



RIES, v.4, n.1 (9) 2015

RIES:

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde ligada ao Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

V. 4 – Nº 1 – 2015

Editor:
Joel Haroldo Baade

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Caçador -SC

R454r

Revista eletrônica Interdisciplinar de Estudos em Saúde da
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP / Universidade Alto
Vale do Rio do Peixe. v.1, n.1. 2012. Caçador (SC): UNIARP, 2012.
Semestral (online)
ISSN: 2238-832X

1. Saúde. 2. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP -
Periódico. I. Título.

CDD: 610.05

Editor(a)

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Adriana Romão, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Prof. Dr. Kleber Prado Filho, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Profa. Dra. Patricia Aparecida Batista Schepman, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, Estados Unidos da América do Norte

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Comissão Científica *ad hoc*

Prof. Esp. Adriano Luiz Maffessoni, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Esp. Adriano Slongo, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Aline Aparecida Foppa, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Profa. Ms. Ana Cláudia Lawless Dourado, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Ana Paula Frigeri, Uniarp, Caçador, SC

Prof. Ms. Claudio Sergio Costa, UNIBAVE, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Profa. Esp. Cristianne Confessor Castilho Lopes, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Daniela dos Santos, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Dayane Carla da Silva Borille, UNIARP, Brasil

Profa. Dra. Fátima Noely da Silva, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Jadson Justi, Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Profa. Esp. Maria Aparecida, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Marileusa Carvalho, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Mario Bandiera, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Marivane Lemos, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Profa. Ms. Patrícia Santos, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Roberta Aparecida Varaschin, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Rosemery Andrade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Siham Abdel Amer, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Talize Foppa, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Tarso Waltrick, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Tathiana Carla Gelinski, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Wanderléia de Oliveira Tragancin, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Vilmair Zancanaro, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Capa

Denise Bolzan Barpp

Taise de Almeida

Editoração Eletrônica

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Bibliotecária

Célia de Marco

RIES – Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde é um periódico semestral do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) publicado em formato eletrônico (ISSN: 2238-832X). A revista publica textos inéditos na área da saúde e textos interdisciplinares em diálogo com pelo menos uma das três linhas de pesquisa definidas pelo grupo: Investigação de compostos com atividade biológica; Reabilitação e Terapêuticas tradicionais e complementares; Saúde Pública e humanização. Ela atua como canal de socialização de conhecimento e de pesquisas relacionadas à área da saúde.

Missão: Divulgar conhecimento e apresentar resultados de pesquisas inovadoras na área da saúde e de áreas afins que abordem temas relevantes para o contexto brasileiro. Ser um registro público e histórico do conhecimento contemporâneo na área da saúde. Propagar o conhecimento produzido pelos membros do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e de academias e pesquisadores(as) que com ele cultivem redes de conhecimento.

Indexadores e bases de dados: Este periódico está indexado no Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER/IBICT), no Latindex (Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal), no Sumários.org emagrecer rapidamente e no Catálogo da Biblioteca da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP. Cadastrado no Diadorim, diretório de políticas das revistas científicas brasileiras sobre o acesso aberto aos artigos por meio de repositórios institucionais.

SUMÁRIO

EDITORIAL (<i>Joel Haroldo Baade - Editor</i>)	6
--	---

DOSSIÊ: TEORIAS E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DOMICILIAR (<i>Maria Tereza Soratto, Luciane Bisognin Ceretta, Maria Edelani Silva dos Santos</i>)	10
---	----

ERRARE HUMANUM EST: FATORES QUE INFLUENCIAM O ERRO PROFISSIONAL EM SAÚDE (<i>Jaqueline Szurlan, Josué Souza Gleriano, Jadson Justi</i>)	24
---	----

A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇA CRÔNICA: A PERSPECTIVA DO PRINCIPAL CUIDADOR (<i>Etiene Pereira Costa, Andressa Lüdtke Hoch, Márcia Aparecida Miranda de Oliveira</i>)	39
---	----

ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM BASE NA TEORIA DE IMOGENE KING (<i>Monica Ferronato, Fabiana Carla Dalla Costa, Eloisa Aparecida Pires, Luciana Hendges, Maria Elisabeth Kleba</i>)	56
---	----

OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TENTATIVA DE SUICÍDIO (<i>Maria Tereza Soratto, Elaine Bortolin Pereira de Aguiar, Luciane Bisognin Ceretta</i>)	68
---	----

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA DE UMA EQUIPE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (<i>Carolina Carbonell Demori, Isadora Machado Viana</i>)	83
--	----

O ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE PORTADORES DE HANSENÍASE (<i>Renata Ferreira da Silva Cazari, Nelda Weber, Josué Souza Gleriano, Jadson Justi</i>)	90
--	----

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE

A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL ATÉ SE EFETIVAR COMO POLITICA SOCIAL PÚBLICA (<i>Marilene Boscari, Fátima Noely da Silva</i>)	108
--	-----

SÍNDROME DE BURNOUT: OS PROFESSORES ESTÃO EM PERIGO? (<i>Fabiana Meneghetti Dallacosta, Ivan Ferreira Antonello, Maria Helena Itaquí Lopes</i>)	128
---	-----

AÇÕES EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ALEITAMENTO MATERNO (<i>Eveline Bruno Marietto Nonato, Andreia da Silva Oliveira</i>)	140
--	-----

VIVÊNCIA FAMILIAR NOS CUIDADOS DOMICILIARES EM FINAL DE VIDA E PROCESSOS DE LUTO (<i>Fabíola Langaro, Hercílio Hoepfner Junior, Marcia Terumi Kaibara Hatori, Simoni Aparecida Neri, Marcia Valeria Vianna Liell, Andrea Hellena dos Santos</i>)	153
--	-----

EDITORIAL

Prezados leitores e leitoras de RIES,

Em 2015, RIES chega ao seu quarto volume e nono número publicado. Com satisfação constatamos que a revista tem se firmado cada vez mais como relevante veículo de divulgação científica da comunidade local, regional e nacional. Evidentemente ainda há muito trabalho a ser feito, objetivos importantes, tais como a inclusão no sistema Qualis Capes, ainda não foram alcançados. Entretanto, passos expressivos para o seu alcance já foram dados. O Conselho Editorial da revista está sendo progressivamente ampliado e diversificado; a revista está a cada nova edição figurando em novos indexadores, o que amplia a sua relevância e abrangência; a origem dos textos publicados se tornou mais diversa; e assim por diante.

Nesta edição, trazemos à lume onze (11) textos, sendo que sete (7) deles integram o dossiê temático sobre Teorias e Práticas em Enfermagem e quatro (4) compõem a seção sobre temas interdisciplinares na área de saúde. A trajetória da Enfermagem no Alto Vale do Rio do Peixe não é recente. O Curso de Enfermagem foi implantado na Universidade do Contestado – UnC através do Decreto de autorização nº 80553 de 1977, reconhecido pela Portaria Ministerial nº 28 de 1982. Desde então, o curso passou por várias atualizações na sua matriz curricular com vistas a acompanhar as modificações sugeridas no currículo mínimo, com o objetivo de orientar a formação e o trabalho do enfermeiro em particular, considerando as características da profissão, sua evolução e suas tendências futuras. O Campus universitário de Caçador passou a ofertar o Curso de Enfermagem a partir do ano de 2001. Em 2009, o campus universitário de Caçador desvinculou-se da Universidade do Contestado - UnC, tornando-se Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP.

Segundo o Projeto Político Pedagógico do Curso, "a formação do enfermeiro deve ser permanentemente rediscutida e atualizada devido a essa realidade, expandindo o campo de atuação – que era com maior ênfase na área hospitalar – para outros setores da sociedade que também se relacionam com a saúde". Assim, a organização de um dossiê temático da Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde (RIES) objetiva a discussão sobre novas possibilidades de reflexão e de ação da enfermagem, ou seja, ser um espaço de análise sobre teorias e práticas em enfermagem. A relação do Curso em Enfermagem da Uniarp com RIES se dá através de diversos profissionais e graduandos que participam das reuniões do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES), que é responsável pelo periódico.

O primeiro texto que compõe o dossiê traz como tema "ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DOMICILIAR" e é assinado por Maria Tereza Soratto, Luciane Bisognin Ceretta e Maria Edelani Silva dos Santos. Segundo as autoras, as perspectivas relacionadas ao cuidado domiciliar de enfermagem são crescentes; em virtude das atuais mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, gerando novas

possibilidades de atuação do enfermeiro, o que requer qualificação técnica e perfil do profissional para lidar com as relações na família de forma ética e humana.

Em seguida, Jaqueline Szurlan, Josué Souza Gleriano e Jadson Justi apresentam o texto "ERRARE HUMANUM EST: FATORES QUE INFLUENCIAM O ERRO PROFISSIONAL EM SAÚDE". Segundo eles, há falhas na estrutura de trabalho, falta de recursos humanos, o que favorece as altas sobrecargas de trabalho seguidas de salário desfavorável, dupla jornada de trabalho, falta de insumos para o desenvolvimento do trabalho de assistência e desmotivação profissional, fatores esses que geram maior probabilidade ao risco, bem como a ocorrências de erros em saúde.

"A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇA CRÔNICA: A PERSPECTIVA DO PRINCIPAL CUIDADOR" é uma análise de Etiene Pereira Costa, Andressa Lüdtke Hoch e Márcia Aparecida Miranda de Oliveira, na qual constatam que o surgimento de uma doença crônica em um indivíduo desestrutura todo o sistema familiar, e as pessoas mais próximas acabam se tornando o principal cuidador.

Monica Ferronato, Fabiana Carla Dalla Costa, Eloisa Aparecida Pires, Luciana Hendges e Maria Elisabeth Kleba, em "ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM BASE NA TEORIA DE IMOGENE KING", fazem um diagnóstico baseado no referencial de Imogene King, que cita três sistemas no desenvolvimento do processo de enfermagem: o sistema pessoal, o sistema interpessoal e o sistema social.

Em "OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TENTATIVA DE SUICÍDIO", Maria Tereza Soratto, Elaine Bortolin Pereira de Aguiar e Luciane Bisognin Ceretta fazem um estudo com objetivo de identificar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio em um hospital do sul de Santa Catarina. Segundo as autoras, o estudo demonstrou o despreparo dos profissionais para lidar com os pacientes com tentativa de suicídio relacionado aos mitos e crenças que envolvem a temática interferindo na assistência de enfermagem e a falta de capacitação na área de saúde mental.

"EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA DE UMA EQUIPE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA" de Carolina Carbonell Demori e Isadora Machado Viana é um estudo que objetiva conhecer a percepção dos profissionais de uma cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul acerca da educação permanente em saúde. Segundo os autores, pode-se verificar o quão fundamental é investir no profissional e reconhecer o saber da sua experiência, proporcionando-lhe autonomia para contextualizar a realidade e interagir com o meio, dando sentido ao trabalho enquanto profissionais da saúde e, mais precisamente, da equipe do SAMU, exercendo assim a educação no ambiente laboral.

Finalizando o dossiê, "O ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE NA

PERCEPÇÃO DE PORTADORES DE HANSENÍASE" de Renata Ferreira da Silva Cazari, Nelda Weber, Josué Souza Gleriano e Jadson Justi é um estudo com objetivo de verificar a percepção do paciente quanto ao acolhimento e assistência recebida dos profissionais de enfermagem dentro da saúde pública, bem como o envolvimento familiar no tratamento, a fim de discutir a interação da equipe de enfermagem frente a uma patologia ainda tão estigmatizada nos dias de hoje. Os autores ressaltam que ainda há muito a ser discutido quanto à qualidade na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem às pessoas portadoras de hanseníase.

Cada estudo evidenciou a importância da ação do profissional de enfermagem, em diferentes áreas de atuação. Além disso, os textos demonstram a diversidade de práticas e teorias que norteiam esta área do conhecimento, mas também dão evidência de que a interdisciplinaridade é uma exigência cada vez mais presente na construção de conhecimentos também nas áreas disciplinares. A complexidade da existência humana exige a complementaridade das ciências.

Finalizando o número, contamos ainda com quatro contribuições na seção sobre estudos interdisciplinares em saúde. "A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL ATÉ SE EFETIVAR COMO POLÍTICA SOCIAL PÚBLICA" é um relato histórico sobre a assistência social no Brasil e é assinado por Marilene Boscari e Fátima Noely da Silva. Fabiana Meneghetti Dallacosta, Ivan Ferreira Antonello e Maria Helena Itaquí Lopes contribuíram com o texto "SÍNDROME DE BURNOUT: OS PROFESSORES ESTÃO EM PERIGO" em que refletem sobre a realidade da atividade docente à luz da psicologia. "AÇÕES EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ALEITAMENTO MATERNO" de Eveline Bruno Marietto Nonato e Andreia da Silva Oliveira é uma reflexão sobre a necessidade de consciencitização em saúde, particularmente no que se refere ao aleitamento materno. E, finalizando o número, temos a contribuição de Fabíola Langaro, Hercílio Hoepfner Junior, Marcia Terumi Kaibara Hatori, Simoni Aparecida Neri, Marcia Valeria Vianna Liell e Andrea Hellena dos Santos, que trazem ao leitor o seu estudo "VIVÊNCIA FAMILIAR NOS CUIDADOS DOMICILIARES EM FINAL DE VIDA E PROCESSOS DE LUTO".

Agradecemos aos autores que contribuíram para a constituição da edição, bem como aos pareceristas que analisaram todos os textos submetidos. Embora nem todos os textos tenham sido elegidos para publicação no dossiê, e considerando o número significativo de submissões, informamos que alguns serão publicados nas próximas edições da revista.

Cabe especial agradecimento às pesquisadoras Vilma Zancanaro, Rosemari de Oliveira e Talize Foppa, que contribuíram fundamentalmente para a organização do dossiê.

Somos gratos também aos nossos leitores e desejamos boas leituras.

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade
Editor

Dossiê:
Teorias e Práticas em
Enfermagem

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DOMICILIAR¹

Nursing Interventions in Home Care

Maria Edelani Silva dos Santos²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 25 fev. 2015
Aceito em: 16 jun. 2015

RESUMO: O cuidado domiciliar é uma estratégia de atenção à saúde que visa enfatizar a autonomia do paciente, bem como realçar habilidades funcionais em seu contexto domiciliar. O presente estudo teve como objetivo conhecer a atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um município do extremo sul catarinense. A população estudada foram enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar de pacientes particulares no município pesquisado, totalizando 4 Enfermeiros. Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada e a análise foi realizada a partir da análise de conteúdo, através da categorização dos dados. As perspectivas relacionadas ao cuidado domiciliar de enfermagem são crescentes; em virtude das atuais mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, gerando novas possibilidades de atuação do enfermeiro, o que requer qualificação técnica e perfil do profissional para lidar com as relações na família de forma ética e humana.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Assistência Domiciliar, Prática Privada de Enfermagem, Enfermagem Domiciliar.

ABSTRACT: Home care is a health care strategy to emphasize the autonomy of the patient as well as enhance functional skills in their home context. This study aimed to know the nurses actions in home care. This is a research, qualitative, descriptive, exploratory and field. The study was conducted in a city in the south of Santa Catarina. The study sample were nurses working in home care to private patients in city studied, totaling four nurses. Data were collected through semi-structured interviews and the analysis was performed from the content analysis, through categorization of data. The outlook for the nursing home care are increasing; due to current changes in the demographic and epidemiological profile of the population, creating new possibilities for nursing work, which requires technical skills and the professional profile to deal with relationships in the family ethical and humanely.

Keywords: Nursing care, home care, private practice of nursing, Nursing Home.

¹ Artigo baseado na Monografia de Pós-graduação/Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

² Enfermeira Pós-Graduada em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência. – UNESC. E-mail: edelani@hotmail.com.

³ Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. E-mail: luk@unes.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Educação – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil. Endereço para correspondência: R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt. 301. Ed Jatobá. Centro. Criciúma - SC. CEP: 88.801-230. E-mail: guiga@unes.net.

INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar de enfermagem se caracteriza pelas ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos (COFEN, 2014).

Desde que há vida existem cuidados. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade básica, assegurar a manutenção e continuidade da existência. O ato de cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas (BAPTISTA et al., 2012).

Sabe-se que o cuidado domiciliar diminui o tempo médio de internação hospitalar, reduz o número de reinternações, e aumenta a aderência ao tratamento do paciente sob assistência domiciliar. Além disso, nota-se a melhora da qualidade de vida do paciente e da família. Portanto, tal estratégia proporciona maior conscientização ao paciente e cuidador sobre o quadro patológico atual, proporcionando maior autonomia no tratamento, bem como as prioridades de cuidado ao paciente no domicílio (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011).

Diante desse contexto a ideia de abordar este tema surgiu pela vivência profissional, como enfermeira na assistência domiciliar de pacientes particulares e de resultados de discussão com colegas de trabalho que vivenciam essa realidade profissional. Em decorrência do significativo número de enfermeiros atuando a nível domiciliar resolveu-se realizar esta pesquisa. Surgiram inquietações relacionadas à temática, tais como: Qual o perfil do enfermeiro que atua no cuidado domiciliar? Quais os fatores relacionados à opção do trabalho do enfermeiro no cuidado domiciliar com pacientes particulares? A atuação do enfermeiro nesta área está relacionada à restrição no mercado de trabalho? Quais os desafios que o enfermeiro enfrenta neste cuidado?

Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa:

- Qual a atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar, com pacientes particulares em um município do extremo sul catarinense?

Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo conhecer a atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar.

MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como qualitativo, descritivo, exploratório e de campo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 4 enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar em um município do extremo sul catarinense. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, através da categorização de dados baseado em Minayo (2009). Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, utilizou-se

indicador alfanumérico (E1 a E4). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Projeto nº 807.696/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do perfil dos enfermeiros pesquisados

Em relação ao perfil dos enfermeiros entrevistados, todas são do sexo feminino, a idade variou de 25 a 34 anos. Quanto ao estado civil, uma (1) casada, uma (1) solteira, uma (1) divorciada, uma (1) viúva. Quanto ao tempo de formação variou de 1 a 7 anos, sendo que uma (1) tem especialização em Saúde pública com ênfase na saúde da família, uma (1) tem especialização em Neuro-intensivismo, uma (1) está em andamento, uma (1) com nenhuma especialização. Quanto ao tempo de trabalho no cuidado domiciliar uma (1) tem 4 anos, uma (1) tem 3 anos, uma (1) tem 1 ano e 8 meses, uma (1) tem 2 anos. Das enfermeiras entrevistadas duas (2) tem 1 filho cada, duas (2) não tem filhos.

As enfermeiras entrevistadas são jovens, sendo que a maioria atua no cuidado domiciliar desde a formação na graduação, com média de 1 a 4 anos de trabalho no domicílio.

A Enfermeira E1 já vivenciou várias experiências na prática profissional, tanto na área de saúde coletiva como em áreas consideradas críticas: **E1-** “*Sim. ESF (Estratégia saúde da família), SAMU (USA) e UTI móvel da Unimed.*”

A enfermeira E4 teve experiência na área de Emergência e em educação em saúde escolar: **E4-** “*Bombeira voluntária, palestrante do SESC- projeto transando saúde escolas e Crás.*”

As enfermeiras E2 e E3 ainda não tiveram outras experiências na prática profissional, além do cuidado domiciliar.

E2- “Não, somente na área domiciliar.”

E3- “Não.”

O cuidado no domicílio é entendido como aquele desenvolvido tanto com pacientes quanto com familiares no contexto de suas residências, visando acompanhamento, tratamento e à reabilitação de indivíduos em resposta às suas necessidades e as de seus familiares (BAPTISTA et al., 2012).

Conforme Silva et al (2014) a enfermagem insere-se nos diversos serviços de atenção domiciliar com diferentes possibilidades de atuação, tendo um papel de destaque por sua habilidade em exercer diferentes atividades, como gestão, supervisão, identificação de situações de riscos ou vulnerabilidade, além da articulação dialógica com a família e demais funcionários da residência em que se estiver atuando.

Patologia dos pacientes em Cuidado Domiciliar

A doença mental com necessidades de acompanhamento domiciliar do paciente foi relatada pelas enfermeiras **E1, E2, E3** - “*Transtorno bipolar.*”

O transtorno bipolar é uma doença multifatorial e crônica, que causa um comprometimento importante na qualidade de vida de seu portador. Caracteriza-se por oscilações importantes de humor entre os polos da euforia (mania) e depressão. Pode ocasionar prejuízos funcionais, dificuldades para o autocuidado, comportamentos não aceitos socialmente e problemas de relacionamento interpessoal (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012).

O cuidado de enfermagem para pacientes com doença mental, vai muito além do que garantir alimentação, higiene, sono e lazer, deve-se também estabelecer um relacionamento terapêutico, onde possa haver uma escuta qualificada que é um importante constitutivo na clínica da enfermagem psiquiátrica. Esse estabelecimento de relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente, permite uma assistência de enfermagem pautada no sujeito, trabalhando sua subjetividade de maneira empática (ESTRELA; LOYOLA, 2014).

As complicações decorrentes da diabetes descompensada, foi relacionada a patologia do paciente sob os cuidados da enfermeira **E4** - “*Anoxia cerebral decorrente de cetoacidose, Diabete mellitus tipo 1, acamada.*”

A diabetes mellitus é considerada uma epidemia na atualidade, e por ser uma doença crônica produz sérios problemas de saúde pública. As doenças crônicas são definidas como aquelas que se caracterizam por serem permanentes e produzirem incapacidade/deficiências residuais (BAPTISTA et al., 2012).

As condições crônicas constituem problemas de saúde com sintomatologia ou incapacidades relacionadas, que exigem tratamento de longo prazo e podem ser decorrentes de doenças, fatores genéticos ou lesão. Afetam indivíduos de todas as faixas etárias, grupos socioeconômicos, étnicos, culturais e raciais, e apresentam elevada frequência com o avanço da idade e em grupos específicos (SOUZA; MATOS, 2010).

A atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar

A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em domicílio é amplo, variado e diversificado, consistindo desde os procedimentos técnicos até o apoio emocional:

E1- “É de forma ampla e integral. Buscando sempre proporcionar um cuidado qualificado através da avaliação e observação. É realizada administração de medicamentos, apoio psicológico, comunicação/dialogo e lazer.”

E2- “O cuidado de enfermagem baseia-se na observação, aferir sinais vitais, apoio psicológico, preparo e administração de medicação.”

E3- “A assistência de enfermagem é prestada com ênfase na observação, avaliação

de sinais, aplicando o cuidado necessário, administração de medicamentos, apoio psicológico e providenciando para que toda estrutura seja adequada para prestar o cuidado necessário. ”

E4- “Cuidado integral, equipe 24 horas, cuidados que envolvem medicações, procedimentos como: banho de leito, higiene e conforto, insulinas, administração de dieta via sonda jejunostomia, cuidados com a traqueostomia, evolução de enfermagem entre outros. ”

O cuidado realizado na casa das pessoas oferece-lhes mais liberdade de criação e condução das suas atividades como definição de horários para banhos, alimentação e medicamentos, rotina de troca de fraldas, mudança de decúbito e mobilização de acordo com a disponibilidade dos cuidadores e dinâmica da casa, fortalece a confiança do paciente com seu cuidador construindo vínculos mais fortes. (SILVA et al., 2010).

Segundo Resolução-COFEN nº 267/2001, dispõe a respeito das atividades de enfermagem em cuidado domiciliar, definindo-se em “Enfermagem em Domicílio-Home Care”, prestando serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio.

A Resolução - COFEN nº 0464/2014, normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. A Atenção Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

- Atendimento Domiciliar: compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistências, desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares.

- Internação Domiciliar – é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínuo e até mesmo ininterrupto, no domicílio, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

- Visita Domiciliar: considera um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido.

A atenção domiciliar de Enfermagem pode ser executada no “âmbito da atenção primária e secundária, por enfermeiros que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas que ofereçam serviços de atendimento domiciliar” (COFEN, 2014, p.1).

A atenção domiciliar de enfermagem deve ser executada no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo pautada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, com a operacionalização do Processo de Enfermagem, de acordo com as etapas previstas na Resolução COFEN nº 358/2009, a saber: “coleta de dados de (histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; avaliação de enfermagem” (COREN, 2014, p.1).

A Resolução - COFEN nº 0464/2014, art. 4º considera que todas as ações

concernentes à atenção domiciliar de enfermagem devem ser registradas em prontuário, a ser mantido no domicílio, para orientação da equipe. Deverá ser assegurado, no domicílio do atendimento, instrumento próprio para registro da assistência prestada de forma contínua.

O registro da atenção domiciliar de enfermagem envolve: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa e família; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa e família à situação que estão vivenciando; os resultados esperados; as ações ou intervenções realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas; as intercorrências (COFEN, 2014, p.1).

