprensión detallada del objeto de estudio en su contexto histórico y así mismo su estructuración; observando a la persona en su vida cotidiana, obteniendo un conocimiento directo de la vida social.³ El abordaje metodológico fue descriptivo, este estudio exigió al investigador realizar una serie de informaciones sobre el objeto de estudio, luego describirlas para pasar a registrarlas, analizarlas e interpretarlas, de acuerdo a su naturaleza y los diferentes fenómenos encontrados. El objetivo es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas,⁴ de tal manera que le permitan a la investigadora analizar, describir y comprender el lenguaje corporal en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante.

El escenario de la investigación fue el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en este servicio se brindan cuidados a todas las personas, desde niños hasta adultos mayores, con diagnóstico de cáncer. Tiene una capacidad de 16 camas según áreas: Reumatología y Dermatología, 2 camas; Hematología, 9 camas; y Endocrinología, 3 camas.

Participaron en la investigación 6 enfermeras que laboran en el servicio de Oncología, 6 personas adultas hospitalizadas con cáncer en fase terminal y 06 familiares acompañantes determinados por saturación y redundancia. La muestra fue no probabilística: un total de 18 sujetos de investigación.

Para guardar la confidencialidad e identidad de las participantes, se registraron a través de códigos, por orden de entrevistados. Para las enfermeras se

utilizó el siguiente código: E1, E2, E3, E4, E5 y E6. Para las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal: P1, P2, P3, P4, P5 y P6. Para los familiares acompañantes: F1, F2, F3, F4, F5, F6. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: 1) Que la enfermera tenga como mínimo 6 meses laborando en el servicio de Oncología, 2) que la persona hospitalizada sea mayor de 18 años y tenga como diagnóstico cáncer en fase terminal, 3) que el familiar acompañante sea mayor de 18 años y no sufra de alguna enfermedad mental incapacitante.

La recolección de datos fue mediante la entrevista semiestructurada, por ser más íntima, flexible y abierta. La misma que se define como una reunión de intercambio de información entre una persona y otra.⁵ Se diseñó de acuerdo a lo que se quiso indagar; en este caso el lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. Cabe mencionar, que se realizó la validación de la entrevista con dos enfermeras nuevas del servicio de Oncología, quienes no formaron parte de la muestra, esto permitió modificar e incrementar algunas preguntas para la mejor comprensión del grupo a investigar.

Después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y posteriormente al jefe del servicio de Oncología. Luego se procedió a identificar a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y se les presentó el consentimiento informado y, previa firma, se realizó la entrevista semiestructurada a las enfermeras, personas con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. En todo este proceso se mostró confianza e interés. Las entrevistas fueron grabadas en cintas magnetofónicas, luego se transcribieron para proceder al análisis de datos. Los datos se recolectaron entre marzo y junio de 2013.

El análisis de datos se procesó según las fases de análisis de contenido: preanálisis, formación del sistema categorial, codificación y análisis e interpretación.⁶ La ética de la investigación científica estuvo basada en los principios personalistas,⁷ los mismos que expresan respeto a la persona y dignidad de los participantes, responsabilidad y libertad con el consentimiento informado. De esta manera los entrevistados decidieron de manera libre participar en la investigación dando su aprobación y mostrando total disponibilidad.

Como criterios de rigor científico se consideraron: la *credibilidad*, la *confirmabilidad* y la *transferibilidad*, aspectos que tienen como fin aumentar la calidad de la información.⁸ La *credibilidad*, todos los datos fueron fidedignos y para dar una mejor validez a la investigación se realizó el proceso de triangulación, se consiguió tener una relación empática con las personas con cáncer en fase terminal, enfermeras y familiar acompañante, esta interrelación positiva permitió obtener datos reales. Para cumplir con la *auditabilidad* o *confirmabilidad*, se usaron grabaciones de las entrevistas, asimismo las fuentes teóricas consultadas tienen sustento científico, lo que le otorga mayor soporte y autenticidad a la investigación. Por, último la *transferibilidad* o *aplicabilidad*, todo el trabajo fue realizado con altura científica, buscando la transferencia hacia poblaciones con características semejantes a esta investigación.

Resultados, análisis y discusión

El lenguaje corporal a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal es abordado mediante la percepción: que siente y piensa sobre su propio cuerpo. El enfermo terminal atraviesa por un proceso de aceptación de la enfermedad creando un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo e ira. Las enfermeras utilizan en el cuidado el lenguaje corporal, para ayudar a los enfermos a aceptar su enfermedad, esta se

manifiesta a través de expresiones corporales mediadas por un diálogo de presencias, que es el encuentro entre seres humanos (enfermera/persona con cáncer terminal y familiar acompañante) que se disponen a hablar, a mirarse a los ojos, a aceptarse y enriquecerse mutuamente, esto incluye una comunicación que va de la mano de una relación amical para poder comprender a los sujetos de cuidado. Incluye también un toque de presencias que se manifiesta por medio de la ternura y la caricia, por ende la enfermera debe ser amable y mostrar siempre una sonrisa, así logra que las personas se sientan seguras y con esperanza, todo esto solo será posible si se brinda un cuidado con amor y con sensibilidad.

A continuación las categorías:

Percepción del cuerpo ante la enfermedad en fase terminal: La percepción del cuerpo de una persona con cáncer en fase terminal demuestra como una persona siente y piensa sobre su propio cuerpo:

"...Siento que me voy a morir, eso lo sé desde que me quitaron mi último seno, solo me queda esperar la muerte, cuando me quitaron el primer seno pensé que me iba a salvar con las quimioterapias y ahora estoy tirada en esta cama esperando morir..." P6

"...Es triste porque si te das cuenta que no has hecho nada en esta vida y encima que te vas a morir, yo me arrepiento de no haber tenido hijos porque no sé lo que significa ser padre, ya ni quiero verme en el espejo porque me veo pelado y flaco, quien te va a querer así, más bien siento que doy miedo..." P4

"...Es un dolor muy grande tener esta enfermedad, valoras muchas cosas en este momento como por ejemplo poder tomar un poquito de agua sin ningún dolor..." P3

Se puede evidenciar que algunos aceptan que van a morir, tienen la esperanza de vivir y recuperarse; realizan un autoanálisis de cómo han vivido y la gran mayoría solo hace un recuento de las cosas

que no han logrado, sueños truncados que no realizaron. Las personas se sienten impotentes, desesperanzadas y muy ansiosas:

"...No dejo que me hablen mucho porque solo quieren saber cómo me enfermado y no quiero que tengan pena. Saber que te vas a morir tan joven es feo, te amargas por todo porque tienes esto y no puedes hacer nada, morirse dejar a todos y que ellos de aquí a unos años te olviden es demasiado doloroso, a veces me dan ganas de dejar todo y quiero irme..." P2

Por su parte, las enfermeras revelan que los familiares a pesar de ser renuentes en aceptar la enfermedad conscienten la información que les brindan:

"...Hay familiares que son reacios no aceptan la enfermedad de su familiar, a veces ni te hablan, pero los familiares que ya están concientizados, esperando la voluntad de Dios colaboran más con su paciente..." E1

"...Algunos familiares no aceptan la enfermedad ni el estado de salud de su paciente, pero uno tiene que explicarles, informarles y ellos entienden..." E6

El proceso de aceptación de la enfermedad con diagnóstico terminal es una situación muy complicada, la persona crea un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo debido a la noticia inesperada, muchos enfermos se vuelven agresivos, se aíslan, no colaboran con el tratamiento, se vuelven exigentes, están casi siempre malhumorados con el cuidador (familiar-enfermera), evidenciándose sentimientos de resentimiento e ira.

Diálogo de presencias entre enfermera, persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y familiar acompañante: comunicación, ternura, amabilidad y sensibilidad. Durante la hospitalización es importante la comunicación, ya que a través de ella se puede lograr satisfacer las necesidades de los enfermos y familiares, generar confianza, dar seguridad, brindar apoyo afecto:

"...Logramos que confíen en nosotros, que cualquier duda nos pregunten. Logramos darles esa confianza con gesto, a través de una sonrisa, y de palabras como "estamos con usted", "lo apoyamos en todo momento", y sobre todo que conseguimos que nos comuniquen todo. Lo mismo con el familiar que confíe en nosotros, que nos comunique todo, porque estamos a su servicio"... E6

"...La enfermera cada vez que entra a trabajar viene y me saluda, me pregunta cómo estoy, si he dormido bien, cómo me encuentro, si me duele algo..." P3

A través de una adecuada comunicación y relación amical se puede captar lo que los pacientes y familiares acompañantes quieren manifestar y por ende darle solución a los problemas que pueden surgir durante la estancia hospitalaria. Estas relaciones interpersonales de amistad y comunicación se basan en gestos como una sonrisa, un trato amable, palabras de aliento como: "estamos con usted", "lo apoyamos en todo momento", "estamos a su servicio", entre otras; estos tipos de comunicación verbal y no verbal permiten generar confianza para que ambos sujetos de cuidado se expresen sin sentir bloqueos en el proceso de comunicación. Este diálogo incluye también un toque de presencias que se manifiestan por medio de la ternura y la caricia.

"...Yo trato de brindar un cuidado más humano, en ese pequeño momento al menos un contacto físico, ver qué necesidad tiene en ese momento. Entonces sabes lo tan valioso que pueden ser los gestos como un abrazo, un toque terapéutico, una palmadita o mirar a la persona cuando le hablas, esas cosas tan pequeñas pero que traen un gran resultado, a pesar del diagnóstico de la persona..." E3

"...Nos besan, nos saludan, cuando está a su alcance porque a veces están apuraditas, hay veces que se congestiona el servicio, pero siempre me ha tocado la oportunidad que me han

acariciado, me han abrazado, me han consolado...” P1

“...Las enfermeras prácticamente para mi mamá son la luz de la esperanza, porque ellas tratan de ayudarle a superar toda su enfermedad, cuando viene la enfermera se alegra porque le van a poner el suero, sus inyectables, en su rostro demuestra satisfacción y siente alegría de la amable atención que le brindan...” F2

“...La saluda cuando llega amablemente y eso a mi hija le gusta porque le hacen reír, le dicen hola mi reinita ya estoy aquí para consentirte, le dan aliento para que continúe a pesar del dolor que ella presenta, la calman...” F3

Las enfermeras tratan de brindar un cuidado integral a las personas enfermas con cáncer en fase terminal, en los pequeños momentos que pueden interactuar con ellas tratan de mantener un contacto físico que se manifiesta a través de una palmadita en la mano o la espalda, una sonrisa, un abrazo; ante esto las personas responden cogiéndoles las manos y llenándolas de bendiciones. Como se sabe la comunicación no solo se da por palabras, las expresiones no verbales también son una forma de ésta, es por eso que las personas hospitalizadas asumen que al abrazarlos o tocarles la mano se les está diciendo que ellos pueden afrontar su proceso de enfermedad. Los enfermos terminales y familiares acompañantes mantienen esperanza por el tratamiento que las enfermeras les aplican, seguridad por el cuidado que les brindan, y confianza muy coloquial porque cada cosa que hacen bien. Así mismo los pacientes sienten agradecimiento, les dicen que son buenas, que tienen paciencia, ellos saben que la enfermera es la responsable de su bienestar y sienten alegres, protegidos y seguros.

“...Tenemos mucha sensibilidad, somos personas buenas, nos sentimos un apoyo para ellos. Uno hace bien su trabajo, uno se siente bien, lo hago con amor y cuando se hacen las cosas con amor,

tú te sientes satisfecho, te sientes tranquila, te sientes bien, y en oncología tenemos que ser muy sensibles, muy amorosas, muy comprensivas...” E1

“...Aprendes amar a seres que no son tu familia, entonces sabes lo valioso que pueden ser palabras, como: estoy contigo, cálmate, descansa...” E3

Las enfermeras deben ser siempre sensibles para poder brindar un cuidado con amor donde se preserven siempre los derechos de las personas como seres humanos. Enfermería es amor, una carrera profesional de ayuda al prójimo, a la búsqueda de su bienestar general, las enfermeras se catalogan como sensibles, personas buenas que siempre tratan de hacer bien su trabajo, un trabajo con amor y comprensión que busca calmar la angustia de los enfermos y sus familiares por enfrentarse ante la noticia de la muerte; los profesionales de enfermería aprenden a valorar la vida, a amar a sus pacientes, se sienten satisfechas cuando obtienen buenos resultados. A pesar del cansancio sienten que vale el esfuerzo hecho.

El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso.⁹ Es un ideal e implica la humanización en las relaciones. Es mantener, promover y desarrollar todo lo que exista y todo el potencial de vida que los seres vivos conservan. Todo cuidado representa compromiso afecto y consideración para promover el bienestar del otro. Incluso es silencioso, interactivo y promueve el crecimiento. Es una acción de ayuda, es escuchar, tener tiempo para la reflexión y expresar sentimientos. El cuidado es amor por excelencia y no solo al cuerpo, también al alma, a lo afectivo, exige innovar, visualizar otras perspectivas, abrir horizontes: crear y descubrir, gestar y develar.^{10,11}

Definitivamente, el cuidado es un acto humano, un acto de amor, bondad, afecto y empatía que busca el bienestar integral de la otra persona. Se humaniza por medio de la corporalidad, ya que nuestro cuerpo habla a través de él, el cuidado es la razón de ser de enfermería y no deja de ser una excepción en las personas con cáncer en fase

terminal, por lo que las enfermeras deben tener en cuenta cómo es que su cuerpo habla a través de sus movimientos, mirada y lenguaje. Es necesario hacer conciencia de ello para poder establecer un cuidado con sensibilidad y estética, transpersonal y capaz de transformar vidas.

El cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal se basa en buscar las opciones y objetivos de tratamiento que satisfagan sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y prácticas personales, y que los familiares acompañantes sepan que su enfermo con cáncer terminal seguirá recibiendo atención y apoyo emocional durante la enfermedad. Los cuidados deben ser humanitarios y compasivos teniendo como único objetivo la calidad de vida y que los enfermos terminales enfrenten la última etapa de la vida con confianza y bienestar, en paz y dignamente.¹²

En el lenguaje corporal el cuerpo humano es una Sí misma, a esto se le puede definir como lenguaje. La realidad expresiva y comunicativa por sí misma y en cuerpo humano es un todo expresivo y comunicativo y esta capacidad expresiva de la corporalidad humana se denomina el lenguaje no verbal. El cuerpo es expresión e inclusive símbolo. El gozo, el llanto, la alegría, el dolor, la pena, la resignación, son expresiones humanas que a través del lenguaje del cuerpo, resultan muy expresivas y muy detectables en el plano de la comunicación interpersonal. La expresión corporal, en este sentido, pesa mucho más que la cadena verbal y en el rostro de un ser humano es posible visibilizar con mucha claridad la frustración a pesar de que él se obstine en negarla mediante palabras.¹³

El lenguaje corporal juega un papel muy importante ante el cuidado de una persona hospitalizada con cáncer en fase terminal, ya que son personas susceptibles enfrentadas ante el diagnóstico de la muerte, se encuentran sensibles en todas sus dimensiones y lo único que necesitan es que las enfermeras a través de su lenguaje

corporal le transmitan amor mediante las miradas, los gestos y toda expresión corporal en general; entonces la enfermera deberá mostrarse humana y compasiva con el único objetivo de brindar un cuidado humanizado.

El lenguaje corporal a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal es abordado mediante la percepción del cuerpo, donde se enfoca la imagen corporal de las personas con cáncer en fase terminal y se demuestra como una persona siente y piensa sobre su propio cuerpo, el mismo que atraviesa por un proceso de aceptación de la enfermedad, situación complicada que hace que la persona desarrolle un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo e ira. Por tal motivo las enfermeras deben incluir en el cuidado la corporalidad para ayudar a los enfermos con cáncer en fase terminal a aceptar su enfermedad.

En la primera categoría, Percepción del cuerpo ante la enfermedad en fase terminal, es preciso afirmar que la enfermedad altera profundamente la percepción de la propia corporalidad. En el plano médico, el cuerpo humano es un organismo complejo que tiene distintas funciones y órganos y que puede experimentar algún desorden o proceso de caotización que, generalmente, se manifiesta en la enfermedad. La experiencia de la enfermedad significa, desde el punto de vista de la corporalidad, la transición de cuerpo-amo a cuerpo-esclavo. Cuando la persona está enferma, se da cuenta que no puede regular ni dirigir su cuerpo, que no es el alma de su cuerpo, si no que ella se convierte en esclava de aquel. Por otro lado, cuando uno está sano, ni siquiera se percata de la existencia de su cuerpo, no se da cuenta de la cantidad de miembros y de partes que tiene su corporalidad. Se siente bien en su cuerpo, está completamente amoldado a él. Sin embargo, cuando la persona sufre un proceso de enfermedad, entonces padece el peso de su corporalidad, siente su cuerpo como una carga, como el peso más pesado, que hay que trasladar y cuidar para evitar males mayores. La persona enferma no es dueña de su cuerpo, si no que se ha

convertido en su sirviente. La vivencia de una enfermedad supone el reconocimiento de la propia fragilidad constitutiva del ser y desde este punto de vista la persona adquiere un conocimiento más adecuado de sí mismo. La enfermedad puede activar enormemente el proceso de autoconocimiento personal. El enfermo focaliza su atención en la zona del dolor, la experiencia de la corporalidad es mucho más intensa en la enfermedad que en la salud, en el sufrimiento que en el placer.¹³

En la presente investigación debido al diagnóstico de cáncer en fase terminal, las personas ven afectadas su corporalidad, se sienten con un malestar que les causa mucho dolor en el cuerpo, asimismo presentan alopecia y disminución del peso. Pasan por el periodo de transición del cuerpo-amo a cuerpo-esclavo; se dan cuenta que no pueden regular su cuerpo, y empiezan a valorar muchas cosas que no eran consideradas cuando estaban sanos, como por ejemplo: el tomar un vaso de agua sin ningún dolor o sucesos importantes como el tener un hijo. Se convierten en esclavas de su propio cuerpo porque se han dado cuenta que dependen de él para poder vivir; la forma en cómo viven esta enfermedad hace que reconozcan lo frágil que puede ser el cuerpo humano, en consecuencia esto hace que algunos pacientes acepten la enfermedad y otros guarden la esperanza de vivir debido al tratamiento que les brindan en el hospital. Ante esto los pacientes con cáncer en fase terminal atraviesan por fases de aceptación de la misma.

La segunda categoría, *Diálogo de presencias entre enfermera, persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y familiar acompañante*: comunicación, ternura, amabilidad, sensibilidad, revela la importancia de estar presente, de ayudar, apoyar, estar alerta y pendiente; de llegar a la interioridad de la persona con cáncer en fase terminal y familiar acompañante mediante un lenguaje verbal y no verbal.¹³ La enfermera con su comunicación empática ayuda a la persona hospitalizada a ver con más claridad los

comportamientos motivados por sus conflictos o emociones, debe aprender a ser suficientemente acogedora, amable y neutra para que el otro pueda abrirse y expresarse como es, sin sentir bloqueos en la comunicación.¹⁴

En este trabajo se demuestra que a través de una relación amical y una comunicación empática se podría captar lo que los enfermos y familiares acompañantes nos quieren manifestar y, por ende, con llevaría a dar solución a los problemas que puedan surgir durante la estancia hospitalaria.

Las enfermeras comprensivas logran justificar o entender como naturales, las acciones o las emociones de otros, ya que estos son seres humanos que sienten y sufren.¹⁵ La comprensión durante el proceso de cuidado en enfermería es importante porque va a permitir establecer una relación óptima con el fin de lograr el bienestar del enfermo. Al ser comprensivos también somos empáticos, la empatía le sirve a la enfermera para que finalmente pueda comprender la situación de salud por la que está atravesando la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. Todo esto creará un clima de confianza y ayuda mutua, idóneo para resolver las dudas existentes.

La persona con cáncer en fase terminal necesita ser acogida, estar acompañada y ser tratada con amabilidad, ser escuchada y comprendida; también sentirse útil, ser respetada y protegida. El diálogo de presencias incluye también “un toque” de presencias que se manifiesta por medio de la ternura y la caricia, esto es, una palmadita en la mano o la espalda, una sonrisa.

La enfermera que cuida a personas con cáncer en fase terminal debe ser cariñosa, afectuosa, gentil, agradable, servicial, afable, incluso graciosa, portadora de un buen humor. A través de la amabilidad las enfermeras hacen que sus pacientes se sientan queridos, alegres y parte de su vida diaria, ya que es expresión externa, es una actitud interna de ternura y bondad constante hacia otra persona. Una sonrisa en el rostro acercará más a los sujetos de cuidado, una sonrisa

se deberá considerar entonces como el medicamento más eficaz y barato, sin efectos secundarios, ayudará a crear actitudes positivas y optimistas.

La seguridad se logra a través de la comunicación empática que busca mantener la información como primer principio. En este ambiente, podemos transmitir el valor de la esperanza, ayudar al enfermo terminal a aceptar su situación y a construir su sentido de la vida a partir de sus creencias.

Conclusiones

El lenguaje corporal de la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal es abordado mediante la percepción del cuerpo: cómo siente y piensa sobre su propio cuerpo, que se está enfrentado al diagnóstico de finitud de la vida e inminente muerte. Ellos atraviesan por un proceso de aceptación de la enfermedad y crean un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo e ira, siendo indispensable el fomento de la fe, la esperanza y la paz espiritual. Por eso necesitan ser respetados, acogidos, escuchados, comprendidos y tratados con amabilidad. Entonces la enfermera debería mostrarse científica, humana, sencilla y compasiva.

El lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante incluye un diálogo de presencias, basado en la comunicación, comprensión, amabilidad, tacto, contacto y ternura para poder lograr una relación amical y empática. La enfermera podría ser carismática, afectuosa, gentil, cortés, agradable, servicial, portadora de una sonrisa y capaz de brindar una caricia como lo es una palmadita en la mano o en la espalda, las manos de la enfermera constituyéndose su principal instrumento para cuidar, para brindar un cuidado con amor, es decir con sensibilidad.

Bibliografía

1. Moreno Fergusson María E. Cuerpo y Corporalidad en la Paraplejia: Una teoría de enfermería. [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2011.
2. Díaz y Bustamante. Enfermería, familia y persona con cáncer terminal. Del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar. Perú: Emmanuel; 2011.
3. Burns, N. Investigación en Enfermería. 3 era edición. Saunders. Madrid-España, 2005.
4. Oliveira M. Como fazer pesquisa qualitativa. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2004.
5. Hernández Sampieri y colaboradores. Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa 4ª.ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
6. Pérez, G. Investigación Cualitativa- Retos e interrogantes II- Técnicas y Análisis de datos- Editorial: la muralla. S. A-; Madrid- 1991
7. Sgreccia E; "Manual de Bioética". La bioética y sus principios. 4º Edición. Madrid: Talisio; 2007.
8. Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009.
9. Díaz Manchay Rosa y Bustamante Edquén Sebastián. Enfermería, familia y persona con cáncer terminal. Del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar. Perú: Emmanuel; 2011.
10. Waldow R. Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2006.

11. Ancízar Manuel y otros. Cuidado de la Vida: Facultad de Enfermería. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2006.

12. American Society of clinical oncology. Planificación de los cuidados del enfermo con cáncer en etapa avanzada. Lo que los pacientes y sus familiares deben saber acerca de sus opciones al enfrentarse a una enfermedad grave. 2011. Estados Unidos [Acceso 21 de Septiembre de 2013]. Disponible en:
http://www.cancernet/sites/cancer.net/files/vignetto/advanced_cancer_care_plannig_ESP.pdf

13. Torralba, F. Antropología del cuidar. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 1998.

14. Cibanal Juan L. y Carmen Arce M. La relación enfermera – paciente. Colombia. Universidad de Antioquia. 2009.

15. Weis Bd. Health literacy: A manual for clinicians. American Medical Association. Estados Unidos. American Medical Associaton Foundation. 2003.



O cuidado no manuseio do resíduo biológico por parte do profissional de enfermagem de uma Clínica-Escola de uma instituição privada de ensino do Rio de Janeiro

Magalhaes Jaqueline ¹, Ortiz Sanchez Maritza Consuelo ²

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2016

Aceptado el 15 de junio de 2016

Palabras claves:

Enfermagem

Resíduos biológicos de saúde

Clínica Escola de Enfermagem

RESUMEN

Este estudo tem como objeto o conhecimento sobre o cuidado no manuseio do resíduo biológico por parte do profissional de enfermagem de uma clínica-escola. O objetivo é descrever o conhecimento sobre o cuidado com o manuseio do resíduo biológico por parte do profissional de enfermagem da clínica-escola. A metodologia foi de natureza qualitativa. Os sujeitos do presente estudo foram seis enfermeiros da clínica Escola de Enfermagem de uma instituição de ensino. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado. Na análise, os dados foram organizados na seguinte categoria: O conhecimento sobre o cuidado com o manuseio do resíduo biológico. Os resultados mostram que os resíduos biológicos, quando não manuseados da maneira correta, podem causar sérios danos à saúde do trabalhador. Foi observado de maneira geral que os funcionarios envolvidos com o manuseio dos resíduos biológicos da clínica-escola, têm o conhecimento necessário para evitar acidentes com os mesmos, atingindo assim o objetivo inicial do trabalho. Evidenciou-se também que a maioria dos entrevistados considera como cuidado crucial, o uso de equipamento de proteção individual. É de extrema importância que o profissional não só saiba, mas entenda a necessidade do uso de equipamentos de proteção individual, sendo os mesmos muito eficazes contra acidentes pessoais, porém só serão úteis quando usados corretamente e isso envolve outra questão que é o treinamento da equipe. Finalmente o enfermeiro como

¹ Aluna do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário da Cidade. Rio de Janeiro, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade/Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, Brasil. Email: morsa_peru@yahoo.com

agente educador é o profissional indicado para gerenciar os resíduos sólidos de saúde. Fornecendo educação continuada para sua equipe quanto aos cuidados na assistência, segregação, manuseio, transporte e uso de equipamentos de proteção individual, a fim de evitar acidentes desnecessários.

The careful handling of organic residue on the part of the nursing professional in a School Clinic of a private institution for teaching in Rio de Janeiro

ABSTRACT

Keywords:

Nursing
Biowaste Health
Clinical School of Nursing

This paper studied knowledge about care in handling biological residue by the nursing staff of a school clinic. The aim is to describe the knowledge about the care of the handling of biological residue of the professional nursing school clinic. The methodology was qualitative in nature. The subjects of this study were six nurses from clinical College of Nursing an educational institution. For data collection we used a semi – structured interview structured. In the analysis, the data were organized in the following category: Knowledge about the careful handling of biological residue. The results show that the biological waste, if not handled the right way, can cause serious damage to the health of the worker. It was generally observed that employees involved in the handling of biological waste from school clinic, have the knowledge necessary to prevent injury to them selves, thereby achieving the initial goal of the work. It also showed that most respondents consider carefully how crucial the use of personal protective equipment. It is extremely important that the professional not only know, but understand the need to use personal protective equipment, and they are very effective against personal accidents, but are only useful when used properly and this is another issue that involves staff training. Finally the nurse as educator is the professional agent appointed to manage solid waste health. Providing continuing education for their staff regarding care assistance , segregation, handling, transport and use of personal protective equipment , to avoid unnecessary accidents

Introdução

Esta pesquisa teve como objeto de estudo o conhecimento sobre o cuidado no manuseio do resíduo biológico por parte do profissional de enfermagem de uma clínica-escola. A motivação para realizar este estudo deu-se a partir dos

conteúdos aprendidos nas diversas disciplinas da grade curricular do curso de enfermagem, tais como: Enfermagem Holística, Preservação Ambiental e Enfermagem em Rede de Saúde, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o assunto. Além disso, esteve a minha observação sobre a dificuldade de uso de equipamento de proteção

necessário, por parte do profissional de enfermagem o que pode ser um agravante para contaminação devido ao contato com os diversos resíduos especialmente os resíduos biológicos.

Os resíduos sólidos de saúde são aqueles gerados por prestadores de assistência médica, odontológica, laboratorial, farmacêutica e instituições de ensino e pesquisa médica, relacionados tanto à população humana quanto à veterinária, os quais possuem potencial de risco por conta da presença de material biológico capazes de causar infecção, material perfuro-cortante, produtos químicos ou radioativos que requerem cuidados específicos de acondicionamento, transporte, armazenamento, coleta, tratamento e disposição final¹.

As consequências de uma exposição ocupacional a patógenos veiculados pelo sangue vão além do comprometimento físico a curto ou a longo prazo e podem afetar outros aspectos da saúde do profissional. O acidente envolvendo material biológico potencialmente contaminado pode trazer repercussões psicossociais ao profissional acidentado, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho. Na prática, pouca atenção é dispensada aos acidentes com materiais perfurocortantes quando avaliamos sua alta frequência².

Acidentes resultantes de exposição ocupacional a materiais biológicos por trabalhadores da área de saúde têm sido considerados fator preocupante, não só pelos prejuízos que acarretam às instituições, mas também aos próprios trabalhadores².

A cada ano milhares de trabalhadores de saúde são afetados por trauma psicológico que perduram durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências, estão ainda as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda do emprego. Os acidentes ocasionados por picada de agulhas são responsáveis por 80 a 90% das

transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde. O risco de transmissão de infecção, através de uma agulha contaminada, é de um em três para Hepatite B, um em trinta para Hepatite C e um em trezentos para HIV3.

Os trabalhadores de enfermagem suprem a maior porção do cuidado direto ao paciente 24 horas por dia nos hospitais e, conseqüentemente, possuem constante risco para ferimentos ocupacionais, assim poderão ser os trabalhadores mais afetados pelos vírus HBV, HCV e HIV3.

As contribuições do presente estudo estão ligadas à assistência e atuação dos profissionais de enfermagem, visando alertar sobre a importância do cuidado no manuseio dos resíduos biológicos e uso de EPI. Podem contribuir também para o ensino, já que, o enfermeiro como educador deve manter sua equipe atualizada com educação continuada ao que diz respeito ao manuseio dos materiais biológicos.

Frente ao supracitado, elaboramos o seguinte objetivo: Descrever e analisar o conhecimento sobre o cuidado com o manuseio do resíduo biológico por parte do profissional de enfermagem da clínica-escola.

Método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, nesta perspectiva a parte operacional da pesquisa teve como base a descrição de dados referentes ao objeto investigado, é dizer que nos possibilitou descrever o conhecimento dos profissionais relacionados ao manuseio de resíduos biológicos. A pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁴.

A pesquisa exploratória visou proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado⁵.

A coleta dos dados deste estudo foi realizada através de entrevista utilizando como instrumento um roteiro semi-estruturado, levando em consideração que o método de entrevista é uma aplicação dos procesos fundamentais de comunicação que quando são corretamente utilizados permitem ao investigador retirar das suas entrevistas elementos de reflexão muito ricos. Nos métodos de entrevista, contrariamente ao inquérito por questionário, há um contato direto entre o investigador e os seus interlocutores. Esta troca permite o interlocutor do investigador exprimir as suas idéias, enquanto que o investigador, através das suas perguntas, facilita essa expressão e não deixa-la fugir dos objetivos de investigação, cabendo também ao investigador trazer elementos de análise tão fecundos quanto possível⁴.

O questionamento neste caso foi: Comente quais os cuidados que você tem ao manejar os resíduos biológicos produzidos no seu local de trabalho?. Pergunta que responde o objetivo de investigação, e trouxe elementos de análise tão fecundos quanto possível.

Utilizamos análise temática, que nos possibilitou descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significaram alguma coisa para o objetivo analítico visado, ou seja, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referencia e os modelos de comportamento presentes no discurso⁴.

A recomendação do autor consta de três etapas: a primeira é denominada de pré-análise, que consistiu na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientaram a interpretação final. A segunda análise constituiu na exploração do material, que foi essencialmente na trabalha essa fase primeira com o recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento. O terceiro e

último passo denominado de tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados brutos, permitiram colocar em relevo as informações obtidas propondo inferências e realizando interpretações em concordância como o quadro operação de codificação. Análise temática tradicional teórico⁴.

Os sujeitos do presente estudo foram seis (6) enfermeiros da clínica Escola de Enfermagem de um total de nove profissionais que manuseiam os resíduos biológicos gerados pela mesma no desenvolvimento de suas atividades. Pesquisa realizada em novembro de 2012.

Cabe ressaltar que a participação dos sujeitos foi voluntária e foi garantido o sigilo e o anonimato respeitando os princípios éticos da pesquisa com seres humanos nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Brasil. Os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e serão identificados como entrevistado, com a numeração de acordo a ordem da entrevista realizada.

Resultados, análise e discussão

A partir da análise de dados obtidos na entrevista, foi identificado alguns cuidados por parte dos profissionais com o manuseio do resíduo biológico, tais como, realizar segregação como uma das etapas mais importantes; assim mesmo preocupação com o treinamento contínuo e a utilização de Equipamentos de Proteção Individual para evitar possíveis acidentes e contaminação.

O conhecimento sobre o cuidado com o manuseio do resíduo biológico. Ao falarmos de resíduos cabe ressaltar a resolução n° 05 - 05/08/1993, do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), que classifica os resíduos sólidos nos seguintes grupos: A - Resíduos com a presença de agentes biológicos e objetos perfuro-cortantes; B - Resíduos de natureza química; C - Resíduos

radioativos e D – Resíduos comuns e todos os demais que não se enquadram nos outros grupos⁶.

No que diz respeito ao Grupo A, que abrange o estudo em si, subdivide-se em outros cinco sub-grupos: Sub Grupo A1: culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética; resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido; bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre⁶.

Sub-Grupo A2: carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

Sub-Grupo A3: peças anatômicas (membros) do ser com peso menor que 500 gramas ou estatura menor humano; produto de fecundação sem sinais vitais, que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor

científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente, ou familiares.

Sub-Grupo A4: kits de linhas arteriais, endovenosas e dializadores, quando descartados. Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica; Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. Bolsas transfusionais vazias, ou com volume residual pós-transfusão⁶. E finalmente o Sub-Grupo A5: órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfuro cortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons⁷.

Frente ao exposto acima se faz necessário um adequado gerenciamento dos RSS o qual se constitui em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a

preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS. O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra-estabelecimento, desde a geração até a disposição final dos resíduos, incluindo todas as suas etapas⁸.

A seguir são descritas cada etapa do gerenciamento para os resíduos do Grupo A, de interesse para este trabalho, de acordo com as resoluções vigentes:

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. A segregação deve ser realizada no local de geração ou próxima a ele, para prevenção de riscos⁸.

Acondicionamento: consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, respeitados os limites de ou reaproveitamento. Os materiais perfurocortantes e peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento escarificantes são acondicionados em recipientes rígidos resistentes à perfuração, ruptura e vazamento, provido com tampa, devidamente identificados com a descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

Identificação: consiste no conjunto de medidas que inscrição de perfurocortante . As agulhas permite o reconhecimento dos resíduos contidos

nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indestrutível, utilizando-se símbolos, cores e frases, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. Os substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o perfuro-cortantes são identificados pelo símbolo de risco que apresenta o resíduo¹⁰.

Transporte interno: consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta interna e externa respectivamente. Os recipientes com mais de 400 l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores¹⁰.

Armazenamento temporário: consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Quando a sala for exclusiva para o

armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “SALA DE RESÍDUOS”¹⁰.

Tratamento: consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Armazenamento externo: consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo e com acesso facilitado para os veículos coletores. No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados¹⁰.

Coleta e transporte externos: consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana¹¹.

Disposição final: consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental¹².

Ao questionarmos sobre os cuidados no manuseio do resíduo biológico por parte dos profissionais de enfermagem, na fala dos mesmos pudemos observar as diversas maneiras de evitar acidentes entres os mesmos: elaborar uma rotina de procedimentos para segregação [...]; Sempre desprezar o lixo biológico naquele saco leitoso, o branco que é para material infectante; [...] o descarte tem que ser em local apropriado para o resíduo biológico.

As fala a seguir evidenciam que um dos cuidados é a segregação correta desses materiais:

[...]elaborar uma rotina de procedimentos para segregação, porque às vezes a pessoa não sabe, acaba misturando tudo e aí acontecem os acidentes. – Entrevistado 1.

[...]quando estou com perfuro-cortantes, busco depois de utilizá-lo colocar sempre no Sempre desprezar o lixo biológico naquele saco recipiente que é destinado para esse tipo de material. leitoso, o branco que é para material infectante. Aqui a gente usa o descarpack para perfuro-cortantes. – Entrevistado 2.

[...]eles são separados pela coloração de saco, no caso do material biológico é o branco leitoso. Aí a gente já sabe que ali naquele saco está o resíduo biológico e toma um cuidado maior. – Entrevistado3.

[...]saber aonde descartar. – Entrevistado 4.

[...] o descarte tem que ser em local apropriado para o resíduo biológico. E não pode deixar encher muito, o recipiente tem uma capacidade.– Entrevistado 5.

[...]o descarte tem que ser feito de forma correta no lixo adequado e não pode encher muito o recipiente. – Entrevistado 6.

Ao manusear os resíduos sólidos de saúde, o profissional da enfermagem deve ter atenção e se preocupar com alguns cuidados a serem tomados para que acidentes não ocorram. Acidentes com perfuro-cortantes são comuns entre profissionais da área da saúde e acarretam não só em problemas de aspecto físico, como também de aspecto psicológico. Por exemplo, desequilíbrio emocional e familiar na espera por resultados de exames sorológicos ou até mesmo e principalmente a transmissão de uma patologia mais grave como o HIV e a Hepatite B. Entre os cuidados a serem tomados está a segregação, a mesma é uma etapa importante no que respeita ao gerenciamento de RSS e consiste na operação de separação dos resíduos por classe, conforme norma ABNT NBR –

10.004, os identificado no momento de sua geração, buscando formas de acondicioná-lo adequadamente, conforme a NBR-11174/89 (resíduos classe II e II) e NBR-12235/87 (resíduos classe I), e a melhor alternativa de armazenamento temporário e destinação final¹⁵. Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, sua espécie, estado físico e classificação¹⁵.

Quanto ao descarte, os resíduos do grupo A, deve ser em sacos plásticos leitoso, resistentes, impermeáveis, identificados com símbolo universal de substância infectante e inscrição de RISCO BIOLÓGICO. Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio¹⁶.

Os resíduos sólidos ou semi-sólidos, perfurantes ou líquidos, serão embalados em sacos plásticos, já dentro de uma primeira embalagem resistente, deverão ser colocados em sacos plásticos para facilitar o transporte e da identificação. Uma vez que a identificação do tipo de lixo se faz através da cor do saco, é fundamental que se utilize sempre a embalagem adequada¹⁷.

Visto que são fatores indiretos na transmissão de doenças, tanto por vetores que são atraídos, quando da forma disposição inadequada destes ou ainda pelo descarte sem um processo correto de segregação na fonte, e tratamento prévio à destinação final. Acrescenta-se ainda que em nosso país grande parcela da população se utiliza dos lixões para sua sobrevivência e acabam por ferir-se nos materiais descartados incorretamente e sem ter recebido tratamento prévio de desinfecção antes do descarte¹⁶.

A segregação pode ser considerada uma das etapas mais importantes do gerenciamento de resíduos, pois é o início das ações dessa gestão. Todas as outras etapas perderiam efeito de a segregação não for realizada corretamente.

Para cumprir com a determinação de um manejo

adequado dos resíduos de saúde, se faz necessária a manutenção de treinamento contínuo. Questão que foi levantada por diversos depoentes:

[...]divulgar e orientar os funcionarios quanto aos procedimentos recomendados para o manuseio dos resíduos perigosos.- Entrevistado 1.

[...]orientar o pessoal e os alunos para ter cuidado, dar treinamento para não causar um dano a terceiros sem necessidade.- Entrevistado 2.

[...]tem que ser feito por pessoa treinada.- Entrevistado 5.

Se faz necessária a implementação de um programa de conscientização e treinamento para os funcionários da empresa e terceirizados Sendo a instituição responsável pela implantação do PGRSS, capacitação, treinamento e a manutenção de programa de educação continuada para o pessoal envolvido na gestão e manejo dos resíduos. Verificase que o enfermeiro é o profissional mais habilitado para executar o programa de gerenciamento, já que atua em situações de assistência, gerência e educação permanente e continuada¹⁸.

O enfermeiro possui um papel fundamental como orientador e educador sobre ações preventivas a fim riscos biológicos a que estão expostos. Analisando a de conscientizar a equipe de enfermagem sobre os forma de transporte e manuseio de material biológico durante a assistência, visando um cuidar e assistir com segurança. Sendo assim, o enfermeiro na sua arte como educador e gerenciador, tem a responsabilidade de realizar a educação continuada, orientando, fiscalizando e propondo mudanças para que sua equipe trabalhe com confiança e estabilidade durante seu exercício profissional.

Associando a este propósito de educação continuada, a Norma Regulamentadora 32, contempla o objetivo de minimizar os riscos de acidentes com materiais biológicos para o

trabalhador da área de saúde. Esta Norma Regulamentadora tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral¹³. Ainda segundo a mesma norma, a vestimenta deve ser fornecida sem ônus para o empregado e estes não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais¹³.

Os Equipamentos de Proteção Individual, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição¹³.

Os equipamentos de proteção individual são luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes, aventais e botas e atendem às seguintes indicações: Luvas – sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não-integra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas e outros); Máscaras, gorros e óculos de proteção – durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional. Entre outros: capotes (aventais) – devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas; Botas – proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, áreas de necropsia e outros)¹⁴.

No que diz respeito ao mencionado linhas acima observamos uma preocupação dos depoentes desta pesquisa:

[...]principalmente o uso de EPI's. Entrevistado 1.

[...]usar minhas luvas, não só para a proteção do paciente mas a nossa também. –

Entrevistado 2.

[...]é mais o uso de EPI, de luva. Se a gente for fazer uma punção usamos óculos de proteção mais a luva. Entrevistado 3.

[...]estar usando equipamento de proteção individual, que nada mais é que óculos, luvas, botas de borracha. Entrevistado 4.

[...]usar todo o equipamento de proteção individual, como luva, bota. Entrevistado 5.