O registro da atenção domiciliar e as observações efetuadas deverão ser registrados no prontuário, enquanto documento legal de “forma clara, legível, concisa, datada e assinada pelo autor das ações. Os Conselhos Regionais de Enfermagem são responsáveis para implementar ações fiscalizatórias junto aos profissionais de enfermagem que atuam em domicílio” (COFEN, 2014, p.1).

Os motivos que o levaram o Enfermeiro a trabalhar com cuidado domiciliar

Quanto aos motivos do trabalho da enfermeira E1 e E3 no cuidado domiciliar está relacionado às oportunidades oferecidas; sendo ressaltado pela enfermeira E3 que a permanência nesta área de atuação ocorreu em virtude dos vínculos criados com a família e resolutividade decorrente da assistência de enfermagem:

E1- “A oportunidade de trabalhar em um âmbito diferente das minhas atuações anteriores.”

E3- “Inicialmente a oportunidade. Os motivos pelo qual permaneci, são o vínculo criado com a paciente e presenciar os resultados alcançados pela boa assistência de enfermagem.”

A enfermeira E2 relatou como motivo para o trabalho na área de cuidado domiciliar:

E2- “Gosto do cuidado domiciliar pois você vê a melhora e tem a continuidade do cuidado.”

Já a enfermeira E4 optou pela área em virtude da necessidade: **E4** - “A especialização em Neuro-Intensivismo e a pouca vontade de estar no âmbito hospitalar, além de difícil acesso ao mesmo.”

Segundo Silva et al (2014), a assistência domiciliar tem obtido uma revalorização nos últimos anos, que pode ser considerada uma resposta às atuais mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e mundial. No Brasil, os registros de experiências de serviços de atenção domiciliar na produção do cuidado em saúde datam do início da década 1990, seguindo a tendência mundial de investimento nessa assistência.

As perspectivas relacionadas ao cuidado domiciliar são crescentes. Observa-se o interesse de muitos profissionais, bem como o incremento na formação de profissionais capacitados para abordar o planejamento, coordenação e avaliação das ações, a fim de constituir um processo contínuo de articulação com demais setores,

cujas ações estejam relacionadas ao paciente e a família. O futuro aponta para novos espaços e novas relações de trabalho para a enfermagem no que se refere ao atendimento domiciliar, em que o trabalho empregado na prestação do cuidado deve ser revisado, bem como as formas contratuais exercidas atualmente (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011, p.860).

A atuação do enfermeiro na área de cuidado domiciliar está em desenvolvimento em virtude do aumento das doenças crônicas degenerativas e o envelhecimento da população, o que requer qualificação da assistência de enfermagem no âmbito domiciliar.

As facilidades para a assistência de enfermagem no cuidado domiciliar

A enfermeira E1 ressaltou como facilidade a possibilidade de prestação de assistência integral ao paciente em cuidado domiciliar e a enfermeira E4 os recursos materiais e financeiros:

E1- “É de poder prestar uma assistência integral e ampla.”

E4- “No local onde trabalho, devido a favorável condição financeira a infraestrutura é adequada e de boa qualidade. Equipamentos modernos e produtos eficazes.”

Destaca-se na fala das enfermeiras E2 e E3 a autonomia no processo de trabalho em cuidado domiciliar:

E2- “Autonomia para planejar a assistência.”

E3- “As facilidades são a autonomia da enfermagem na assistência.”

Segundo a Resolução - COFEN nº 0464/2014, art. 2º na atenção domiciliar de enfermagem, compete ao Enfermeiro, privativamente:

dimensionar a equipe de enfermagem; planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem; organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro; atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente; executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas (COREN, 2014, p. 1).

Experenciar o cuidado domiciliar na perspectiva de compartilhar com o indivíduo e sua família a busca da autonomia é um desafio e uma meta. Desafio porque em meio a inúmeras situações de cuidado, ter o objetivo de acompanhá-lo no desenvolvimento de busca para o cuidado de si, com o mínimo de dependência de outros é muitas vezes um chamamento para descobrir formas e possibilidades de vivência de uma vida digna e com saúde. É também uma meta porque um dos objetivos de cuidado da enfermeira(o) domiciliar é que o indivíduo e sua família possam capacitar-se para seu próprio cuidado e que isto aconteça nas mais diferenciadas condições de viver (LACERDA, 2010).

O atendimento domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento médico residencial; é

um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente, visa proporcionar maior tranquilidade à família no cuidado de seu familiar doente, principalmente, ajudar o cliente e a família a ter um estilo de vida saudável, independente da doença ou problema de saúde e de seu tratamento (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011, p.860).

Desta forma, a atenção domiciliar de enfermagem abrange “um conjunto de atividades desenvolvidas por membros da equipe de enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos” (COFEN, 2014, p.1).

Este cuidado técnico deve contemplar o cuidado humano e ético; objetivando uma melhor qualidade de vida ao paciente e a família no domicílio.

As dificuldades e os desafios enfrentados pelo enfermeiro no cuidado domiciliar

As enfermeiras E1 e E2 consideram que o esclarecimento da família é um grande desafio a ser enfrentado no cuidado domiciliar:

E1 - “A família da paciente. Entender a situação que se encontra e seus limites.”

E2 - “As dificuldades são orientar e esclarecer aos familiares a fase e a patologia que a pessoa tem.”

As dificuldades que surgem no processo de trabalho estão relacionadas ao entendimento da família e os demais funcionários sobre a doença do paciente. Muitas vezes não compreendem as fases da doença, questionam a conduta do profissional, até por não entender as limitações que o paciente tem.

De acordo com Lacerda (2010), o contexto familiar engloba questões sociais, econômicas, culturais e relacionais que adquirem uma perspectiva especial, a qual deve ser observada pela enfermeira ao realizar o cuidado domiciliar. É necessário atentar aos padrões culturais deste indivíduo, família e comunidade, respeitando suas tradições, hábitos, sentimentos e necessidades, a fim de enaltecer a humanização e a autonomia dos envolvidos no cuidar. O sucesso do cuidado domiciliar está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo.

As dificuldades inerentes ao trabalho de equipe foram ressaltadas pelas enfermeiras E3 e E4; além da falta de estrutura física (E3) e falta de incentivo para especialização (E4):

E3 - “As dificuldades são conscientizar, os demais moradores (funcionários) da residência quanto a patologia da paciente e algumas vezes falta de estrutura adequada.”

E4 - “Primeiro o reconhecimento por se tratar de um quadro patológico permanente os contratantes não observam os frutos de um trabalho, pois a paciente não apresenta melhora.

Pouco incentivo ao profissionalismo, cursos, e aos estudos de modo geral”.

No atendimento domiciliar a equipe de enfermagem tem que lidar não só com o paciente, mas também com família e em alguns casos com funcionários da residência e os mesmos tem necessidades constantes de orientação quando ao paciente e as particularidades de sua doença. O desafio para equipe de enfermagem e tornar a família uma unidade de apoio importante para o paciente, pois as atividades no domicilio objetivam assistir integralmente o indivíduo sem tira-lo do convívio familiar, favorecer a compreensão de mudanças decorrentes de seu adoecimento, para facilitar as adaptações necessárias para o atendimento de suas necessidades básicas (MARUITE; BAULI, ZURITA, 2013).

O Enfrentamento dos desafios no Cuidado Domiciliar

Os desafios no cuidado domiciliar são enfrentados pelas enfermeiras através do diálogo, conversa, comunicação com o paciente; família e equipe multidisciplinar:

E1- “Através da informação, da comunicação, para entender que já é uma idosa de 70 anos, não pode mais lidar como se tivesse 40 anos, um exemplo”.

E2- “O enfrentamento tem que ser com conversa, esclarecimentos sobre a patologia e medicação.”

E3- “Os desafios são enfrentados com dialogo, realizando reuniões com a equipe de enfermagem e com os demais envolvidos (familiar, empregados).”

O trabalho do enfermeiro no contexto domiciliar consiste em cuidar, ajudar a cuidar, orientar e encaminhar. Os seus conhecimentos e o vivenciar das situações possibilitam-lhe saber como agir e exigem capacidade de readaptação constante, criatividade e atitude interdisciplinar.

A parceria entre profissionais e pessoas que cuidam deve possibilitar a sistematização de tarefas a serem realizadas no domicílio, privilegiando ações de promoção à saúde, prevenção de incapacidades, manutenção da capacidade funcional, evitando, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos, outras formas de segregação e isolamento (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011, p 865).

É importante que o enfermeiro conheça as reais necessidades de cuidado de seus clientes, a partir da determinação do grau de dependência em relação à equipe de enfermagem. O desempenho da equipe de enfermagem está relacionado diretamente à adequação do tempo de permanência do profissional no domicílio e de acordo com as necessidades do paciente e da família (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011).

A enfermeira E4 relatou que mantém a continuidade do cuidado domiciliar, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano; além de buscar o aperfeiçoamento contínuo enquanto profissional: **E4-** “*Continuo executando meu trabalho, pois gosto muito do que faço. Estudo e faço cursos frequentemente mesmo com as reclamações das colegas frente a*

algumas alterações na escala de horário.”

Segundo Silva et al (2014), a uma certa fragilidade para atuação do enfermeiro no domicílio, uma vez que a formação obtida pouco aponta para as questões de cuidado no domicílio, prevalecendo o modelo biomédico com o cuidado centrado na doença. A partir disso percebe-se a urgência de se incluírem novas abordagens que possam capacitar o profissional para essa especialidade.

Assim no domicílio, o enfermeiro tem o papel de facilitador do processo de cuidar, incluindo a educação em saúde e o gerenciamento do caso do usuário e de seus familiares. Com o exposto, reconhecemos que o ambiente domiciliar apresenta particularidades que devem ser consideradas durante o processo de formação dos profissionais de enfermagem. Contudo, essa formação pouco aposta nas questões relativas ao cuidado domiciliar, suas perspectivas, particularidades e o perfil necessário para um profissional trabalhar nessa área (SILVA et al, 2014, p. 504).

O espaço domiciliar permite lidar com situações novas, proporcionando constante aprendizado ao profissional de saúde. Porém, tal estratégia coloca o enfermeiro numa posição que exige capacidade de decisão e autonomia, perante o paciente que está sob sua responsabilidade técnica e legal. Frente a este contexto, a falta de capacitação em assistência domiciliar gera dificuldades quanto ao exercício profissional, exercício da autonomia, habilidades de relacionamento interpessoal, bem como de relação de ajuda (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2012).

Satisfação do enfermeiro para o Processo de Trabalho no Cuidado Domiciliar

As enfermeiras E1; E2; E3 estão satisfeitas e gostam do trabalho que envolve o cuidado domiciliar:

E1- “Sim. Gosto bastante, por ser uma área diferente das outras que já trabalhei. Aqui é mais tranquilo. Não lida com várias pessoas e doenças todos os dias.”

E2- “Sim, é uma área linda, pouco valorizada mais quem conhece o trabalho se apaixona.”

E3- “Sim, muito satisfeita.”

A enfermeira E4 não sente-se satisfeita com o trabalho atualmente: **E4-** “Neste momento não me sinto satisfeita ou realizada, principalmente após 3 anos de cuidados dedicados a um paciente que não pode relatar se gosta da maneira como eu executo meu trabalho, pois ela não fala ou expressa suas vontades.”

A atenção domiciliar possui potencial para construção de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar que atendem as necessidades dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção domiciliar. A atenção domiciliar como modalidade substitutiva de atenção à saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos e articulação das propostas em curso (SILVA et al,

2010).

A continuidade do trabalho do Enfermeiro no Cuidado Domiciliar

Quando as enfermeiras E1 e E3 foram questionadas sobre a pretensão de continuar na área de atuação domiciliar, responderam que sim, relacionado a autonomia e qualificação do cuidado:

E1- “Sim. Porque além de gostar, acaba criando um vínculo maior com a paciente. É um ambiente tranquilo, podendo proporcionar uma assistência mais qualificada.”

E3- “Sim pretendo; sinto autonomia em desenvolver a melhor maneira para prestar assistência e consigo avaliar melhor as práticas de enfermagem com foco nos resultados.”

Alguns dos benefícios de atuar no cuidado domiciliar é revelar e desenvolver a habilidade de raciocínio clínico e reforçar a autonomia de sua atuação. De acordo com Silva et al (2014) saber realizar a técnica é condição primordial para a atuação do enfermeiro no domicílio, mas reforça que nesse ambiente o enfermeiro bem como os demais profissionais da equipe devem atuar com autonomia nas decisões sobre a condução do processo terapêutico, e que o espaço domiciliar possibilita a reflexão das relações entre trabalhadores de saúde, usuários e família.

Já as enfermeiras E2 e E4 não pretendem continuar atuando na área de cuidado domiciliar, seja por estar se especializando em outra área (E2) ou pela falta de reconhecimento profissional (E4):

E2- “Não, pretendo atuar na área de obstetrícia e neonatologia, que é a área que estou me preparando.”

E4- “Não. Adoro muito a área neurológica, mas estudo para o vestibular em medicina. A partir do momento que fizer a clínica médica, pretendo especializar-me em neurologia e aí sim dedicar-me ao paciente e ser reconhecida como profissional qualificada ao contrário de hoje que somos vistos “quase como acompanhantes”.

A organização do trabalho exerce sobre o homem um impacto no aparelho psíquico que em certas condições geram conflitos internos, principalmente em profissionais que apresentam grandes expectativas com relação ao seu desenvolvimento profissional e dedicação a profissão e não alcançam o retorno esperado. Segundo Avila et al (2013) a falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas pelo enfermeiro no cuidado domiciliar gera insatisfação no trabalho. Ao analisar a enfermagem como ocupação profissional, pode-se perceber que existe ausência de reconhecimento social da profissão, o que possivelmente fragiliza a visibilidade da enfermagem. Portanto, há necessidade de reconhecimento da enfermagem e do enfermeiro em particular, como profissional que possui uma formação própria, tem campo de atuação específico e conhecimentos científicos que fundamentam o seu agir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em domicílio é amplo, variado e diversificado, consistindo desde os procedimentos técnicos até o apoio emocional.

Os fatores relacionados a opção do enfermeiro para a atuação no cuidado domiciliar está relacionado às oportunidades oferecidas e necessidade de trabalho; identificação com a área; além dos vínculos criados com a família e resolutividade decorrente da assistência de enfermagem.

As facilidades para o trabalho na área domiciliar citado pelas enfermeiras foram relacionadas à possibilidade de prestação de assistência integral ao paciente; recursos materiais e financeiros e a autonomia no processo de trabalho em cuidado domiciliar.

Os desafios enfrentados envolvem o esclarecimento da família; falta de estrutura física e falta de incentivo para especialização. Esses desafios são enfrentados pelas enfermeiras através do diálogo, conversa, comunicação com o paciente; família e equipe multidisciplinar; sendo necessário o aperfeiçoamento contínuo do profissional.

As perspectivas relacionadas ao cuidado domiciliar são crescentes; em virtude das atuais mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com o aumento das doenças crônicas degenerativas e o envelhecimento da população.

Desta forma constata-se que a atuação na assistência de enfermagem no domicílio gera um novo campo de atuação para o enfermeiro, o que requer qualificação técnica e perfil do profissional para lidar com as relações na família de forma ética, com respeito aos fatores culturais e sociais que envolvem a família.

O cuidado domiciliar requer a formação qualificada do enfermeiro no âmbito dos cursos de graduação e com novas perspectivas de especialização.

O processo de trabalho no cuidado domiciliar requer uma melhor clareza nas questões contratuais e aparato legal do Conselho profissional da categoria.

Sugere-se novos estudos sobre a atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar, acredita-se que seja interessante e recomendável dar-se continuidade ao mesmo com aprofundamento no processo de trabalho, e que através de estudos revelem outras realidades de cuidado domiciliar vivenciadas por enfermeiros, a procura de mais visibilidade e perspectivas dessa área de atuação para o enfermeiro.

REFERÊNCIAS

AVILA, Liziani Iturriet et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, RS, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n3/a13v34n3.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

BAPTISTA, Bruna Olegário et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v.33, n. 1, Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de Janeiro de 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resoluções. **Resolução-COFEN Nº 267/2001**. Disponível em <<http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes/page/19>> Acesso em 21 de Dezembro de 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0464/2014**. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html > Acesso em 20 de fevereiro de 2015.

ESTRELA, Kelly da silva rocha; LOYOLA, Cristina Maria Douat. Administração de medicação de uso quando necessario e o cuidado de enfermagem psiquiatrica. **REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol.67 no.4 Brasília July/Aug. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000400563&script=sci_arttext>. Acesso em 12 de fevereiro de 2015.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MACHADO, Ana Larissa Gomes; SILVA, Maria Josefina da; FREITAS, Consuelo Helena Aires. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.64, n. 2, Apr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MARUITI, andréia medeiros pires; BAULI, janaina daiane; ZURITA, Robsmeire calvo melo. Desafios no atendimento a pacientes dependentes de cuidados domiciliares: relato de experiencia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, 2013. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6723/pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

MIASSO, Adriana Inocenti; CARMO, bruna paiva do; TIRAPELLI, Carlos Renato. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapeutico e adesao ao medicamento. **Rev. Escola de Enfermagem da USP** vol.46, n.3 São Paulo, junho 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300022>. Acesso em: 15 ev. 2015.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 22 p.

SANTOS, Leticia Rosa; LEON, Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de; FUNGHETTO, Silvana Schwerz. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2015.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 1, Fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SILVA, Kênia Lara et al. Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: Implicações para o processo de formação. **Ciência, cuidado e Saúde** Belo Horizonte, MG v.13, Jul. /set. 2014. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19227/pdf_222>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; MATOS, Inayá Arcângela Torres de. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):19-24. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a04.pdf>> Acesso em: 28 jan. 2015.

ERRARE HUMANUM EST: FATORES QUE INFLUENCIAM O ERRO

PROFISSIONAL EM SAÚDE

Errare Humanum Est: Factors that influence error among health Professionals

Jaqueline Szurlan¹
Josué Souza Gleriano²
Jadson Justi³

Recebido em: 09 mai. 2015

Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: O serviço de saúde, principalmente no que abrange o cuidado de enfermagem, está muito vulnerável às ocorrências de erros, devido ao contado direto e contínuo com o paciente. Tais ocorrências acabam impactando a sociedade já que suas consequências atingem diretamente a vida de um indivíduo, podendo levá-lo a incapacidade(s) ou até mesmo ao óbito, além do comprometimento com a família e com a própria comunidade. Percebendo esse contexto, surge a necessidade de pesquisar os fatores que, no cotidiano do profissional de enfermagem, favorecem o erro. No entanto o objetivo deste estudo foi identificar os prováveis agentes que podem influenciar o profissional de enfermagem a cometer erros durante a assistência ao paciente em ambiente hospitalar. Metodologicamente este estudo apresenta cunho qualitativo transversal, por intermédio da aplicação de 31 questionários estruturados para profissionais técnicos de enfermagem de uma instituição de saúde pública da região médio norte mato-grossense. A análise deu-se através da codificação e categorização na perspectiva de conteúdo de Bardin. Os resultados apontam falhas na estrutura de trabalho, falta de recursos humanos, o que favorece as altas sobrecargas de trabalho seguidas de salário desfavorável, dupla jornada de trabalho, falta de insumos para o desenvolvimento do trabalho de assistência e desmotivação profissional, fatores esses que geram maior probabilidade ao risco, bem como a ocorrências de erros em saúde.

Palavras-chave: Erro humano. Enfermagem. Profissionais de saúde.

ABSTRACT: Providing health care, especially nursing care, is an activity very vulnerable to errors because of the direct and continuous contact with patients. Such errors have an impact on society because their consequences affect the life of individuals. Healthcare-related errors may cause disabilities or even death in addition to

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT); Pesquisadora da área de Enfermagem. E-mail: jacke-tga@hotmail.com.

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos (UniSantos); Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT); Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP); Membro do corpo docente do Departamento de Enfermagem da UNEMAT. E-mail: josue_gleriano@hotmail.com.

³ Mestre em Psicologia (Psicologia da Saúde) pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Especialista em Bioética pela Universidade Federal de Lavras (UFLA); Graduado em Fonoaudiologia e em Pedagogia pela UCDB; Membro do corpo docente do Departamento de Educação da Universidade de Rio Verde (FESURV). E-mail: jadsonjusti@hotmail.com.

the consequences to the family and the whole community. Therefore, in this context, there is need to investigate the factors that influence error in the professional practice of nursing professionals. Thus, the objective of the present study was to identify the factors that may lead nursing professionals to commit errors while providing patient care at hospitals. We conducted a qualitative cross-sectional study. A structured questionnaire was administered to 31 practical nurses from a public health care facility located in the north region of the state of Mato Grosso, Brazil. A coding and classification system was used to perform the content analysis according to Bardin's perspective. Our results showed problems such as: flaws in the work structure, lack of human resources (resulting in high work overload, low wages, and double shifts), lack of resources to provide patient care, and low motivation. These factors increase the risk and frequency of errors committed by health care providers.

Keywords: Human error. Nursing. Health professionals.

INTRODUÇÃO

Apesar de a enfermagem ser uma profissão regulamentada no Brasil com a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, os profissionais dessa área ainda enfrentam obstáculos na vivência profissional, por não possuírem um piso salarial e uma fiscalização na quantidade de horas semanais trabalhadas (BRASIL, 1986). Desse modo, muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício, enfrentando assim, cargas exaustivas de trabalho, em que a demanda da clientela é bem maior que a quantidade da oferta de instituições de saúde pública e insumos necessários para a assistência ao paciente.

Esses fatores afetam o comportamento laboral, considerando que causam insatisfação profissional e excesso de trabalho, condições essas inadequadas para exercer a profissão, assim favorecendo os erros que acontecem cotidianamente desde a atenção primária até os níveis mais complexos da assistência, como relata Barbosa (2012), profissionais da área de enfermagem atribuem erros à falta de condições adequadas no ambiente laboral.

Pedreira e Harada (2009) comentam que, nas últimas décadas, o estudo sobre o erro humano vem se aprofundando principalmente na área da saúde, uma consequência é a conduta dada ao erro como um atributo de mau profissionalismo trazendo o erro para o indivíduo e, muitas das vezes, não incorporando na instituição o problema.

A área da saúde é uma ciência que se desenvolveu na erradicação de doenças, no alívio do sofrimento e aumento da longevidade; com isso cria-se a ideia de se fazer sempre o melhor para o paciente, família e comunidade, com os quais não se podem cometer erros. A fala de Senders e Moray (1991 apud VINCENT, 2009) menciona o erro profissional como algo que não é desejado pela sociedade detentora de regras e condutas morais.

James T. Reason, em *Managing the risks of organizational accidents* (1997), baseado em seus estudos sobre o comportamento humano voltado ao erro, reconhece que o erro é algo presente na natureza humana da qual não pode ser desvencilhado (CORREA;

CARDOSO JUNIOR, 2007). Assim propôs uma teoria em que o erro é favorecido por fatores organizacionais; desse modo um erro humano na prestação de serviços só pode ocorrer se houver falhas nas barreiras de defesas, ou seja, na organização.

No ano de 2000, o instituto de medicina dos Estados Unidos da América publicou um estudo que descreve que os erros são frequentes, quando se trata de assistência em saúde, provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis, e no país é a oitava maior causa de morte, ultrapassando os acidentes automobilísticos e os casos de câncer e de AIDS. De acordo com Pedreira e Harada (2009), a Organização Mundial de Saúde aponta que, em média, um em cada dez pacientes no mundo são acometidos por erro médico e na assistência à saúde; e um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos evitáveis durante a prestação de assistência à saúde. Kohn et al. (2000 apud PEDREIRA: HARADA, 2009), relatam que por dia cerca de 100 norte-americanos hospitalizados morrem por danos relacionados ao erro e não ao resultado de doenças.

Atualmente, no Brasil, encontram-se muitos relatos de erros da equipe de enfermagem, e os mais comuns são referentes à realização de técnicas de modo incorreto, como as trocas de medicações e sua administração em vias erradas. O cenário atual conduziu a sociedade a impor inúmeras críticas referentes à enfermagem, como apresentadas recorrentemente no meio midiático.

No Brasil, o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo relatou que, em 2010, ocorreram 250 casos de erro na enfermagem, 20 dos quais resultaram em mortes ou danos definitivos ao paciente (RIBEIRO, 2011).

Diante disso, faz-se necessário conhecer quais os principais fatores da vivência profissional de enfermagem que influenciam o erro, tornando possível propor uma análise da questão e criar políticas por intermédio de projetos que possam reduzir esses acontecimentos. O objetivo deste estudo foi identificar os prováveis agentes que podem influenciar o profissional de enfermagem a cometer erros durante a assistência ao paciente em ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo apresenta abordagem qualitativa transversal realizada em uma instituição hospitalar localizada na região médio norte do estado de Mato Grosso, com distância de 218 quilômetros da capital Cuiabá, área territorial de 11.323,640 km² e população, conforme Censo Demográfico 2010, de 83.432 habitantes, estimada, para 2013, em 90.252 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). O *locus* trata-se de uma empresa pública administrada pelo município, a qual realiza atendimento de urgência, ambulatorial, internamento e regulação. Possui 46 leitos, sendo 26 de atendimento clínico geral, 1 leito de isolamento, 16 leitos de pediatria e 3 leitos de cuidado intermediário neonatal

(BRASIL, 2014).