[...]estar utilizando todos os equipamentos de proteção individual. Entrevistado 6.

Considera-se equipamento de proteção individual –EPI, todo dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do Conjugado de Proteção Individual, todo aquele trabalhador . Entende-se como Equipamento composto por vários dispositivos, que o fabricante tenha associado contra um ou mais riscos que possam ocorrer simultaneamente e que sejam suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho¹⁹.

Cabe ao empregado quanto ao EPI: a) usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina; b) responsabilizar-se pela guarda e conservação; c) comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso; d) cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado¹⁹.

Ao manusear objetos de superfícies sujas de sangue e/ou líquidos para punção venosa e outros procedimentos de acesso vascular deve-se: usar luvas e trocá-las após contato com sangue, líquidos, para os olhos ou rosto evitando respingos de sangue membrana mucosa e pele; usar máscaras de proteção ou líquidos na boca, nariz e olhos; usar aventais evitando o contato direto com sangue, servindo como barreira; lavar as mãos

cuidadosamente e fazer anti-sepsia utilizando a técnica correta; ter cuidado ao limpar, manusear ou desprezar instrumentos perfurocortantes¹⁸.

Esse tipo de cuidado evita ou pelo menos minimiza o risco de contaminação por agentes biológicos ao trabalhador. Nesse sentido tanto a instituição como os funcionários têm que fazer sua parte, sendo que a instituição financia o material a ser utilizado e o profissional deve comprometer-se a conservar e utilizar corretamente esses materiais.

No decorrer das entrevistas, dois depoentes mostraram-se preocupados com o transporte dos resíduos biológicos, conforme os relatos:

[...]o transporte tem que ser no carrinho.-
Entrevistado 5.

[...]tem que transportar no carrinho, não pode carregar na mão.- Entrevistado 6.

Os carrinhos destinados ao transporte interno dos resíduos devem ser de uso exclusivo para esta finalidade, mantidos fechados, íntegros e de material que permita a sua higienização. Cuidados devem ser observados para não haver extravasamento, vazamento de líquidos, e não oferecer riscos para o trabalhador. É importante que a unidade estabeleça horários definidos para o transporte desses resíduos para não haver cruzamento com visitas, alimentos, roupas limpas e medicamentos²⁰.

Em função do volume de resíduos gerados, deve ocorrer alguns procedimentos padronizados como: fluxos bem definidos para o transporte, evitando o cruzamento com outros, como por exemplo, roupas limpas. É de grande importância que essa coleta seja realizada por equipe treinada e aparamentada com os equipamentos de proteção individual²¹.

Considerações finais

Os resíduos biológicos, quando não manuseados da maneira correta, podem causar sérios danos à saúde do trabalhador. Pude observar que de maneira geral os funcionários envolvidos com o manuseio dos resíduos biológicos da clínica-escola, têm o conhecimento necessário para evitar acidentes com os mesmos, atingindo assim o objetivo inicial do trabalho que questionou sobre o conhecimento desses profissionais em relação ao cuidado no manuseio do resíduo biológico.

Os resultados mostram que a maioria dos entrevistados considera como cuidado crucial, o uso de equipamento de proteção individual. É de extrema importância que o profissional não só saiba, mas entenda a necessidade do uso de EPI's. Os equipamentos de proteção individual são muito eficazes contra acidentes pessoais, porém só será útil quando usado corretamente e isso envolve outra questão que é o treinamento da equipe.

O enfermeiro como agente educador é o profissional indicado para gerenciar os resíduos sólidos de saúde.

Fornecendo educação continuada para sua equipe quanto aos cuidados na assistência, segregação, manuseio, transporte e uso de EPI's, a fim de evitar acidentes desnecessários. O profissional enfermeiro deve preconizar a construção contínua do saber. Podemos observar a importância do profissional acompanhar as transformações, logo este deve manter-se capacitado através de informações novas e reciclagem de seus conhecimentos.

Para reduzir a frequência de acidentes com material biológico entre os profissionais de enfermagem, seria necessária a realização de cursos de atualização a todos os profissionais atuantes no gerenciamento de resíduos sólidos de saúde, visando aumentar o conhecimento sobre as medidas de precauções padrão por parte desses profissionais.

Sugere-se a realização de educação continuada

desses profissionais quanto aos cuidados necessários e aos riscos que os resíduos biológicos mal manipulados causam ao indivíduo.

Referências bibliográficas

1. Damasceno AP, Pereira MS, Souza ACS, Veiga AF, Prado MA. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. Brasília: Revista brasileira de enfermagem vol.59 no.1 Jan./Fev. 2006.
2. Silva JA, Almeida AJ, Paula VS, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2009 jul-set; 13 (3): 508-16.
3. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem vol.12 no.1 Jan./Fev. 2004
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.
- 5- Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
6. Coelho H. Manual de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde, editado em 2001, pela Fundação Oswaldo Cruz.
7. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 10004/07. Resíduos sólidos: Classificação.
8. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução RDC nº 306/04.
9. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 13853/97. Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes.
10. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 7500/11. Identificação para o transporte terrestre, manuseio, movimentação e armazenamento de produtos.
11. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12810/08. Coleta de resíduos de serviços de saúde: Procedimento.
12. Resolução CONAMA nº 237/97. Dispõe sobre os procedimentos e critérios utilizados no licenciamento ambiental e no exercício da competência, bem como as atividades e empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental.
13. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Publicação D.O.U. Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005 / Portaria GM nº 939, de 18 de novembro de 2008 / Portaria GM nº 1.748, de 30 de setembro de 2011.
14. Siridakys M. Precauções universais e equipamentos de proteção individual. Disponível em:
<<http://enfermagemonline.webnode.com.pt/epi/>>. Acessado em 20/06/2012 às 15:34:13.
15. Fortes H. M. Gerenciamento de resíduos serviços de saúde. Cuiabá. Jun/2004. Paveloski E. M., Hamada J. Segregação dos resíduos de serviços de saúde como processo de produção mais limpa. São Paulo: 2nd International Workshop Advances in Cleaner Production. Maio/ 2009.
16. Paveloski E. M., Hamada J. Segregação dos resíduos de serviços de saúde como processo de produção mais limpa. São Paulo: 2nd International Workshop Advances in Cleaner Production. Maio/ 2009.
17. Resíduos de serviços de saúde–Manual de leis, decretos, subsídios e regras. Disponível em: http://xa.yimg.com/kq/groups/25010108/1009884789/n a m e / U N K N O W N _ P A R A M E T E R _ V A L U E >. Acessado em 04/12/2012 às 22:15:59.

18. Medeiros C. Instruções para elaboração do plano de gerenciamento de resíduos sólidos. Bahia. Fev/2002.

19. NR 6 – Equipamento de Proteção Individual– EPI. Publicação D.O.U. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Atualização: Portaria SIT n.º 292, de 08 de dezembro de 2011.

20. Elian I. S. V., Barros I. P., Lopes K. E. M., Tipple. A. F. V., Souza A. C. S. Resíduos biológicos em serviços de diálise: discussão sobre o seu gerenciamento. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004.

21. Coelho H. Gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biossegurancahospitalar/dados/materia15.htm>>. Acessado em 10/11/2012 às 22:14:58



O Estresse e sua Influência na Saúde dos Profissionais de Enfermagem: O Caso dos Preceptores de uma Clínica Escola

Tolomelli de Paula Danielle A Menezes¹, Ortiz Sanchez Maritza Consuelo², Camargo Tereza Claudia³, Alves Maia Heraldo⁴, Ribeiro de Castro Magda⁵

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 08 de mayo de 2014

Aceptado el 10 de Octubre de 2014

Palabras claves:

Enfermagem

Estresse

Saúde do Trabalhador

RESUMO

A pesquisa tem como objeto as condições geradoras de estresse e sua influência na saúde dos enfermeiros preceptores de uma clínica escola de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES). Objetivos: Descrever as condições geradoras de estresse no ambiente de trabalho dos enfermeiros preceptores de uma clínica escola e analisar a influência sobre a saúde desses profissionais decorrentes das condições geradoras de estresse. Metodología: Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo como sujeitos sete enfermeiros (7), que corresponde a 78% do total de profissionais entrevistados. Utilizou-se roteiro de entrevista semiestruturada. Resultados principais: Os discursos foram analisados buscando a apreensão das condições geradoras de estresse e como esses fatores influenciam na saúde dos enfermeiros preceptores. Desse modo, a análise dos discursos possibilitou a formulação de duas categorias: I – Reconhecendo as fontes geradoras de estresse, sendo que esta apresenta três subcategorias temáticas: Assédio moral, Atraso de Salário e Sobrecarga de trabalho. II– A influência na saúde decorrente dos fatores geradores de estresse. Conclusão principal: As condições de trabalho constituem um fator predisponente para gerar estresse, sendo que estas condições englobam tudo que influencia o próprio trabalho: o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização do trabalho, a alimentação, o salário e as relações interpessoais. O estudo aponta que o estresse pode ser

¹ Pós Graduanda de Enfermagem do Trabalho do Centro Universitário da Cidade Rio de Janeiro. Brasil.

² Dra. em Enfermagem, Professora Adjunta do Centro Universitário da Cidade/ Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro. Brasil.

³ Mestre em Enfermagem, Professora da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro. Brasil.

⁴ Especialista em Enfermagem do Trabalho, Professor do Centro Universitário da Cidade, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Doutoranda em Enfermagem, Professora Assistente da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória. Brasil

um fator desencadeante de doenças. Neste contexto, observa-se a necessidade de elaborar estratégias eficientes, para tomada de medidas preventivas de forma que se possa prevenir os agravos à saúde desses trabalhadores.

The Stress and its Influence on the Health of the Nursing Professionals: The Case of Preceptors of a Clinical School

ABSTRACT

Keywords:

Nursing
Stress
Occupational Health

This research aims to study the conditions that lead to stress and their influence on the health of nurses in a clinical preceptors nursing school of a private Higher Education Institution (HEI) in Rio de Janeiro, Brazil. Having objectives as: Describing the conditions that generate stress in the work environment of nurses and tutors and analyze the influence on the health of these professionals. Methodology: A qualitative exploratory study. For data collection we used a scripted semi-structured interview. The subjects were 07 nurses preceptors who work at a clinic in al HEI school, corresponding to 78% of these professionals in the studied environment. The results showed that the stress response is an individual process and that for some workers, the perception and aggravations are higher. This research adds to other studies and confirms that stress can be a factor triggering various diseases. . The discourses analyzed showed two categories, the first being: Recognizing the sources of stress that included three subcategories: bullying, salary and workload and the second category: the influence on health due to the factors causing stress. It is important to highlight that within this context, it is noted the need for tracing strategies through the collaborative initiative involving the entire academic institution, requiring not only the knowledge of the factors causing stress, as well as the adoption of preventive measures of this problem, increasing the recognition and appreciation of the professional and seeking ways to improve the quality of life of its workers.

Introdução

O presente trabalho tem por objeto de estudo as condições geradoras de estresse e sua influência na saúde dos enfermeiros preceptores de uma clínica escola de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES). A pesquisa foi motivada devido às observações feitas no dia a dia destes profissionais, que no desenvolvimento de suas

atividades de ensino-aprendizagem se deparam com diversas situações ou condições que podem ser causadores de estresse, tais como estressores físicos que envolve ruído, ventilação e iluminação no ambiente de trabalho e estressores psicossociais abrangendo função/cargo, desenvolvimento/competitividade, relacionamentos interpessoais no trabalho, autonomia e assédio moral.

Cabe ressaltar que o processo de trabalho tem sido objeto de estudo para várias disciplinas científicas e, desse modo, diversos pesquisadores sociais têm definido o trabalho como a ação transformadora dos homens sobre outros homens e sobre si mesmos, daí a importância de se sentir bem e ter prazer em exercer as atividades profissionais.

Entende-se que no processo de trabalho, o homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos para chegar a um resultado final, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Sendo assim, observa-se três elementos que compõem o mesmo: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho e os instrumentos ou meios do trabalho^{1,2}. Nesse processo há vários aspectos geradores de desgaste, entre os quais, as condições sob as quais esse trabalho é realizado.

A palavra condição expressa uma maneira de viver ou exercer as atividades, que resultam das circunstâncias em que cada um se encontra, então, condições de trabalho vem a ser a maneira imposta de se trabalhar³.

O ambiente de trabalho é entendido como um conjunto de condições que engloba tanto as características do próprio lugar (dimensões, iluminação, aeração, presença de poeiras, gases ou vapores e fumaças, dentre outros) quanto aos elementos conexos à atividade em si (tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo do trabalho, ocupação do tempo, horário diário, semanal, sistema de turnos, alienação e não valorização do patrimônio intelectual e profissional)⁴.

Sendo que as condições de trabalho implicam não só as condições ambientais e os riscos específicos envolvidos no trabalho dos grupos analisados, mas também a introdução da subjetividade do empregado, refletindo a representação de seu

modo específico de trabalhar/desgastar-se incluindo a saúde mental e o estresse⁵.

O estresse é descrito como o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras capazes de perturbar a homeostase. Desta forma, compreende-se o estresse como uma forma de reação do organismo às mudanças ocorridas no mundo e que afetam, de forma direta ou indireta, os seres que habitam uma sociedade⁶.

Entre outras questões que causam o estresse estão às características pessoais de cada um, quais sejam, o tipo de personalidade, modo de reagir ao estresse, mas as variáveis moderadoras, apoio social, as condições do ambiente e o processo de trabalho podem sobrevir em um conjunto de consequências para a saúde do indivíduo envolvendo doenças orgânicas e psicológicas. O resultado dessas doenças para a organização consiste no absenteísmo, acidente de trabalho, rotatividade, baixo desempenho, entre outros⁷.

Nessa linha de raciocínio, destaca-se que o processo de trabalho dos enfermeiros preceptores/docentes é o ensinamento, a troca de conhecimentos, a transformação da matéria prima, ou seja, dos graduandos em profissionais. Estes profissionais tem como instrumento de trabalho o seu intelecto, os laboratórios e componentes. Entendido assim, o trabalho do docente não é uma transformação só de objetos, mas do próprio trabalhador, que cria um movimento de trocas.

Cabe ressaltar que as funções do enfermeiro preceptor são diversas, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando a se adaptar ao exercício da profissão. Além da parte burocrática, de reservas de laboratório, aplicação de testes, rever as condições do local, preparar todo material necessário para as aulas⁸ – condições que exigem conhecimento técnico científico por parte destes

profissionais-, ocasionando situações que podem ser geradoras de estresse.

Estudos na área do ensino de enfermagem em universidades privadas tem constatado que, os docentes, ao desenvolverem suas ações no dia-a-dia da prática pedagógica, demonstram vivenciar sentimentos distintos que transitam entre satisfação, prazer, gratificação e facilidade na condução do seu trabalho. Entretanto, estes profissionais sofrem desgastes devido à baixa remuneração, às condições de trabalho, as dificuldades em se submeter a determinados critérios organizacionais^{9,10}.

Com base nas diversas pesquisas, observa-se como resultado comum, que um local de trabalho agradável e funcional é essencial para o desempenho das atividades, e que as inadequadas condições físicas do ambiente interferem negativamente na realização do trabalho, especialmente se as características do local forem conflitantes com o tipo de atuação, o que pode ser causa de um grande desgaste e descontentamento^{4,11,12}.

Sendo o trabalho do docente predominantemente de natureza intelectual, exige deste profissional constante busca de novos conhecimentos, o que o expõe a condições de estresse^{11,13}. No caso dos docentes preceptores além de estarem sempre se atualizando para levar conteúdos aos alunos, também estão preocupados com a didática a ser usada. Sendo assim, a competitividade, as condições desfavoráveis de ambiente de trabalho, a precariedade da interação docente x organização, gera impactos psicológicos neste grupo.

As condições de trabalho impostas hoje ao docente podem estar na origem da geração dos fatores de risco para o adoecimento da categoria dos trabalhadores do ensino, levando-os ao absenteísmo, que muitas vezes pode estar mais relacionado com a instituição do que com o próprio empregado¹⁴.

Pesquisa no Rio de Janeiro sobre o absenteísmo do trabalho do docente e a saúde também evidenciou o desgaste deste profissional ao empreender seu trabalho. Os resultados do estudo certificaram a presença do mal-estar docente que se apresentava de forma forte e genérica. E assim, vários são os sintomas, que podem ser incluídos nesse termo do mal-estar docente: os queixumes de tensão, ansiedade, nervosismo, angústia, depressão, esgotamento, irritabilidade e estresse¹⁵.

Em uma pesquisa realizada no Paraná, constatou-se que todos os docentes compreendiam sobre o estresse e atribuíram-no a várias razões: condições de trabalho, dupla ou tripla jornada, questões financeiras e as pressões do trabalho como pós-graduação, competitividade e relacionamento pessoal conflitante¹⁶.

Diversas pesquisas sobre a temática conduz ao resultado comum no sentido de que os enfermeiros/preceptores/docentes em algum momento do seu cotidiano se sentem oprimidos e estressados^{13,15,16}.

Nessa perspectiva, a justificativa do estudo em tela deve-se ao fato de que os enfermeiros além de trabalhar como assistencialistas em hospitais e clínicas ocupam ainda, cargos administrativos, geralmente em serviços de saúde, de ensino ou como gerentes dos serviços de enfermagem e da mesma forma, exercem atividades de ensino, a nível técnico, universitário ou elementar¹⁷. Sendo assim, este grupo de trabalhadores muitas vezes acumula diversas atividades, o que os torna mais expostos aos diversos riscos e agravos à saúde, tendo como resultado afastamento de suas funções.

Frente ao acima exposto foram elaborados os seguintes objetivos: Descrever as condições geradoras de estresse no ambiente de trabalho dos enfermeiros preceptores. Analisar a influência sobre a saúde desses profissionais decorrentes das condições geradoras de estresse. Esperasse

que esta pesquisa possa contribuir para gerar uma reflexão nos trabalhadores de enfermagem, identificando as fontes e procurando apresentar ações para as instituições onde prestam seus serviços, com a finalidade de tentar reduzir e ou eliminar situações que possam levar a possíveis problemas de saúde como por exemplo doenças cardiovasculares e psíquicas. Do mesmo modo esperas-se preencher lacunas ainda existentes nesta área de conhecimento.

Método

Pesquisa do tipo exploratória, dotada de abordagem qualitativa, tendo em vista a compreensão do processo de trabalho dos enfermeiros docentes preceptores, suas experiências agregadas a seus significados, atitudes, motivações, comportamentos e ações. A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito¹⁸.

A pesquisa exploratória é utilizada para aproximar o pesquisador com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão. Os dados obtidos são colhidos através de um processo de idas e voltas e interações com o sujeito. Seguindo esta linha de pensamento, demanda que: as pesquisas exploratórias tenham como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores^{18,19}.

Os sujeitos do estudo foram 07 enfermeiros, que corresponde a 78% dos preceptores que atuam em uma clínica escola de uma IES privada do Rio de Janeiro. O corpo de profissionais preceptores no cenário do estudo é formado por 09 enfermeiros, sendo 08 mulheres e 01 homem. Foi possível realizar a entrevista com 07 destes trabalhadores,

pois 01 recusou e o outro alegou indisponibilidade de tempo.

Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista, considerado como um instrumento que tem a característica de possibilitar um contato direto com o sujeito entrevistado, buscando suas atitudes, valores e opiniões. As questões versaram sobre as condições geradoras de estresse no ambiente de trabalho e como essas condições influenciam na saúde do profissional entrevistado.

Importante lembrar que entrevista é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa²⁰. Cabe ressaltar que os depoimentos dos sujeitos foram gravados e logo transcritos na íntegra para serem analisados posteriormente.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2012 e o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Clínica Escola do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade obedecendo a Resolução 196/96 que assegura os direitos e proteção dos sujeitos²¹.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise temática seguindo três etapas: pré-análise, que consistiu na organização, leitura e releitura do material, buscando coerência com os objetivos da pesquisa; a exploração do material, realizando essencialmente a operação de codificação, fazendo recortes do texto em unidades de registro que pode ser uma frase, uma palavra ou um tema e, por último, os dados foram interpretados e analisados, colocando em evidência as informações obtidas e fazendo inferências à luz da literatura existente sobre a temática abordada²².

Resultados, análise y discussão

Os discursos foram analisados buscando a apreensão das condições geradoras de estresse e como esses fatores influenciam na saúde dos

enfermeiros preceptores. Desse modo, a análise dos discursos possibilitou a formulação de duas categorias: I- Reconhecendo as fontes geradoras de estresse, sendo que esta apresenta três subcategorias temáticas: Assédio moral, Atraso de Salário e Sobrecarga de trabalho. II- A influência na saúde decorrente dos fatores geradores de estresse.

Reconhecendo as fontes geradoras de Estresse.

Nos últimos anos a palavra estresse tem sido muito utilizada por várias pessoas, sendo que muitos profissionais estão mais propensos que outros, como é o caso do preceptor/docente de enfermagem. As condições de trabalho são um fator predisponente para gerar estresse no indivíduo, quando este se depara com realidades como: acúmulo de atividades, produção no campo de pesquisa e do ensino, capacitação docente, enfim, uma gama de fatores que levam ao estresse¹⁶.

Ao analisar as falas dos depoentes, foi possível confirmar os resultados encontrados na literatura, corroborando com uma pesquisa realizada em Minas Gerais onde os resultados apontam que os docentes tem mais risco de sofrimento psíquico de diferenciados matizes e a prevalência de transtornos psíquicos menores é maior entre eles, quando comparados a outros grupos²³.

Considerando o exposto, pode-se observar que os preceptores destacaram o desgaste emocional e psicológico, quando perguntado o que gera estresse em seu ambiente de trabalho. As falas revelaram três aspectos relevantes: o assédio moral de seus superiores, atraso de falta de pagamento e a sobrecarga no trabalho.

Assédio moral. Assédio é o termo utilizado para designar toda conduta que cause constrangimento psicológico ou físico à pessoa. Atualmente, existem vários riscos a que os trabalhadores estão sujeitos em seus ambientes de trabalho, a exemplo da violência, assédio moral e sexual²⁴.

O assédio moral (mobbing, bullying, harcèlement moral ou, ainda, manipulação perversa, terrorismo psicológico) caracteriza-se por ser uma conduta abusiva, de natureza psicológica, que atenta contra a dignidade psíquica, de forma repetitiva e prolongada, e que expõe o trabalhador a situações humilhantes e constrangedoras, capazes de causar ofensa à personalidade, à dignidade ou à integridade psíquica, e que tenha por efeito excluir a posição do empregado no emprego ou deteriorar o ambiente de trabalho, durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções²⁵.

Dessa maneira a relação humana e jurídica que liga empregado e empregador não são suscetíveis de escapar a essa contingência, assim o empregado, subordinado juridicamente ao empregador, tem mais possibilidade do que qualquer outro de ser moralmente atingido, em razão dessa própria hierarquia interna em que se submete à sua direção, o qual o vê, na maioria das vezes, como alguém submisso às suas ordens, de forma arbitrária²⁶.

Liderar consiste na capacidade de desempenhar um comando que oriente, capacite e estimule um grupo a realizar o melhor trabalho possível em prol dos objetivos almejados pela organização em que estão inseridos. Inúmeras pesquisas revelam a conexão entre o modo de liderar e os resultados atingidos, sinalizando, que a boa integração das lideranças com suas equipes geram resultados positivos²⁷. Com esse entendimento, dependendo do modo de liderança os resultados finais poderão ser positivos ou negativos.

No poder de coerção o líder acredita que as tarefas devam ser cumpridas à sua maneira, na hora e no momento solicitado por sua autoridade. De certa forma, esse poder gera medo e insegurança nas atividades executadas por seus subordinados²⁷.

As falas a seguir evidenciam determinadas atitudes por parte da chefia que se caracterizam como assédio moral, nos seguintes termos: [...] ficam

ligando para a gente e nos expondo na frente de todos sem nenhuma justificativa [...]; [...] parece que nunca correspondemos às expectativas [...] uma falta de respeito muito grande, um assédio moral, [...]; [...] o que a gente faz nunca é suficiente; [...] tratamento hostil que constrange e humilha:

[...] Então vamos falar de estresse, é que ficam ligando pra gente, e nos expondo na frente de todos sem nenhuma justificativa [...] você é vigiado 24 horas por dia [...]. (Depoimento 1)

[...] parece que nunca correspondemos às expectativas, fica difícil, [...]. É uma falta de respeito muito grande, um assédio moral. (Depoente 02)

[...] Olha o mais estressante pra gente aqui é a cobrança. [...]. O que a gente faz nunca é suficiente (Depoente 3)

[...] O estresse maior é este mesmo, ter uma chefia, que dá um tratamento hostil que constrange e humilha. (Depoente 4)

Os assediadores são descritos como sujeitos perversos, movidos por diversos fatores que variam desde a simples inveja até a busca pelo poder, porém, a motivação constante é a discriminação revelando um desvirtuamento de caráter; e um indivíduo destituído de ética, que se compraz em ver a vítima sucumbir diante de seus ataques perversos²⁸. O assediador desqualifica a sua vitima quer dizer, esvazia todas as qualidades, dizer-lhe e repetir-lhe que ele não vale nada, até que ele próprio acabe achando o mesmo.

Um dos depoentes acrescenta:

[...] com essa centralização, não temos voz [...]. (Depoente 3)

A centralização é uma característica da liderança autocrática, onde o líder procura fixar as diretrizes, sem qualquer participação do grupo. Determina as providências para a execução das

tarefas, uma de cada vez, à medida que se torna necessária e de modo imprevisível para o grupo. Também estabelece a tarefa que cada um deve executar e o seu companheiro de trabalho. O líder apresenta-se como dominador²⁹.

Este tipo de liderança desmotiva seus liderados, como exposto pela depoente, eles se sentem inúteis e desvalorizados. Para organizar o trabalho em qualquer área, visando a qualidade final do trabalho prestado, o líder deve propiciar um ambiente adequado e ter recurso de pessoal qualificado, a fim de buscar a participação dos liderados para realizar um trabalho com confiança, valorizando o capital humano.

Atualmente diversas pesquisas estão empenhadas em enfatizar que um ambiente de trabalho agradável, onde o bom humor impera, faz com que os trabalhadores produzam mais, pelo fato de que o sorriso traz para a instituição e/ou empresa um agradável bem-estar^{6,16,17}. Com esse entendimento é imprescindível que os empregadores reflitam sobre esta temática, e possam ir além do cuidado com a segurança física e cuidar do trabalhador como um todo.

Ressalta-se que o trabalhador não se sente assediado pela pressão ou volume de trabalho, visto que isto nos dias atuais já faz parte do dia a dia profissional. A questão não é o que é solicitado, mas sim como é solicitada; a questão não é o que o trabalhador recebe de críticas ou orientações, mas sim como o superior as faz¹⁷.

As falas a seguir mostram situações de desconforto ao mencionar: [...] temos que ouvir xingamentos, desaforos [...]; você escuta desaforos, gritos [...].

[...] a gente é muito cobrado, lógico que temos que dar nossa parcela, a situação é que constantemente temos que ouvir xingamentos, desaforos [...] (Depoente 3)

[...] constantemente você escuta desaforos, gritos, [...] isto acaba te estressando. (Depoente 4)

O assédio manifesta-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que podem levar dano à personalidade, a dignidade, a integridade física ou psíquica de alguém.

Importante considerar que o que caracteriza assédio moral é a repetitividade da ação. A humilhação repetitiva e de longa duração interfere na vida do (a) trabalhador (a) de modo direto, comprometendo sua identidade, dignidade e relações afetivas e sociais, ocasionando graves danos à saúde física e mental, que podem evoluir para a incapacidade laborativa, desemprego ou mesmo a morte, constituindo um risco invisível, porém concreto, nas relações e condições de trabalho²⁹.

Comportamentos deliberados por parte do agressor desencadeiam ansiedade na vítima e provoca nela uma atitude defensiva que é por sua vez geradora de novas agressões. Com a evolução do conflito surgem fenômenos de fobia recíprocos; surge no perseguidor uma raiva fria e no perseguido uma reação de medo³⁰, como nos mostra a fala a seguir:

[...] é um medo sabe? um pavor [...] uma violência entendeu? (depoimento2).

Atraso de Salário. Todo trabalho tem seu valor, seja ele emocional ou financeiro, e as pessoas trabalham porque possuem necessidades básicas, como: comer, vestir, ter lazer, saúde, entre outras³¹.

Os depoentes referiram que outro fator gerador de estresse é a falta de pagamento, nos seguintes termos:

[...] estamos três meses sem receber salários; [...] o pagamento nunca tem previsão.

[...] Estamos 03 meses sem receber salário, recebendo 1/3 do salário [...] e estou totalmente desmotivada. [...]por questão de falta de

pagamento cortaram minha luz,isso gerou um estresse absurdo. (Depoente 01)

[...] Ninguém tem informação pra te dar, quando vai sair o pagamento nunca se tem previsão, quando vai ter vale transporte não tem previsão. (Depoente 02)

[...] Em relação ao salário, o atraso [...] (Depoente 06)

Importante considerar que entre os vários resultados do trabalho destacam-se: função de fonte de renda do trabalho, geralmente considerado o mais importante; função intrínseca do trabalho, considerando o trabalho como sendo interessante e satisfatório para os indivíduos; função interpessoal do trabalho, permitindo que tenha contatos interessantes com outras pessoas; função de servir à sociedade pelo trabalho; função de ocupação do tempo com o trabalho; função de fornecer status e prestígio pelo trabalho³².

Neste contexto, as recompensas relacionadas ao trabalho podem ser referentes às tarefas, tais como trabalho interessante e desafiador, autonomia e responsabilidade, variedade, adequação com capacidades e habilidades. Num outro aspecto também podem ser sociais, estando relacionadas com as recompensas advindas das relações com outras pessoas relações interpessoais com supervisores e colegas. E no ambiente de trabalho, tais como qualidade das ainda, quando pertencentes a uma estrutura, as recompensas podem ser organizacionais, relacionadas com as recompensas extrínsecas da organização para facilitar ou motivar a execução das tarefas, tais como pagamento, promoções, benefícios e condições físicas no trabalho³².

É preciso ressaltar que quando bem concebido, o que são vitais para o bem-estar individual, trabalho remunerado cumpre uma série de funções fornecendo acesso a coisas que o dinheiro pode comprar. Entretanto, não é isso o que acontece com os depoentes desta pesquisa que referem que

a falta de pagamentos por parte da instituição faz com que os mesmos procurem acumular outras atividades para poderem subsistir, tal como citam dois depoentes:

[...] Por questão de falta de pagamento, a gente é obrigado a arrumar outros trabalhos, [...] a gente tem que trabalhar em dois lugares. (Depoente 01)

[...] Com o atraso do pagamento, eu tenho outro emprego [...]. (Depoente 06)

A dupla jornada de trabalho torna-se necessária aos preceptores/docentes devido aos salários insuficientes para subsistir, o que os leva a procurar novas fontes de renda. Na realidade, esta dupla atividade, pode interferir em alguns aspectos referentes à qualidade de vida do trabalhador, é dizer, aumentar riscos à saúde física e mental³².

Para que o trabalhador tenha um controle sobre suas condições de saúde é necessário que suas necessidades básicas sejam atendidas, tanto no trabalho, quanto em função do que este possa oferecer à sua vida. Assim, o trabalho deve proporcionar uma alimentação saudável, moradia adequada, meios de transportes, saúde, educação e direitos básicos à condição humana, devendo estar acompanhado do reconhecimento salarial condizente com as atividades realizadas.

Sobrecarga de trabalho

A condição de trabalho é um fator predisponente para gerar estresse no indivíduo, quando este se depara com realidades como: acúmulo de atividades, produção no campo da pesquisa e do ensino, capacitação docente, enfim, uma gama de fatores que o levam ao estresse¹⁶.

Os desgastes físicos e mentais em virtude das sobrecargas de trabalho são um dos principais motivos que geram insatisfações, sendo mais difícil para os profissionais alcançarem objetivos e metas dentro destas perspectivas³³.

Em relação ao desgaste proporcionado pela sobrecarga de trabalho a maioria dos preceptores refere a existência de uma desorganização da escala, o aumento da carga de trabalho devido ao deslocamento para as instituições hospitalares (campo de estágio) e as coberturas inesperadas de professores adoecidos, conforme demonstra os depoimentos a seguir:

[...] Segunda a sábado das 07h às 13h, aqui na clínica escola, quando está no campo de estágio segue o horário da disciplina. (Depoente 01)

[...] Tem dia que tem colega que está em três lugares ao mesmo tempo, e no mesmo horário, se vira. (Depoente 02)

[...] você não sabe onde vai trabalhar no dia, mandam ir para o hospital para cobrir professor que faltou [...] subir pra sala dar teoria para cobrir professor que faltou. Você não tem paradeiro. (Depoente 03)

[...] A sobrecarga de trabalho; a função para a qual você é contratada é uma, e acaba tendo que fazer outras... (Depoente 06)

As pressões/tensões e acúmulo de atividades provocadas por situações inesperadas levam à excitação e/ou angústia, pelo fato de ser o trabalho um gerador de recursos que determina de uma forma particular a satisfação das necessidades³³.

As consequências dessas tensões/pressões repercutem na vida cotidiana do trabalhador com sérias interferências em sua qualidade de vida, gerando desajustes sociais e transtornos psicológicos³⁴. Assim, o estresse ocupacional pode estar presente devido à existência de uma rotina constante ou pela falta da mesma.

O estresse ocupacional é um estado em que ocorre desgaste anormal do organismo humano e/ou diminuição da capacidade de trabalho, devido basicamente à incapacidade prolongada de o indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às

exigências de natureza psíquicas existentes em seu ambiente de trabalho ou de vida³⁵.

O ser humano deseja no seu cotidiano ser enquadrado no convívio social, de forma a identificar-se com as necessidades normais dos indivíduos. Contudo, diante da sobrecarga de trabalho, os profissionais não conseguem usufruir de uma vida de lazer, de convívio social, como também possuem a dificuldade de manter a integração familiar^{36, 37}.

O trabalho do docente preceptor por sua natureza exige segurança, competência técnica e teórica, e compromisso, pois são responsáveis pela formação de novos profissionais, deixando-os suscetíveis aos fenômenos do estresse ocupacional.

Com base na revisão dos artigos sobre o docente enfermeiro e estresse ocupacional, notamos um direcionamento do enfermeiro para condição de educador, evidenciando a responsabilidade deste profissional em disseminar seus conhecimentos, ora orientando pacientes e familiares, ora produzindo conhecimento na vida acadêmica.

Este grupo de profissionais é objeto de várias pesquisas, pois o docente de enfermagem também apresenta em sua formação outra titulação: “enfermeiro”, cuja finalidade é assistir o cliente o que o torna susceptível ao estresse pela configuração de sua profissão.

Para estes profissionais, lidar com novos e diferentes problemas, nem sempre de rápida resolução, implica na responsabilidade e compromisso com a atualização dos conhecimentos científicos, atentando-se para as inúmeras necessidades e demandas dos dias atuais. Sendo assim, esses profissionais devem estar bem preparados e em condições biopsicossociais satisfatórias para o trabalho.

Quanto à legislação previdenciária brasileira a mesma reconhece o estresse e a depressão como doenças do trabalho. Fato relevante, na medida em

que o trabalho dos profissionais enfermeiros preceptores é referido, por diversos autores, como estressante, destacada como uma das profissões passíveis de desenvolvimento da síndrome de Burnout³⁷.

Cabe mencionar que nos dias atuais, os professores sofrem um processo crescente de proletarização com consequências no aumento de seu ritmo de trabalho e no volume das atividades, em contraponto com uma maior precarização de suas condições de trabalho, incluindo salários. Tal situação conduz os mesmos à insegurança refletindo na sua prática no cotidiano acadêmico. O estresse e outros problemas de saúde, a impossibilidade de se aperfeiçoar constantemente e a falta de tempo para preparar e refletir criticamente sobre o seu trabalho é consequência deste quadro³⁸.

A Influência na saúde decorrente dos fatores geradores de estresse.

Com o decorrer dos anos, o ambiente de trabalho vem se modificando e acompanhando o avanço das tecnologias ultrapassando cada vez mais o nível de capacidade de adaptação dos trabalhadores. Os profissionais vivem hoje sob contínua pressão, sendo o tempo todo cobrado não só no trabalho como também na vida de uma maneira geral. O estresse ambiental pode exercer grande influência na maneira como o indivíduo se comporta socialmente, como exemplo, podendo torná-lo agressivo.

O desgaste profissional, que as pessoas estão submetidas diariamente, poderá gerar algum tipo de doença. Os modelos expostos são responsáveis pelos seguintes fatores: agentes estressantes de natureza diversas (física, biológica, mecânica, social, e outras), conjunto de características pessoais (tipos de personalidade, modos de reação ao estresse e outras), conjunto de consequências relacionadas à saúde do indivíduo (doenças cardiovasculares, perturbações psicológicas e

outras) e da organização (absenteísmo, acidentes, produtividade, desempenho e outras).

Os sintomas físicos do estresse mais comuns são: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores e resfriados constantes. Outros sintomas são apresentados através do pensamento que podem ser representados de forma compulsiva e obsessiva, levando em consideração a angústia e a sensibilidade emocional, tornando o sujeito agressivo e violento. No entanto, os fatores que geram os sintomas depressivos podem estar relacionados ao estresse. Os fatores são: ruído, alterações do sono, sobrecarga, falta de estímulos, mudanças determinadas pela empresa e mudanças devido a novas tecnologias¹³.

Estudos demonstraram que o estresse possui três fases: a fase de alerta, a fase de resistência e a fase de exaustão. A primeira fase é a etapa inicial do estresse, é a fase em que o organismo emite sinais de alerta como meio de proteção contra o agente estressor. Ela pode se manifestar de duas formas: 'ataque' ou 'fuga'.

Nesta fase, o indivíduo fica agitado e inquieto e o organismo e o metabolismo acelera¹⁶.

A segunda fase denominada fase de resistência, consiste na continuidade da atuação do agente estressor sobre o indivíduo. O corpo passa do estado cansado para o desgastado devido ao grande consumo de energia utilizado. Nessa fase, aparecem sinais de cansaço, enfraquecimento da resistência orgânica, cefaléia, gripes e outros, o indivíduo fica com dificuldades de concentração, memória e diminuição da produtividade³⁹.

A terceira fase se dá pela persistência do agente estressor, é a fase da exaustão, a fase mais perigosa do estresse, quando o indivíduo não consegue resolver a situação que originou o estresse e continua reagindo a ele e o organismo entra em exaustão, ou seja, esgotamento. Há uma

queda da imunidade e é quando surge a maioria das doenças¹⁶.

Esta última fase quando prolongada leva a sintomas crônicos e a síndrome de Burnout, caracterizada por três componentes: exaustão emocional e/ou física; perda do sentimento de realização no trabalho, com produtividade diminuída; a despersonalização extrema, manifestando-se através de atitudes negativas para com as pessoas no trabalho¹³.

Entre os preceptores enfermeiros, o estresse causado pela intensidade de trabalho, onde são gastas energias físicas e mentais pelo aumento do ritmo intenso, levam ao cansaço e a distúrbios psicológicos que se transformam em distúrbios orgânicos³⁵.

O trabalho faz parte da vida do homem, sendo o meio pelo qual ele se realiza, produz e reproduz, podendo representar um instrumento ou um meio de manter sua saúde, como também, ser instrumento de doença e morte¹⁶.

Isso é o que vemos nas seguintes falas:

[...] tenho enxaqueca e gastrite nervosa. Por questão de estresse sempre me atacam. (Depoente 01)

[...] Já tive enxaqueca. (Depoente 02)

[...] tenho tido muita dor de cabeça, esse estresse, a chefia que liga nervosa e desconta em cima de você, isso me deixa abalada. Sua saúde, sua fisiologia acaba sendo atingida. Já estive afastada por causa de enxaqueca e um problema na coluna que o médico disse que era desencadeado por tensão. (Depoente 03)

[...] Hérnia de disco e quando estou estressada, ataca justamente onde tenho problema, acabo tendo contrações musculares e causa dor. (Depoente 04)

[...] Eu não tinha insônia, 03 horas da manha não

consigo dormir, perda de peso. (Depoente 05)

São inúmeros os agravos provocados pelo estresse. Em destaque está a relação do estresse com o aumento de LDL- colesterol e a diminuição da fração HDL-colesterol, sugerindo um aumento de doenças cardiovasculares³⁸, como evidenciado pelo depoente:

[...] Minha saúde foi afetada, minha pressão era 100x60mmhg, hoje é 150x100mmhg, dor de cabeça constante, coisa que eu não tinha antes, muita preocupação, muita perturbação, muito estresse. (Depoente 06)

[...] Os agravantes, casos de hipertensão, insônia, pessoas que passaram a ser medicadas com remédios controlados. Fazendo terapia para aguentar o estresse, eu consigo me controlar, mais tem colegas que não conseguem metabolizar isto, estamos sempre cansados, sensação de exaustos. (Depoente 07)

Com apenas uma exceção, todos os entrevistados citaram o adoecimento por conta do estresse, sendo assim, a produtividade é menor e os afastamentos se tornam presentes. O afastamento médico pode visar a recuperação da saúde como um mecanismo de defesa utilizado contra a tensão derivada do exercício docente, uma forma de atingir um alívio para escapar das tensões acumuladas³⁹.

Estudos demonstraram que o estresse e seus efeitos interferem não apenas nas consequências sobre o corpo e mente humana, mas também na qualidade de vida, afetando principalmente, a longevidade^{16,39}.

Considerações finais

Através do presente estudo, pode-se perceber que os profissionais participantes da pesquisa consideram sua profissão estressante e seus efeitos refletidos na saúde. Como já mencionado, a resposta ao estresse é um processo individual e

que para algumas pessoas a percepção e agravos são maiores, porém, todos os entrevistados citaram passar por situações geradoras de estresse, como a cobrança, o uso de autoridade, atrasos de salário e sobrecarga de trabalho.

Discorrendo sobre a saúde dos participantes, observamos que o trabalho está intimamente relacionado com a saúde e a doença de quem está exercendo as funções. Sendo assim, é de importante valia que haja na instituição um serviço de saúde que possa assistir este trabalhador para que não haja prejuízo em sua saúde física e mental e comprometimento de sua produtividade.