Primeiramente fez-se uma reunião com os prováveis sujeitos envolvidos na pesquisa, explicando a relevância deste estudo, sua justificativa, objetivos, riscos, fidedignidade dos dados e do anonimato. Todos os participantes foram orientados sobre aspectos éticos e sobre a recusa em participar da pesquisa, o que não acarretaria prejuízos de qualquer ordem, expondo-se que sua participação, caso positiva, favoreceria a obtenção de dados de grandioso valor para o meio acadêmico e científico.

No total foram convidados 35 profissionais técnicos de enfermagem, com adesão de 31 participantes, obtidos por intermédio do critério de inclusão: serem profissionais empregados na unidade pesquisada com, no mínimo, três anos de formação e atuação profissional e com registro no órgão de classe competente. Os sujeitos foram identificados na pesquisa por nomes de flores e sua respectiva idade, a fim de respeitar os padrões éticos.

A coleta de dados aconteceu num período de quatro dias, sendo utilizados os turnos matutino, vespertino e noturno, de acordo com a indicação da instituição. O questionário foi estruturado com base no roteiro de entrevista de Affonso e Rocha (2010), Carvalho et al. (1999), Mulatinho (2001) e Oliveira, Carvalho e Rosa (2012). A aplicação dos questionários foi autorizada a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso com o Parecer n. 835.655 de 16 de outubro de 2014.

A análise qualitativa deu-se por intermédio da organização e preparo de dados, bem como da codificação (organização do material em blocos e segmentos de texto) e categorização da análise de conteúdo de Bardin (1977) na utilização das narrativas para os resultados analisados. Algumas relevantes narrativas estão apresentadas em itálico e recuo (curtas ou extensas), e autorias identificadas por nomes fictícios e a idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo deu-se por 31 técnicos de enfermagem de nacionalidade brasileira, distribuídos pelo sexo feminino 26 (83,9%) e 5 (16,1%) do sexo masculino, trazendo uma predominância para o sexo feminino. A média de idade dos profissionais foi de 39 anos.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, Comissão de Business Intelligence, em 2010 os técnicos de enfermagem no Brasil representavam 43,2% do contingente profissional na área de enfermagem, no qual se observa o número expressivo de mulheres atuando na profissão, em conformidade com o contingente analisado da instituição pesquisada (BRASIL, 2011).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos técnicos de enfermagem de um município do médio norte do estado de Mato Grosso, 2014

Variáveis	n	%
Raça		
Branca	10	32,2
Negra	2	6,5
Parda	18	58,1
Amarela	1	3,2
Estado civil		
Solteiro	4	12,9
Divorciado	6	19,4
Casado/união estável	21	67,7
Filhos		
Sim	29	93,6
Não	2	6,4
Vínculo empregatício		
Estatutário	28	90,3
Contrato temporário	3	9,7

Fonte: dados resultantes da pesquisa, 2014.

Ao observar-se um aspecto histórico, assim como refere Lopes e Leal (2005), a prática do cuidado advém das funções vocacionais que eram aplicadas às mulheres detentoras do cuidado doméstico e cuidado dos filhos; logo se aplicava a elas a função de cuidar de doentes. Seguindo essa cultura histórica, de maneira geral o serviço de enfermagem é composto em sua maioria por pessoas do sexo feminino (PAFARO; DE MARTINO, 2004).

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos profissionais. Nota-se a predominância para a raça parda, com vínculo estatutário, casados, estes com filhos ou não, e para os que possuem filhos, uma média de distribuição 2,24.

Ao observar a predominância dos profissionais casados e com filhos, pode-se afirmar, segundo Bernik (2000 apud PAFARO; DE MARTINO, 2004), que esse fator implica jornadas duplas (trabalho formal e trabalho doméstico/cuidado dos filhos) ou triplas (2 vínculos formais e trabalho doméstico/cuidado dos filhos), do que resulta um acúmulo de responsabilidades e atribuições, e segundo estudos indicam há maior possibilidade de ocorrer erros com esses profissionais.

Tabela 2 - Formação, tempo de atuação profissional dos técnicos de enfermagem de um município do médio norte do estado de Mato Grosso, 2014

Formação	n	%
Instituição de formação		
Pública	8	25,8
Privada	23	74,2
Intervalo de periodicidade de formação		
1981 — 1990	1	3,2
1990 — 2000	4	12,9
2000 — 2010	26	83,9
Tempo de atuação profissional		
0 — 5	4	12,9
5 — 10	8	32,3
10 — 15	11	35,5
15 — 20	2	6,5
20 — 25	1	3,2
25 — 30	1	3,2
30 — 33	2	6,5

Fonte: dados resultantes da pesquisa, 2014.

Göttems, Alves e Sena (2007) apontam que, na evolução histórica do nível médio em enfermagem no Brasil, atenta o fato de que, em 1999, havia 250 mil profissionais de enfermagem sem nenhuma qualificação formal. Em 1996, foi criado o Programa de Formação na Área de Enfermagem no qual foram cadastrados todos os trabalhadores informais e, por intermédio de escolas públicas e privadas, acabou formando mais de 280 mil profissionais. Esses fatos podem justificar intervalo de formação maior entre os anos de 2000 e 2010 encontrados na amostra (Tabela 2).

Descrição de carga horária de trabalho semanal

Silva e Pinto (2012) apontam que a escassez de profissionais, a disponibilidade de jornada de trabalho e juntamente os baixos salários propiciam o acúmulo de funções em mais de um emprego e gera outra análise de pesquisa ao citar a predisposição à qualidade na prestação da assistência.

Tabela 3 - Carga horária de trabalho dos técnicos de enfermagem de um município do médio norte do estado de Mato Grosso, 2014

Carga horária de trabalho	n	%
Horas semanais trabalhadas nessa empresa		
Menos de 30 horas	-	-
30 — 36	9	29,0
37 — 40	13	42,0
41 — 45	5	16,1
Mais de 45 horas	4	12,9
Quantidade de vínculos empregatícios		
Apenas 1	24	77,4
2	7	22,6
3	-	-
Mais de 3	-	-
Horas semanais trabalhadas em todos os vínculos		
30 — 40	8	25,8
40 — 50	14	45,2
50 — 60	2	6,4
60 a mais	3	9,7
80 a mais	4	12,9

Fonte: dados resultantes da pesquisa, 2014.

Pafaro e De Martino (2004) referem que o aumento da carga horária de trabalho ou a sua dupla jornada resultam em um desgaste físico e mental acima do normal para os profissionais. Nesse sentido, observa-se nesta pesquisa que apenas 22,6% dos participantes possuem um vínculo duplo, porém, ao observar a quantidade de horas semanais trabalhadas, vê-se que a maioria dos profissionais trabalha mais que 40 horas (Tabela 3).

Silva et al. (2006) evidenciaram em sua pesquisa que o principal motivo de o profissional de enfermagem procurar mais que um vínculo ou admitir a sobrecarga com horas extras é o interesse financeiro. Nascimento (2010) identificou nos profissionais a remuneração baixa em relação ao ritmo de trabalho realizado, sendo considerada insuficiente para as necessidades do sustento da família, induzindo, assim, o profissional a buscar outras formas de renda como o duplo vínculo, plantões e horas extras, que podem resultar em tensão, fadiga, estresse e conflitos familiares.

Relacionamento com a equipe e ambiente de trabalho

Ao serem abordados sobre o relacionar-se com a equipe e considerar-se parte de uma equipe profissional, os técnicos de enfermagem julgam a composição de 100% para Sim, e apenas 25,8% deles não justificaram, dentre os argumentos justificados estão:

Porque temos nossas diferenças, mas quando temos que nos unir para algumas questões trabalhistas todos falamos a mesma língua. (Lírio, 43 anos)

Porque sou ouvido, minha percepção é levada em consideração, e isso me deixa bem. (Dormideira, 30 anos)

Buss Thofehn et al. (2010) identificam que a cooperação para o trabalho ao

realizarem-se as atividades provoca expressões de amizade e solidariedade, favorecendo o comprometimento profissional e a realização das ações.

Em relação à gerência de enfermagem, em quase sua totalidade, os profissionais disseram ter uma boa relação, e apenas 12,9% dos pesquisados disseram ter uma relação regular, e questionado quanto à relação entre ele e o enfermeiro assistencial do seu plantão, 83,9% (26) dos entrevistados afirmaram ter uma boa relação. A afinidade entre as hierarquias da equipe de enfermagem tem papel relevante no desenvolvimento das ações na qualidade de assistência de enfermagem.

Sentimento relacionado à profissão

Quando questionados sobre qual o sentimento em relação a sua profissão 15 (48,4%), disseram-se satisfeitos, afirmando:

Porque gosto do que eu faço e tenho um bom relacionamento com a equipe.
(Açucena, 42 anos)

Por contribuir para o bem. (Dalia, 43 anos)

Observamos que a satisfação do profissional está voltada para o sentimento de fazer e de se sentir bem em realizar as ações de trabalho da profissão. Batista et al. (2005) afirmam que a satisfação e a motivação do profissional é uma questão que afeta a harmonia e a estabilidade dentro do ambiente de trabalho.

Carvalho e Kalinke (2008) identificaram que realizar algo e alcançar o sucesso é fator importante na motivação do profissional, e esta favorece a produtividade e o gostar do que faz, e quando se fala em cuidar do ser humano esses fatores se tornam essenciais.

Já os insatisfeitos e muito insatisfeitos representam respectivamente 35,5% (11) e 9,7% (3), desta maneira, afirmando:

Falta de incentivos e o reconhecimento da profissão. (Perpétua, 40 anos)

Falta de respeito para a categoria; desvalorização profissional; sem piso salarial digno. (Tulipa, 41 anos)

A insatisfação dos profissionais pesquisados tem maior prevalência ligada a fatores de valorização profissional, remuneração e condições de trabalho inadequadas, assim como observado no estudo de Batista et al. (2005). Identificam os autores que seus sujeitos comentam em relação à insegurança na realização de suas atividades devido às condições de trabalho desfavoráveis.

Complementa-se a insatisfação pela evidência na pesquisa em relação ao salário como justificativa de maior predominância nos insatisfeitos 41,9% (13). Ao se questionar sobre o profissional sentir-se valorizado nas atividades que realiza, observa-se que 58,1% (18) dos sujeitos responderam que não, justificando com o exemplo do argumento abaixo:

Trabalho na saúde é muito exaustivo, perigoso e não tem ninguém que nos defende e nem para valorizar nosso trabalho. (Crisântemo, 51 anos)

Quando questionados se já pensaram em abandonar a profissão, 58,1% (18) disseram não querer abandonar a profissão, 41,9% (13) dos profissionais disseram que já pensaram. As principais argumentações para o abandono estão relacionadas à desvalorização da profissão, más condições de trabalho e remuneração salarial, como observado na seguinte afirmação:

Pouco reconhecimento do trabalho que realizo, não temos motivação para melhorias de trabalho, salário é pouco, exposição a muitos riscos a saúde. (Gérbera, 31 anos)

Por intermédio da análise, pode-se elencar que 61,3% (19) dos profissionais disseram pensar em trocar de emprego, mas não abandonar a profissão, tais justificativas são exploradas nos recortes das falas:

[...] instituição em péssimas condições de trabalho. (Saudade, 54 anos)

Porque não tem estrutura nem equipamentos adequados para trabalhar com segurança. (Orquídea, 33 anos)

Opinião do profissional relacionada aos fatores dos erros

Quanto à opinião pessoal em relação aos fatores que influenciam o erro profissional na enfermagem, os principais fatores apontados são:

Falta de estrutura física, falta de materiais, falta de qualidade dos materiais, excesso de pacientes e falta de funcionários. (Magnólia, 33 anos)

O que pode me levar a cometer erros, é ou será o tumulto de pessoas gritando e falando ao mesmo tempo no meu ouvido, porém faço de tudo para que isso não tire a minha atenção. (Beladona, 35 anos)

Falta de estruturas, local impróprio, superlotação, mas procuramos trabalhar com atenção redobrada, vem estresse e cansaço. (Tulipa, 41 anos)

Como observado nas falas de Magnólia e Tulipa, a falta de estrutura física, local inadequado para o trabalho e falta de materiais estão presentes no seu dia a dia, o que elas consideram fatores de risco para ocorrências de erros. Silva e Pinto (2012) referem que os materiais ou a falta deles interferem diretamente no cuidado prestado e, além disso, aumenta o risco de acidente para o cliente e para o profissional.

Carvalho et al. (1999) evidenciaram em 11,6% condições e sobrecarga de trabalho como fatores que favorecem a ocorrência de erros ou eventos adversos. Leitão, Fernandes e Ramos (2008) afirmam que o desempenho profissional, quando afetado, acarreta falhas de percepção e concentração nas tarefas a serem executadas. Levando o estado mental e emocional do profissional ao estresse, e, considerando essas ações na rotina de trabalho, as chances de acontecer erros aumentam.

Na fala de Beladona, os ruídos são apontados como fator que tira sua atenção, e isso

a favorece ao erro. Graça Júnior et al. (2009) defendem que a exposição contínua a ruídos sonoros podem ocasionar comprometimento do sono e prejuízo mental no profissional.

Do referencial teórico à constatação empírica da pesquisa

A partir da ideia de que o ser humano é passível de erros, faz-se a necessidade de avaliar os fatores externos que oportunizam e intensificam o processo de desenvolvimento do erro. Ao considerar o profissional um possível executor de eventos a que se pode somar um erro, tende-se a levantar as necessidades físicas, mentais e sociais, observando, na singularidade do indivíduo, um reflexo das suas condições de prática.

A escuta dos profissionais na caracterização da instituição propõe que existam fatores ligados à aproximação pessoal e à do sistema, como corroborado por Reason (1990).

Reason (1990) apresenta classificações de fatores que favorecem a ocorrência de erros dentro de uma organização; a primeira é a aproximação pessoal, que envolve os fatores pessoais como motivação, esquecimento, falta de cuidado e desatenção, tal como percebido nas falas:

Depressão, insatisfação, estado psicológico afetado [...]. (Peônia, 58 anos).

Falta de experiência, excesso de confiança [...]. (Violeta, 42 anos).

[...] só recebemos cobrança ou críticas em tudo. (Gérbera, 31 anos)

A outra classificação é a aproximação dos sistemas conceituada como falhas no processo da disposição da organização. Para esse referencial, observa-se uma atenção maior, já que a organização deve envolver-se de atenção enquanto ambiente prestador de serviço. Notam-se falas de uma demanda ainda insipiente para o trabalho:

Falta de estrutura física, falta de materiais, falta de qualidade dos materiais, excesso de pacientes e falta de funcionários. (Magnólia, 33 anos)

[...] o tumulto de pessoas gritando e falando ao mesmo tempo no meu ouvido. (Beladona, 35 anos)

A falta de reciclagem, cursos de atualização e materiais adequados. (Jasmim, 38 anos)

[...] falta de condições de trabalho. (Peônia, 58 anos)

[...] ambiente de trabalho estressante e muito cansaço. (Violeta, 42 anos)

Segundo Reason (1990), quando o erro acontece são avaliadas situações como: as falhas activas (atos inseguros realizados pelo profissional como esquecimento), violação de regras e de procedimentos, e deslizos, também constatado em estudo pela análise de falas. Tal como percebido nas falas:

Fato de improvisar. (Azaléia, 26 anos)

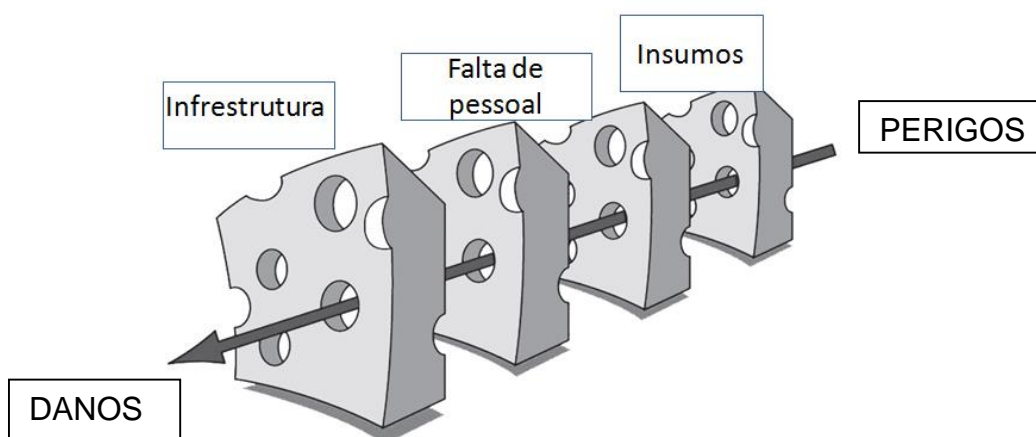
Cansaço físico e mental. (Cacto, 30 anos)

Pressa, pressão, excesso de tarefas, falta de ajuda [...]. (Amarílis, 33 anos)

As falas dos técnicos de enfermagem evidenciam queixas relacionadas às ações que favorecem as falhas activas, justificadas pela carga de trabalho, acúmulo de funções e falta de pessoal que, segundo Reason (1990), são falhas latentes dos gestores e a organização. Desse modo, o ambiente pesquisado, ao analisar o discurso frente à teoria do erro de Reason, possui fatores que contribuem para o acontecimento de erros internos na instituição.

Reason (1990) apresenta a teoria do “queijo suíço” que pode ser adaptada a nossa realidade (Figura 1). Propõe, então, um queijo com o alinhamento das evidências desse estudo, capaz de sinalizar, frente à teoria, uma ideia de aproximação do sistema, como consequência a aproximação pessoal. Assim, não haveria falha isolada de um indivíduo, mas uma combinação de brechas no processo como um todo.

Figura 1 - Teoria de erro de Reason (queijo suíço) à realidade apresentada. As fatias do queijo representam as barreiras de segurança na instituição.



Fonte: adaptado de Reason (1990).

Quando as barreiras de segurança não são identificadas ou negligenciadas, os profissionais buscam maneiras de continuar a assistência utilizando ações de improviso, sobrecarregando-se e aumentando a carga horária de trabalho. Os trabalhos de Nascimento (2010) falam sobre essa perspectiva. Essas ações culminam em insatisfações, estresse, desmotivação, cansaço e fadiga, como já citado em vários argumentos dos profissionais estudados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reflete-se que o profissional de enfermagem, antes de tudo, é um ser humano passível de erros e, com a ocorrência destes, provocam danos irreparáveis. A pesquisa

possibilitou apresentar fatores que podem influenciar o profissional de enfermagem atuante em uma unidade hospitalar a cometer erros na prestação da assistência.

Conclui-se que, na realidade pesquisada, os fatores que podem desencadear a ocorrência de erros são: carga horária de trabalho excessiva, falta de estrutura física e materiais para realizar a assistência, desmotivação relacionada à não valorização da classe e a baixo salário.

A partir dos dados encontrados, a realidade da pesquisa conduz ao diálogo com os fatores já encontrados em diversas pesquisas em todo o país. Assim, faz-se a necessidade da observação desses fatores para que as instituições de saúde possam criar planejamentos para que os profissionais tenham suas necessidades individuais atendidas, como horas de trabalho e dimensionamento de profissionais previamente definidos, evitando cargas exaustivas de trabalho; capacitação contínua dos profissionais; salários de acordo com um piso salarial da classe; e meios para a melhoria da condição de trabalho, como estruturas físicas adequadas e insumos para que ofereçam um atendimento integral ao indivíduo, livre de danos.

Algumas limitações surgiram durante a realização do estudo. A instituição de pequeno porte e um número reduzido de profissionais é a mais prevalente dentre elas, o número de pesquisas que envolvem diretamente os fatores do profissional no acontecimento de erros se encontram em pequeno número, o que dificultou a discussão do tema.

Sugere-se uma leitura detalhada das falas dos sujeitos, principalmente dos gestores e enfermeiros, para que reflitam sobre o ambiente e condições de assistência. Levanta-se a necessidade de outras pesquisas que englobem a temática, já que o assunto impacta oportunamente o meio midiático como forma relevante de possível solução para as problemáticas relacionadas ao número de erros em saúde cometidos frequentemente.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, Lígia Maria Fonseca; ROCHA, Henrique Martins. Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor público e comprometem a qualidade dos serviços prestados. In: SIMPÓSIO DE EFICIÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 7., 2010, Resende. **Anais...** Resende, RJ: Associação Educacional Dom Bosco, 2010. p. 1-15. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos10/234_SEGeT_Fat_Organizacionais_c_autores.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.
- BARBOSA, Rogério. Profissionais de enfermagem atribuem erros a falta de condições adequadas de trabalho. **UOL**, São Paulo, 26 dez. 2012. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/12/26/profissionais-de-enfermagem-atribuem-erros-a-falta-de-condicoes-adequadas-de-trabalho.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, Anne Aires Vieira et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Produto 2**: análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 18 dez. 2014.

BUSS THOFEHRN, Maira et al. Formação de vínculos profissionais para o trabalho em equipe na enfermagem. **Enfermería Global**, Murcia, v. 9, n. 3, 2010. Não paginado. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/110881/105251>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

CARVALHO, Dayane Ramos; KALINKE, Luciana Puchalski. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 82-95, 2008.

CARVALHO, Viviane Tosta et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 67-75, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13506>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

CORREA, Cármen Regina Pereira; CARDOSO JUNIOR, Moacyr Machado. Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. **Produção**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 186-198, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

ESTABELECEMENTOS cadastrados no estado Mato Grosso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=51&NomeEstado=MATO GROSSO>. Acesso em: 18 nov. 2014.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALVES, Elioenai Dornelles; SENA, Roseni Rosângela de. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1.033-1.040, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a22.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2014.

GRAÇA JÚNIOR, Carlos Alberto Guzman et al. Riscos ocupacionais a que a equipe de enfermagem está submetida no ambiente hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza. **Anais...** Brasília, DF: Associação Brasileira de

Enfermagem, 2009. p. 8.261-8.264. Disponível em:
<http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02465.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; FERNANDES, Aline Leite; RAMOS, Islane Costa. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 476-484, 2008.

Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6630/3907>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 24, p. 105-125, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

MULATINHO, Letícia Moura. **Análise do sistema de gestão em segurança e saúde no ambiente de trabalho em uma instituição hospitalar**. 2001. 155 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dissertacao_Mestrado_leticia.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

NASCIMENTO, Nadia Bomfim. **Segurança do paciente: violação às normas e prescrições em saúde**. 2010. 183 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em:

<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2601/1/ENSP_Tese_Nascimento_Nadia_Bonfim.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2014.

OLIVEIRA, Daniele de; CARVALHO, Roberto José; ROSA, Adriano Carlos Moraes. Clima organizacional: fator de satisfação no trabalho e resultados eficazes na organização. In: SIMPÓSIO DE EFICIÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 9., 2012, Resende. **Anais...** Resende, RJ: Associação Educacional Dom Bosco, 2012. Não paginado. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/37116504.pdf>>. Acesso em: 1º nov. 2014.

PAFARO, Roberta Cova; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/05.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

PEDREIRA, Malvide da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

REASON, James. **Human error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

RIBEIRO, Bruno. A cada dois dias, um profissional de enfermagem é acusado de erro.

Estadão, São Paulo, 1º fev. 2011. Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,a-cada-2-dias-um-profissional-de-enfermagem-e-acusado-de-erro-imp-,673612>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

SILVA, Bernadete Monteiro da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a08.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

SILVA, Cinthya Danielle de Lima e; PINTO, Wilza Maria. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde**

Coletiva em Debate, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 62-29, 2012. Disponível em:

<<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

VINCENT, Charles. **Segurança da paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

A VIVÊNCIA DA FAMÍLIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇA CRÔNICA: A PERSPECTIVA DO PRINCIPAL CUIDADOR¹

*The Experience of the Family of Hospitalized Patients with Chronic Diseases: the main
caregivers perspective*

Andressa Lüdtke Hoch²
Etiene Pereira Costa³
Márcia Aparecida Miranda de Oliveira⁴

Recebido em: 31 mar. 2015

Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: Os familiares geralmente estão presentes em hospitais acompanhando o membro doente em tratamentos e internações. Tratando-se de doenças crônicas as idas ao hospital são frequentes e o paciente passa a ter uma série de limitações cotidianas e seu estilo de vida passa a ser bem diferente, causando assim alterações no estilo de vida de toda família. Para a realização da presente pesquisa utilizamos o método qualitativo onde foram feitas entrevistas semiestruturadas com 8 familiares de pacientes com algum tipo de doença crônica, internados em um hospital de Santa Catarina. Já a análise dos resultados foi feita por meio da análise de conteúdo, baseando-se na teoria sistêmica como fundamentação. Com isso foi possível identificar como o surgimento de uma doença crônica em um indivíduo desestrutura todo o seu sistema familiar, principalmente o familiar que acaba se tornando o principal cuidador.