Acreditamos que as atividades desenvolvidas e a ausência de organização pelos profissionais em seu ambiente de trabalho contribuem para a presença de estresse, o que leva a refletir sobre a importância de se desenvolver um trabalho didático e participativo de todos os envolvidos, onde a execução do trabalho seja discutida e programada.

As condições de trabalho constituem um fator predisponente para gerar estresse, e estas condições englobam tudo que influencia o próprio trabalho. Incluindo: o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização do trabalho, a alimentação, o salário e as relações interpessoais.

Diante dos fatos apresentados concluímos que os enfermeiros preceptores contribuem muito para o processo de desenvolvimento dos estudantes além de desempenhar um importante papel na formação, inserção e socialização do graduando no ambiente de trabalho.

Os resultados desta pesquisa somam-se a outros estudos e confirma que o estresse pode ser um fator desencadeante de doenças. Dentro desse contexto, nota-se a necessidade de se traçarem estratégias eficientes, por meio da iniciativa colaborativa envolvendo toda a instituição acadêmica, exigindo não apenas o conhecimento dos fatores geradores de estresse, como também

a tomada de medidas preventivas proporcionando ao grupo estudado condições de bem estar durante a jornada de trabalho, prevenindo agravos à saúde desses trabalhadores.

Referências Bibliográficas

- 1- Marx, K. O Capital. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994. V. 1.
- 2- Mendes, R.B.G. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos trabalhadores em saúde da secretaria municipal de saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 - Série textos).
- 3- Condições de trabalho In: Dicionário do Aurélio. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/>. Acesso em: 20/08/2012.
- 4- Junior, J.H.V.L, Esther, A.B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. RAE Revista de administração de empresas. Julho/Setembro 2001 SP v. 41 n. 3 p. 20-30 Disponível em: www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a03.pdf. Acessado em: 20/05/2012.
- 5- Siqueira, M.M. Relações de trabalho em hospitais de Belo Horizonte. Tese (Professor Titular) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 1991. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a05.pdf. Acessado em: 10/03/2012.
- 6- Castro, A.G, Bueno, I., Lima, L.P., Prado, M.P., Vasquez, G. Estresse No Trabalho. Secretariado Em Revista, 2009. Faculdade De Sant' Ana. Disponível Em: http://www.iessa.edu.br/cursos/secretariado/revista_eletronica.pdf#page=12. Acessado em: 11/03/2012.
- 7- Schneider, T.C., A Relação do Ambiente Psicossocial do Trabalho e o Estresse Laboral. Novo Hamburgo 2006. Disponível em: <http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaTaniaSchneider.pdf>. Acessado
- 8- Botti, S.H.O., Rego, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? Revista brasileira de Educação Médica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, em: 20/01/2012.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300011&script=sci_arttext. Acessado
- 9- Ferreira, E.M., Fernandes, M.F.P., Prado, C., Baptista, P.C.P., Freitas, G.F., Bonino, B.B. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. Rev Esc em: 22/03/2012. Enferm USP 2009; Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a25v43s2.pdf. Acessado em: 24/05/2012.
- 10- Barboza, D.B., Soler, Z.A.S.G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Revista latino-am 2003. Marco/ abril Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acessado em: 10/04/2012.
- 11- Arent H; Marx K. O mundo do trabalho. 2 edição. São Paulo: Ateliê, 2002, pag. 62.
- 12- Antunes, R. Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/ceget/PEGADA112/10 OPCIT1102.pdf>. Acessado em: 10/05/2012.
- 13- Cristophoro, R., Waidman, M.A.P. Stresse: condições de trabalho em docentes universitários. Revista ciência, cuidado e saúde, Maringá 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5692>. Acessado em: 20/05/2012.

- 14- Marziale, M.H.P., Silva, D.M.P.P. Absenteísmo De Trabalhadores De Enfermagem Em Um Hospital Universitário. *Rev.latino-am.enfermagem*. Ribeirão Preto. 8 (5): 44-51. outubro 2000. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=000094&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 10/05/2012.
- 15- Gomes, L. Trabalho Multifacetado de Professores/ As: A Saúde Entre Limites. Rio De Janeiro. FIOCRUZ. Dissertação de Mestrado, 2002. Disponível em: <http://portaldeseresiduo.fiocruz.br/transf.php?script=thes%5Fcover&id=000094&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 11/07/2012.
- 16- Cristophoro, R., Waidman, M.A.P. Estresse e Condições de Trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*, Maringá, 24 (3):757-763, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200003&lng=es&nrm=iso. Acessado em: 20/10/2012.
- 17- Stacciarini, J.M., Tróccoli, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista latino-am enfermagem* 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200003&lng=es&nrm=iso. Acessado em: 14/10/2012.
- 18- Chizzotti, A Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 6ª Edição São Paulo: Cortez, 2003.
- 19 - Gil, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999. 207p.
- 20 - Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: HUCITECABRASCO, 2008.
- 21 - Resolução n.196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- 22- Minayo, M.C.S. Pesquisa social, teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
- 23- Vilela, R.A.T. O trabalho do professor nas condições de adversidades: escola, violência e profissão docente. Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais, BH. Setembro de 2006. Disponível em: www.pucminas.br/.../PUA_ARQ_ARQUI2012082810. Acessado em: 22/07/2012.
- 24- Dejours, C., Abdoucheli, E., Jayet, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
- 25- Mascaro, S.A.C. O assédio moral no ambiente do trabalho. Disponível em: http://fortium.edu.br/blogvaleria_martinsfiles/201010Ass%C3%A9dio%20moral-21.pdf. Acessado em: 13/09/2012.
- 26- Florindo, V. Dano moral e o direito do trabalho. 3. ed. Rev. ampl. São Paulo: LTr, 1999.
- 27- Oliveira, C., Costa, K.O. O papel dos líderes nos dias atuais. Disponível em: <http://www.proposgraduacaoproducaoacademicafilesArtigo%20%20Camilla%20de%20Oliveira%20Mallmith%20e%20Karen%20Oliveira%20Costa.pdf>. Acessado em: 13/09/2012.
- 28 - Avila Rosemari, Pedrotti de. As consequências do assedio moral no ambiente de trabalho. São Paulo. LTr. 2009
- 29 - Barreto M. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC - Editora da PUC-SP; 2003.
- 30- Hirigoyen, Marie-France. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005.
- 31- Schwartz, Y. Trabalho e valor. *Tempo Social; Rev.Sociol. USP*, S. Paulo, 8(2): 147-15 Disponível em: http://www.fflch.usp.br/sociologia/temposocial/site/images/stories/edicoes/v082/trabalho_e_valor.pdf. Acessado 30 de agosto de 2012.

32- Roberta Cova Pafarol; Milva Maria Figueiredo De Martino. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas Rev. esc. enferm. USP. 38(2). São Paulo, June, 2004.

33- Armada, C.A.S. Assédio moral no trabalho. Disponível em: www.odireito.com/default.asp?SecaoID=10&SubSecao=1&ConteudoID=000188&SubSecaoID=28. Acesso em: 01/08/2012.

34- Pereira, M.C.A.P., Fávero, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 9 (4). Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400002. Acessada em 12/08/2012.

35- Couto, H.A. Stress e qualidade de vida dos executivos. Rio de Janeiro: COP, 1987. 95p.

36- Oliveira, D.A., Gonçalves, G.B.B., Melo, S.D., Fardin, V., Mill, D. Transformações na Organização do Processo de Trabalho Docente e o Sofrimento

do Professor. Disponível em: <http://www.redeestrado.org/web/archivos/publicaciones/10.pdf>. Acessada em 12/08/2012

37- Cavalcante, J.Q.P., Neto, J., Ferreira, F. O Direito do Trabalho e o assédio moral. Disponível em: www.jus.com.br. Acesso em: 28 de agosto de 2012.

38- Silva, J.L.L., Melo, E.C.P. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acessado em 30/08/2012

39- Paschoalino, J.Q.B. O Professor Adoecido Entre o Absenteísmo e o Presenteísmo. VII Seminário Redestrado - Nuevas Regulaciones en América Latina, Buenos Aires, 3, 4 y 5 de Julio de 2008. Disponível em: http://www.fae.ufmg.br/estrado/cdrom_seminario_2008/textos/trabajos/O%20PROFESSOR%20ADOECIDO%20ENTRE%20O%20ABSENTE%20E%20O%20PRESENTE%20E%20O%20DIFERENCIAL%20DE%20TRABALHO.pdf. Acessado: 10/08/2012.



Fatores que contribuem para a ocorrência dos acidentes de trabalho com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem de uma instituição de saúde privada do Rio de Janeiro

Lea Bergman Silvia ¹, Ortiz Sanchez Maritza Consuelo ², Santos de Jesus Claudemir ³

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2016

Aceptado el 15 de junio de 2016

Palabras claves:

Enfermagem

Acidente de trabalho

Perfurocortante

RESUMO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo os fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com perfuro cortantes em profissionais de enfermagem de uma instituição de saúde privada. O objetivo: analisar os fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com material perfurocortante em profissionais de enfermagem. Metodologia: descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram 8 (oito) trabalhadores de enfermagem de uma Instituição de Saúde privada, que em algum momento de suas atividades ficaram envolvidos nesse tipo de acidente. Ressalta-se que o cuidado em garantir o sigilo e o anonimato dos sujeitos foi assegurado, usando, portanto, o termo entrevistado, com vistas a respeitar os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, nos termos da resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os resultados apontam para os seguintes fatores no envolvimento de acidentes com materiais perfuro cortantes: a existência de falta de atenção dos profissionais durante o exercício de suas funções por diversos motivos; excessiva carga horária, muitos trabalham mais de 44 horas semanais, devido à realização de horas extras, trocas de plantão ou por acumularem horas trabalhando em diversas instituições; os descartes dos objetos perfurocortantes em recipientes impróprios ou superlotados, a prática inadequada de reencape de agulhas e a falta de educação permanente nessa busca da

¹ Aluna do curso de Pós-graduação de Enfermagem do Trabalho. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade/ Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, Brasil. Email: morsa_peru@yahoo.com

³ Mestre em enfermagem EEAN, docente assistente de enfermagem da Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, Brasil.

transformação pessoal, profissional e social. Concluímos que o trabalho do enfermeiro gera condições insalubres e penosas que produzem danos à saúde humana e nas instituições de saúde é praticamente inexistente preocupação com o trabalhador. É o paradoxo hospitalar: cuidar de enfermos e permitir adoecerem as pessoas que deles cuidam

Factors that contribute to the occurrence of accidents at work with needlestick injuries in nursing workers from a private health institution of Rio de Janeiro

ABSTRACT

Keywords:

Nursing
Occupational accident
Needlestick

This research aims to study the factors that contribute to accidents with sharp pierce nursing staff of a private health institution. The aim: to analyze the factors that contribute to the occurrence of needlestick injuries among nursing. Methodology: descriptive, exploratory qualitative approach. The subjects were eight (8) nursing staff of a private health institution, which at some point of their activities were involved in this type of accident. It is emphasized that care to ensure the confidentiality and anonymity of the subjects was assured, using therefore the term interviewed, in order to comply with the ethical principles of human research in accordance with the Resolution of the National Council n.196/96 Health (CNS). The results point to the following factors in accidents involving materials with sharp pierce: the existence of lack of attention from professionals during the performance of their duties for various reasons, excessive workload, many work more than 44 hours due to the realization of overtime, shift exchanges or accumulate hours working in various institutions, the disposal of sharps containers in overcrowded or unsuitable, inadequate practice of recapping needles and lack of continuing education in this quest for personal transformation, professional and social. Concluded that nurses' work generates unhealthy and painful conditions that produce damages to human health and in health care is practically nonexistent concern for the worker. It is the paradox hospital: care for sick people get sick and allow their caregivers

Introdução

O presente trabalho tem como objeto de estudo os fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com perfurocortantes em profissionais de enfermagem de uma instituição de saúde privada. Fazendo uma retrospectiva histórica lembramos que saúde do trabalhador no

pensamento clássico da medicina ocupacional era entendida como relacionada apenas ao ambiente físico, na medida em que o trabalhador estava em contato com agentes químicos, físicos e biológicos que podiam lhe causar acidentes e enfermidades, na VIII Conferência Nacional de Saúde dos trabalhadores, ganharam um novo enfoque, o que

foi decisivo para mudança estabelecida na nova Constituição Federal de 1988¹.

A partir da portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978 foram aprovadas as Normas Regulamentadoras (NR), as mesmas fornecem orientações sobre procedimentos obrigatórios relacionados à segurança e medicina do trabalho, e sua implementação é obrigatória nas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos de administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos poderes legislativos e judiciários que possuem empregados regidos pela consolidação das leis do trabalho, de acordo com a redação dada pela Lei 6.514, de 22 de dezembro de 1977².

Relacionamos a seguir algumas normas importantes tais como: NR 4, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMIT; NR 6, Equipamento de Proteção Individual – EPI; NR 32; Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimento de Assistência a Saúde, NR 5; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), esta norma aprova a elaboração do Mapa de Risco, como medida preventiva contra acidentes laborais, seus dados possibilitam a identificação da situação de segurança e saúde do trabalhador avaliando os riscos aos quais os mesmos estão expostos.

O Acidente de Trabalho é aquele, segundo a Legislação Brasileira, que acontece no exercício do trabalho e que pode acarretar em uma lesão corporal ou perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade para trabalhar, de forma temporária até permanente, ou até mesmo causar a morte do trabalhador; deve se diferenciar de doença ocupacional, que é insidiosa adquirida em longo prazo de tempo³.

No que diz respeito aos acidentes com materiais perfurocortantes entre os profissionais da saúde e especialmente a enfermagem são muito freqüentes, visto que a manipulação desses materiais dá-se em toda a jornada de trabalho, e tais acidentes podem oferecer tanto riscos à saúde

física quanto mental desses trabalhadores. Cabe mencionar que a enfermagem é uma profissão executada em diferentes níveis de atenção, o que implica em locais diferentes com variações de estruturas físicas o que sem dúvida expõe os profissionais a diversas situações, que podem desencadear a incidência de acidentes de trabalho e /ou doenças profissionais⁴.

Entende-se que os acidentes com materiais perfurocortantes somam-se aos grandes riscos já existentes no âmbito hospitalar, que trazem danos potenciais ao pessoal que nele trabalha. Dentre eles pode-se ressaltar a contaminação pelo vírus da hepatite B, além de outras ocorrências danosas à saúde do trabalhador, como a contaminação pelo vírus da hepatite C e pelo HIV. No que diz respeito ao risco de contaminação pelo HIV 0,3% para o vírus da hepatite B (HBV) é de 6% a 30% e o risco de contaminação para C (HCV) é de 0,5 % a 2%. A prevalência da AIDS e hepatite também se eleva quando um profissional da saúde entra em contato com o HIV por meio de exposição ocupacional⁵.

Podemos destacar que os vírus da imunodeficiência humana, da hepatite B e da hepatite C, além de outras patologias relacionadas à exposição de material biológico é adquirida através de ferimentos percutâneos e/ou contato com membrana mucosa e ruptura da pele. Calcula-se que nos países desenvolvidos o risco de contaminação da hepatite B é de 3 a 6 vezes maior entre trabalhadores da saúde do que entre a população em geral porém nos países em desenvolvimento, o risco é de 6 a 18 vezes maior. Em decorrência da hepatite B a cada ano entre 200 a 300 profissionais da saúde perdem seus fígados. Mesmo o HIV, cujo risco de transmissão ocupacional é somente 0,3% em acidentes com material perfuro cortante causou infecções em 57 profissionais de saúde nos Estados Unidos em 2001^{6,7}.

Pesquisa realizada na rede básica de saúde, em Ribeirão Preto – SP identificou índice de 82,3% de acidentados com material perfuro cortante em

contato com sangue e 99 profissionais de saúde infectados pelo HIV devido às inoculações acidentais. Em outra pesquisa, 80,5% de profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel sofreram exposição ao sangue^{7,8}.

Outro resultado obtido demonstra que uma grande parte dos profissionais da enfermagem já sofreu acidente de trabalho com material perfuro cortante no exercício de sua atividade laboral, além de se expor a diversos agentes tais como químicos, físicos, psicossociais e biológicos, sendo os riscos biológicos os principais causadores de periculosidade e insalubridade⁹.

Embora muitos tipos de perfuro cortante possam estar envolvidos nestes acidentes, a Resolução nº 05 de 05/08/1993 do Conselho Nacional do Meio Ambiente considera: seringa, agulhas, escalpe, ampolas, vidros de um modo em geral ou material pontiagudo ou que contenham fios de corte capazes de causar perfurações ou cortes¹⁰. No geral, as agulhas com lúmen são responsáveis por 56% de todos os acidentes com perfurocortantes¹¹.

Como medidas de biossegurança que envolvam a manipulação do material perfuro-cortante, temos: máxima atenção durante a realização dos procedimentos; não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfurocortantes; não reencapar as agulhas, entortá-las, quebrá-las ou retirá-las da seringa com as mãos e não utilizar agulhas para fixar papéis. Todo material perfurocortante (agulhas, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa. Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de dois terços de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento⁷. As medidas preventivas pré e pós-exposição devem ser uma preocupação constante tanto pelos profissionais de saúde, especialmente

a enfermagem, quanto pelas instituições empregadoras⁵.

De acordo com o acima exposto elaborou-se o seguinte objetivo: analisar os fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com material perfurocortante em profissionais de enfermagem.

Esse trabalho é relevante para os profissionais de saúde entre elas a enfermagem uma vez que poderá promover uma percepção dos riscos ocupacionais a que estão expostos, e incentivar a produção de novas formas de conhecimentos, possibilitando a reflexão da equipe de enfermagem, sobre os dados obtidos uma vez que poderá promover a importância da biossegurança.

Esperamos ainda que este estudo desperte a responsabilidade com relação a sua própria segurança e a dos seus clientes, contribuindo na divulgação do conhecimento produzido sobre a prevenção de acidentes com diversos tipos de materiais especialmente os perfurocortantes¹².

Este estudo ainda servirá como fonte de conhecimento para enfermagem, além de contribuir com o conhecimento na área da Saúde do Trabalhador.

Método

Pesquisa de abordagem qualitativa, envolvendo raciocínio indutivo a partir dos discursos elaborados a luz das diversas literaturas pertinentes à temática. É dizer, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes¹³.

Estudo descritivo, que consistiu em descrever os dados proporcionados pelos sujeitos do estudo, coerentes com o objeto pesquisado; exploratório porque possibilitou nos familiarizarmos com os fatos para uma melhor compreensão sobre a temática.

Cabe ressaltar que o processo de trabalho científico foi dividido em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico.

– A fase exploratória consistiu na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para a preparação e a entrada em campo, delimitando objeto, objetivo, referências bibliográficas e metodologia.

– No trabalho de campo levou-se para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa, desse modo para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada. Sendo a entrevista considerada uma técnica privilegiada de comunicação, em que acontece uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, no presente estudo ela teve o objetivo de construção de informações pertinentes para o objeto e objetivo pesquisado.

– A terceira etapa envolveu a análise e tratamento do material, realizou-se um conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o estudo e outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelos achados no trabalho de campo.

Para análise de conteúdo foi utilizada a análise temática, como o próprio nome indica, o conceito central é o tema.

Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo. Entende-se que o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à

leitura. Trabalhar com a análise temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição deram significado ao objetivo analítico escolhido¹³.

O processo de análise foi subdividido nos seguintes passos: (a) Organização dos dados – foi realizada a pré análise, que consiste na organização, leitura e re-leitura do material, buscando coerência com os objetivos da pesquisa; (b) Classificação dos dados – foi explorado o material, realizando essencialmente a operação de codificação, fazendo recortes do texto em unidades de registro, uma frase, uma palavra ou um tema; (c) Análise propriamente dita em que os dados foram interpretados, colocando em evidência as informações obtidas e fazendo inferências à luz da literatura existente sobre o tema¹³.

Os sujeitos do estudo foram 8 (oito) trabalhadores de enfermagem de uma Instituição de Saúde privada, incluídos na pesquisa por terem sofrido acidente de trabalho com material perfurocortantes, de acordo com a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). A pesquisa foi realizada em outubro de 2012.

Ressalta-se que o cuidado em garantir o sigilo e o anonimato dos sujeitos foi assegurado, usando, portanto, o termo entrevistado, com vistas a respeitar os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, nos termos da resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando assim, sua participação espontânea na pesquisa. Salienta-se ainda que este estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética e Pesquisa da Clínica Escola de Enfermagem da Universidade da Cidade, Unidade Praça Onze e a Comissão de ética da Instituição onde as informações foram colhidas.

Resultados, análise y discussão

Ao analisar os achados apontaram para seguinte categoria: fatores que contribuem para ocorrência de acidente de trabalho com material perfuro-cortante em trabalhadores de enfermagem; identificando alguns fatores tais como: falta de atenção; não utilização de equipamento de proteção individual; jornadas exaustivas de trabalho/dupla jornada de trabalho e falta de educação permanente.

Fatores que contribuem para ocorrência de acidente de trabalho com material perfuro cortante em trabalhadores de enfermagem.