Palavras-chave: Família. Cuidadores. Doença crônica. Hospitalização. Visão sistêmica.

ABSTRACT: Family members are usually present at hospitals following the ill member in treatments and hospitalizations. In case of chronic diseases often visits to the hospital are necessary, the patient begins to have limitations everyday and needs to change its lifestyle, causing changes on the lifestyle of the whole family. For this research, we used qualitative method, interviews were made with eight relatives of patients of a chronic diseases hospitalized at a hospital from Santa Catarina. The analysis of those results were made by content analysis method, based on the systemic theory as substantiation. It was then possible to identify how the appearance of a chronic disease in an individual destabilizes your entire family, especially the one that ends up being the main caregiver.

Keywords: Family. Caregivers. Chronic diseases. Hospitalization. Systemic perspective.

¹ Agradecimentos especiais às Professoras Daiane Beneton e MSc. Josiane Aparecida F. de A. Prado e aos Enfermeiros Fábio Alvim Eugênio e Daniella Vendramini pelas valiosas contribuições que ajudaram este presente estudo ser realizado.

² Acadêmica do 9º período do curso de Psicologia da UNIVALI - Itajaí/SC. E-mail: andressahoch@hotmail.com.

³ Acadêmica do 9º período do curso de Psicologia da UNIVALI - Itajaí/SC. E-mail: etiene.prc@gmail.com.

⁴ Mestre em Psicologia e Professora Orientadora do Curso de Psicologia da UNIVALI - Itajaí/SC. E-mail: moliveira@univali.br.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas embora sejam doenças tratáveis e controláveis, podem causar uma grande mudança no estilo de vida do indivíduo doente e dos seus cuidadores, são novas regras que terão que ser respeitadas, novos hábitos, e para muitos uma nova vida (MARTINS; FRANÇA; KIMURA,1996).

Segundo os autores citados, são vários os fatores que influenciam o modo de enfrentar esta situação, são eles: o estágio da vida familiar, o papel desempenhado pela pessoa doente na família, as implicações que o impacto da doença causa em cada elemento da família e o modo como esta se organiza durante o período da doença.

E é esse impacto causado no sistema familiar do indivíduo com doença crônica, como os sentimentos, responsabilidades, problemas familiares decorrentes, grau de dependência do indivíduo doente, mudanças no cotidiano, dentre outros, que investigamos nesse estudo. Assim esperamos que essa pesquisa mostre a importância do profissional psicólogo nesse contexto e como seu trabalho é essencial, principalmente no intuito dessas famílias obterem uma melhor qualidade de vida durante o processo da doença do seu familiar e das constantes interações.

A DOENÇA CRÔNICA

A definição de doença crônica mais aceita atualmente, é a que foi proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, que as classifica se tiver as seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Segundo Malta et al. (2006), as doenças crônicas também se caracterizam pelo seu desenvolvimento lento e por na maioria das vezes, não ter cura. Pelo fato do desenvolvimento ser lento, seus efeitos aparecem em longo prazo. A doença crônica deve ser regularmente tratada, para que seus efeitos sejam controlados e que o indivíduo possa conviver melhor com ela. E o tratamento depende do tipo da doença, exemplos são: diabetes, hipertensão, Mal de Alzheimer, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, câncer, entre outros.

As doenças respiratórias constituem importante causa de adoecimento e morte em adultos e crianças no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estas doenças representam cerca de 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento (TOYOSHIMA; ITO; GOUVEIA, 2005). A doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que é uma doença respiratória crônica, é progressivamente incapacitante pelos múltiplos sintomas e frequentes exacerbações que podem interferir na qualidade de vida de seus portadores. A prevalência da DPOC tem aumentado

progressivamente nas últimas décadas, estimando-se 7,5 milhões de portadores no Brasil, correspondendo a cerca de 5% da população geral (SILVA et al., 2005).

Já a hipertensão arterial, como o próprio nome já diz é decorrente da alta da pressão, esse sintoma pode acarretar graves consequências a alguns órgãos vitais. Sendo assim, a doença hipertensiva tem se constituído em um dos mais graves problemas de saúde pública, já que uma das grandes dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada, entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de cinco anos (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Muitos casos de hipertensão levam seus portadores a terem doenças cardiovasculares, no Brasil, essas doenças também crônicas são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público, respondendo por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 anos ou mais. A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem fazer com que a doença se manifeste. Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre a maior incidência dessas doenças (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Já o câncer ainda é considerado uma das piores doenças, por estar sempre agregado a ideia de risco eminente de morte e pelo temor dos tratamentos agressivos e mutilantes. Mesmo com os avanços técnico-científicos, que possibilitam prevenir, detectando um tratamento precoce para vários tipos de câncer, ele ainda é uma doença extremamente temida. O estigma do câncer se fortalece devido ao diagnóstico tardio da doença, limitando possíveis possibilidades de tratamento e cura da doença (CARVALHO, 2008).

Lessa (2004) reforça que para o indivíduo adquirir uma doença crônica há vários fatores de riscos ambientais e comportamentais, como o tabagismo, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, entre outros. E também os fatores biológicos, como a herança genética e os agentes vivos, como os microorganismos e os vírus.

HOSPITALIZAÇÃO

A doença crônica pode começar como uma condição aparentemente insignificante, porém apesar de ser passível de controle, o acúmulo de eventos, as restrições impostas pelo tratamento e até as possíveis hospitalizações, podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

As hospitalizações têm como resultado a perda de independência e de autonomia. Por

meio disto, a presença da família na unidade de internação torna-se cada vez mais frequente e mais importante, já que na maioria das internações o doente se encontra debilitado e necessita da permanência do acompanhante para auxiliá-lo em suas necessidades (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

Segundo Crepaldi (1999), os profissionais de saúde normalmente ocupam-se somente da intervenção técnica, tendo assim pouco tempo para conversar e dar uma atenção humanizada ao doente. Além do que a doença já provoca no sujeito, cria-se também um sentimento de menos valia e uma experiência de estar preso ao leito dependente de cuidados e submetido às limitações provocadas pelos sintomas da doença e pelos efeitos da medicação. Tudo isso contribui para comprometer emocionalmente o paciente, provocando sentimentos de fragilidade e abandono. Assim sendo, a presença da família não deveria ser apenas uma concessão do hospital, mas deveria ser obrigatória e os horários para visitas deveriam ser livres.

Porém esta experiência vivida no hospital pelo familiar acompanhante não pode ser caracterizada como prazerosa e sua permanência nesse ambiente pode desencadear diversas situações de desconforto, porque ele se vê necessitando adaptar-se a um cenário hostil, com falta de comodidade, e ajustar-se às normas e rotinas da instituição, enfrentando situações de angústia e resignação, condições que alteram os seus hábitos e costumes diários. Diante dessa condição difícil da doença e hospitalização a equipe de saúde precisa estar preparada para receber e acolher o doente e seu familiar (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

FAMÍLIA E A ABORDAGEM SISTÊMICA

O pensamento sistêmico compreende o sujeito como membro de sistemas, onde existem relações. Um indivíduo doente passa por mudanças no seu ciclo de vida e conseqüentemente em seus sistemas. Sendo assim, para a teoria sistêmica, os sintomas desenvolvidos pelo indivíduo doente resultam de suas inter-relações dentro dos sistemas nos quais está inserido. Podemos levar em consideração a maneira como o doente interage com seu sistema familiar e que conseqüências essa relação causa no curso de sua doença (MORE et al., 2009).

Existe forte evidência de que uma rede social estável, sensível, ativa e confiável protege as pessoas contra doenças, ou seja, atua como agente de ajuda, afetando na pertinência e na rapidez da utilização de serviços de saúde, acelerando os processos de cura (SLUZKI, 2003).

Em famílias onde existem portadores de doença crônica, os sistemas familiares se modificam e passam a se moldar a uma nova dinâmica entre a doença, o portador da doença, os familiares do portador e o ciclo de vida de todos os membros da família, compondo um novo sistema familiar, aonde irá se formar a partir da subjetividade de cada membro da

família, a maneira como eles encaram a doença, as consequências positivas e negativas que a doença do familiar trouxe para cada um deles, a cultura, os hábitos familiares, a condição financeira e a estrutura familiar em geral; e isso acontecerá de forma natural e automática (ROLLAND, 1995).

O mesmo autor afirma que de certa forma o surgimento da doença crônica em um contexto familiar se assemelha a adição de um novo membro na família e faz com que todo o sistema se modifique em função da sua chegada, mudando o foco interno de cada indivíduo que compõe a família. As exigências, perdas, mudança de papéis afetivos e práticos e medos são anexos a doença e fazem os familiares mudarem o foco e modificar o sistema familiar, integrando assim o sistema da doença e do indivíduo doente.

MÉTODOS

Para a realização desta pesquisa utilizamos o método qualitativo, que prioriza a qualidade do fenômeno e não o número da amostra, a pesquisa contou com oito participantes adultos e familiares, que estavam junto ao indivíduo hospitalizado (Quadro 1), no Hospital da UNIMED de Balneário Camboriú/SC, onde foi realizada a coleta de dados.

Subsidiados pelo protocolo de aprovação número 56816, do dia 22 de junho de 2012, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, tivemos como instrumentos para a coleta de dados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma ficha de identificação e uma entrevista semiestruturada com oito perguntas.

Quadro 1 - Dados de identificação dos participantes da pesquisa

Sujeito	Idade	Sexo	Grau de Parentesco	Idade do Familiar Hospitalizado	Doença	Número de internações até o dia da entrevista
E-1	57 anos	Fem.	Mãe	30 anos	Esclerose Múltipla	Muitas
E-2	54 anos	Fem.	Filha	80 anos	Alzheimer	2 vezes
E-3	69 anos	Fem.	Filha	87 anos	AVC	2 vezes
E-4	57 anos	Fem.	Filha	73 anos	Câncer no Esôfago	6 vezes
E-5	41 anos	Masc.	Marido	46 anos	Câncer no Pulmão	Muitas
E-6	79 anos	Fem.	Esposa	84 anos	Pneumotórax Crônico	5 vezes
E-7	71 anos	Fem.	Esposa	75 anos	Enfisema Pulmonar	7 vezes
E-8	58 anos	Fem.	Filha	85 anos	Hipertensão	3 vezes

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos dados separamos os resultados em quatro grandes categorias, sendo elas:

- Vida Familiar antes do Diagnóstico da Doença Crônica;
- Dinâmica Familiar após o Diagnóstico de Doença Crônica;
- Dificuldades no enfrentamento da família frente à doença do paciente;
- Resultados da participação da família no tratamento do paciente.

Vida Familiar antes do Diagnóstico da Doença Crônica:

A rotina de um ciclo familiar e o cotidiano são colocados em risco quando aparece uma situação de doença, uma vez que sobre a condição de crônica, a doença é vista como um "desvio da normalidade". Nesse sentido, a normalidade da dinâmica familiar sofre mudanças com o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, que na maioria das vezes vem acompanhado de sentimentos de angústia e preocupação dos membros da família (SILVA et al., 2010).

Os mesmos autores complementam afirmando que a reorganização do ciclo familiar, especificamente de seu cotidiano, necessita da participação e apoio de todos os familiares. São necessários familiares auxiliando-se entre si em todas as funções, como busca pelo tratamento ideal para o doente crônico, locomoção deste paciente, as noites passadas em hospitais, e até mudanças de cidade devido a determinados tratamentos.

Diante das seguintes falas podemos perceber a ruptura no cotidiano dos familiares, comparando a vida anterior à doença crônica, enfatizando a normalidade que precedia o diagnóstico:

[...] mudou né? A gente tinha uma rotina de almoçar todo mundo junto, tranquilo, e agora não da mais... Minha mãe sempre foi uma pessoa que gostava de gente, de barulho, de conversas, e agora ela já começou a se incomodar com isso (E-4).

[...] porque antes a gente tinha uma vida normal... A gente sempre se divertia, passeava (E-5).

Ah então era normal sabe, minha mãe sempre foi muito dona do nariz dela, independente... (E-8).

Durante as entrevistas todos os familiares relataram ter uma vida muito diferente antes do familiar em questão adoecer, evidenciando assim que a família teve que passar por uma reorganização, para se adaptar a nova rotina exigida pela condição do familiar com doença crônica e como isso normalmente desestrutura toda a dinâmica familiar com que estão acostumados.

Dinâmica Familiar após o Diagnóstico de Doença Crônica:

Segundo Caldeira e Ribeiro (2004), a doença traz alterações fisiológicas e biológicas

no paciente que exigem participação e ajuda dos familiares e/ou dos cuidadores, através da proximidade física e dos vínculos emocionais. Com o diagnóstico da doença, o sistema emocional da família é profundamente abalado, e eles passam à impor privações e modificações no estilo de vida, para incluir as novas necessidades de seu membro doente. A família começa se ver envolvida por sentimentos intensos, conflitantes e difíceis de manejar.

Com isso, dividimos essa categoria em três subcategorias:

Mudanças a partir do diagnóstico:

Santos e Sebastiani (2003) nos mostram três tipos de reações que as famílias desenvolvem devido a doença crônica e as limitações por ela causadas, são elas:

A mobilização do sistema familiar com o objetivo de resgatar o estado anterior, que por se tratar de uma doença crônica não é possível, fazendo com que o processo adaptativo seja um pouco mais dolorido para os membros da família. A paralisação frente ao impacto causado pela doença crônica, essa paralisação é superada e o tempo que a família leva para superá-la varia de acordo com a importância que o indivíduo doente exercia na dinâmica familiar. E a reação que se dá quando o sistema familiar reconhece benefícios causados pela descoberta da doença crônica, e se mobiliza para manter tais benefícios.

Segundo Rolland (1995), no caso do aparecimento de doenças graduais, como a artrite, Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, permite a família um período de ajustamento mais prolongado, já nas doenças de início agudo, como o AVC, as mudanças ocorrem em um tempo mais curto, exigem da família uma mobilização mais rápida e uma boa capacidade de administrar a crise, isso faz com que exista uma tensão maior, na medida em que a família tem que dividir sua energia entre proteger-se contra outros danos, desintegração ou até mesmo a morte com esforços progressivos, reestruturando ou resolvendo um novo problema.

Essas mudanças com a vinda do diagnóstico da doença são evidenciadas nas falas:

Agora ta de cabeça pra baixo né, não foi uma coisa assim completamente diferente porque minha mãe é uma mulher muito ativa... E a rotina mudou 100%, ela adoeceu em março, ela descobriu a doença... Então ta sendo um processo de recuperação assim, bastante demoradinho e doloridinho (E-4).

[...] e depois disso foi cada vez piorando porque a gente tem que ta direcionando tudo pra ela né, tem que ta sempre, depois o serviço também foi parando... Ah é bem, é uma diferença de mil por cento, mudou tudo (E-5).

A minha rotina é um desespero... é muito estressante, porque eu sou a filha que mora mais próxima, então assim é muita coisa sabe... ela me chama muito sabe, ela de 5 em 5 minutos se eu não to com ela na casa dela, ela tá me ligando... e outra coisa se ela tá bem ela diz pra mim que ela não tá bem, sabe pra mim ir (E-8).

Nesta categoria apenas um entrevistado nos trouxe mudanças positivas geradas pela doença crônica em seu contexto familiar:

O que mudou também é que eu e meus irmãos estamos mais unidos ainda, até

porque eles sempre vão lá em casa pra ver a mãe e pra ajudar a cuidar também, a gente tem revezado bastante assim né? Simplesmente mudou tudo (E-4).

Importante ressaltar a diferença de desgaste do familiar cuidador, quando o mesmo não é o cuidador principal. Para isso destaca-se a fala:

[...] A gente sempre tem medo que de uma coisa pior né, mas assim minha vida é normal né, to longe, não to no dia a dia, mas estressante é pra quem mora aqui né, que nem minha irmã que é todo dia, o vai e vem pra ela é mais estressante, mas eu quando to lá sei que eles estão bem, ligo né, tá tudo bem então eu to tranquila... Quem mais cuida dele é meu irmão... Ele sempre me chama já liga chorando o pai não tá bem, então já venho correndo e fico... Sou mais calma pra lidar com isso (E-3).

Segundo Araújo et al. (2009), o cuidador principal é a pessoa responsável por auxiliar o paciente dependente no seu dia-a-dia e também por várias outras tarefas, sendo assim normalmente essa pessoa é proveniente do próprio núcleo familiar. As dívidas de reciprocidade, legados, transmissões geracionais, mitos, regras, elementos situacionais, socioculturais e de personalidade, são importantes causas para que ocorra o surgimento da figura do principal cuidador (SILVEIRA; CALDAS, 2006).

Os cuidadores familiares são vistos como benefício ao tratamento do indivíduo doente, esperando que ele cuide “naturalmente”, porém o cuidador também é uma pessoa que está necessitando de auxílio e apoio (ARAÚJO et al., 2009). Beck e Lopes (2007), afirmam que o ato de cuidar traz prejuízos à vida do cuidador como um todo, como no trabalho, ocasionando um impacto financeiro; no relacionamento conjugal do cuidador; no seu cuidado pessoal e nas relações sociais.

Como nossas entrevistas foram feitas no ambiente hospitalar foi difícil diferenciar as mudanças devidas somente do diagnóstico da doença, já que todos os familiares doentes dos cuidadores entrevistados já estão na fase das frequentes internações, sendo assim as sensações, mudanças e sentimentos se misturam, sendo difícil essa diferenciação até mesmo por eles, já que normalmente o grau de esgotamento já está muito elevado.

Mudanças com as internações frequentes:

Segundo Lustosa (2007), quando um indivíduo com doença crônica tem que se submeter a internações, existe um fator a mais do que todas as angústias e preocupações trazidas pela doença crônica, pois a partir daí a família e o indivíduo doente começa a passar por rotinas hospitalares, implicando em mais uma alteração na dinâmica familiar. Junto com a internação, geralmente vem a desestruturação do desenho familiar e a desorganização do todo, causados pela angústia de morte que costuma aparecer em momentos delicados como internações hospitalares.

Marcon et al. (2005), complementam afirmando que famílias que convivem com uma situação de doença crônica continuam tendo mesmo deveres e funções, porém, com um

acréscimo, cuidar do indivíduo doente. A situação de internações, rotina hospitalar, medicamentos e os riscos aos quais os doentes crônicos estão sujeitos acabam deixando a família um tanto quanto fragilizada como um todo, comprometendo o funcionamento individual dos familiares mais próximos ao doente. Devido a isso, muitas vezes esses familiares cuidadores se desestruturam, não conseguindo recuperar o equilíbrio, tendo assim menos qualidade de vida.

Como falado anteriormente, durante as entrevistas percebemos que as mudanças na vida familiar vindos do diagnóstico da doença e das constantes internações são muito próximas, então só foi possível destacar poucas falas que mostram algumas diferenças entre esses estágios, porém ressaltamos a importância dessas diferenças, elas são:

Agora Só fico aqui, não tem ninguém pra me substituir, todo mundo trabalha né? É difícil... nesses 3 últimos anos é assim, é 2 meses em casa, 2 meses no hospital... A minha vida é hospital e cuidar dela (E-1).

De lá pra cá eu não tenho lazer, vamos supor, eu internei ela sábado e eu não saio daqui desde sábado, eu vou em casa, tomo um banho e volto, só (E-5).

[...] hoje em dia eu não tenho tempo nem pra me coçar, não tenho nada de nada... Tenho uma montoeira de filme lá pra ver em casa e não consigo ver, não dá tempo, simplesmente não dá tempo, 24 horas é pouco... Porque eu realmente eu dou atenção, não deixo de faltar nada sabe... Pode colocar ai, acabou-se a vida própria (E-8).

Pode-se constatar com os relatos obtidos na coleta de dados que as doenças crônicas, juntamente com o tratamento e as internações, ultrapassam os limites do corpo do indivíduo e passam a abranger todo o sistema familiar, pois exigem um envolvimento dos membros da família do indivíduo adoecido, abalando a família em geral, em aspectos sentimentais, financeiros, e acabando com a rotina a qual a família era adaptada antes do adoecimento.

Essa quebra na rotina dos familiares acaba causando sintomas nos próprios familiares, que passam a viver, muitas vezes, em função do ente doente e deixam de lado suas próprias vidas.

Sintomas acometidos nos familiares decorrente da doença do paciente:

Segundo Simonetti e Ferreira (2008), cuidar de indivíduos com doenças crônicas pode gerar situações de estresse que podem trazer transtornos tanto para o indivíduo doente, como para seus familiares interferindo em suas vidas. Esse estresse está relacionado a sentimentos de sobrecarga, desamparo, perda de controle, falta de domínio, vergonha, exclusão, incômodo, muito recorrentes frente a essa vivência. Com isso destacamos as seguintes falas dos entrevistados:

Eu não sei o que fazer sabe, eu sou obrigada a cuidar dela [o paciente], porque não tem outra maneira... to tão estressada assim sabe, não tenho como eu sair (E-2).

Foi bem dramático né, pra família... Veio trazer um grande desequilíbrio (E-4).

[...] E ai a gente fica bem estressada né, não é fácil né?... A mudança é a preocupação minha, é só a preocupação que eu tenho né. Tenho medo de dormir com ele, dele morrer comigo sozinha. Eu já to estressada (E-7).

[...] eu me sinto esgotada.... Me dá a impressão que não tenho mais vida própria.... Eu me sinto muito sobrecarregada... É difícil porque é muito estressante né? (E-8)

Durante as entrevistas percebeu-se esse alto grau de estresse e essa sensação de esgotamento em sete dos pesquisados, alguns até se emocionaram muito durante a narração de seus relatos, ficando possível notar como uma doença crônica na família causa disfuncionalidade nesse sistema familiar, principalmente o principal cuidador, que chega a parar de viver a sua própria vida e se vê vivendo somente a vida do familiar doente.

Lustosa (2007), afirma a importância do profissional psicólogo nesses momentos, porque é neste momento que a família precisa de ajuda, porque ela se sente insegura, desabando, ansiando por um apoio afetivo, por uma compreensão profunda de sua situação e de um ambiente que lhe possa devolver o equilíbrio, a segurança, a força, enfim, a estabilidade.

Dificuldades no enfrentamento da família frente à doença do paciente:

Segundo Lustosa (2007), assim como o paciente, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento de um de seus membros. A situação da família se constitui de estresse permanente, sofrimento interno, elevação de ansiedade, medos do desconhecido, apreensão quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar.

Falcão (2006) complementa dizendo que os desafios enfrentados por essas famílias alteram a estrutura e a dinâmica do sistema familiar, para isso são utilizados recursos pelos seus membros que resultam dentre outros fatores, um cruzamento de suas crenças, valores, regras, segredos, mitos, padrões transacionais e da rede de apoio social e comunitária. Porém apesar disso, as capacidades de enfrentamento de alguns sistemas familiares ficam comprometidos em determinadas fases ou em momentos de seus percursos, especialmente quando não há coesão entre seus membros.

Em vista disso dividimos essa categoria em duas subcategorias:

Conflitos na família

Simonetti e Ferreira (2008), trazem que o estresse maior desses cuidadores está relacionado a falta de ajuda, ou seja, na maioria das vezes somente um familiar desempenha o papel de cuidador, sozinho, sem ajuda de outros familiares ou de profissionais, se configurando assim como cuidador principal, representando o elo entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

Falcão (2006) reafirma dizendo que os conflitos destas famílias respondem à ampliação do estresse acumulado nas gerações, tanto no sentido horizontal como no vertical, como também a falta de apoio, união, compreensão, manutenção dos vínculos e cooperação. Quando há coesão na família, há também o compromisso entre os familiares, a cooperação e a divisão de tarefas frente aos cuidados do familiar doente.

Esses conflitos foram evidenciados nas seguintes falas:

Agora só fico aqui, não tem ninguém pra me substituir, todo mundo trabalha né. É difícil... A gente não se conforma, mas aceita. (E-1).

Olha a família lá não tem diálogo... Todo mundo descarrega em cima de mim o que eu decidir tá decidido... Tem um que diz que to gastando o que é deles, ele quer me matar... Ninguém se preocupa ali com nada, os outros filhos né? É como se não existisse (E-2).

Eu não tenho muita compreensão dos meus irmãos sabe, porque eles acham que como eu to próxima eu não posso falar nada, mas eu sou assim eu chamo e não quero nem saber... Tu tem toda essa estrutura sabe de ter as técnicas de enfermagem, mas quando o problema é teu, da tua família... Eu acho que precisava ter assim mais união sabe (E-8).

Porém pelas entrevistas realizadas, percebemos que também há muitas famílias que possuem a colaboração de vários de seus membros, quatro entre os entrevistados mostram esse dado nas seguintes falas:

No começo foi mais difícil né, ainda é difícil... Os filhos mais velhos ajudam os mais pequenos, enquanto eu vou ficando com ela... Mas a gente vai esperançoso, vai correndo, vai lutando, que logo se ajeita as coisas (E-5).

Ai quando ele fica internado todo mundo colabora, os filhos, neto né? Até quem vem dormir com ele é o neto né, eu não deixo ele ficar sozinho né? (E-6).

Todos os filhos cuidam, só tem um que não pode porque não mora aqui, tem dois, aliás, que não moram aqui, mas também dão muita assistência, sabe? Eles vêm sempre, tão sempre junto. Eles se escalam né? (E-7).

Como falado anteriormente quando há somente um cuidador, o grau de esgotamento e estresse aumenta muito, porque além do cuidado, há a falta de colaboração dos outros familiares e a falta de um reforço e apoio por tudo que o principal cuidador está fazendo. Sluzki (1997), afirma que a rede social do indivíduo, que é a soma de todas as suas relações, contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem, constituindo assim uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento, incluindo hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise.

Durante as entrevistas percebemos essa grande diferença de quando há a colaboração da família e de quando não há, já que cinco dos entrevistados relata não possuir essa colaboração e apenas três relatam possuir a colaboração de vários membros da família no

processo do cuidar do familiar doente, com isso foi possível notar o que os autores pesquisados afirmam, a colaboração de todo o sistema familiar influencia no grau de estresse dos cuidadores e na maior independência de suas próprias vidas, tornando assim esses momentos de internação menos difíceis para todos, inclusive para o próprio paciente.

Vulnerabilidade dos familiares:

Segundo Silva et al. (2010), sentimentos de angústia, tristeza, nervosismo, ansiedade e medo de morte explicitam a vulnerabilidade das famílias no enfrentamento da condição crônica de um de seus familiares, gerando estresse no núcleo familiar como um todo, fazendo com que a família chegue ao seu limite, explicitando um esgotamento tão profundo que não encontra forças físicas, mentais, espirituais e sociais para prosseguir com suas próprias vidas.

Caldeira e Ribeiro (2004) complementam afirmando que os cuidadores de pacientes com doença crônica se deparam com numerosos fatores, que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um estresse cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, o cuidador fica vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia e de medicamentos psicotrópicos. Essas vulnerabilidades são ilustradas nas seguintes falas:

Tem dias que dá vontade de sumir, de sumir e nunca mais voltar lá, mas não tem como né? (E-2).

Olha com bastante calma né, porque a gente precisa de muita calma nessa hora, com preocupações mil né... Eu não demonstro nada, fico bem alegre... Nem que por dentro eu tenha que tomar antidepressivo (E-3).

[...] então não tinha mais o que fazer e era só aguardar porque já estava em fase terminal, já não tinha mais. Daí a gente veio pra casa, chegando em casa eu comecei a procurar, a gente começou a estudar alternativas, porque já que a medicina já não tinha mais jeito, já tinham falado que não tinha mais o que fazer a gente começou a procurar o alternativo. Disso ela foi pro México, em fevereiro desse ano, ficou sessenta dias no México internada, fazendo um tratamento alternativo (E-5).

A Entrevistada 4 apesar de mostrar uma grande vulnerabilidade, tendo que tomar medicações depois do diagnóstico do paciente, a mesma mostra a religião como uma peça importante para toda a família no intuito de ajudar no enfrentamento da doença, segue a fala:

[...] não vou dizer que tirou nosso chão, porque a gente é apoiado na rocha que é o senhor Jesus... A gente tem se apoiado na palavra do senhor, que nos renova cada manhã (E-4).

Os cuidadores com o alto grau de estresse acabam ficando muito vulneráveis, como é visto nas falas dos pesquisados, percebemos durante as entrevistas que esses fatores acontecem muito pelo fato da família tentar não demonstrar tudo que sente e tudo que sofre para os familiares doentes, com isso eles vão guardando tudo dentro de si, e corpo acaba reagindo, com insônia, falta de apetite e etc., fazendo os cuidadores não cuidarem da sua

própria saúde, já que para eles a maior preocupação é somente o paciente. Isso nos mostra mais uma vez a importância do psicólogo no cuidado não só dos pacientes, mas também de suas famílias, no apoio e na escuta de seu sofrimento.

Resultados da participação da família no tratamento do paciente:

Segundo Zanetti (2008), a família que apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição e faz o necessário para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde. Desse modo podem ser asseguradas às condições para uma maior eficácia adaptativa.

Barreto e Amorim (2010) complementam alegando que a maioria dos familiares vê o tratamento como a possibilidade de prolongar a vida da pessoa, razão que faz essa família incentivar o familiar doente a realizar o tratamento, mesmo com as reações adversas que provoca, como o sofrimento e muitas vezes a dor. Referentes a esse apoio essencial destacamos as falas:

[...] Ela vai morrer daqui a pouco né, eu pelo menos não vou ter a minha consciência que eu não tratei dela certo, eu quero tratar certinho dela sabe, não vou deixar nada faltar... Porque eu sei o quanto ela trabalhou, quanto trabalho ela passou, ela nunca passou, pelo menos agora então que tenha uma velhice bem tratada (E-2).

Pra eles não influencia, porque a gente não demonstra nada né, a gente chega brincando e né, então eles não percebem que a gente está preocupado. (E-3).

Ajuda porque ta sempre bastante presente né, então ta sempre muito presente, sempre dando força, sempre otimista, então eu acho que só tem a ajudar, eu acho a presença ali só pode ajudar (E-5)

[...] eu não aceito que falte nada pra minha mãe... Eu sou assim muito certinha, muito justa sabe, daí eu não aceito que façam alguma coisa que não seja pro bem da minha mãe... E eu como filha e enfermeira eu não posso deixar que falte alguma coisa (E-8).

Nas entrevistas realizadas não houve evidência de algum caso que nenhum familiar apoia o paciente ou de influências negativas frente ao tratamento do mesmo, porém durante nossa pesquisa bibliográfica, vimos estudos que indicam que isso ocorre muito. Como afirma Crepaldi (1999), o afastamento da família durante a internação configura-se como a primeira e mais corriqueira forma de lesar o paciente, sem essa ajuda o paciente encontra-se sem suporte emocional, não tendo motivação para o auto-cuidado e para uma possível melhora.

Foi possível notar com algumas falas como o paciente melhora só de ter um familiar por perto, com esse fato vemos que cabe ao psicólogo também dar esse reforço e mostrar a importância da família em todos os momentos da doença.

Com isso, nota-se a importância da presença do Psicólogo Hospitalar, neste momento existencial familiar. Este profissional traz, com sua compreensão teórica e habilidade técnica,

a possibilidade de auxílio na reorganização egóica do todo familiar frente ao sofrimento atual, podendo dar suporte ao enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do familiar doente. O psicólogo no contexto hospitalar tem como tarefa fundamental, detectar os focos de ansiedade e de dúvidas entre o grupo familiar, levando à sua extinção ou diminuição, como também se faz necessário no apoio à reestruturação da estrutura familiar, que neste momento pode ter sido fortemente abalada (LUSTOSA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado da pesquisa, compreendemos que os familiares cuidadores de pacientes internados com alguma doença crônica acabam mudando a rotina de suas vidas em prol do tratamento e limitações do familiar hospitalizado, este fato foi demonstrado em sete dos oito entrevistados, já que um deles não era o principal cuidador. A partir deste dado conseguimos identificar quais os sintomas que podem surgir na família a partir da convivência com o familiar doente, já que essa mudança, muitas vezes repentina, causa no familiar cuidador um desgaste físico e emocional significativo, podendo muitas vezes chegar ao aparecimento de sintomas como o estresse, o mais comum entre os entrevistados. Outro ponto importante é a quantidade de entrevistados que relatou não ter mais vida própria após o surgimento das frequentes internações causadas pela doença, isso se dá quando apenas um familiar fica responsável por cuidar do indivíduo, ou também quando o paciente não tem muitas pessoas da família próximo a ele, sendo assim, quem está próximo acaba ficando como o único responsável pelo cuidado com o familiar doente.

Outro aspecto significativo são as consequências da doença crônica no cotidiano da família, principalmente do principal cuidador. Foi possível identificar que o funcionamento familiar é irremediavelmente abalado com a descoberta da doença crônica, fazendo com que a família reorganize-se para cumprir o papel que anteriormente era realizado pelo indivíduo adoecido. Esse caso se repete em função das condições financeiras, que também tendem a se abalar com o adoecimento, pois além de muitas vezes o indivíduo doente ficar limitado para o trabalho, o principal familiar cuidador também acaba tendo que deixar suas funções para cuidar do familiar doente, causando uma desestruturação financeira na família, fazendo com que mude a rotina de todo o sistema familiar, principalmente desse cuidador principal, estabelecendo assim novos papéis.

Já sobre as estratégias de enfrentamento da família, todos os entrevistados relatam que enfrentam a doença de forma esperançosa, deixando que as corriqueiras preocupações não sejam percebidas pelos familiares internados, mostrando-se calmos e confiantes para os mesmos. Porém, essas angústias geradas pelas preocupações com a doença, que acabam sendo omitidas, fazem com que o índice de estresse, já citado, aumente nos familiares. De formas diversas, cada familiar tem seu meio de enfrentar a doença, uns se apoiam na religião, outros em tratamentos alternativos para a doença e muitas vezes o apoio vem do próprio sistema

familiar.

Durante as entrevistas conseguimos observar dentro do hospital como é frequente as ocorrências de descaso da família frente ao familiar doente, onde foi relatado pelos enfermeiros que os mesmos ficam o tempo todo com cuidadores pagos pelas famílias, ficando assim sem ninguém da família que possa ajudá-lo, dar apoio e cuidado em uma hora tão difícil. Porém como nossa pesquisa precisava ser feita somente com familiares, não entrevistamos esses cuidadores.

Apesar de esse tema ser bem discutido por profissionais da área da saúde, encontrou-se poucos estudos de profissionais da Psicologia, seria de suma importância termos mais pesquisas sobre esse tema, tanto com os familiares, como também com os indivíduos doentes. Visto também que o fator estresse foi muito evidenciado em todas as entrevistas realizadas do presente estudo, achamos que seria igualmente importante termos pesquisas focadas nesse tema, principalmente dentro do contexto da Psicologia Hospitalar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. Z. S. de et. al. Cuidador principal de paciente oncológico fora da possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 1, pp. 32-37, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>>. Acesso em: 07 dezembro 2012.

BARRETO, T. S.; AMORIM, R. da C. A Família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, pp. 462-467, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf>>. Acesso em: 09 novembro 2012.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 6, pp. 670-675, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019609010>>. Acesso em: 07 dezembro 2012.

CALDEIRA, A. N. S.; RIBEIRO, R. de C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf>. Acesso em: 18 outubro 2012.

CARVALHO, C. da S. U. de. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, pp. 87-96, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/Rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acesso em: 08 dezembro 2012.

CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: Direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 16, pp. 89-94, 1999. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v9n16/09.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2012.

FALCÃO, D. V. da S. **Doença de Alzheimer: Um Estudo sobre o Papel das Filhas Cuidadoras e suas Relações Familiares**. 2006. 17f. Tese de Doutorado em Psicologia - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/3742>>. Acesso em: 08 novembro 2012.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, pp.931-943, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2012.

LUSTOSA, M. A. A Família do Paciente Internado. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, pp. 3-8, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a02.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2012.

MALTA, D. C. et. al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 15, n. 3, pp. 47-65, 2006. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 30 março 2012.

MARCON, S. S. et. al. Vivência e Reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentem a situação crônica de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. esp., pp. 116-124, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf>>. Acesso em: 09 novembro 2012.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.3, pp. 5-18, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a02.pdf>>. Acesso em: 30 março 2012.

MORE, C. L. O. O. et. al. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 14, n. 3, p. 465-473, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 04 maio de 2012.

PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 15, n. 1, pp. 35-45, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>>. Acesso em: 30 março 2012.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 5, pp. 635-642, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 30 março 2012.

ROLLAND, J. S. Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar. In CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Cols.) **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. 2 ed. (pp. 373-392). Porto Alegre: Artmed, 1995.

SANTOS, C. T. dos; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SILVA, D. M. G. V. da; SOUZA, S. da S. de; FRANÇIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.1, pp. 7-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a02.pdf>>. Acesso em: 08 dezembro 2012.

SILVA, M. de A. S. et. al. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 3, pp. 359-365, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08.pdf>>. Acesso em: 20 outubro 2012.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, pp. 1629-1638, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/11.pdf>>. Acesso em: 07 dezembro 2012.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, pp. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2012.

SLUZKI, E. C. **A rede social na prática sistêmica**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 8, n. 3, pp. 378-384, 2009. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9020/5005>>. Acesso em: 30 abril de 2012.

TOYOSHIMA, M. T. K.; ITO, G. M.; GOUVEA, N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 51, n. 4, pp. 209-213, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n4/a17v51n4.pdf>>. Acesso em: 08 dezembro 2012.

ZANETTI, M. L. et. al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, p. 186-192, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>>. Acesso em: 29 março 2012.

**ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FORTALECENDO A
PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM BASE NA
TEORIA DE IMOGENE KING**

*Nursing in the Family Health Strategy: Strengthening Community Participation in Health
Promotion Based in Imogene King's Theory*

Monica Ferronato¹
Fabiana Carla Dalla Costa²
Eloisa Aparecida Pires³
Luciana Hendges⁴
Maria Elisabeth Kleba⁵

Recebido em: 17 mai. 2015

Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: Este estudo buscou identificar potenciais de promoção à saúde baseados na participação da comunidade. Trata-se de estudo qualitativo, que utiliza a Pesquisa Convergente Assistencial. Como procedimentos metodológicos foram utilizadas: 1) observação participante 2) entrevistas semiestruturadas com lideranças 3) elaboração do mapa inteligente 4) grupos focais com a equipe de enfermagem 5) reuniões do Conselho Local de Saúde. O diagnóstico baseou-se no referencial de Imogene King, que cita três sistemas no desenvolvimento do processo de enfermagem. O sistema pessoal salientou o potencial envolvimento dos moradores na melhoria das condições de vida em seu ambiente. O sistema interpessoal revelou espaços comunitários como potenciais para a promoção da saúde. No sistema social, as organizações institucionalizadas ampliam o acesso a recursos de promoção da saúde, mas têm poucas iniciativas favoráveis à participação da comunidade na tomada de decisões relativas às suas condições de vida, fortalecendo sua autonomia e seu poder para mobilizar recursos e atingir metas.

Palavras-chave: Participação da Comunidade. Promoção da Saúde. Assistência de Enfermagem. Saúde da Família.

||| **ABSTRACT:** This study aimed at identifying potential health promotion based on community participation. It is a qualitative study, which uses the Convergent Care

¹ Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. E-mail: monyka@unochapeco.edu.br.

² Enfermeira. Secretaria da Saúde de Quilombo, RS. E-mail: fabi_dallacosta@hotmail.com.

³ Enfermeira. Hospital Regional São Paulo, Xanxerê, SC. E-mail: elo.pires@unochapeco.edu.br.

⁴ Enfermeira. Secretaria da Saúde de Chapecó. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. E-mail: lucianahendges@yahoo.com.br.

⁵ Doutora em Filosofia e Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e dos Mestrados em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais e em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: lkleba@unochapeco.edu.br.

Research. Data were collected using participant observation, interviews with leaders, development of intelligent map, focus groups with nursing staff and local council meeting. Health diagnosis was based on the theory from Imogene King, who cites three systems in development of the nursing process. The personal system pointed out the involvement of residents in improving the living conditions in their environment. The interpersonal system showed non-governmental organizations as important spaces for health promotion. In the social system, government organizations improve the users access to resources for health promotion, but have little initiative in favor of community participation in decision-making concerning their living conditions, strengthening its autonomy and its power to mobilize resources and achieve goals.

Keywords: Consumer Participation. Health Promotion. Nursing Care. Family Health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se consolidado como dispositivo essencial do Ministério da Saúde (MS), que visa à reorientação do modelo assistencial de acordo com os preceitos do SUS. Este dispositivo foi ampliado e reiterado com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção, reabilitação, recuperação e manutenção da saúde. A PNAB contempla práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho multiprofissional, voltadas à população de territórios delimitados, considerando o contexto que vive esta população. Norteia-se pelos princípios como universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação da comunidade (BRASIL, 2011).

Dentro desse contexto, o diagnóstico comunitário é fundamental para o planejamento das ações, à medida que constitui-se ferramenta gerencial e estratégica utilizada para auxiliar na construção do planejamento local no âmbito da ESF. Representa uma tecnologia necessária para a organização do trabalho das equipes multiprofissionais, além de estabelecer relações de vínculo e corresponsabilização, garantindo a continuidade das ações de saúde (RIBEIRO et al, 2012; BRASIL, 2011).

A partir da definição da PNAB, a adstrição do território é reiterada como uma de suas diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2011, p. 04).

Neste sentido, destaca-se como uma das atribuições da equipe de saúde da família “[...] participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL,

2011, p.12).

Isso vem ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Enfermagem, que orientam a formação de profissionais generalistas, humanistas, críticos e capazes de intervir sobre problemas, situações de saúde e doença prevalentes no perfil epidemiológico, nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. As DCN preconizam para o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional de saúde, competências relativas a: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001). Por sua vez, a prática de enfermagem requer sustentação em teorias, as quais constituem-se como “um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições”, com vistas a orientar a percepção, descrição e explicação de fatos/eventos, norteando a sistematização do cuidado para o alcance de objetivos (KERLINGER apud GEORGE, 2000, p.12).

Este estudo utilizou como referencial a teoria de obtenção de metas de Imogene King, que propõe três sistemas a serem considerados na interação entre enfermeiro e clientes: sistemas pessoais, interpessoais e sociais, tendo como objetivo identificar a participação da comunidade e seus potenciais para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família.

Os sistemas propostos por King e seus conceitos inter-relacionados foram organizados de forma a apoiar a leitura e a descrição da realidade, facilitando a identificação dos espaços de promoção à saúde. Nesta perspectiva, o sistema pessoal tem como foco o indivíduo (eu), o sistema interpessoal os espaços comunitários e o social as instituições.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Prática assistencial na estratégia saúde da família: analisando os potenciais e desafios da enfermagem para a realização de práticas de promoção à saúde”, no qual se utiliza como fundamentação teórico-metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA visa obter informações sobre a realidade e as experiências dos participantes do estudo, bem como conduzir uma prática assistencial por meio de atividades participativas e dialógicas (TRENTINI, PAIM, 2004). De acordo com Trentini e Paim (2004), a PCA requer participação ativa dos sujeitos nas ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, numa relação de cooperação mútua.

O cenário de estudo foi um dos 27 Centros de Saúde da Família de Chapecó, município situado no oeste de Santa Catarina, que abrange duas equipes da ESF, com aproximadamente 7.500 usuários adscritos. As equipes integram duas enfermeiras, dois clínicos gerais, um cirurgião dentista, uma pediatra, uma auxiliar de saúde bucal, sete auxiliares de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo.

Como etapa inicial do TCC, desenvolvido no primeiro semestre de 2013, a equipe foi envolvida na realização do diagnóstico situacional da comunidade. É importante salientar que o diagnóstico situacional é uma ferramenta fundamental no levantamento e identificação dos problemas de saúde, possibilitando realizar o planejamento das ações de saúde de acordo com a realidade do território desvelada a partir dos significados atribuídos pelos diferentes atores que ali interagem (SANTOS, 2010).

Para isso, foram utilizadas várias ferramentas e fontes tais como: a) dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com informações sobre atendimentos e condições demográficas dos moradores; b) leitura de atas do conselho local de saúde (CLS), no período de 2010 a 2012, num total de oito; c) observação participante na unidade e na comunidade, acompanhando atividades desenvolvidas pela equipe; d) elaboração do mapa inteligente com a participação das agentes comunitárias de saúde e uma das enfermeiras da unidade; e, e) entrevistas com oito lideranças da comunidade e dois representantes de instituições localizadas no território, sendo um da Escola Estadual e um do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), selecionadas a partir de indicação das agentes comunitárias de saúde, profissionais da equipe, ou ainda das próprias lideranças. As lideranças foram entrevistadas em suas casas ou local de trabalho, por intermédio de um roteiro de entrevista semiestruturada.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), sob protocolo n. 349/2012, tendo-se obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os participantes.

Importante salientar que, seguindo orientações da PCA e dos pressupostos da teoria de King, os membros da equipe foram envolvidos em todo o processo de decisão implicado no estudo, desde a definição dos objetivos, dos instrumentos e das estratégias de coleta de dados, até o debate e a validação dos resultados. Uma das enfermeiras da unidade supervisionou a execução do trabalho, exercendo um relevante papel na definição dos encaminhamentos, bem como na motivação à participação da equipe no processo. O diagnóstico foi validado no Conselho Local de Saúde e na reunião semanal da equipe de saúde da unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico foi realizado com base no referencial de Imogene King, considerando-se três sistemas para o desenvolvimento do processo de enfermagem (GEORGE, 2000).

1) **Sistema Pessoal:** cada indivíduo é um sistema pessoal. Os conceitos relevantes neste sistema são: percepção, self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço, aprendizado e tempo. Tendo como principal conceito a **percepção** que influencia todos os

comportamentos e determina que qualquer situação será apresentada de maneira única, singular, por cada indivíduo envolvido.

2) **Sistema Interpessoal**: formado pelos seres humanos em interação. Os conceitos deste sistema são: interação, comunicação, transação, papel e estresse. A **interação**, principal conceito deste sistema, é caracterizada a partir dos relacionamentos humanos, sendo influenciada pelas percepções e definida como comportamento observável de duas ou mais pessoas na presença mútua.

3) **Sistema Social**: definido como sistema de limites organizados a partir de regras sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para sua manutenção. Os conceitos deste sistema são: organização, autoridade, poder, status, tomada de decisão e controle. Seu conceito principal, a **organização**, é caracterizada como sendo formada de seres humanos que têm papéis e posições prescritas e fazem uso dos recursos para preencher tanto metas pessoais quanto as organizacionais.

A partir destes sistemas, apresentamos a seguir os resultados do estudo, estruturados como dimensões e ou espaços potenciais para a promoção da saúde junto à ESF.

As pessoas e o seu lugar como moradores, parte de uma comunidade

O reconhecimento dos usuários adscritos e de sua percepção em relação ao território e ao lugar que ocupam no contexto da comunidade é fundamental para a equipe de saúde, à medida que se reconhece cada ser como único e singular. Para King, o conceito de percepção – central no sistema pessoal – indica a maneira única de cada indivíduo, como participante ativo das situações e relações estabelecidas na e com a comunidade. A enfermagem deve reconhecer que a identidade de cada um é afetada por sua participação, o que influencia na definição de suas necessidades e metas (GEORGE, 2000).

Considerando os potenciais de empoderamento no nível pessoal, no qual a unidade de análise são os indivíduos, Kleba e Wendhausen (2009, p. 738) referem que

Um dos aspectos centrais nesse nível é a mudança de mentalidade a partir da percepção do sujeito das próprias forças, que resulta em um comportamento de autoconfiança.

Dialogando com as lideranças e a equipe, percebemos que a maioria gosta de morar no bairro. De forma geral, observamos que é um local, em sua maior parte, agradável de viver, bonito, com uma estrutura organizada de casas, equipamentos sociais e áreas verdes. Em relação à mobilidade, a maior parte das ruas é asfaltada, sem dispor, no entanto, de calçamento para pedestres, o que dificulta a acessibilidade, principalmente para pessoas com necessidades especiais. O transporte coletivo é frequente e o acesso dos moradores à unidade de saúde é fácil.

Como demonstram as falas a seguir:

[...] morar nesse bairro é você quem faz. É bom de morar, por que – nessa rua – temos uma relação de amizade. [...] Eu participo da comunidade, o pessoal vem muito falar comigo. O bairro é bom de morar, ele é um bairro tranquilo, nós moramos aqui e nunca tivemos nenhum problema [...] (L1).

[...] é ótimo, posso dizer, bairro tranquilo. Se fosse para sair, não sei se me acostumaria em outro bairro. [...] Onde você está é você que faz o lugar, não é o bairro em si, mas nós pessoas que fizemos o lugar onde moramos. [...] (L2).

Apesar de reconhecer que melhorias na comunidade requerem recursos financeiros dependentes do setor governamental, parte significativa dos investimentos tem a ver com o empenho e envolvimento de cada um. Os dados obtidos por meio das entrevistas e observações evidencia que os moradores do bairro se sentem bem e motivados a construir em seu entorno um ambiente agradável, favorável para a promoção da saúde na comunidade.