As atividades em Enfermagem envolvem a exposição dos seus profissionais a uma diversidade de riscos, especialmente o risco de acidente com perfurocortantes. Os acidentes com picadas de agulhas constituem um dos principais infectocontagiantes com riscos de transmissão ocupacional de infecções por via sanguínea^{14,15}. Esses tipos de acidente são responsáveis por cerca 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde¹⁶, tais como: tuberculose, rubéola, herpes, escabiose e, especialmente a hepatite e a AIDS^{14,16,17,18,19}.

Cabe ressaltar que vários são os fatores considerados predisponentes a ocorrências de acidentes com material perfurocortante. Os entrevistados desta pesquisa manifestam a falta de atenção como um dos fatores que contribuem para o acidente de trabalho acontecer. As falas a seguir elucidam essa questão:

[...] Falta de atenção, [...] entrevistado. 1.

[...] Falta de atenção do profissional, [...] entrevistado. 4

[...] Falta de atenção, [...] entrevistado. 5

[...] Falta de atenção [...] correria dia a dia [...] entrevistado. 7.

A desatenção e o cuidado dos profissionais, a tensão, o estresse, o cansaço e a fadiga são pontos oriundos da condição individual do profissional, propiciado pela vivência do meio hospitalar ou não, que possibilitam a ocorrência de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes, já que o seu manuseio necessita de tranquilidade, concentração, atenção e cuidado para que não ocorram erros na realização da assistência que possam prejudicar a higidez do cliente e a saúde do trabalhador¹⁴.

As atividades assistenciais exigem que os profissionais de saúde trabalhem em ritmo acelerado, por conta disso, executam suas atividades mecanicamente, diminuindo o seu empenho e a qualidade dos serviços prestados aos clientes, facilitando o acidente de trabalho²⁰.

No desenvolvimento da pesquisa os depoentes relatam que outro fator de acidente é a falta de utilização de equipamento de proteção individual. Conforme os discursos apresentados a seguir:

*[...] Não utilizar equipamento de proteção individual
[...] entrevistado. 2.*

[...] ele deve sempre estar bem equipado, usando todos os devidos equipamentos para prevenir acidentes [...] entrevistado. 4.

[...] Não usar luvas [...] entrevistado. 5

[...] Não usar EPI [...] entrevistado. 6

Ao falarmos de EPI, devemos lembrar que as precauções universais, atualmente denominadas de precauções básicas, foram instituídas com base no princípio de que todo paciente deve ser considerado como potencialmente infectado, independente do diagnóstico definido ou

presumido de doença infecciosa. Trata-se de medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e pele com áreas de integridade comprometida. Incluem recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou fluídos corpóreos, e cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfurocortantes²¹.

A prevenção de acidentes de trabalho deve ser uma preocupação manifestada tanto pelos profissionais quanto pelas instituições hospitalares. Os profissionais devem ser conscientes em relação à necessidade de conhecer e empregar adequadamente as normas de biossegurança e exigir segurança no ambiente hospitalar aos seus empregadores para o exercício assistencial com menor risco para a sua saúde ocupacional. Isto é de fundamental importância, uma vez que os profissionais de saúde e principalmente os de enfermagem, se opõem à utilização de equipamentos de proteção individual, subestimando o risco de se infectarem⁴.

A utilização de EPI protege o trabalhador em relação aos riscos proporcionados pelo trabalho a ser realizado, como por exemplo, a infecção pelo vírus da AIDS e da Hepatite B e C, mediante o contato com sangue, hemoderivados e alguns instrumentos infectados por esses fluidos com a pele não íntegra e / ou sem nenhuma forma de defesa¹⁴.

A adoção das medidas de proteção, no trabalho em saúde é condição fundamental para a segurança dos trabalhadores, seja qual for à área de atuação, pois é crescente o número de casos de HIV e de outras doenças infectocontagiosas²².

De acordo com o Ministério da Saúde Brasil (2004) os Equipamentos de Proteção Individual que devem ser utilizados para se prevenir acidentes com materiais perfurocortantes e exposição

material biológico são: luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas, e atendem às seguintes indicações: luvas – sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas e outros); máscaras, gorros e óculos de proteção – durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional; capotes (aventais) – devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas; botas – proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, áreas de necropsia e outros)²³.

Outra questão apontada pelos entrevistados como fator que contribui para a ocorrência de acidentes está à jornada excessiva de trabalho que é causadora de estresse, mau humor, situação que deixa o profissional sem vontade de desempenhar suas atividades profissionais, como nos mostram as falas a seguir:

[...] Carga horária Jornada excessiva de trabalho causando o estresse, o mau humor, deixando o profissional sem vontade de desempenhar suas devidas tarefas na profissão [...] ent. 1.

Jornada excessiva de trabalho [...] entrevistado. 2

[...] Além de jornada exaustiva de trabalho [...] entrevistado 3

[...] Jornada excessiva de trabalho causando [...] entrevistado. 4.

[...] carga horária exaustiva [...] entrevistado. 7

[...] Carga horária excessiva [...] entrevistado. 8

É importante ressaltar que a enfermagem é majoritariamente feminino; além do desgaste mulher concilia profissão a atividades domésticas.

hospitalar e do da dupla jornada de trabalho, quando a Saliente-se, trabalhadores de enfermagem da área hospitalar estão submetidos a rodízios por turnos, para cobrirem plantões de 24 horas, de fins de semana e feriados. O convívio social é prejudicado, por causa dos plantões noturnos que geram doença se distúrbios psicossomáticos

Em diversos estudos observa-se que a precarização do trabalho, originada pelo excesso de carga física e mental, duplo vínculo empregatício, acúmulo de horas trabalhadas e finalmente pela má remuneração ocupacional, tem sido o fator determinante dos acidentes e doenças ocupacionais^{4,10,24,25}.

A duplicidade de emprego necessária à sobrevivência nos dias atuais, em virtude da redução do poder aquisitivo da população, baixos salários proporcionados pela conjuntura econômica e social que desgasta a condição física e psíquica dos profissionais. Portanto, a necessidade de mais um emprego exige do pessoal de enfermagem a permanência da maioria dos seus anos produtivos no ambiente hospitalar, a qual aumenta o tempo de exposição aos riscos ocupacionais¹⁴, portanto o contato com microorganismos patológicos oriundos dos acidentes ocasionados pela manipulação de material perfurocortante ocorre freqüentemente, na execução do trabalho de enfermagem. A exposição por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluídos orgânicos no ambiente de trabalho^{26,27}.

Cabe ressaltar que diversas pesquisas mostram que o acidente ocasionado por picada de agulhas é responsável por 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde^{27,28}.

O ato de reencapar agulhas, a desconexão da agulha da seringa, o transporte ou manipulação de agulhas desprotegidas, os descartes inadequados dos objetos perfurocortantes em recipientes

impróprios ou superlotados são as principais causas de acidente envolvendo perfurações acidentais²⁹.

Nos discursos a seguir podemos observar a preocupação de práticas seguras tais como não reencapar agulhas após administrar medicações injetáveis e descarte em recipientes apropriados:

[...] Falta de cuidado com seringas, [...] não deve ser encapada, porque o perigo de contaminação é bem maior [...] ent. 3.

[...] Não encapar a agulha ao término do uso, ao administrar medicações injetáveis e eliminar em descarpak [...] ent. 5.

O ato de reencapar agulhas é um grande problema entre os profissionais de Enfermagem, sejam de nível médio ou superior. O reencape é identificado como causa preponderante de acidentes entre auxiliares e técnicos em Enfermagem. Há alguns anos essa prática foi desaconselhada e substituída pelas precauções padronizadas, na qual uma das metas é a prevenção dos acidentes com agulhas para evitar a infecção por patógenos transmitidos pelo sangue. Entretanto, entre as causas do hábito de reencapar agulhas, estão o fato de as caixas de descarte estarem distante da área de manipulação de perfurocortantes¹⁶.

Cabe ressaltar que o não-esclarecimento sobre os riscos de infecção a que estão susceptíveis e a falta de capacitação dos profissionais faz aumentar a vulnerabilidade a este tipo de acidentes⁸. A adoção de práticas seguras no exercício de atividades de enfermagem precisa ser uma temática bastante discutida pela equipe responsável pelas ações de educação continuada das instituições prestadoras de serviços de saúde.

Os relatos dos profissionais de enfermagem evidenciam a falta de educação permanente, e treinamento como fatores que contribuem para ocorrência de acidentes:

[...] Falta de treinamento [...] ent (5)

[...] Falta de educação permanente nos serviços [...] ent (6)

[...] falta de informação [...] ent. (8).

A educação é concebida como fenômeno social e universal, sendo atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, posto que cada sociedade precisa cuidar da formação suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los de seus indivíduos, auxiliar no desenvolvimento de para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social³⁰. Apesar disso, a educação não é apenas exigência da vida em sociedade, é também o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar no meio social, mundial e planetário.

Desse modo, ela depende da união dos saberes, corresponde a toda modalidade de influências e inter-relações que convergem para a formação de traços de personalidade social e do caráter, implicando uma concepção de mundo, ideais, valores e modos de agir, que se traduzem em convicções ideológicas, morais, políticas, princípios de ação frente a situações e desafios da vida prática³⁰.

Com esse entendimento ao identificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no desempenho de suas funções, verificase a necessidade de reafirmar a questão educativa como compromisso com o crescimento pessoal e profissional, visando a melhorar a qualidade da prática profissional.

Também, constatase que, no contexto da formação e do desenvolvimento profissional, tal questão pode ser percebida sob diferentes vertentes, tais como: educação permanente, educação em serviço e educação continuada. Assim, compreendese que a formação profissional

de qualidade deve ter sólida base de formação geral, que não se completa na escola, mas sim dentro do processo evolutivo do ser humano, por meio da educação permanente.

Desse modo, ocorre a complementação para a formação integral do indivíduo. Evidencia-se também, nesse contexto, educação continuada, compreendida aqui como atividades de ensino desenvolvidas após a graduação, objetivando a atualização e a reciclagem. Ainda, inserida nesse processo educativo encontra-se a educação em serviço, entendendo-se que, nas instituições, como atividade e responsabilidade de todos os envolvidos nesse processo, com a missão de criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os profissionais dominem as situações, a tecnologia e os saberes de seu tempo e de seu ambiente, de forma que isso lhes possibilite o pensar e a busca de soluções criativas para os problemas³¹.

Cabe os enfermeiros de cada unidade a responsáveis pelo treinamento em serviço e aperfeiçoamento técnico-científico dos trabalhadores sob sua supervisão com intuito de melhorar a assistência aos clientes, obedecendo a recomendação-padrão preconizada, a fim de trabalhar com segurança tanto para os clientes quanto dele próprio, reduzindo assim a ocorrência de acidentes de trabalho. As atividades de educação em saúde necessitam enfatizar a correta utilização dos equipamentos de proteção individual, como medida preventiva a ocorrência de perfurações com o uso de materiais existentes no ambiente hospitalar.

Necessitam, ainda, explicar o porquê da existência dos recipientes destinados ao descarte das agulhas e instrumentos perfurocortantes e a necessidade de evitar a sua superlotação, como atuação de prevenção de acidentes de trabalho¹⁴.

O enfermeiro, por ser líder desta equipe, tem um papel fundamental como educador e orientador, cabendo a ele divulgar as medidas de proteção e

prevenção de incidentes e realizar procedimentos seguros tanto para o profissional que está prestando assistência como para o cliente, conforme mencionado linhas acima.

Uma situação que não podemos deixar de mencionar é o que diz respeito ao número de funcionários nas instituições de saúde, observa-se na prática uma deficiência dos mesmos seja por falta de qualificação e formação destes recursos assim como por questões orçamentárias, para atender a demanda da população trazendo impactos negativos para assistência e riscos para a saúde dos profissionais,

No discurso a seguir fica evidenciado o número insuficiente de profissionais:

[...] número insuficiente de funcionários, técnicos, enfermeiros [...] ent. (8)

Quanto à composição da força de trabalho, mostram que o quantitativo de pessoal de enfermagem nos hospitais esta aquém do necessário. Números reduzidos de pessoal predispõe perigos a quem assume trabalhos em alta sobrecarga, com desgastes físicos e mental intensos.

Mesmo reconhecendo a importância dos recursos humanos na qualidade da assistência, os gestores de enfermagem encontram enormes dificuldades para adequar o número de pessoal à demanda de atendimento nas instituições de saúde, principalmente em razão de aumento de gastos para às instituições³²

Considerações finais

A análise obtida permite concluir que a falta de atenção, correria dia a dia, exige que os profissionais de saúde trabalhem em ritmo acelerado, por conta disso, executam suas atividades mecanicamente, diminuindo o seu empenho e a qualidade dos serviços prestados.

A utilização de EPI' protege o trabalhador em relação aos riscos proporcionados pelo trabalho a ser realizado, com sangue como por exemplo, a infecção pelo vírus da AIDS e da Hepatite B e C. Outra questão apontada à jornada excessiva de trabalho causando o estresse, o mau humor, deixando o profissional sem vontade de desempenhar suas devidas tarefas na profissão: há necessidade do empregado possuir mais de um vínculo empregatício em virtude do seu baixo poder aquisitivo, faz com que este tenha um desgaste maior de sua condição física e psíquica, aumentando a exposição aos riscos ambientais.

A carga horária da enfermagem é exaustiva, muitos trabalham mais de 44 h semanais, devido à realização de horas extras, trocas de plantão ou por terem dois ou até três empregos. Os descartes inadequados dos objetos perfurocortantes como agulhas em, recipientes impróprios ou superlotados, a falta de atenção e a prática inadequada de reencepe de agulhas, são as principais causas de acidente envolvendo perfurações acidentais, o ato de reencapar agulhas após os procedimentos é um grande problema entre os profissionais de enfermagem, cabe ressaltar que o não-esclarecimento sobre os riscos de infecção a que estão susceptíveis e a falta de capacitação dos profissionais faz aumentar a vulnerabilidade a acidentes ocupacionais.

A importância da educação em serviço para a enfermagem é vista como sendo um esteio para a assistência eficaz ao paciente, pois, por meio de um processo educativo atualizado e coerente com as necessidades específicas da área, ela mantém o seu pessoal valorizado e capaz de apresentar um bom desempenho profissional.

Ressalta-se que a educação permanente, mais do que atualização, é um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes que emergem das experiências vividas, mediante a relação com os outros, com o meio, com o trabalho, na busca da transformação pessoal, profissional e social³³.

Finalmente concluímos que o trabalho do enfermeiro gera condições insalubres e penosas que produzem danos à saúde humana e nas instituições de saúde é praticamente inexistente preocupação com o trabalhador. É o paradoxo hospitalar: cuidar de enfermos e permitir adoecerem as pessoas que deles cuidam

Referências Bibliográficas

1. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto. jan. 2001; 9(1): 109- 115.
2. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N° 485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora - NR 32 sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/Portarias/2005/p_20051111_485.pdf. Acesso em 09 de maio de 2010.
3. Robazzi MLCC, Barros JOCJ. Proposta Brasileira de Normatização para os Trabalhadores da Saúde. *Revista Proteção*. 2005(46): 56-58.
4. Marziale, MHP. Rodrigues CM. A produção científica Sobre os acidentes de Trabalho com material perfurocortante Entre Trabalhadores de Enfermagem. *Rev. Latino Americana de Enfermagem* [Online]. 2002, 10(4):571-577. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015. Acesso em 15 de junho de 2010.
5. Brasil. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatite B e C. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Kosgeroglu N, Ayranci U, Vardareli E, Dincer S. Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. *Epidemiology and Infection*. 2004 fev; 132(1): 27-33. [acesso em 2005 Abr 29]. Disponível em www.periodicos-capes.gov.br.
7. Centers For Disease Control And Prevention. Surveillance of Healthcare Personnel with HIV/AIDS, as of December 2002. 2002 dez. [acesso em 2004 Set 10]. Disponível em: www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/hivpersonnel.htm.
8. Barbosa MA, Figueiredo VL, Paes MSL. Acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: um levantamento em banco de dados. *Revista Enfermagem Integrada - Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.1-Jul./Ago. 2009*. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Monica_barbosa_Veronica_figueiredo_Maione_paes.pdf. Acesso em 15 de junho de 2010.
9. Coutinho LH, Castro JPO, Costa CA, Stival MM. Perfil dos Acidentes com perfurocortantes em um Hospital de Anápolis do período de 2005 a 2007. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*. 2008; 11(12): 39-55. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anuic/article/view/491/468>. Acesso em 10 de maio de 2010.
10. CONAMA. Conselho Nacional do meio Ambiente nº 05 de 05 de agosto de 1993. Define e classifica os resíduos e dá outras providências.
11. Amaral AS, Sousa AFR, Saadia O, Oliveira, MAN. Acidentes com material perfuro-cortante entre Profissionais de Saúde em Hospital Privado de Vitória da Conquista-BA. *Revista Sitientibus*, Feira de Santana, 2005;(33):101-114. Disponível em: http://www.uefs.br/sitientibus/pdf/33/acidentes_com_material_perforocortante.pdf. Acesso em 15 de junho de 2010.

12. Simão S. et al. Acidente de Trabalho com Material Perfurocortante Envolvendo Profissionais de Enfermagem de Unidade de Emergência Hospitalar. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010; 189(3): 400-4.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
14. Lima FA, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Acidente com material perfurocortante: Conhecendo os sentimentos e emoções dos profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm, 2007.
15. Souza M. Acidentes ocupacionais em situações de risco para equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do Município de São Paulo. [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1999.
16. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de Contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2004;12(1):36-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a06.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2010.
17. Tomazin CC, Benatti MCC. Acidente do trabalho por material perfurocortante e trabalhadores de enfermagem. Rev. gaúcha Enferm. Porto Alegre. 2001.
18. Canini SEM, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. Rev. latino-am Enfermagem, 2002;10(2): 172-8.
19. Jansen AC. Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
20. Souza NVDO, Lisboa MTL. Ritmo de trabalho: fator de desgaste psíquico da enfermeira. Rev Anna Nery Enferm 2005;9(2): 229-36.
21. Brasil. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Ministério da Saúde; 1997.
22. Vieira M, Padilha MICS. O HIV e o Trabalhador de Enfermagem Frente ao acidente com material perfurocortante. Revista Escola de Enfermagem USP [Online].2008;42(4):804-10. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a25.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2010.
23. Brasil. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C: Ministério da Saúde; 2004.
24. Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absentismo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. Rev enferm UERJ. 2009;(17):24-9.
25. Mauro MYC, Veiga AR. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. Rev enferm UERJ. 2008;(16):64-9.
26. Secco IAO. Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte de Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
27. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Occupational accidents involving biological material among public health workers. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;(15):632-8.
28. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;(10):780-6.

29. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290(12): 1617–23.
30. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: UNESCO/Cortez; 2002.
31. Paschoal AS, Mantovani MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2006;27(3):336–43.
32. Aiken L, Clarke S, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987–93.
33. Paschoal AS. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.



Os modelos teóricos nos serviços de enfermagem na visão dos enfermeiros da assistência: um estudo exploratório

Pedrosa da Carpinteira Simone Fontes ¹, Ortiz Sanchez Maritza Consuelo ², Pereira Marilia de Jesus ³, Ribeiro de Castro Magda ⁴

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2016
Aceptado el 15 de junio de 2016

Palabras claves:

Modelos teóricos
Sistematización da assistência de enfermagem
Enfermagem

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a implementação dos modelos teóricos na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na visão dos enfermeiros assistenciais. Tem por objetivo analisar os desafios enfrentados pelos enfermeiros para a implementação dos modelos teóricos nos serviços de enfermagem. A abordagem metodológica é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos do estudo foram constituídos por onze enfermeiros que atuam na assistência, em diversas instituições de saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Os resultados revelaram que mesmo os profissionais tendo conhecimento sobre a importância da escolha dos modelos teóricos para a implantação da SAE, esse processo ainda se encontra deficitário em nosso país em virtude de diversos fatores de ordem pessoal, profissional e institucional. Observa-se a necessidade de haver maior interesse por parte do enfermeiro e das instituições de saúde no sentido de investir no aprimoramento e na capacitação de pessoal para a implementação efetiva da SAE, visando à melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, maior reconhecimento e valorização do profissional de enfermagem.

¹ Aluna do 6° período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário da Cidade. Rio de Janeiro. Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade. Rio de Janeiro.

³ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade. Rio de Janeiro. Brasil.

⁴ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. Brasil.

The theoretical models in nursing services in vision of nurses of assistance: an exploratory study

ABSTRACT

Keywords:

Theoretical models
Sistematization of nursing care
Nursing

This research aims to study the implementation of theoretical models in the Nursing Care System (NCS) in the viewpoint of nurses. It aims to analyze the challenges faced by nurses to implement the theoretical models in nursing services. The methodological approach is qualitative, descriptive and exploratory. The study subjects consisted of 11 nurses working in care, in several health institutions in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The results revealed that even when professionals know about the importance of the choice of theoretical models for the implementation of the NCS, this process is still deficient in our country, due to various personal, professional and institutional factors. There is a need for greater interest on the part of nurses and health institutions, to invest in upgrading and training of personnel for the effective implementation of the NCS in order to improve the quality of services offered to the population and greater recognition and enhancement of the nursing professional.