A carta de Ottawa cita como uma de suas cinco estratégias de atuação para a promoção da saúde o desenvolvimento de habilidades pessoais para o que a equipe de saúde pode contribuir facilitando o acesso a informações e realizando atividades de educação em saúde que favoreçam maior controle da população sobre sua saúde e o meio ambiente (OMS, 1986).

Para os profissionais, a promoção da saúde depende em primeiro lugar do esforço de cada um, ela

[...] começa dentro da sua própria casa, a partir do momento que você começa a cuidar das suas coisas, começa você se trabalhar [...]. Promoção de saúde é cada um cuidar de si. (P1).

Neste sentido, o empoderamento pessoal requer um processo de interação na comunidade em que a dedicação e o esforço de cada um são formas de aprendizagem e de obter o reconhecimento junto aos indivíduos com os quais se está envolvido, o que contribui para consolidar sentimentos como auto realização, percepção de poder e competência (KLEBA, WENDHAUSEN, 2009).

De acordo com as falas citadas, percebe-se que os moradores do bairro buscam a melhoria do ambiente onde vivem, a partir do seu self (ser) e respeitando as características e individualidades de cada um, conduzindo ao crescimento mútuo para a obtenção de metas e objetivos comuns (GEORGE, 2000).

O enfoque da enfermagem no sistema pessoal é a pessoa (GEORGE, 2000). Quando os sistemas pessoais entram em contato uns com os outros, formam os sistemas interpessoais.

Espaços que promovem a interação e participação da comunidade.

A interação é um dos conceitos centrais relativos ao sistema interpessoal da teoria de King, sendo compreendida como processo no qual os seres humanos se comunicam para atingir metas. A interação ocorre à medida que os indivíduos, por meio de processos de

comunicação efetiva, identificam metas e buscam meios de alcançá-las, o que resulta em transação (GEORGE, 2000).

De acordo com a PNAB, uma de suas diretrizes é ter território adstrito, sendo que é uma ferramenta que garante o planejamento, a programação e o desenvolvimento das ações setoriais e intersetoriais, de acordo com a realidade local. A definição de espaço, na teoria de King, implica todas as dimensões, sendo identificado não apenas como área física, conhecida como 'território', mas também pelo comportamento dos que o ocupam (GEORGE, 2000).

Para Kleba e Wendhausen (2009), o segundo nível do processo de empoderamento, grupal ou organizacional, é observado nos espaços dos grupos, organizações e instituições sociais, como parentesco, grupos de vizinhança, associações comunitárias, igrejas e entidades de serviços.

Estes espaços exercem importante papel de mediador na geração de oportunidades para que as pessoas adquiram novas ferramentas, desenvolvam um sentido de confiança e de comunidade, e participem ativamente na melhoria de vida em comunidade (KLEBA; WENDHAUSEN, 2009, p. 739).

As entrevistas com as lideranças e as caminhadas realizadas no bairro para reconhecimento do território possibilitaram confirmar a realidade desenhada no mapa inteligente construído com as agentes comunitárias de saúde, no qual foram identificadas diferentes organizações na comunidade, com papel fundamental na promoção a saúde, tais como: o salão comunitário, construído e mantido pela Igreja Católica no bairro; a Associação de Moradores; o Clube de Tradição Gaúcha (CTG); a Associação de Fraternidade Ecumênica (ASFREC); o grupo de idosos; e, igrejas de diferentes confissões religiosas.

Na comunidade em estudo, destacou-se entre as diferentes igrejas a católica, que desenvolve um trabalho significativo no bairro por meio das lideranças locais. As pastorais organizadas nessa instituição, em especial a da criança, oportunizam o protagonismo diferenciado dos agentes locais trabalhando em favor da comunidade. A igreja católica do bairro dispõe de um salão comunitário aberto às atividades desenvolvidas pela comunidade, pela unidade de saúde e pelas escolas.

Por sua vez, o CTG Vaqueanos do Oeste, frequentado por moradores do bairro e de outros locais da cidade, atua na valorização da cultura gauchesca e desenvolve atividades culturais, artísticas e de lazer, oportunizando espaços de convivência saudáveis que envolvem públicos de diferentes faixas etárias.

O grupo de idosos da comunidade, apoiado pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), reúne em torno de setenta idosos, os quais se encontram mensalmente no salão comunitário da igreja e realizam diferentes atividades, entre elas, danças e atividades físicas adaptadas para a terceira idade. Já a ASFREC desenvolve um trabalho de promoção social, prioritariamente com famílias em situação de maior vulnerabilidade, envolvendo crianças, adolescentes e jovens em atividades de lazer, cultura e esporte.

A associação de moradores se reúne mensalmente, visando analisar problemas do bairro e desenvolver ações ou reivindicar junto aos órgãos competentes soluções em benefício da comunidade. É uma associação atuante, tendo conquistado melhorias significativas no território, como um salão comunitário que está em construção.

Como demonstram as falas a seguir:

Ativas aqui têm as igrejas em geral, têm várias delas trabalhando na comunidade, uma é a católica; tem a associação de moradores que desempenha um papel importante; tem o grupo de idosos na comunidade que realiza atividades físicas e utiliza o salão comunitário. (L1).

Temos a pastoral da criança, que é ativa; a associação dos moradores, que é uma organização forte; a ASFREC, que é uma das mais organizadas, em função do trabalho que realizam (eles têm judô e várias ações que são bem interessantes); e, o grupo de idosos, que é bem ativo e organizado (eles têm educação física, jogos e danças). (L2).

A interação humana conduz a transações que reduzem o estresse em diferentes situações. O conceito de papel exige que os indivíduos se comuniquem uns com os outros com o propósito de alcançar metas, o que pode ser aprendido na família ou com outros grupos sociais. O conhecimento do papel é importante para as enfermeiras para facilitar seu desempenho no cuidado à saúde. O papel é um conceito do sistema interpessoal, mas é pertinente a cada um dos três sistemas (MOREIRA, ARAÚJO, 2002).

Podemos observar em nosso estudo que a comunidade tem iniciativas efetivas, pois existem lideranças engajadas na melhoria da qualidade de vida do ambiente em que vivem e que conseguem envolver outros moradores do bairro. A equipe da ESF encontra uma comunidade organizada e participativa, o que constitui potencia para promoção da saúde. Fortalecer esse potencial de organização é uma

[...] forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.” (BRASIL, 2011, p. 04).

A Carta de Ottawa cita como uma de suas cinco estratégias de atuação o reforço das ações comunitárias na tomada de decisão, na definição de estratégias e em sua implementação, buscando melhorias na qualidade de vida, ou seja, contribuindo para que a comunidade tenha maior controle sobre o seu destino. Da mesma forma, essa Carta define que os ambientes são muito importantes para a promoção a saúde, pois podem favorecer mudanças nos hábitos de vida, de trabalho e de lazer o que gera melhorias nas condições de vida e, conseqüentemente, de saúde da comunidade (OMS, 1986).

O enfoque da enfermagem no sistema interpessoal é o ambiente (GEORGE, 2000). Os sistemas interpessoais se juntam para formar os sistemas sociais.

O Centro de Saúde da Família como parceiro no empoderamento da comunidade com vistas à promoção da saúde

A PNAB cita como características do processo de trabalho das equipes de atenção básica “[...] desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltadas para o desenvolvimento de uma atenção integral” (BRASIL, 2011, p. 11). Neste sentido, a Carta de Ottawa (OMS, 1986, p.03) apresenta como uma de suas cinco estratégias de atuação a reorientação dos serviços de saúde.

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

Como terceiro nível fundamental para o processo de empoderamento, Kleba e Wendhausen (2009) citam o político ou estrutural. Nesse nível, os governos assumem papel fundamental, à medida que promovem a criação de estruturas favoráveis à participação efetiva, incluindo transparência administrativa e distribuição equitativa de recursos à comunidade. São as organizações governamentais que materializam políticas, programas e ações, desempenhando, assim, importante papel junto à comunidade, facilitando o acesso aos indivíduos, famílias e grupos aos recursos necessários para o enfrentamento às adversidades.

King define a organização como sendo formada por seres humanos que têm papéis e posições prescritas e fazem uso dos recursos para preencher tanto metas pessoais quanto organizacionais (GEORGE, 2000). As organizações governamentais identificadas na comunidade foram: Centro de Saúde da Família, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Unidade de Atendimento Socioeducativo (UASE), Escola Estadual e Centros de Educação Infantil (CEIM).

A escola possui estrutura física em boas condições, é de fácil acesso e com significativo espaço de área verde, em virtude de um projeto de arborização realizado pela escola em parceria com a comunidade. Durante os finais de semana, a quadra de esportes da escola é disponibilizada, sem custos, para quem quiser realizar atividades esportivas. Por sua vez, o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) é bem localizado, em referência à unidade estudada, uma vez que abrange oito bairros do município. No entanto, carece de uma estrutura física adequada, não disponibilizando salas para atendimento individualizado ou trabalho em grupos. O espaço utilizado para o desenvolvimento das atividades é junto a recepção. Os programas desenvolvidos são: grupo de idosos, grupos de mulheres, atividades socioeducativas para o grupo das fraldas, do leite, cesta básica e Bolsa Família. No período do estudo, o atendimento era mais focado no nível individual, sendo que os grupos não estavam ativos, devido a mudança da gestão municipal, bem como ao atraso nas licitações.

A Assistência Social do município inclui ainda a Unidade de Atendimento

Socioeducativo (UASE), que desenvolve na comunidade atividades de lazer, cultura, esporte e educação envolvendo crianças e adolescentes cadastrados no Programa Bolsa Família.

Encontramos fragilidades relacionadas à estrutura física do CSF estudado, cujo espaço mostrou-se inadequado para atender a demanda. Os usuários aguardam as consultas e outros atendimentos em um estreito corredor da unidade, que disponibiliza número de cadeiras insuficiente para que aguardem com maior conforto. Da mesma forma, as salas para atendimento são pequenas e não há espaço apropriado para reuniões de equipe ou atividades com grupos educativos.

Uma das atribuições previstas para a equipe da ESF é a mobilização e o fortalecimento da participação da comunidade na organização dos serviços e no controle social, para o que o Conselho Local de Saúde (CLS) pode ser um espaço favorável. Os CLSs foram criados pela Secretaria da Saúde em Chapecó a partir de 1998, como espaço de comunicação entre as diferentes organizações da comunidade e a equipe de saúde, favorecendo o diálogo com vistas à melhorias no atendimento da unidade bem como na qualidade de vida do território (PIMENTA, 2000). As lideranças entrevistadas referem o CLS como:

[...] um grupo de pessoas que se reúne a fim de trabalhar em conjunto as ações de saúde, [...] para discutir as ações de saúde preventiva [...] [e oferecer] suporte à unidade de saúde para fazer as ações necessárias do bairro para a melhora da qualidade de vida [...] (L1).

O CLS do CSF estudado foi instituído em 1998, promovendo reuniões bimensais com uma média de aproximadamente 15 participantes. Esse CLS tem sofrido rupturas e descontinuidades provocadas, entre outros motivos, pelas trocas frequentes de coordenação da unidade. Na época do estudo, o CLS estava em processo de reestruturação, pois ficara inativo desde julho de 2012, devido ao período eleitoral, que tem sido referido por gestores e profissionais da rede de saúde do município como produtor de confrontos e disputas partidárias no espaço dos conselhos.

Na vivência realizada junto ao CLS da unidade, percebemos situações de tensão e desconforto nas relações estabelecidas entre usuários e equipe. Os depoimentos revelam um desconhecimento sobre o papel do conselho. Para os profissionais da equipe de saúde:

Tem que ver quais são os direitos e os deveres; ver no que ele pode orientar as pessoas, por que eu sei de gente que entrou no conselho que não sabe como funciona. A maioria vai nas reuniões, quando tem, mas não sabe muita coisa. (P2).

E será que a gente sabe? [...] Muitas vezes a gente não sabe também! Tem que fazer um conselho por que é requisito da Secretaria! Aí: 'vamos montar', está montado, e daí, o que vamos fazer? Vou eu lá e já sei que eles vão reclamar um monte. Daí, já vou cheia de armadura, vou lá me defender [...]. (P3).

Apesar das dificuldades de diálogo, o CLS é um importante espaço de tomada de

decisões, a qual é definida por King (apud GEORGE, 2000) como um processo dinâmico e ordenado, pelo qual indivíduos ou grupos fazem escolhas sobre alternativas percebidas, visando responder questões relevantes e atingir metas.

Na teoria dos sistemas de King, as organizações são salientadas como espaços relevantes da produção de saúde, pois têm status reconhecido pela comunidade, o que confere autoridade e poder aos trabalhadores desse setor (GEORGE, 2000). A enfermagem assume papel de liderança nos processos de promoção da saúde, favorecendo parcerias entre organizações comunitárias e setores governamentais, à medida que inclui e motiva maior participação dos diferentes atores nos processos decisórios da unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou refletir sobre a participação da comunidade e seu potencial para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, tendo como orientação os sistemas pessoal, interpessoal e social no reconhecimento da realidade para o planejamento da assistência de enfermagem.

As ações possibilitaram reconhecer potenciais na comunidade para a promoção da saúde nos três sistemas de King. No sistema pessoal, identificou-se o envolvimento dos moradores na melhoria das condições de vida em seu ambiente, revelando a importância do *self* (ser) que envolve ideias, atitudes, valores e compromissos. O sistema interpessoal revelou espaços comunitários favoráveis à promoção da saúde, tendo em vista que esses contam com lideranças engajadas na melhoria da qualidade de vida da comunidade. A transação ocorre por meio da comunicação efetiva entre lideranças e moradores do bairro, em prol de objetivos comuns. No sistema social ressaltamos as instituições que exercem papel fundamental na garantia do acesso a recursos necessários à promoção da saúde, tendo *status*, autoridade e poder reconhecidos pela comunidade.

Por um lado, a participação da comunidade estudada revela-se potencia para a promoção da saúde, com senso positivo de pertencimento e existência de organizações atuantes em prol da comunidade. Por outro lado, identificamos como um dos nós críticos relevantes o pouco vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, evidenciado pelo pouco reconhecimento das organizações existentes ou mesmo do Conselho Local de Saúde como potenciais de parceria para a promoção da saúde.

A enfermagem assume importante papel como liderança junto à equipe da ESF no fortalecimento da participação da comunidade com vistas à promoção da saúde, o que requer maior compreensão sobre estratégias adequadas e formas de implementação. Entendemos que uma das estratégias se constitui no estabelecimento de vínculos efetivos, que requer diálogo e respeito à autonomia dos sujeitos, fortalecendo seu poder para mobilizar recursos e atingir metas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001**: institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

BRASIL. **Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GEORGE, J. B. Imogene King. In: _____ (org.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KLEBA, M. E; WENDHAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, dez. 2009.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 97-107, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. **I Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde**. Carta de Ottawa. Toronto/Canadá, 1986. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.

PIMENTA, A. L. Conselhos locais de saúde de Chapecó. In: _____ (Org.). **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2000. 313 p.

RIBEIRO, P. C. et al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 161-173, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1213/1098>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SANTOS, L. C. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE)]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 62 p. Disponível em: <https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2013.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TENTATIVA DE SUICÍDIO¹

The challenges faced by nursing staff in patient care with suicide attempt

Elaine Bortolin Pereira de Aguiar²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 18 abr. 2015

Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: Estudo com objetivo de identificar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um Hospital da Região Sul de Santa Catarina. Realizou-se entrevista semi-estruturada com 07 profissionais da equipe de enfermagem atuantes na emergência. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo. O estudo demonstrou o despreparo dos profissionais para lidar com os pacientes com tentativa de suicídio relacionado aos mitos e crenças que envolvem a temática interferindo na assistência de enfermagem e a falta de capacitação na área de saúde mental. Considera-se imprescindível a reorganização da rede de atenção em saúde mental no município, com ações que visem a prevenção dos casos de tentativa de suicídio e o acompanhamento dos pacientes pelo serviço de saúde mental e atenção básica, para evitar recidivas e a consumação do ato. A busca constante da humanização da assistência com o acolhimento assertivo e resolutivo dos casos de tentativa de suicídio deve ser uma meta compartilhada pelos serviços de saúde do município.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio. Assistência de Enfermagem. Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT: Study aiming to identify the challenges faced by nursing staff in patient care with a suicide attempt. Qualitative research, descriptive, exploratory and field. The study was carried out in a Hospital in the southern region of Santa Catarina. A semi-structured interview was held with professional nursing team 07 active in emergency. Data analysis was carried out from the analysis of content. The study demonstrated the unpreparedness of the professionals to deal with patients with suicide attempt related to the myths and beliefs that surround the theme interfering in nursing care and the lack of

¹ Artigo baseado na Monografia Pós-graduação Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

² Enfermeira Pós Graduada em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.– UNESC. E-mail: elaine_pk88@yahoo.com.br.

³ Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Educação – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil. Endereço para correspondência: Maria Tereza Soratto. R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed Jatobá. Centro. Criciúma - SC. CEP: 88.801-230. E-mail: guiga@unesc.net.

training in the area of mental health. It is considered essential to the reorganization of the network of mental health care in the municipality, with actions aimed at the prevention of cases of attempted suicide and the monitoring of patients at mental health services and primary health care, to prevent relapses and the consummation of the Act. The constant search of humanization of assistance with the assertive host and resolute of cases of suicide attempt must be a goal shared by the municipal health services.

Keywords: Suicide. Attempted. Nursing Care. Emergency Service. Hospital.

INTRODUÇÃO

A compreensão do comportamento humano é um dos maiores desafios que a ciência enfrenta em milhares de anos de civilização. Entender a mente e a forma como cada indivíduo constrói sua concepção sobre a vida é tão subjetivo quanto à própria concepção da origem do ser humano.

Enquanto a vida é um desafio e uma busca incessante por parte da grande maioria das pessoas, para outros é um valor que decresce na medida em que frustrações se acumulam e sentido de estar vivo fica comprometido parecendo apenas um fardo a carregar.

O suicídio é uma prática tão antiga quanto à própria civilização, e até hoje não se encontrou uma explicação plausível para uma atitude tão violenta de um indivíduo contra a sua própria integridade física. Porém, o que ninguém discorda é que se trata de um problema de saúde pública, e para os profissionais de saúde mais um desafio a ser enfrentado e combatido.

Atentar contra a própria vida é atitude extrema que se pode traduzir em sintoma de uma mazela psicológica crônica, ou mesmo de situação momentânea extrema que gera atitude irreversível com uma série de consequências diretas e indiretas. Neste trabalho trataremos deste tema sob a ótica dos profissionais de saúde, com enfoque na prevenção, no acompanhamento e nos desafios advindos deste acontecimento tanto para aqueles que prestam assistência, quanto para os que compõem o grupo de risco ou para aqueles que são atingidos pelo acontecimento traumático em razão de relações familiares e afetivas.

As pessoas que tentam o suicídio estão sofrendo mental e emocionalmente e, por isso, necessitam de tratamento psicológico e, muitas vezes, farmacológico. Muitas vezes essas pessoas não têm acesso a esses cuidados a tempo pelo simples fato de não serem encaminhadas pelos profissionais dos serviços que tiveram contato com elas nos momentos críticos. É de importância fundamental o encaminhamento adequado dessas pessoas para um profissional de saúde mental da unidade de emergência, ou quando não houver esse profissional, para unidades de saúde mental de referência que possam dar continuidade ao tratamento. (MOURA et al., 2010).

Como enfermeira atuante na emergência hospitalar, constatou-se um número elevado de pacientes com tentativa de suicídio em um município considerado de pequeno porte. Desta

forma surgiu o interesse para realização desta pesquisa, suscitando inquietações referentes à temática: Qual a capacitação e preparo técnico, científico e emocional da equipe de enfermagem para a assistência a esses pacientes? Quais os mitos e crenças da equipe de enfermagem frente ao suicídio? Estas crenças podem interferir na assistência humanizada a estes pacientes? Qual o acompanhamento deste paciente após a alta hospitalar? Existe recidiva?

Em prontos-socorros, frequentemente, casos de suicídio e de tentativa de suicídio são menosprezados e considerados casos de pouca gravidade, sendo este paradigma inconcebível, pois os pacientes que atentam contra a própria vida de modo geral querem acabar com seu sofrimento e não encontram alternativas, a não ser o ato suicida, geralmente esses pacientes sofrem de algum transtorno mental, e não recebem auxílio e apoio emocional de seus familiares e da sociedade. Diante desta problemática torna-se indispensável a compreensão dos profissionais de saúde quanto esta situação na tentativa de ajudar o paciente nos momentos de angústias e desespero emocional. (BOTEGA et al, 2006)

Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa: Quais os Desafios Enfrentados pela Equipe de Enfermagem no atendimento ao paciente com Tentativa de Suicídio em um hospital do extremo sul catarinense?

Considera-se que os desafios enfrentados pela Equipe de Enfermagem no atendimento ao paciente com Tentativa de Suicídio está relacionado à: falta de preparo para a humanização da assistência de enfermagem ao paciente e família; existem mitos e crenças que envolvem a temática do suicídio que pode interferir na assistência; a equipe de enfermagem deve ser suporte e apoio ao paciente e seus familiares; a equipe de enfermagem deve encaminhar adequadamente estes pacientes a rede de serviços em saúde mental para evitar novas tentativas de suicídio.

Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como qualitativo, descritivo, exploratório e de campo, realizado na emergência de um Hospital da Região Sul de Santa Catarina.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com 7 profissionais da equipe de Enfermagem da Emergência, sendo 3 Enfermeiros e 4 Técnicos de Enfermagem.

A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, através da categorização de dados baseado em Minayo (2009).

Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, de acordo com as

diretrizes e normas regulamentadoras da Res. 466/12, utilizou-se indicador alfanumérico (E1 a E7). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Projeto nº 807.696/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do perfil da equipe de enfermagem

Em relação ao perfil da equipe de enfermagem, um profissional (01) é do sexo masculino e seis (06) do sexo feminino, a idade variou de 24 a 33 anos. A escolaridade da equipe de enfermagem configurou-se entre técnico de enfermagem (04) a enfermeiro (03). O tempo de experiência na emergência variou de um (01) ano a doze (12) anos. Em relação à especialização somente um (01) profissional está concluindo a pós graduação.

Somente a partir da década de 80, o Brasil deu maior importância para a capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam em unidades de Emergência. Hoje, sabe-se que liderança é uma das estratégias para a melhoria do gerenciamento da assistência prestada ao paciente, além de conhecimentos científico, prático e técnico para que a equipe de enfermagem possa tomar decisões rápidas e concretas em uma unidade em que o tempo entre a vida e a morte pode estar delimitado por segundos (SANTANA; 2015).

Capacitação e preparo para o atendimento ao paciente com tentativa de suicídio

A capacitação e preparo para o atendimento ao paciente com tentativa de suicídio da equipe de enfermagem advêm com a experiência prática, a partir dos atendimentos realizados no cotidiano do atendimento de emergência.

E1 - “A experiência adquirida com as mais diversas situações em emergência. Por vezes recebemos os pacientes que frequentam o hospital, simulando uma tentativa de suicídio medicamentosa, na maioria das vezes causando pânico em alguns médicos pouco experientes. O exame físico e investigação minuciosa de cada caso, o histórico familiar, sinais e sintomas, a própria negligência médica em alguns momentos nos obriga a tomar decisões e até mesmo condutas a nós não permitida tecnicamente”.

E2 – “Dia-a-dia”.

E3 – “A que adquirimos em nosso dia-a-dia”.

E4 – “Adquirida com o tempo de trabalho”.

E5 – “Sobre este assunto a capacitação que temos é única e exclusivamente a que adquirimos com o tempo de trabalho”.

E7 – “Não possuo nenhuma capacitação acadêmica ao atendimento junto ao paciente com tentativa de suicídio, apenas tenho a vivencia do dia a dia que não deixa de ser um bom preparo”.

O profissional E6 ressaltou: E6 – “Minha formação de nível técnico não me capacita o suficiente para tal atendimento, apesar disse me sinto sim preparada a nível humanitário para realizá-lo”.

Existe um despreparo dos profissionais para lidar com esses pacientes, o que se deve à falta de um treinamento específico e formação profissional com embasamento aos aspectos psicoemocionais e sociais, o que justifica o menosprezo e, até mesmo a ironia no atendimento aos casos de tentativa de suicídio (RISSON, 2014).

Os mitos e crenças que envolvem a equipe de enfermagem no atendimento a tentativa de suicídio

A maioria dos profissionais ressaltou como mito e crença na tentativa de suicídio a necessidade do paciente em chamar a atenção:

E1 - “O principal mito é aquela história de dizer que são apenas ameaças, que na verdade o paciente apresenta um déficit, financeiro, amoroso, de relacionamento, de aceitação por escolhas como o homossexualismo, etilismo, etc, até que se prove o contrário. Muitas vezes para nós isso não passa de querer chamar atenção, ou até mesmo vir ao hospital para realizar uma lavagem gástrica é comemorada por aqueles que supostamente necessitam serem ouvidos e atendidos com algum afeto”.