Introdução

Esta pesquisa tem por objeto de estudo a implementação dos modelos teóricos na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na visão dos enfermeiros assistenciais.

Para sistematizar a assistência de enfermagem, é necessário haver um marco conceitual, ou seja, uma linha de pensamento que fundamente e determine a prática de enfermagem. Entre as linhas de pensamento que podem ser utilizadas, os modelos teóricos ou teorias de enfermagem revelam-se como as mais adequadas por serem escritas a partir de vivências da prática profissional, descrevendo as ações a serem realizadas pelos enfermeiros.¹

A teoria de enfermagem pode ser conceituada como um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições capazes de direcionar uma forma de ver os fatos e os eventos.

² Ou seja, as teorias são compostas de conceitos

que visam descrever fenômenos, correlacionar fatores, explicar situações, prever acontecimentos e controlar os resultados obtidos a partir das ações de enfermagem executadas.¹

Neste contexto, a motivação do estudo surgiu em decorrência de diversas leituras feitas em relação ao tema, onde se percebeu que apesar da importância da implementação da SAE nos serviços de saúde para a melhoria a qualidade da assistência, considerando-se que os modelos teóricos servem como guia para a sua implantação, observa-se, enquanto profissionais da área da saúde, as dificuldades dos enfermeiros no que diz respeito à colocação destes modelos em sua prática.

É importante ressaltar que o uso das teorias de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporciona um meio sistemático de coletar dados para se descrever, explicar e prever a prática, promove a prática racional e sistemática, torna-a direcionada por metas e resultados e determina a finalidade da

enfermagem, estabelecendo seus limites e promove um cuidado coordenado e menos fragmentado².

Portanto, para que o enfermeiro possa escolher uma teoria de enfermagem para sistematizar a assistência do cotidiano de sua prática, faz-se necessário que ele tenha conhecimento da realidade do setor em que trabalha, do perfil dos enfermeiros que atuam nesta unidade, bem como a clientela atendida, uma vez que a caracterização desses elementos deverá estar em acordo com os conceitos da teoria selecionada.¹

Para compreender melhor a Sistematização da Assistência de Enfermagem, deve-se reportar à Resolução do COFEN nº 358/2009, que refere que a SAE é uma atividade regulamentada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, cuja função é organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem³.

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional. Ou seja, é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente, sendo o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando ao enfermeiro tomar decisões, prever e avaliar as consequências¹.

Cabe ressaltar que o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento, a implementação das ações ou intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados alcançados³.

O artigo 4º da Resolução supracitada refere que é de responsabilidade do enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem,

cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas de pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença, assim como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, de acordo com essas respostas³.

Ainda de acordo com a Resolução, o Processo de Enfermagem deve ser realizado de forma deliberada e sistemática, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, considerando que a sua operacionalização e documentação evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.³

Assim, os modelos teóricos funcionam como um alicerce estrutural para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem que, por sua vez, requer uma metodologia para ser implementada. O método utilizado para se implantar a SAE é o Processo de Enfermagem¹.

No cenário nacional vivencia-se uma mudança paradigmática do modo de produzir saúde, que foi iniciada com o movimento da reforma sanitária na década de 1970 e que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, diversos autores ressaltam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem demonstrado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que sua implementação faz parte da reorganização e sistematização das práticas em saúde.

Nos dias de hoje, o enfermeiro se depara com mudanças tecnológicas, mercadológicas e processos complexos, devendo utilizar habilidade de reflexão crítica para a tomada de decisões, sendo ele o líder da equipe, responsável por organizar e sistematizar a assistência. A adequação a estas mudanças depende dos esforços dos atores envolvidos nos diversos cenários dos serviços, academia e comunidade, para que essa construção ocorra⁴⁻⁵.

Entende-se que a SAE é uma ferramenta que favorece a melhoria da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade¹.

Sendo assim, os enfermeiros precisam, cada vez mais, de conhecimentos acerca das Teorias de Enfermagem, do Processo de Enfermagem, da semiologia, da fisiologia, da patologia, além das habilidades necessárias para gerenciarem as unidades efetivamente. Dessa forma, será possível ao enfermeiro prestar assistência diretamente ao paciente/a família/a comunidade, de acordo com os indicadores de saúde obtidos através dos registros realizados nos prontuários pela equipe de enfermagem, podendo, então, avaliar a qualidade da assistência prestada e mensurar o quanto os profissionais contribuíram para a melhora do quadro dos pacientes sob seus cuidados¹.

O enfermeiro, para prestar assistência de forma inovadora, isto é, com criatividade, autonomia e qualidade, necessita de conhecimento técnico científico. Desta forma, a implantação da SAE a partir de um conhecimento específico e da problematização acerca da organização, da filosofia, do produto e dos serviços de enfermagem, constitui um instrumento de fundamental importância para que o profissional possa gerenciar e aperfeiçoar a sua assistência de forma organizada, dinâmica, competente e, de forma racional e universal, determinar sua área específica de atuação⁶.

Este estudo se justifica por identificar, enquanto profissionais da área da saúde, os desafios encontrados na implementação dos modelos teóricos na Sistematização da Assistência de Enfermagem, como uma ferramenta útil não só para a melhoria da qualidade do atendimento, mas também para a valorização do profissional da assistência, além de contribuir como futura fonte

de pesquisa, preenchendo as lacunas ainda existentes nesta área.

Frente ao acima exposto foi elaborado o seguinte objetivo: analisar os desafios enfrentados pelos enfermeiros para a implementação dos modelos teóricos nos serviços de Enfermagem.

Método

A metodologia desta pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, ou seja, baseia-se na descrição das experiências humanas, que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis⁷.

Os sujeitos do estudo foram onze enfermeiros que trabalham em diversas instituições de saúde na cidade do Rio de Janeiro – Brasil.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, que é um instrumento que tem como característica a combinação de perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto a partir de questões previamente definidas.⁸ Tais questionamentos nos permitiram entender e analisar, a partir das respostas dos informantes, a importância dos modelos teóricos e os desafios que os profissionais de enfermagem encontram na implementação dos modelos teóricos para que sua prática possa ter sustentação teórica nas diversas instituições de saúde.

A pesquisa foi realizada no período de julho de 2011. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Cidade e os sujeitos Esclarecido, que assegura os direitos dos mesmos ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e participarem da pesquisa⁹.

Para a análise do presente estudo seguiram-se três etapas: na primeira foi realizada a pré-análise, que consiste na organização, leitura e re-leitura do material, buscando coerência com os objetivos da pesquisa; na segunda etapa foi explorado o material, fazendo recortes do texto em unidades de registro, realizando essencialmente a operação de codificação, uma frase, uma palavra ou um tema; no terceiro e último passo os dados foram interpretados, colocando em evidência as informações obtidas e fazendo inferências à luz da literatura existente^{7,10}.

Resultado, Análise e discussão

Os achados mostram a importância dos modelos teóricos nos serviços/prática de enfermagem, visto que possibilita a melhoria da qualidade da assistência e serve como norteador da prática profissional e mostra ainda alguns desafios enfrentados pelo enfermeiro no processo de implementação dos modelos teóricos tais como: fatores de ordem pessoal, fatores de ordem profissional e fatores de ordem institucional.

Importância dos modelos teóricos nos serviços/práticas de enfermagem.

Antes do desenvolvimento das teorias, a enfermagem possuía uma relação de subordinação frente à medicina. A prática de enfermagem dependia de outros e se destacava pela mera realização de tarefas, de caráter repetitivo, havendo pouca preocupação com a justificativa de suas ações².

É importante salientar que, historicamente, foi a partir do surgimento de Florence Nightingale que nasceu a preocupação da enfermagem com as questões teóricas. Afirmando que “o conhecimento e as ações de Enfermagem são diferentes das ações e conhecimento médico, uma vez que o interesse da enfermagem está centrado no ser humano e não na doença e na saúde propriamente ditas”, no livro “Notas sobre Enfermagem: o que é

e o que não é”, publicado em 1859, Florence propôs premissas básicas para a prática de enfermagem. Em sua visão, os enfermeiros deveriam observar com precisão os doentes, suas condições de vida e a influência do ambiente de forma positiva ou não sobre a sua saúde^{1-2,11}.

Apesar de Florence não apresentar seu trabalho como uma “teoria de enfermagem”, também classificada por alguns estudiosos como uma ampla filosofia, ele orientou a prática da enfermagem por mais de 100 anos^{2,12}.

A filosofia para a prática de enfermagem proposta por Florence ficou conhecida como Teoria Ambientalista, e os princípios que deveriam servir de fundamento para os cuidados de enfermagem se relacionam aos seguintes fenômenos: ventilação (ou ar fresco), iluminação, aquecimento, quietude (ou silêncio), limpeza, pontualidade e cuidado na administração da alimentação¹³.

Sob o ponto de vista de Florence, a enfermagem é tida não como uma prática de cura, mas como uma prática que tem como principal função colocar o paciente em suas melhores condições para que a natureza possa agir sobre ele. O papel da enfermeira seria então o de ajudar o doente a manter suas forças vitais a fim de prevenir a doença, resistir a ela ou recuperar-se¹³.

Apesar de Florence idealizar uma profissão com embasamento científico, a enfermagem assumiu uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, utilizando ações práticas de modo intuitivo e não sistematizado. Os enfermeiros passaram a exercer a profissão tendo como base o modelo biomédico, centralizando suas ações na doença e não propriamente no cliente. Por este motivo, a prática de enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos pré-existentes capazes de lhe definir “o que fazer” e “como fazer”, na maioria das vezes não refletindo no “por que” fazer e “quando” fazer¹.

Com o passar do tempo, em decorrência das transformações sociais, econômicas e políticas, do desenvolvimento da ciência no mundo e da percepção da necessidade de condições menos servis para a profissão, surgiu a consciência da necessidade das enfermeiras serem mais preparadas, através do aprimoramento educacional, a fim de alcançarem a melhoria da qualidade do cuidado prestado à população. Para isso, era preciso desenvolver um corpo específico e organizado de conhecimentos sobre a profissão, permitindo que o significado da enfermagem e seu papel social fossem difundidos¹.

Nos dias atuais, observa-se a influência das Teorias e dos Modelos de Assistência de Enfermagem no contexto da enfermagem brasileira, uma vez que estão cada vez mais difundidos, seja na prática da enfermagem quanto na formação de profissionais enfermeiros. Estes modelos são representações do mundo vivido, expressos verbalmente ou por meio de símbolos, esquemas, desenhos, gráficos, diagramas, tendo como objetivo direcionar a assistência de enfermagem, oferecendo ao enfermeiro subsídios necessários para sua atuação¹⁴.

Melhoria da qualidade da assistência

A melhoria da qualidade na assistência de enfermagem tem configurado uma necessidade de revisar e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem, no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação, garantindo reconhecimento profissional¹⁵.

Diante do exposto, pode-se observar que grande parte dos enfermeiros entrevistados demonstrou em suas respostas ter conhecimento da importância da utilização dos modelos teóricos para haver uma assistência de qualidade, como nos mostram as falas a seguir:

[...] a gente ganha em tempo e ganha em qualidade. (Depoimento 1)

[...] o comprometimento da qualidade. (Depoimento 6)

[...] no favorecimento da excelência em qualidade assistencial. (Depoimento 10)

Um modelo de assistência embasado cientificamente conduz-nos ao fazer reflexivo, a estar sempre buscando a melhoria da assistência prestada. Levamos a refletir que os modelos nos auxiliam na percepção de que praticar enfermagem não se trata de uma ordenação de procedimentos mais ou menos constantes, de acordo com a situação, ela é um processo dinâmico, mutável e criativo, não deixando de ser um processo conhecível, objetivo, programável e decifrável.

Portanto, quanto mais claro for o referencial teórico do modelo aplicado, maior será a segurança e a realização profissional do enfermeiro, maior será o direcionamento da equipe de enfermagem, culminando com uma assistência adequada às necessidades apresentadas pelo indivíduo assistido¹⁴.

Outro ponto observado em relação à importância da utilização das teorias foi o fato dos depoentes identificarem a implementação dos modelos teóricos como sendo parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. As falas a seguir nos elucidam esta questão:

[...] A sistematização da enfermagem é fundamental para um serviço de referência, pois proporciona uma assistência planejada e organizada, refletindo na melhora da saúde de seus clientes, tais como: diagnóstico de enfermagem, com fase intermediária para o alcance, a informática; prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem; anamnese, que resume no histórico do paciente com exame físico; identificação da problemática do cliente.[...]. (Depoimento 7)

[...] Na minha opinião os modelos teóricos são de suma importância para a implementação, o

desenvolvimento e a prática da minha assistência quanto enfermeira em uma unidade hospitalar. Através dele obtenho todo o conhecimento do cliente em seu histórico, dinamizo seu tratamento, facilito o meu trabalho e o da equipe de enfermagem, fornecendo a eles dados suficientes para a promoção, prevenção e causando assim uma aceleração na sua recuperação e reabilitação [...]. (Depoimento 8)

[...] Quando o enfermeiro se apropria dos modelos teóricos no decorrer de sua prática assistencial permite uma aproximação com seu contexto, sua relação com a clientela e equipe. (Depoimento 10)

[...] A importância dos modelos teóricos está na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que, o enfermeiro, no exercício do processo de enfermagem estabelece uma relação de aproximação com uma das teorias e com isso, interage com o cliente, sua equipe e familiar cuidador, oportunizando uma prática diferenciada frente à equipe de saúde [...]. (Depoimento 11)

É de responsabilidade da equipe, liderada e assistência prestada através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar a sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. A SAE oferece respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, coordenada pelo enfermeiro, a qualidade da gerando maior credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem, maior autonomia e satisfação profissional¹. Para isso, é necessário que o processo seja guiado por uma teoria de enfermagem, capaz de fundamentar a organização do serviço e tornar operacionalizáveis os resultados da assistência prestada aos pacientes.

Além disso, foram encontradas similaridades entre diversas pesquisas realizadas sobre o assunto e as mesmas referem que o Processo de Enfermagem

realmente possibilita maior interação com o paciente, família, comunidade e com a própria equipe multidisciplinar².

Um dos depoentes referiu que a Sistematização da Assistência de Enfermagem traz como vantagem a otimização do tempo, além de facilitar a provisão de recursos materiais de acordo com as necessidades da clientela, como se pode ver a seguir:

[...] em 1º lugar a otimização do tempo [...] com essa otimização a gente não fica reproduzindo o trabalho

[...] a gente ganha em tempo e ganha em qualidade [...] quem ganha [...] com isso é o nosso cliente [...]. Eu acho importante [...] saber o que eu tenho dentro de recursos de materiais [...] também saber o que esta acontecendo com cada cliente que esta entrando na minha enfermaria [...] e o [que] ele vai precisar.

Isso é importante porque me agiliza na hora que eu precisar [...] prestar um cuidado mais rápido. [...] Acho que [...] [o] enfermeiro tem essa capacidade de provisão de tudo. (Depoimento 1)

Muitas vantagens são obtidas por meio da Sistematização da Assistência, como otimização do tempo, direcionamento das ações de enfermagem, maior facilidade na passagem de plantão e principalmente, para o paciente, por tornar o atendimento de enfermagem personalizado, eficiente e eficaz³.

É importante ressaltar que nas funções relativas à administração de recursos materiais, o enfermeiro é responsável pela previsão, provisão organização e controle dos materiais. Assim, ele deve estar atento à qualidade do material utilizado e à quantidade satisfatória, com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente, minimizando os riscos e garantindo a continuidade do atendimento, além de proporcionar melhores condições de trabalho ao pessoal de enfermagem

e demais membros da equipe de saúde. E isso só será possível sistematizando a assistência¹⁶.

Norteador da prática assistencial.

Os modelos teóricos de enfermagem foram elaborados para retratar conceitos, descrever, explicar, prever fenômenos e determinar o campo de domínio da profissão. Desde o início, havia uma busca por respostas para questões acerca de quem é o enfermeiro, quem é o indivíduo que recebe o cuidado, quais conceitos deveriam orientar o modelo da assistência de enfermagem e como se poderia torná-lo conhecido para os profissionais, de modo que eles pudessem guiar a prática clínica mantendo a consonância com as políticas das instituições de saúde¹.

Assim, as teorias de enfermagem são fundamentadas em conceitos inter-relacionados e devem ser encaradas no contexto da maneira pela qual elas descrevem sua abordagem para a prática, ou seja, através dos conceitos que representam a ideologia da enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Estes conceitos também são conhecidos como metaparadigmas da enfermagem².

Como para escolher a teoria que melhor fundamente o processo de cuidar é preciso que haja congruência entre os conceitos estabelecidos pelos modelos teóricos e o cotidiano de trabalho do enfermeiro, torna-se evidente que estes modelos direcionam as ações dos enfermeiros, de modo a torná-los responsáveis pela assistência a ser prestada¹.

Com base neste argumento, ficou notória a relevância dos modelos teóricos como um norteador da prática assistencial pelos enfermeiros entrevistados:

[...] é importante, com certeza daria um norte, um norteador pra essa assistência. (Depoimento 1)

Os modelos teóricos, eles servem como respaldo e embasamento científico para assistência de enfermagem. De acordo com o tipo de assistência, de acordo com a abordagem que a gente dá no serviço, [...] nós podemos [...] selecionar as teorias, a teoria que mais se adapta ao nosso trabalho, à nossa filosofia de trabalho, e depois embasar o estudo. (Depoimento 2)

[...] é um grande norteador, é como a gente aqui trabalha com ambulatório, esse ambulatório a gente pode implementar uma teoria de auto cuidado ele ajuda muito no nosso caminho. (Depoimento 4)

Ainda neste contexto, no depoimento a seguir observam-se alguns dos elementos fundamentais que representam o conteúdo nuclear das teorias de enfermagem:

Um modelo teórico serve para nortear, para direcionar a prática de enfermagem, para dar uma base, uma fundamentação no processo do nosso trabalho, [...] dependendo do modelo, você vai adotar uma conduta ou um caminho melhor no seu dia-a-dia, nas suas práticas, no seu planejamento, na sua assistência, [...] conhecendo todas as teorias a que mais se adequar [...] a sua clientela, a que mais se adequar à sua realidade, então você define um modelo que vai te direcionar, te encaminhar, te conduzir, todas as suas ações, planejamento, de sistematização, de prática, de todos os dias, na sua prática profissional. (Depoimento 3)

Como mencionado anteriormente, para se compreender as teorias de enfermagem, é de suma importância entender os conceitos dos metaparadigmas da enfermagem: a pessoa; a saúde; o ambiente e a enfermagem. Os metaparadigmas da enfermagem esclarecem quem é aquele que recebe o cuidado de enfermagem (pessoa), qual a finalidade da assistência de enfermagem (saúde – um estado de bem estar decidido mutuamente pelo cliente e pelo enfermeiro), em qual ambiente essa assistência é

prestada (que pode representar o entorno imediato em que se encontra a pessoa que recebe a assistência de enfermagem ou a comunidade, a moradia, o ambiente de trabalho ou o universo), e como essa assistência deve ser executada (papel do enfermeiro)¹⁻².

Através destes elementos, os modelos teóricos de enfermagem refletem o modo de visualizar a realidade, facilitando a compreensão, o raciocínio, ou seja, organizando o pensamento, a observação, a interpretação do que se vê e, conseqüentemente, a comunicação entre os profissionais¹.

Ressalta-se que duas das depoentes fizeram referência à possibilidade de que as teorias permitem falar a mesma linguagem:

[...] ajuda a equipe a falar a mesma linguagem. (Depoimento 9)

[...] adequação da linguagem no decorrer da implementação da prática assistencial. (Depoente 11)

Para falarmos a mesma linguagem se faz necessária a padronização das atividades, que têm como objetivo criar uma identidade, individualizar o serviço de enfermagem, com a aplicação de processos científicos à prática do serviço, além de sistematizar a execução das atividades por parte dos diversos profissionais¹.

Desafios enfrentados pelo enfermeiro no processo de implementação dos modelos teóricos.

A implementação dos modelos teóricos representa o início de um processo lento, dinâmico e gradual, que pressupõe a superação de resistências, temores, crenças e barreiras associadas à política e filosofia institucional e de enfermagem. Assim, a metodologia de escolha para o desenvolvimento do processo é de fundamental importância, tendo em vista que a sua construção implica em uma mudança de paradigmas no modo de ser e compreender o papel do enfermeiro na prática assistencial⁶.

Assim, ao analisarmos os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implementação dos modelos teóricos, foram identificadas questões de ordem pessoal, profissional e institucional como fatores relacionados, muitos deles associados diretamente à implementação da SAE.

Fatores de ordem Pessoal. Os fatores de ordem pessoal levam em consideração o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos enfermeiros envolvidos no processo de implementação³, como mostram as falas a seguir.

[...] eu percebo [...] uma resistência de alguns profissionais [...] o enfermeiro não enxerga seu potencial [...] realmente o maior desafio é estar convencendo o enfermeiro do potencial que eletem, e não que seja mais uma carga pra cima dele. (Depoimento 1)

[...] própria vontade do profissional de implementar todas as etapas do processo, baseado em uma teoria [...] (Depoimento 2)

[...] interesse pessoal. (Depoimento 3)

[...] por falta de interesse. (Depoimento 11)

Todo indivíduo traz consigo seus valores, suas crenças, suas motivações, pontos de vista que muitas das vezes podem estar dificultando que o enfermeiro cumpra seu papel social. A compreensão desses aspectos é fundamental para o reconhecimento do conceito e do significado de cuidar para o profissional de saúde, pois a tarefa de cuidar é um dever humano. Cuidamos porque queremos ser mais felizes, plenos, e para alcançarmos a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. A condição humana é tão frágil quanto efêmera, requer equilíbrio e constantes cuidados pessoais, sociais e ambientais¹⁷⁻¹⁸.

Fatores de ordem Profissional. Os profissionais, em sua maioria, fizeram referência à falta de conhecimento como um dos desafios a enfrentar na implementação dos modelos teóricos nos serviços de enfermagem, nos seguintes termos:

[...] falta de conhecimento do profissional sobre a importância das teorias de enfermagem, bem como a implantação do SAE dentro das unidades. (Depoimento 2)

[...] não consegue reconhecer que está fazendo uma sistematização da assistência de enfermagem e por falta de conhecimento da sistematização e das teorias, então acaba [...] não conseguindo, [...] na prática [...] fundamentar o que está sendo aplicado, o trabalho real. (Depoimento 3)

[...] Falta conhecimento metodológico de assistência, deficiência na abordagem da temática e grande demanda de serviços burocráticos e administrativos. (Depoimento 6)

Quanto aos desafios enfrentados por nós enfermeiros diante da implementação desses modelos [...] ter o total conhecimento da SAE para saber aplicar, treinar, capacitar e incentivar a equipe de enfermagem, de modo que o cliente seja beneficiado com sua recuperação [...] com alta hospitalar o quanto antes previsto. (Depoimento 8)

[...] Conscientizar a equipe da importância do conhecimento técnico e da sua área de atuação. (Depoimento 9)

[...] Conhecimento científico baseado em evidências. (Depoimento 10)

[...] é a falta de aprofundamento teórico-científico. (Depoimento 11)

A falta de conhecimento sobre o Processo de Enfermagem é o motivo fundamentador da execução descompromissada deste método assistencial em algumas instituições de saúde e da sua não-implantação em outras. O

desconhecimento gera desinteresse e a não adesão da metodologia, comprometendo assim a Sistematização da Assistência de Enfermagem¹⁵.

Estudos apontam que para a efetiva implantação dos modelos teóricos na SAE e para a continuidade da metodologia com sucesso é necessário que o enfermeiro esteja preparado com conhecimentos científicos, além de estar em constante atualização¹⁹⁻²⁰.

O enfermeiro deve assumir uma prática comprometida com a SAE, sendo capaz de refletir e reconhecer as barreiras históricas e culturais da sua formação, baseadas mais especificamente no modelo técnico-burocrático e, dessa maneira, desencadear um processo de mudança em seu papel⁶.

No que diz respeito à atualização, transcrevo a fala de um dos depoentes que elucida este tópico da seguinte maneira:

[...] a enfermagem também precisa de uma capacitação diária e contínua para poder estar dando continuidade a essa implementação. (Depoimento 5)

Torna-se impossível a implantação efetiva da SAE ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico (fundamentação teórica) e da habilidade prática. Portanto, deve fazer parte das etapas de planejamento para a sua implantação, o reconhecimento da necessidade de capacitação da equipe de enfermagem e do investimento, se necessário, no preparo para o desempenho dessa prática²¹.

No que diz respeito à implementação da SAE propriamente dita, deve-se atentar para o seguinte discurso:

[...] a regulamentação, as novas leis, as diretrizes apontando para a importância da sistematização contribui também pra facilitar e dar mais peso para

o quanto é importante a enfermagem sistematizar a assistência [...] fundamentada no modelo teórico. (Depoimento 3)

A SAE tem sido alvo de discussões desde o início da década de 70, (na época conhecida simplesmente por Processo de Enfermagem) visando à eficácia da assistência e ampliando a definição do espaço da enfermagem na equipe de saúde.

Neste contexto, cabe ressaltar o trabalho de Wanda de Aguiar Horta, primeira enfermeira brasileira a falar de teoria no campo profissional na segunda metade dos anos 1970. Horta teve como base a Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow para elaborar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, trazendo um grande avanço ao desenvolvimento da enfermagem brasileira introduzindo a proposta de uma assistência de enfermagem sistematizada, realizada então através do Processo de Enfermagem¹.

Deve-se destacar que a enfermagem brasileira através da Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, tornou obrigatória a implementação da SAE nas instituições de saúde públicas e privadas³.

Como dito inicialmente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, considerando a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo sua implantação imprescindível para diferenciação e valorização dos profissionais de enfermagem. Essa sistematização proporciona assistência individualizada e de excelência para o cliente³⁻⁴.

Outra das questões destacadas por um dos depoentes, no que diz respeito aos desafios na implementação dos modelos teóricos, é a dicotomia entre a teoria e a prática, como pode ser observado a seguir:

[...] distanciamento ainda muito grande da teoria prática [...] O que eu vivencio é que a teoria ela fica na academia, então o aluno, o enfermeiro, depois quando ele se forma nem sempre consegue levar, e fazer a ponte, fazer a interseção [...] aplicabilidade dessa teoria no dia a dia dele na prática, então fica uma coisa dicotomizada. (Depoimento 5)

[...] outro é difundir melhor, fazer com que o enfermeiro na graduação aprenda melhor essas teorias, coloque melhor em prática, consiga aplicar melhor essa teoria no trabalho dele, na sistematização da assistência de enfermagem. (Depoimento 3)

A falta de integração entre a teoria e a prática sobre o cuidado integral e holístico depara-se com uma enorme distância entre o vivenciado na escola e a precariedade das condições de trabalho com que os profissionais se deparam, após a sua formação, nas instituições de trabalho, o que, de certo modo, dificulta a aplicação prática do que foi aprendido durante a graduação²².

Assim, a não utilização do processo de enfermagem pelos profissionais deve-se ao distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer, entre a teoria e a prática. Portanto, a experiência no ensino de enfermagem tem mostrado que os ideais profissionais de autonomia, poder e prática reflexiva parecem ser realidades diferentes na sala de aula e na prática clínica²³.

Questões relativas à falta de comunicação também foram evidenciadas na fala de um depoente como um desafio a ser superado:

[...] O maior desafio do enfermeiro [...] é a falta de

comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar da área de saúde, organização no atendimento qualificado de um dificultando a possibilidade de uma melhor profissional que visa um atendimento humanitário [...]. (Depoimento 7

O processo de comunicação interfere diretamente na recuperação do paciente, pois o serviço assistencial de saúde intenciona, através de atributos de eficiência e efetividade técnica, proporcionar um entendimento harmonioso entre ele, a equipe de enfermagem e os demais profissionais e, conseqüentemente, um melhor atendimento. Nesse sentido, o preparo da equipe de saúde para uma relação de comunicação é imprescindível para o bom resultado de suas ações assistenciais²⁴.

Apesar da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/1986) e de seu decreto regulamentador (Decreto nº 94.406/1987) estabelecerem a Consulta de Enfermagem (também denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem) como atividade privativa do Enfermeiro, e da Resolução COFEN-159/1993 garantir o direito à sua implementação em todos os níveis de assistência à saúde, ainda hoje, por falta de conhecimento dos próprios profissionais, o enfermeiro deixa de realizar as tarefas que são de sua competência e que estão amparadas por lei, contribuindo para o não reconhecimento de suas funções pela sociedade, conforme nos elucida a fala a seguir^{3,25}.

[...] a falta de reconhecimento do exercício profissional de enfermagem frente à sociedade. Os próprios enfermeiros não exercem suas atribuições respaldadas por lei, por não possuírem conhecimento. (Depoimento 11)

[...] falta de reconhecimento também do trabalho [...] e da instituição. (Depoimento 3)

A busca da valorização da profissão nas instituições de saúde sempre foi uma luta

constante dos profissionais de enfermagem, seja para ocupar cargos que representem status administrativos e prestígio dentro das instituições para tomada de decisões, assim como para reivindicações por um atendimento de qualidade à clientela, melhores condições de vida e de salário²⁶.

A valorização da enfermagem enquanto profissão depende da postura do profissional frente aos problemas que emergem da sua prática. O enfermeiro precisa ser autêntico e conquistar o seu espaço com mérito, através do uso do seu conhecimento científico específico, que lhe dará a autonomia necessária para desenvolver um trabalho consciente, eficiente e gratificante, do ponto de vista de resultados positivos na assistência prestada¹⁹.

Acredita-se que a autonomia na profissão só será alcançada quando toda a classe começar a utilizar essa metodologia científica, ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do Processo de Enfermagem, que se operacionaliza em cinco etapas, a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação da assistência e a avaliação de enfermagem^{1,3}.

Fatores de ordem Institucional. As transformações apontam para um redirecionamento dos objetivos da organização institucional; antes voltadas para o controle da produção de bens e serviços, agora passam a se basear na informação, na tecnologia e no consumo. Em consequência, a gerência praticada nas instituições se volta para a valorização da descentralização administrativa, da comunicação informal, da flexibilidade nos processos de produção, assim como para o estímulo à iniciativa e à criatividade dos indivíduos e do grupo²⁷.

Nesta subcategoria, segundo alguns depoentes, entre os muitos fatores que prejudicam a implementação da SAE no âmbito da organização, destacam-se a carencia de pessoal de enfermagem

e de recursos materiais, problemas estruturais e organizacionais e questões ligadas ao relacionamento multiprofissional, como se pode ver de acordo com as falas a seguir:

[...] a gente trabalha em uma unidade de pronto atendimento, onde tem 1 enfermeiro no serviço todo atendendo uma média de 200 pacientes dia; com certeza ele não vai ter uma boa institucionalização. (Depoimento 5)

[...] número reduzido de enfermeiros; nós podemos ter... Temos um setor que tem 1 enfermeiro só para atender 60 leitos, ou então esse enfermeiro é diarista, só vai de 7 às 13h da tarde pra fazer pedido de material [...]. (Depoimento 2)

[...] além de falta de pessoal e de materiais, em sua maioria problemas conceituais, estruturais e organizacionais. (Depoimento 6)

[...] recursos humanos e materiais. (Depoimento 10)

Os recursos humanos são um dos fatores mais relevantes na operacionalização da SAE, tanto no aspecto quanti-qualitativo, quanto no que se refere à função de cada elemento da equipe. No aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem/enfermeiros é o fator que predomina, prejudicando a implementação da SAE. Uma vez que essa prática exige a presença ininterrupta dos enfermeiros nas unidades, esta é uma variável que precisa ser considerada no dimensionamento e seleção de pessoal. Essas afirmações permitem questionar se as instituições de saúde brasileiras estão preparadas e interessadas em aumentar seu quadro de enfermeiros, em quantidade suficiente que garanta a implantação efetiva dessa metodologia²¹.

Os diretores de hospitais costumam não privilegiar espaços para a correta estocagem de materiais e medicamentos. Alguns poucos confundem

almoxarifado com depósito, sem nenhum controle. O mesmo se pode comentar em relação à atenção aos recursos humanos que atuam na área. Nem sempre os funcionários são devidamente valorizados ou recebem o treinamento adequado²⁸.

Com relação aos problemas estruturais e organizacionais, inclusive associadas às relações de poder entre os profissionais podem ser observadas de acordo com as falas a seguir:

[...] problema [...] administrativo do próprio hospital. (Depoimento 2)

[...] as barreiras impostas pelo sistema de saúde como redação em prontuários restrita aos médicos; ausência de discussão de casos clínicos pelos enfermeiros do plantão; falta de impressos adequados para estimulação da implementação da assistência. (Depoimento 11)

As fases do planejamento para a implementação da SAE revelam um processo bastante complexo, e que, antes de tudo, faz-se necessário conhecer a estrutura institucional onde ela será implantada. Além disso, é preciso distinguir os aspectos que podem contribuir para a sua implantação e os que podem prejudicá-la²¹.

Médicos e profissionais de enfermagem, no desempenho de suas funções diferenciadas, nem sempre conseguem se comunicar adequadamente em função do saber que o médico detém para se apropriar do objeto do trabalho e conduzir a produção do assistir. Muitas vezes, o médico altera condutas e não comunica aos demais agentes, dificultando o trabalho cooperativo²⁹.

Ao mesmo tempo, é importante lembrar que a enfermagem é uma profissão de mulheres e como tal, no processo histórico de sua evolução, sempre foi considerada como elemento de apoio, sempre subordinado, e nunca como agente principal das ações sociais. Em muitos lugares a assistência de enfermagem ainda é subsidiada pelo trabalho do médico e, quanto às Enfermeiras, estão habituadas

a cumprir ordens, a esperar que lhes digam o que fazer e como devem se conduzir³⁰.

Atualmente, na prática profissional, observa-se, muitas vezes, a ausência de um posicionamento questionador e de caráter científico por parte da enfermeira, ainda mantendo atitudes de obediência e submissão às ordens médicas e, conseqüentemente, enfrentando dificuldades e a falta de cooperação por parte dos membros da equipe multiprofissional³⁰.

[...] modelo arcaico [...] trabalhar com a equipe médica, sentar e discutir, ver o melhor para o cliente, eu acredito na enfermagem assim, mesmo tendo sido formada naquele modelo clássico onde o enfermeiro era apenas um mero executor de tarefas. (Depoimento 1)

O cumprimento das tarefas com exatidão, firmeza e disciplina sempre foi exigido na enfermagem como mola mestra para a execução de uma assistência dita de qualidade, mesmo que isto implique em uma assistência que prioriza a execução de técnicas, sem levar em consideração a forma como o paciente sente, percebe ou recebe o cuidado³⁰.

A utilização da SAE favorece o desenvolvimento dos papéis específicos da enfermagem e demonstra a complexidade do cuidado prestado. Além disso, contribui para que o profissional deixe de ser um mero executor de tarefas, e passe a ser membro real e integrante da equipe de saúde, capaz de avaliar suas ações, produzindo melhoria real na qualidade da assistência³¹.

O fato de o trabalho estar sendo influenciado pela divisão social reflete no atendimento fragmentado ao paciente, como nos mostra a fala a seguir:

[...] por mais que a gente tenha avançado no tempo você ainda vê que o nosso cliente é segmentado, uma parte é [...] de competência da nutrição, parte é [...] de competência do médico [...]. (Depoimento 1)

O processo de trabalho em saúde está baseado em regras de fragmentação, rotinização e centralização nas funções a serem executadas pelos diversos profissionais⁵.

Estudos mostram que a prática de enfermagem ainda está centrada no modelo médico hegemônico, o qual privilegia práticas prioritariamente curativas, fragmentadas e de baixa resolutividade. Apesar disso, instituídos em busca da promoção da saúde e da inúmeros esforços por parte dos enfermeiros têm sido integralidade da assistência³².

Considerações Finais

Através do presente estudo, pode-se perceber que os profissionais participantes da pesquisa possuem conhecimento sobre importância da escolha do modelo teórico na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, a fim de promover a melhoria da qualidade da assistência. Por se tratar de um norteador no qual o profissional terá condição de elaborar seu plano assistencial, visando cumprir as metas do serviço e da organização de enfermagem e com coerência à filosofia institucional, o reconhecimento do real papel do enfermeiro é fundamental para garantir a implementação dos modelos e da continuidade da SAE.

Foram também evidenciados fatores relacionados aos desafios enfrentados pelos enfermeiros no processo de implementação dos modelos teóricos, nos quais são encontrados fatores de ordem pessoal, tais como a falta de interesse por parte dos profissionais envolvidos, fatores de ordem profissional, como a falta de conhecimento técnico-científico, habilidade, preparo adequado na graduação, desconhecimento da legislação profissional, e os fatores de ordem institucional, que apontam a falta de apoio institucional, de reconhecimento profissional e a ausência de recursos.

Diante dos fatos apresentados concluímos que ainda é deficitário o processo de implementação dos modelos teóricos e da própria Sistematização da Assistência em nosso país, observando a necessidade de haver maior interesse por parte das instituições de saúde no sentido de investir no desenvolvimento da educação continuada voltada para o aprimoramento e capacitação de pessoal, a fim de incentivar os enfermeiros e despertar o seu interesse em implementar uma assistência de forma organizada e mais eficaz, visando a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, de acordo com suas necessidades e, ao mesmo tempo, trazendo praticidade ao trabalho da equipe multidisciplinar, maior reconhecimento e valorização do profissional de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- 1 Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 2 McEwen, Melanie; Wills, Evelyn M. Bases Teóricas para Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 2009.
- 3 Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEN 358/2009. [acesso em 10 abr 2011]. Disponível em:<http://www.portalcofen.gov.br/node/4384>
- 4 Felix NN, Rodrigues CDS, Oliveira VD. Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. Arq Cienc Saúde 2009 out/dez; 16(4): 155-60.
- 5 Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enferm [periódico na internet] 2009 abr/jun [acesso em 04 abr 2011]; 18(2): 280-9.
- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf>
- 6 Backes DS, Schwartz E. Implementação da sistematização de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. Ciência Cuidado Saúde [periódico na internet]. 2005 maio/ago [acesso em 04 abr 2011]; 4(2): 182-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5247/3374>
- 7 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes; 2002.
- 8 Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Rev Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. [periódico na internet] 2005 jan/jul [acesso em 23 maio 2011]; 2(1): 68-80. Disponível em: www.emtese.ufsc.br
- 9 Ministério da Saúde (Br). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 10 out 1996.
- 10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo(SP): Hucitec-Abrasco; 2008.
- 11 Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo(SP): Cortez; 1989.
- 12 George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre(RS): Artes Médicas Sul; 2000.
- 13 Leopardi MT, organizador. Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis(SC): Papa-Livros; 1999.
- 14 Carraro TE, Westphalen MEA. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para prática. Goiânia(GO): AB; 2001.

15 Oliveira LM, Evangelista RA. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): excelência no cuidado. Perquierere [periódico na internet] 2010 ago [acesso em 04 abr 2011]; 7(1): 83-8. Disponível em:

16 Pinto CAL. A importância do enfermeiro na central de material esterilizado. [acesso em 14 jun 2011]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/11854/1/A-Importancia-do-Enfermeiro-na-Central-de-Material-Esterilizado/pagina1.html>

17 Damas KCA, Munari DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: reflexão sobre o aprendizado dessa habilidade. Rev Eletronica Enferm [periódico na internet] 2004 [acesso em 28 jul 2011]; 6(2): [aproximadamente 6 p]. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/811/928>

18 Martins MCFN. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. Psychiatry [online]. Disponível em http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php

19 Hermida PMV. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm 2004; 57(6): 729-32.

20 Matté VM, Thofehm MB, Muniz RM. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. Revista Gaúcha de enfermagem, Porto Alegre (RS) 2001 jan; 22(1): 101-21.

21 Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006 set/out; 59(5): 675-9.

22 Abrahão AL, Santos M, Leonardo SC, Souza RF. A dissonância entre formação do enfermeiro e sua prática de trabalho. Vidya [periódico na internet].

2010 jan/jun [acesso em 28 jul 2011]; 30(1): 53-60. Disponível em: http://sites.unifra.br/Portals/35/Artigos/2010/vol1_1/dissonancia.pdf

23 Kletember DF, Mantovani MF, Lacerda MR. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? Rev Bras Enferm 2003 [acesso em 28 jul 2011]. Disponível em: http://www1.capes.gov.br/estudos/dados/2003/40001016/020/2003_020_40001016045P7_Programa.pdf

24 Mayer M, Costenaro RGS, Mota MS, Fossá MIT. A importância da comunicação organizacional na atuação da equipe multidisciplinar de saúde. Encipecom [periódico na internet] [s.d.] [acesso em 27 jul 2011]. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/7/72/GT1>

25 Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEN 159/1993. [acesso em 08 jun 2011]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1970/resolucao-cofen-159-1993-dispoe-sobre-a-consulta-de-enfermagem>.

26 Ortiz MCS. O movimento para (re) configuração sindical das enfermeiras no Brasil e no Peru: um estudo histórico comparado. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 2006.

27 Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ciência da Informação [periódico na internet] 2004 [acesso em 29 jul 2011]; 33(1). Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/viewArticle/62/56#>

28 Paulus Júnior A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. Rev Espaço para a saúde. [periódico na internet] 2005 dez [acesso em 29 jul 2011]; 7(1): 30-45. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Gerenciamento.pdf>

29 Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latinoam Enferm 2004 maio/jun; 12(3): 469–76.

30 Padilha MCS, Sobral VRS, Leite LMR, Peres MAA, Araújo AC. Enfermeira – a construção de um modelo a partir do discurso médico. Rev Esc Enf USP [periódico na internet]. 1997 [acesso em 03 ago 2011]; 31(3): 437–51. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/390.pdf>

31 Carvalho A, Muniz G, Marques AC, Sales N, Travassos V, Rios CT. Sistematização da assistência de enfermagem à cliente acometida por doença trofoblástica gestacional. 61º Congresso

Brasileiro de Enfermagem; 2009 dez 7–10; Fortaleza [acesso em 03 ago 2011]. Disponível em:

http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01702.pdf

32 Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. Rev Eletr Enf [periódico na internet]. 2008 [acesso em 03 ago 2011]; 10(4): 1124–37. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>.