E3 – “Pensar que o paciente quer chamar a atenção”.

E4 – “Chamar atenção”.

E5 – “Vários mitos e crenças envolvem este assunto, porém o que mais se destaca é o de pensarmos muitas vezes que o paciente somente quer chamar a atenção de alguém e que jamais teria a capacidade de realmente cometer o suicídio”.

E7 – “Vários são os mitos diante da tentativa do suicídio, como: quem tenta só quer chamar atenção, quem quer morrer não avisa. O paciente que muitas vezes tenta já é tratada com indiferença pela equipe de enfermagem”.

Como parte da sociedade e da cultura, o profissional de enfermagem possui uma série de atitudes e crenças que afetam sua atuação profissional e influenciam, por sua vez, os pacientes com conduta suicida. As crenças equivocadas ou mitos sobre a conduta suicida também acontecem nos profissionais de saúde. Um dos mais frequentemente formulados é o comportamento suicida como “chamada de atenção”. Porém, mesmo que nem todas as pessoas que tentam cometer suicídio desejam morrer, é um erro considerá-las como fanfarrões, porque são pessoas cujos mecanismos úteis de adaptação falharam e que não encontraram alternativas, a não ser atentar contra sua própria vida. (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

Um dos principais mitos relacionado a tentativa de suicido é a de que as pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção (OMS, 2006).

A rotulação do paciente que tenta suicídio e a marginalização do mesmo pela equipe de enfermagem foi descrito nas falas dos profissionais E2 e E6:

E2 – “Rotulação do paciente”.

E6 – “O paciente suicida é marginalizado, por vezes, pela equipe de enfermagem, pela forma de tentativa e o insucesso da mesma”.

Os profissionais de enfermagem compartilham uma atitude desfavorável perante o comportamento suicida e esse resultado está de acordo com uma sociedade que, sendo mortal, rejeita a morte, que deixou de ser admitida como um fenômeno natural necessário e é considerada como um fracasso, tanto pela sociedade como pelo sistema de saúde. (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

Interferência dos mitos e crenças na assistência humanizada ao paciente e familiar

Para a maioria da equipe de enfermagem os mitos e crenças podem interferir na assistência humanizada ao paciente e familiar, segundo os relatos:

E1 – “Sim. Estes mitos e crenças podem influenciar negativamente no atendimento e no tratamento destes pacientes, pois o costume e o conhecimento da vida da maioria dos pacientes faz pressupormos que eles jamais tentarão o suicídio e alguns minutos perdidos poderão ser fatais contra a vida destes enfermos”.

E2; E3 – “Sim”.

E4 – “Acho importante a família interagir, porém, com poucos funcionários às vezes fica difícil você dar suporte a família e paciente”.

E5 – “Infelizmente podem sim, pelo simples fato de pensarmos que muitas vezes o que realmente o paciente quer é chamar a atenção de alguém. Algumas vezes também me pego pensando que tanta gente luta para poder viver e outros com toda a saúde pensam em acabar com sua própria vida”.

E6 – “Creio que sim, pois, todo paciente, bem como todo ser humano merece respeito e o preconceito vindo da equipe acaba por distanciar o profissional do paciente”.

E7 – “Sim, como já disse o atendimento do paciente que muitas vezes já tentou o suicídio leva a equipe ao desgaste, sendo que na verdade não sabe o que se passa na vida de cada um”.

Como parte da sociedade e da cultura, o profissional de enfermagem possui uma série de atitudes e crenças que afetam sua atuação profissional e influenciam, por sua vez, os pacientes com conduta suicida. As crenças equivocadas ou mitos sobre a conduta suicida também acontecem nos profissionais de saúde. (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

A terapêutica hospitalar para esses casos transcende a medicalização e os cuidados profissionais para se aproximar, isto sim, de uma qualificação do cuidado direcionada para um

processo de comunicação e de humanização recíproco durante o atendimento. É necessário, portanto, técnicos de enfermagem, aptos a salvar vidas em todas as circunstâncias, tenham uma estrutura fundamentada especificamente para o atendimento na tentativa de suicídio e, ao mesmo tempo, possam ter estrutura institucional para manter seu equilíbrio emocional e profissional (RISSON, 2014).

Sentimentos da Equipe de Enfermagem diante do atendimento ao paciente com tentativa de suicídio

Os sentimentos da Equipe de Enfermagem diante do atendimento ao paciente com tentativa de suicídio foram variados, com um misto de pena, preocupação, tristeza, compaixão e impotência.

E1 – “Na maioria das vezes o sentimento é de preocupação, pois se pacientes assim retornarem com frequência pela mesma causa, é porque a atenção básica esta errada, pois não encaminhou esta pessoa para especialidade adequada e não esta sendo tratada devidamente. Trata-se de uma emergência nem sempre encarada desta forma pelo profissional de medicina”.

E2 – “Depende de cada ocasião. Se vivenciamos um pouco da história do paciente”.

E3 – “Sentimento de pena”.

E4 – “Sentimento de pena da família e paciente”.

E5 – “Sentimento de pena, e em alguns casos, os de pacientes que já passaram mais de uma vez pela mesma situação o sentimento é de impotência por não ter conseguido ajudar desde a primeira vez que ocorreu a situação”.

E6 – “Meu sentimento é de compaixão a um ato extremo que normalmente o auge de uma situação depressiva”.

E7 – “Tenho um sentimento de tristeza, pois a meu ver não ha nada melhor do que a vida, que estar vivo”.

O trabalho do profissional de enfermagem é rodeado por sentimentos e emoções, às vezes difíceis de classificar e identificar, que têm suas origens tanto no paciente como no próprio profissional. (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

As condições psicoemocionais da equipe de saúde, que está constantemente diante do enfrentamento do processo de morte e morrer, são sempre irrelevantes no contexto institucional. Especialmente os técnicos de enfermagem, que atendem uma demanda diversa e complexa de pacientes, nem sempre têm à sua disposição um intercâmbio técnico, físico e psicológico dentro do hospital em que desempenham suas funções. Esses profissionais convivem constantemente com o sofrimento, a dor, o medo, o desamparo, a desesperança e as perdas de diversos tipos, além do seu próprio sentimento de impotência diante dessas situações, sem ter um suporte institucional adequado para suas necessidades humanas, individuais e profissionais. Eles lidam diretamente com a exposição da intimidade física e

emocional do paciente, que, por seu turno, pode reagir de forma hostil, obrigando-os a improvisar diante das limitações pessoais e materiais e, ainda mais, das expectativas e cobranças externas do paciente, familiares e da própria instituição (RISSON, 2014).

Em relação às facilidades os profissionais E2; E5; E7 referiram a experiência profissional adquirida na emergência para o atendimento a estes pacientes e o profissional E4 ressaltou a importância da colaboração da família neste atendimento:

E2 – “Facilidade: experiência profissional”.

E5 – “Facilidades seria a experiência já adquirida sobre o assunto”.

E7 – “Com o decorrer da experiência se torna mais fácil lidar com esse tipo de situação, mas cada situação é única e sempre tem suas dificuldades”.

E4 – “Facilidade é quando a família colabora com o atendimento. Dificuldade é em algumas vezes a falta de preparo relacionado ao assunto”.

Os profissionais de enfermagem de saúde mental ao longo do tempo vão adquirindo habilidades para a assistência aos pacientes psiquiátricos e têm maior confiança para tratar do paciente suicida. Os profissionais de enfermagem na unidade de emergência não costumam ter nenhum treinamento formal, ou especializado, na atenção ao paciente com comportamento suicida. Um dos principais motivos identificados pelos clientes da atenção psiquiátrica e de saúde mental para não buscar ou continuar com o tratamento é o estigma que enfrentam. A atenção inadequada ao paciente com comportamento suicida pode agravar a situação que o fez tentar o suicídio e a muitas vezes, evitar buscar ajuda dos serviços de saúde em ocasiões futuras. (RIBEIRO, 2013).

Destaca-se no relato do profissional E1 que não existem facilidades no atendimento quando refere-se a tentativa de suicídio: E1 - “Praticamente não existem facilidades quando um ser humano decide acabar com a própria vida, certamente está rodeado de várias patologias”.

As dificuldades relatadas pelos profissionais permearam desde a falta de preparo da equipe para o atendimento; dificuldades relativas às informações entre familiares e pacientes; agressividade dos pacientes; falta de aceitação do tratamento e dificuldades relacionadas ao acompanhamento do caso na rede de serviços:

E1 – “Dificuldades são os desencontros de informações entre familiares e pacientes, por vezes o tempo em que aconteceu a tentativa é desconhecida”.

E3 – “Muitas vezes chegam agressivos, dificuldade para conte-los”.

E4 – “Dificuldade é em algumas vezes a falta de preparo relacionado ao assunto”.

E5 – “Dificuldades penso que seria em não conseguirmos realizar um acompanhamento com esses pacientes após a alta hospitalar”.

E6 – “A dificuldade mais frequente é a falta de aceitação ao tratamento, pela falta de

motivação a vida”.

Ainda o profissional E7 ressalta a diversidade dos casos atendidos e a dificuldade inerente ao atendimento: E7 – “[...] cada situação é única e sempre tem suas dificuldades”.

Acredita-se que a dificuldade do profissional de enfermagem para prestar atendimento qualificado ao paciente com tentativa de suicídio se deve, entre outras dificuldades de ordem emocional, ao fato de que a sua formação acadêmica não prevê suporte teórico, técnico e humano para confrontar-se com situações de morte opcional. O paciente suicida, por seu turno, também não recebe no hospital geral o apoio emocional adequado, devido à precariedade de atenção à saúde mental na instituição de um modo geral.

Vem daí a dificuldade em cuidar e relacionar-se diretamente com as pessoas que atentam contra a própria vida. A observação das vivências profissionais e pessoais dos técnicos de enfermagem em relação ao atendimento do paciente suicida revela lacunas interpessoais que prejudicam uma maior proximidade do paciente com tentativa de suicídio. A dificuldade vivenciada deve-se não só à contrariedade ética que o suicídio representa, mas à formação profissional da equipe de saúde, inclusive da enfermagem, onde não são priorizados os aspectos psicoemocionais da relação direta com o paciente, sendo direcionada, fundamentalmente, a estudos práticos e técnicos ligados a quadros mórbidos específicos (KOVÁCS, 2002).

A conduta da equipe de enfermagem frente ao paciente com tentativa de suicídio

A humanização do atendimento do paciente com tentativa de suicídio e dos familiares na emergência foi citado como conduta pela maioria dos profissionais:

E2 – “Atendimento humanizado principalmente aos familiares”.

E3 – “Tentar o máximo possível realizar um atendimento humanizado”.

E4 – “Dar apoio e escutar o que o paciente tem para falar”.

E5 – “Escutar, apoiar, tentar realizar um atendimento o mais humanizado possível. Tentando não deixar com que os mitos e crença citados acima possam interferir neste atendimento”.

E7 – “A conduta deve ser humanizada, envolver a família é primordial”.

E6 – “O atendimento deve ser o mais humanizado possível tanto com o paciente quanto com seu familiar”.

O cuidado a família do indivíduo que tentou suicídio pode ser construído através de uma linha de apoio emocional, mantendo-a informada e amparada psicologicamente. Com estas práticas o enfermeiro pode ir além de suas rotinas assistenciais estabelecendo assim uma linha de cuidado humanizado a todos os indivíduos participantes deste momento aflitivo, além de ajudar a minimizar o sofrimento e angústia presentes com frequência nestas famílias. A

partir desta percepção que transcorre vida e morte é que se acredita na importância de um atendimento humanizado, em que a interação e integração possibilitem novos olhares ao enfermeiro, delimitado aqui como cuidador de indivíduos que tentaram suicídio e sua família (BURIOLA et al, 2011).

Destaca-se novamente a interferência dos mitos e crenças que envolvem a equipe de enfermagem na assistência ao paciente na tentativa de suicídio, o que pode gerar frustração e julgamento:

E1 – “Sinceramente é de frustração, pois muitas vezes acreditamos se tratar de uma pessoa incapaz de cometer o suicídio, um derrotado”.

A vivência do atendimento à tentativa de suicídio é quase tão complexa e dramática quanto a crise que vive o paciente. A atitude desesperada com a qual se deparam os profissionais da saúde, e não apenas os da enfermagem, desperta sentimentos contraditórios e assustadores que nem sempre a formação acadêmica e técnica consegue abranger. Sendo assim, a despeito da inquestionável e urgente adequação curricular dos profissionais da saúde, no sentido de tratar não apenas as questões de saúde e doença, mas, fundamentalmente, de vida e morte, alia-se a premente necessidade de apoio psicológico ao staff mediante o merecido investimento institucional na saúde mental da sua equipe. Pode-se dizer, por fim, que a responsabilidade dos formadores não se restringe a teorizar sobre esse tema, mas, com efeito, promover uma abordagem multidisciplinar e compreensiva do desespero humano que está implícito no ato suicida, aproximando o profissional da saúde do sofrimento do indivíduo que optou pela morte. Para tanto, devem ser abandonados preconceitos e posturas rígidas diante do paciente suicida, promovendo uma conduta baseada na reflexão e empatia que, efetivamente, é condição essencial para humanizar a relação de cuidado (RISSON, 2014).

Acompanhamento do paciente após a alta

A maioria dos profissionais relatou que não ocorre um acompanhamento dos pacientes após atendimento na emergência.

E2; E3; E7 – “Não”.

E5 – “Infelizmente não é realizado nenhum tipo de acompanhamento após a alta hospitalar”.

Em contrapartida o profissional E4 ressaltou o acompanhamento realizado pela ESF: E4 – “Orientado ao acompanhamento no PSF”.

Destaca-se na fala do profissional E1 a inutilidade do acompanhamento, em virtude das constantes internações: E1 – “Considerando as frequentes reinternações, o acompanhamento é quase inútil quando é feito”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) as tentativas de suicídio são um preditor crucial do suicídio. Um dos períodos mais perigosos é imediatamente depois da crise,

ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue a alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada e em perigo de se fazer mal. Como um preditor do comportamento futuro é o comportamento passado, a pessoa suicida muitas vezes continua em risco.

É imprescindível ainda que, antes do seu retorno para casa, o paciente seja ouvido, avaliado e encaminhado para serviços que poderão dar continuidade ao tratamento de sua saúde mental. São três as principais funções do profissional de saúde em relação ao comportamento suicida: identificar o risco de uma nova tentativa de suicídio, pensar em estratégias para proteger o paciente e remover, ou tratar, os fatores de risco associados. (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

No atendimento à pessoa que tentou suicídio no contexto da emergência, o contato com a rede de saúde é indicado tanto para encaminhamentos após alta hospitalar, quanto nas situações em que o paciente já é acompanhado por um profissional. É imprescindível, assim, a articulação com os demais serviços de saúde, visando garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio (SÁ et al, 2010). A tentativa pode ser um sinal que a pessoa está passando por um sofrimento psíquico e necessita de ajuda, assim todas as situações necessitam de um cuidado atento da equipe de saúde. (MACCHIAVERNI, 2013).

O profissional E6 ressaltou a importância da humanização do cuidado do paciente em tentativa de suicídio atendido na emergência: E6 – “A equipe de enfermagem deve conduzir o paciente da forma mais carinhosa e pessoal, pois, é um paciente sensibilizado pela situação”.

Na enfermagem, a assistência humanizada visa ao ser humano em sua integralidade, ocupando-se tanto dos componentes adoecidos quanto dos sadios do ser, tais como o senso crítico e a espiritualidade. A ciência do cuidado enfoca predominantemente a promoção da saúde e, para tanto, necessita expandir a visão de mundo e a habilidade de pensamento crítico. (DAL PAI; LAUTERT, 2005).

A humanização do atendimento torna possível a melhoria da qualidade da atenção prestada, propiciando um novo modo de diálogo entre profissionais e pacientes e gerando novas práticas cuidadoras. Isso porque o ato de humanizar o atendimento significa dar o devido valor ao outro, reconhecer a sua integralidade, seu sofrimento e suas necessidades. É dar qualidade as relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e pacientes, é acolher as angústias, as dores e o sofrimento diante da fragilidade do corpo e da mente (BORGES et al, 2012).

Enfim, destaca-se que a avaliação e gestão adequadas desses pacientes com tentativa de suicídio é fundamental para prevenir futuros comportamentos suicida (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

Sugestões para qualificação e humanização da assistência de enfermagem na tentativa

de suicídio

As sugestões permearam primordialmente capacitação, treinamento, cursos que objetivem o atendimento humanizado e integralizado do paciente na tentativa de suicídio:

E2 – “Treinamentos, palestras envolvendo toda a equipe e autoajuda”.

E3 – “Cursos específicos sobre o assunto para treinar a equipe”.

E4 – “Treinamentos sobre o assunto”.

E5 – “Treinamentos específicos sobre o assunto, já que trabalhamos em um hospital de cidade pequena, porém com um número alto de pacientes com tentativa de suicídio”.

E6 – “Treinamentos e capacitações sobre o tema”.

E7 – “Treinamentos de humanização, que ensine visão holística diante de cada situação, de como abordar o sujeito e a família”.

As instituições de saúde devem oferecer treinamento aos profissionais, a fim de capacitá-los para estarem aptos a desempenharem procedimentos altamente técnicos em situações de emergência, aos quais é indispensável que os profissionais estejam preparados diante de tais situações. (ARAÚJO et al, 2012).

O profissional E1 ressaltou o objeto principal da enfermagem vinculado ao cuidado, mas também as contradições e dilemas que a tentativa de suicídio pode gerar na equipe de enfermagem:

E1 – “Em enfermagem trabalhamos com sinais e sintomas, é preciso prestar assistência para estas doenças ou pacientes, da mesma forma que as demais, com conhecimento científico, com atitudes e procedimentos corretos e responsabilidade, pois trabalhamos sempre em prol do bem estar físico, mental e social, é difícil aceitar este tipo de situação, por mais capacitado que esteja”.

O profissional de saúde que trabalha na emergência dos hospitais desempenha papel-chave na prevenção do suicídio. Muitos pacientes que são atendidos nesse setor por tentativa de suicídio, se não receberem o atendimento adequado, clínico e psicológico, poderão fazer novas tentativas. A pessoa dificilmente tenta uma única vez, daí a importância de uma atuação adequada frente a uma tentativa de suicídio (BOTEGA et al., 2006).

O profissional de enfermagem do serviço de emergência costuma ser o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, após uma tentativa de suicídio ou episódio de autolesão. A avaliação e gestão adequadas desses pacientes são fundamentais para prevenir futuros comportamentos suicidas. (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios relatados pelos profissionais permearam desde a falta de preparo da equipe para o atendimento; falta de aceitação do tratamento e de informações sobre o histórico do paciente; agressividade dos pacientes e dificuldades relacionadas ao acompanhamento do caso na rede de serviços.

O estudo denotou o despreparo dos profissionais para lidar com os pacientes com tentativa de suicídio relacionado aos mitos e crenças que envolvem a temática interferindo na assistência de enfermagem e a falta de capacitação na área de saúde mental.

Sugere-se capacitação para a equipe de enfermagem nas temáticas:

- Suicídio: epidemiologia; fatores de risco para a tentativa de suicídio; tratamento; prevenção e cuidados.
- Assistência de Enfermagem na tentativa de suicídio na Emergência;
- Rede de Atenção em Saúde Mental nas Emergências;
- Ética e Humanização do cuidado e a Tentativa de Suicídio.
- Acolhimento aos casos de tentativa de suicídio e seus familiares;
- Prevenção do suicídio e promoção da vida.

Os resultados da pesquisa denotam a necessidade premente de uma reorganização da rede de atenção em saúde mental no município, com ações que visem a prevenção dos casos de tentativa de suicídio e o acompanhamento dos pacientes pelo serviço de saúde mental e atenção básica, para evitar recidivas e a consumação do ato.

A assistência de enfermagem na tentativa de suicídio é permeada constantemente por dificuldades e novos desafios envolvido na possibilidade de autolesão realizado pelos pacientes acolhidos pelo serviço. Considera-se imprescindível a busca constante da humanização da assistência com o acolhimento assertivo e resolutivo dos casos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Layana Pachêco et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo ressuscitação cardiopulmonar no setor de emergência de um hospital público. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, p.66-78, dez.2012 Disponível em: <revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/download/106/111> Acesso em 2 abr. 2015.

BERTOLOTE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.32, p. 87-95, 2010.

BORGES, Leandro da Rosa et al . Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, Set. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Abr. 2015.

BOTEGA, Neury José et al. **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência**.2.ed.Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 13 Jul 2014.

BURIOLA, Aline Aparecida et al . Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 710-716, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Abr. 2015.

CARMONA-NAVARRO, M^a Carmen; PICHARDO-MARTINEZ, M^a Carmen. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, Dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Jul. 2014.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. **Suporte humanizado em Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem**. **Rev. Bras. Enferm**, v.58, n.2, p.231-4, mar-abr. 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a21.pdf>> Acesso em 2 abr. 2015.

KOVÁCS, Maria Júlia. . **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 253 p.

MACCHIAVERNI, Juliana. **Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na emergência adulto do hospital universitário por tentativa de suicídio**. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado) – UFSC, Florianópolis, SC. 2013. 141p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106887/317608.pdf?sequence=1>> Acesso em 2 abr. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de, et al. **Prevenção do suicídio no nível local: Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e Controle do suicídio e Para os profissionais que a integram**. Universidade Estácio de Sá – RJ. 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde (2006). **Prevenção do Suicídio: Um recurso para Conselheiros**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf> acesso em 18 de abril de 2015.

RIBEIRO, Danilo Bertasso. **Acolhimento nas Unidades de Emergência a indivíduos Que Tentaram Suicídio**. Porto Alegre, 2013. Disponível em <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/reso>>

urce/pt/sus-27757> acesso em 2 abr. 2015.

RISSON, Miriam Rosa. **Enfermagem e cuidado a pacientes suicidas** - Rotina de vida e morte no hospital. São Paulo: Portal da Enfermagem, 2014. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/55645/enfermagem-e-cuidado-a-pacientes-suicidas-rotina-de-vida-e-morte-no-hospital#>> Acesso em 2 abr. 2015.

SÁ, NNB et al. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais**, v.20, p.145-152, 2010.

SANTANA, Nilza. Gestão do Departamento de Emergência. São Paulo: Portal da Enfermagem, 2015. Disponível em <http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=55> Acesso em 2 de abril de 2015.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA DE UMA EQUIPE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Permanet Education in the Perspective of a Team of Service Mobile Emergency Service

Carolina Carbonell Demori¹
Isadora Machado Viana²

Recebido em: 15 nov. 2014
Aceito em: 25 jun. 2015

RESUMO: Objetivo: conhecer a percepção dos profissionais acerca da educação permanente em saúde. Materiais e métodos: participaram do estudo todos os profissionais que atuam nas urgências e emergências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de uma cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, perfazendo um total de 10 pessoas, dentre elas um enfermeiro, seis técnicos de enfermagem, um médico e dois motoristas. A pesquisa ocorreu no período correspondente ao mês de novembro de 2013. Para a coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada realizada individualmente com os participantes. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. Resultados e Discussão: foi nomeada a seguintes categoria: Modalidades de educação permanente; Conclusão: pode-se verificar o quão fundamental é investir no profissional e reconhecer o saber da sua experiência, proporcionando ao mesmo, autonomia para contextualizar a realidade e interagir com o meio, dando sentido ao trabalho enquanto profissionais da saúde e, mais precisamente, da equipe do SAMU, exercendo assim a educação no ambiente laboral.

Palavras-chave: Educação. Serviços Médicos de Urgência. Socorro de Urgência.

ABSTRACT: Objective: To know the perception of professionals about the continuing health education. Materials and methods: all professionals working in the emergency care of the Mobile Emergency Care Service (SAMU), a small town in the interior of Rio Grande do Sul participated in the study, a total of 10 people, including a nurse six practical nurses, a doctor and two drivers. The research took place in the period corresponding to the month of November 2013. To collect data, we chose the semi-structured interview conducted with individual participants. The data were subjected to thematic content analysis. Results and Discussion: has been named the following category: Arrangements for continuing education; Conclusion: You can check how fundamental is investing in professional knowledge and recognize their experience, while providing autonomy to contextualize the reality and interact with the environment, while giving meaning to the work of health professionals and, more precisely, the SAMU team, thus exerting education in the workplace.

Keywords: Education. Emergency Medical Services. Emergency Relief.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda Universidade Federal de Pelotas-RS. Docente da Universidade da Região da Campanha Campus Bagé-RS. E-mail: carolinaufsm@hotmail.com.

² Enfermeira. Egressa da Universidade da Região da Campanha.

INTRODUÇÃO

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel caracterizam-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

A Educação Permanente em Saúde, que constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor de atendimento pré-hospitalar, como o atendimento prestado pelo SAMU, vem a ser lugar de atuações críticas, reflexivas, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

Considerando a falta de formação específica dos trabalhadores e o baixo incentivo à produção de conhecimento nos serviços de urgência tem-se como resultado um comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor, fazendo-se necessário criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação (MEIRA, 2012).

Devido à alta complexidade dos atendimentos prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), buscou-se conhecer a percepção dos profissionais acerca da educação permanente em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa conforme Minayo (2013), tendo como participantes todos os profissionais que atuam nas urgências e emergências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em uma cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, perfazendo um total de 10 pessoas, dentre elas um enfermeiro, seis técnicos de enfermagem, um médico e dois motoristas. A coleta de dados deu-se após a aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Região da Campanha, sob número de CAAE 22401413.9.0000.5340.

A pesquisa ocorreu no período correspondente ao mês de novembro de 2013. Esses profissionais foram abordados durante o horário de expediente nos dias úteis do mês referido, sendo que a pesquisa foi encerrada quando todos os profissionais pertencentes ao serviço responderam ao instrumento de avaliação

Foi solicitada autorização aos participantes através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitando os aspectos éticos propostos na nova resolução do Conselho Nacional de Saúde, de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013).

Para coleta de dados, optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada individualmente com cada participante, contendo cinco questões norteadoras, que buscaram informações relevantes ao tema proposto, procurando responder aos objetivos idealizados.

A análise dos dados foi realizada com base na Técnica de Análise de Conteúdo (MINAYO, 2013), que é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, os resultados foram categorizados a partir dos objetivos propostos pelo trabalho e assim nomeados: Modalidades de educação permanente.

Modalidades de educação permanente

Ao serem questionados acerca da educação permanente e como a vivenciam, os participantes relataram as vivências em cursos de aperfeiçoamento, como podemos verificar através das falas a seguir:

Olha, eu tenho quatro cursos de APH (Atendimento pré-hospitalar), tenho a capacitação teórica e prática do SAMU, tenho mais quatro cursos de Resgate e Salvamento em Difícil Acesso, curso de Urgência Pediátrica, obstétrica, RCP, trauma, imobilização em transporte, e fizemos qualificação pelo NEU (Núcleo de Educação em Urgência do Estado). (P1)

O curso de APH e SAMU Metropolitano teórico e prático, os módulos do SAMU Metropolitano que é o de qualificação, módulo 1, 2, 3 e 4. Eu já fiz o módulo 1 que é obstetrícia, parto, e área clínica, depois nós fomos para módulo 3 que é parte psiquiátrica e emergência clínica, UTI. (P2)

Particpei de um curso de APH, que é atendimento pré-hospitalar, Depois fiz um módulo do SAMU Metropolitano, que foi o módulo 2 e o 4 que é de resgate veicular. (P3)

Dentro da área da urgência e emergência eu tenho vários cursos, eu tenho o ATLS (Suporte Avançado de vida ao trauma), ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia), PHTLS (Atendimento pré-hospitalar ao paciente com trauma), BLS (Suporte Básico de Vida), tenho a parte do trauma avançado, cardiológica avançado, suporte básico de vida, na parte do que é o BLS (Suporte Básico de vida, eu tenho o PHTLS (Atendimento pré-hospitalar ao paciente com trauma) que é o básico na área do trauma, eu tenho o PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria) que é o avançado de vida na área pediátrica, inclusive agora eu fiz o último agora em São Paulo e fiz também curso no SAMU do Distrito Federal em Brasília. (P4)

São cursos de trauma, cursos de APH, de massagem cardíaca, obstétricos. (P5)

Cursos como de neonatal, gestante, tive cursos também lá na Cruz Vermelha em Santa Maria. (P6)

Cursos de urgência e emergência, de pediatria, de ginecologia, são cursos que englobam a área de atendimento pré-hospitalar, eu fiz pela UNIMED também muito bom, também de socorro, os módulos básicos, médico e completo. (P7)

Podemos verificar através do exposto pelos participantes, que a estes é exigido um currículo básico, abrangendo diversas áreas de conhecimento dentro do campo da saúde, composto de cursos de atendimento pré-hospitalar, de traumatologia, de urgências e emergências, dentre outros, visando à capacitação destes profissionais a enfrentar de forma eficaz a rotina do trabalho no SAMU-192.

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU (BRASIL, 2003), regulamentou a área de urgência no Brasil por meio de um conjunto de portarias e documentos, destacando como determinações a integração dos níveis assistenciais na atenção às urgências, a regulação médica, a capacitação pelos núcleos de ensino em urgência (NEU) e a humanização e assistência centradas no usuário.

Além disso, para atuar nesse serviço, requer-se algo mais do que simples qualificação técnica. Controle emocional, espírito de trabalho em equipe, improvisação, despojamento, vibração e condicionamento físico, fazem com que este se torne um terreno arenoso a ser percorrido (MEIRA, 2012). Trabalhar em via pública, em contato muito estreito com populares e curiosos, em cenários nem sempre seguros e confortáveis, tornam esse tipo de atendimento um constante desafio para o qual, infelizmente, nem todos se fazem aptos.

Quando questionados sobre a educação no trabalho, todas as experiências vivenciadas pelos participantes nas diversas situações que se apresentam, são expressas através das falas a seguir:

A educação, ela é feita pela troca de experiência, a gente vai trocando experiência com o colega vai reciclando. Trocando experiência, um que vai ao curso, traz alguma novidade para nós. Então isso tudo é uma troca de experiência, a maioria das vezes a nossa atualização é assim, em troca de experiência. (P1)

Entre nós, trocamos experiências, isso é feito entre os colegas. (P2)

A gente geralmente conversa depois dos atendimentos. (P3)

Existe essa troca de experiências entre os colegas, o pessoal daqui do grupo é muito unido. (P5)

Conversamos muito depois dos atendimentos, às vezes a gente pergunta o que fez certo, o que fez errado, se tem alguma coisa errada a gente corrige, e sempre está conversando, sempre procurando melhorar. (P9)

A educação que nós temos é feita através dos módulos, quando retornamos a gente passa para os colegas, e depois de cada ocorrência, alguma coisa que a gente ainda não pegou a gente revê os erros e os acertos. (P10)

As falas denotam que as trocas de conhecimentos e experiências ocorrem por meio de conversa informal, após a realização dos módulos de atualização, bem como ao final de cada urgência/emergência atendida. A educação dos participantes do grupo em estudo é realizada periodicamente, até mesmo porque isto é uma exigência do SAMU-192, a fim de que seus componentes possam estar sempre se atualizando.

Os relatos dos participantes deste estudo, corroboram com as afirmações de que a educação no trabalho é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento da consciência crítico-reflexiva a cada situação vivenciada, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação do conhecimento.

Compreende-se que homem deve ser sujeito de sua própria educação (CORIOLANO et al., 2012), não podendo ser objeto dela. Isto implica em uma busca contínua do homem, como um ser ativo na construção do seu saber, responsabilizando-se por sua educação, procurando meios que o levem ao crescimento e aperfeiçoamento de sua capacidade.

O SAMU tem uma equipe multiprofissional, da qual constam profissionais da área da saúde e não oriundos da área da saúde. A relação interpessoal entre os membros desta equipe multidisciplinar é relatada positivamente através das falas a seguir:

As reuniões são onde nós temos um tempo pra confraternização. (P1)

A gente conta com eles (referindo-se aos outros colegas) basicamente, sem eles não teria como, na imobilização e em outros procedimentos. (P2)

O pessoal do grupo é muito unido. (P3)

Os profissionais da equipe do SAMU desta cidade, são muito comprometidos com o trabalho, então há troca de ideias entre os colegas. (P4)

A gente já está acostumado a trabalhar um com o outro só no olhar, a gente se olha e já sabe o que tem que fazer: precisa de tal coisa, dá uma olhada e já vê o que ele está precisando, e é por aí, somos uma equipe. (P5)

A convivência e interação com o outro, faz com que os vínculos sejam estabelecidos de tal forma que os membros da equipe conheçam o modo de pensar e agir de seus companheiros, antes mesmo que estes venham a expô-los verbalmente. Isto gera um comprometimento com o trabalho e o exercício de suas responsabilidades, por parte dos membros da equipe, de forma consciente e segura.

Trabalhos em equipe de modo integrado significam conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos (PEIXOTO; ARAÚJO, 2012), com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Ainda é necessário utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e da autonomia técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fez-se necessária essa pesquisa, visando a percepção da equipe sobre educação permanente, bem como a frequência de participação em cursos de aperfeiçoamento e dificuldades encontradas por esses profissionais, além de trazer sugestões para que se faça uma educação permanente em saúde eficaz.

A partir dos relatos dos participantes, verificou-se o quão fundamental é investir no profissional e reconhecer o teor da sua experiência, proporcionando ao mesmo, autonomia para contextualizar a realidade e interagir com o meio, dando sentido ao trabalho enquanto profissionais da saúde e, mais precisamente, da equipe do SAMU, exercendo assim a educação no ambiente laboral.

Cabe ressaltar também, que é preciso discutir a realidade do serviço com os profissionais, para que se reconheçam como sujeitos ativos e corresponsáveis pelo processo de trabalho.

Pode-se considerar então, estas ideias expostas pelos participantes, como ponto de partida das reflexões, em que a Educação Permanente é significativa, não apenas pelos treinamentos propostos na educação no trabalho, mas que envolve todo o processo de trabalho.

Considerando as necessidades de uma maior aproximação entre educação e saúde, pensa-se que este estudo possa apresentar-se como uma possibilidade no entendimento dos desafios para implantação da política de Educação Permanente no SAMU e sugere-se a investigação do tema proposto em estudos futuros, a fim de que se ampliem as referências acerca da Educação Permanente direcionada aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2003. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.412, de 12 de dezembro de 2012. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

CICONET, Rosane Mortari; MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da

Silva. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 12, n. 26, Sept. 2008 .

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor et al . Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, June 2012 .

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá , v. 16, n. 1, June 2012 .

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

PEIXOTO, Joana; ARAUJO, Cláudia Helena dos Santos. Tecnologia e educação: algumas considerações sobre o discurso pedagógico contemporâneo. **Educ. Soc.**, Campinas , v. 33, n. 118, Mar. 2012

O ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE PORTADORES DE HANSENÍASE

Leprosy Patients' Perspective on the Support Provided at Health Care Facilities

Renata Ferreira da Silva Cazari¹
Nelda Weber²
Josué Souza Gleriano³
Jadson Justi⁴

Recebido em: 09 mai. 2015

Aceito em: 26 jun. 2015

RESUMO: A assistência de enfermagem vem sendo tema de inúmeras discussões dentro da saúde pública, tornando o assunto prioridade na investigação e pesquisa sistêmica, contudo pouco se tem discutido sobre o lado sentimental do paciente que vivencia a hanseníase e seu pensamento sobre o acolhimento que lhe é ofertado. A hanseníase é considerada uma patologia crônica degenerativa de grande impacto social e que ainda acomete sistematicamente milhares de pessoas no mundo todo. O objetivo deste estudo foi verificar a percepção do paciente quanto ao acolhimento e assistência recebida dos profissionais de enfermagem dentro da saúde pública, bem como o envolvimento familiar no tratamento, a fim de discutir a interação da equipe de enfermagem frente a uma patologia ainda tão estigmatizada nos dias de hoje. Metodologicamente este estudo é caracterizado como exploratório descritivo, com abordagem quali-quantitativa, com 8 pacientes acometidos por hanseníase no município de Rondonópolis, estado de Mato Grosso. Todos os participantes da pesquisa enquadraram-se em fases distintas do processo de tratamento: início de tratamento, tratamento adequado, abandono de tratamento e casos de sequelas. Constata-se ainda existir muito a ser discutido quanto à qualidade na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem as pessoas portadoras de hanseníase, consideração esta evidenciada pela fala dos entrevistados.

Palavras-chave: Hanseníase. Assistência. Acolhimento. Enfermagem.

||| **ABSTRACT:** Nursing care has been widely discussed within the public health context.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Cuiabá (UNIC); Pesquisadora da área de Enfermagem. E-mail: renatafcazari@hotmail.com.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade de Cuiabá (UNIC); Graduada em Geografia pelo Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). Pesquisadora da área de Enfermagem. E-mail: neldaroo@hotmail.com.

³ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos (UniSantos); Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT); Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP); Membro do corpo docente do Departamento de Enfermagem da UNEMAT. E-mail: josue_gleriano@hotmail.com.

⁴ Mestre em Psicologia (Psicologia da Saúde) pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Especialista em Bioética pela Universidade Federal de Lavras (UFLA); Graduado em Fonoaudiologia e em Pedagogia pela UCDB; Membro do corpo docente do Departamento de Educação da Universidade de Rio Verde (FESURV). E-mail: jadsonjusti@hotmail.com.

Therefore, this topic has become a priority in terms of systemic research. Nevertheless, the emotional aspects related to leprosy patients and their perspective on the support provided have been little discussed. Leprosy is a chronic degenerative disease with great social impact because it affects thousands of individuals worldwide. The objective of this study was to investigate the patients' perspective on the support and care received from the nursing staff at public health care facilities. We also investigated the family involvement in the treatment with the purpose of assessing how nursing teams manage a disease that still carries heavy stigma. We conducted an exploratory descriptive study with a combined qualitative and quantitative approach. Eight leprosy patients from the municipality of Rondonópolis, state of Mato Grosso, Brazil, participated in the study. The participants were at different stages of the treatment process: early treatment, appropriate treatment, treatment dropout, and cases of sequelae. Based on the patients' reports, we concluded that there is still much to be discussed about the quality of the care provided by nursing professionals to leprosy patients.

Keywords: Leprosy. Care. Support. Nursing.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica degenerativa que acomete pele e nervos causando sequelas irreversíveis se não diagnosticada e tratada precocemente, permanece em evidência diante do avanço tecnológico e das pesquisas científicas em alta nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Talhari (2006 apud SILVA JÚNIOR et al., 2008) explanam que na história da humanidade, provavelmente nenhuma doença gerou estigma social tão intenso quanto a hanseníase, sempre associada a conceitos tais como: pecado, impureza e punição. Os autores concluem ser uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* de evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, por intermédio de sinais e sintomas dermatoneurológicos.

Nessa perspectiva, este estudo se torna relevante por contribuir para o aprimoramento dos profissionais de saúde na assistência prestada ao portador de hanseníase, despertar o interesse e o envolvimento a partir de um olhar crítico e reflexivo, no sentido de tomada de decisões na busca de mobilizar e comprometer-se no desenvolvimento de ações que visam à redução das estatísticas nacionais em que se encontra a hanseníase. Compreende-se que a assistência de enfermagem deve ser prestada de forma a atender as reais necessidades do ser humano, sempre pautada na ética e na humanização.

Para tanto, esta pesquisa teve por objetivo verificar a percepção do paciente acometido pela patologia hanseníase em relação ao acolhimento e assistência prestada no âmbito da saúde coletiva pelos profissionais de enfermagem e equipe responsável, bem como o envolvimento familiar no tratamento.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é caracterizada como exploratória descritiva, quali-quantitativa, realizada no município de Rondonópolis, estado de Mato Grosso, em uma unidade de referência de atendimento aos portadores de hanseníase. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá se deu sob o n. 016, protocolo 2011-099.

Os participantes do estudo foram 8 pacientes acometidos por hanseníase e sua convivência com a família, então organizados nas seguintes fases distintas de tratamento: início de tratamento, tratamento adequado, abandono do tratamento e casos de sequelas.

Para a escolha dos participantes da pesquisa, houve um levantamento quanto ao número de pessoas acometidas pela patologia, que se encontram em tratamento e acompanhamento no Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase), distribuídos em gênero, faixa etária e classificação das formas de tratamento multibacilares e paucibacilares, conforme preconiza o Ministério da Saúde brasileiro no *Guia para o controle da hanseníase* para o esquema de polioquimioterapia, dos quais foram selecionados aleatoriamente 4 participantes de cada fase distinta do tratamento da rede deste sistema, totalizando 16 participantes classificados quanto a: tratamento em início, tratamento adequado, abandono do tratamento e casos de sequelas (BRASIL, 2002). Dentre eles, foram entrevistados 4 participantes, os outros selecionados não participaram da pesquisa pela desatualização dos endereços cadastrados.

Com o intuito de progredir com a pesquisa e alcançar o objetivo proposto, realizou-se nova busca em três Unidades Básicas de Saúde com o programa Estratégia Saúde da Família, escolhidas aleatoriamente no território do município. Incluiu-se a partir de então 4 novos participantes. Respeitando as questões éticas, cada um dos participantes assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma permanecendo com o participante da pesquisa e a outra com os pesquisadores, esclarecendo-se que, em qualquer momento, o participante poderia se desvincular da pesquisa sem nenhum dano a sua pessoa.

A coleta de dados se deu por intermédio de entrevista semiestruturada por questionário com 13 perguntas abertas. Para preservar-lhes o anonimato, os participantes receberam o pseudônimo da letra “J” seguida pela idade. Os dados quantitativos foram coletados e transferidos para uma planilha no Excel e submetidos à análise de frequência simples de variáveis. Para os participantes da pesquisa, os dados referentes ao gênero, faixa etária e situação socioeconômica, foram coletados e tabulados de forma quantitativa. Em relação à entrevista, os relatos foram gravados e transcritos para compreensão e a análise quanto à assistência e acolhimento prestado pela unidade de referência de atendimento aos portadores de hanseníase, à satisfação com o atendimento recebido, ao vínculo com o profissional de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde e demais membros da equipe e o envolvimento familiar no tratamento. Estes foram avaliados de forma qualitativa por intermédio da prática baseada em evidência; e estão apresentados entre aspas e dentro do

parágrafo (curtos) e em itálico e recuo (extensos).

Contudo propõe-se a classificação de 5 níveis para a avaliação das evidências oriundas de pesquisas utilizadas pelos autores adotados como referencial teórico. Tal classificação considera a abordagem (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorização de níveis de evidência

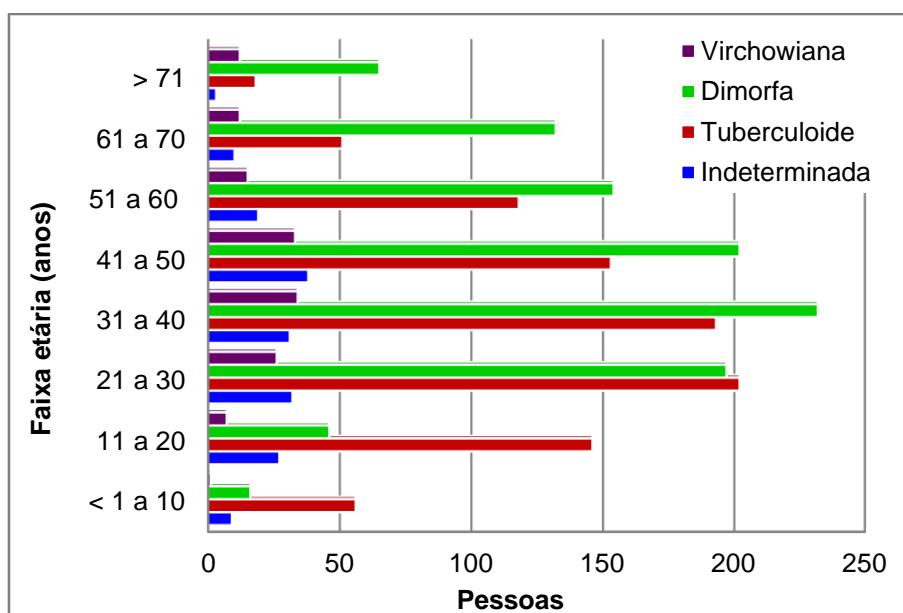
Níveis	Evidência
Nível I	Reação frente o diagnóstico da doença e a interação com a sociedade
Nível II	A percepção dos pacientes quanto ao atendimento na Atenção Básica de saúde
Nível III	Dificuldades no acesso ao tratamento e acompanhamento
Nível IV	A família e a pessoa acometida pela doença
Nível V	Atribuição de fatos a doença

Fonte: tabulação dos dados das entrevistas por intermédio de leituras flutuantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

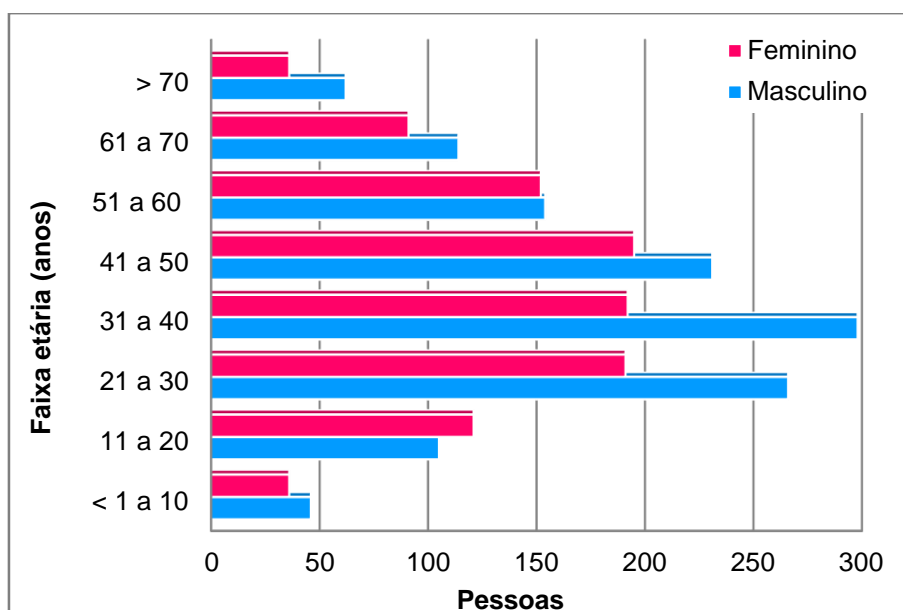
O número de pessoas acometidas pela hanseníase no município de Rondonópolis, MT, entre 2001 a 2011 totaliza em 2.290 casos notificados e dados disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em 2014, conforme classificação até o terceiro trimestre de 2011 (BRASIL, 2011).

Gráfico 1 - Pessoas com hanseníase no município de Rondonópolis, MT, entre 2001 ao terceiro trimestre de 2011, quanto a faixa etária



Fonte: Brasil (2011).

Gráfico 2 - Pessoas com hanseníase no município de Rondonópolis, MT, entre 2001 ao terceiro trimestre de 2011, quanto ao sexo e faixa etária



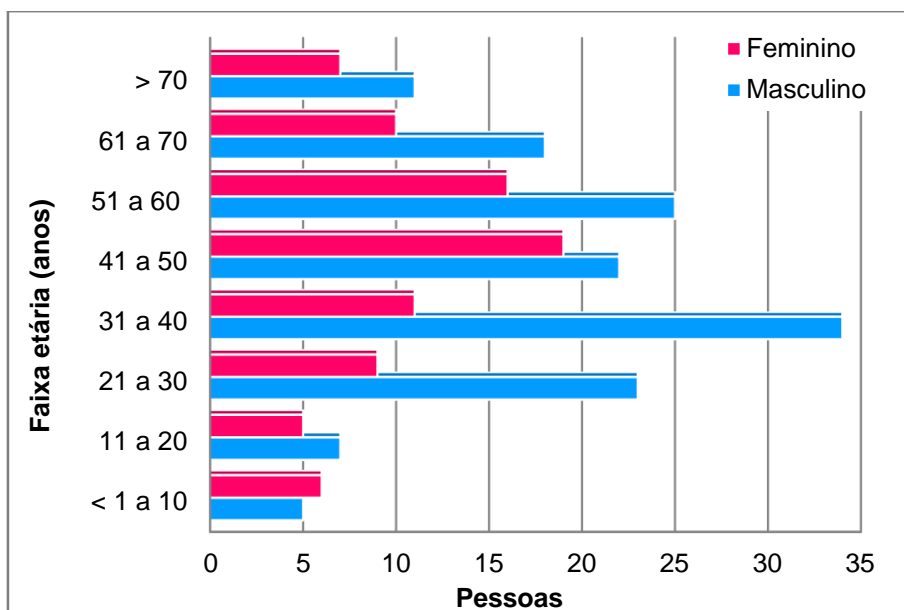
Fonte: Brasil (2011).

Considerando os dados consolidados, percebe-se que a forma clínica mais evidente é a Dimorfa seguida da Tuberculoide (Gráfico 1). Quanto ao gênero e faixa etária, há uma prevalência para o sexo masculino na faixa etária dos 31 aos 40 anos (Gráfico 2).

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo. (BRASIL, 2002, p. 13).

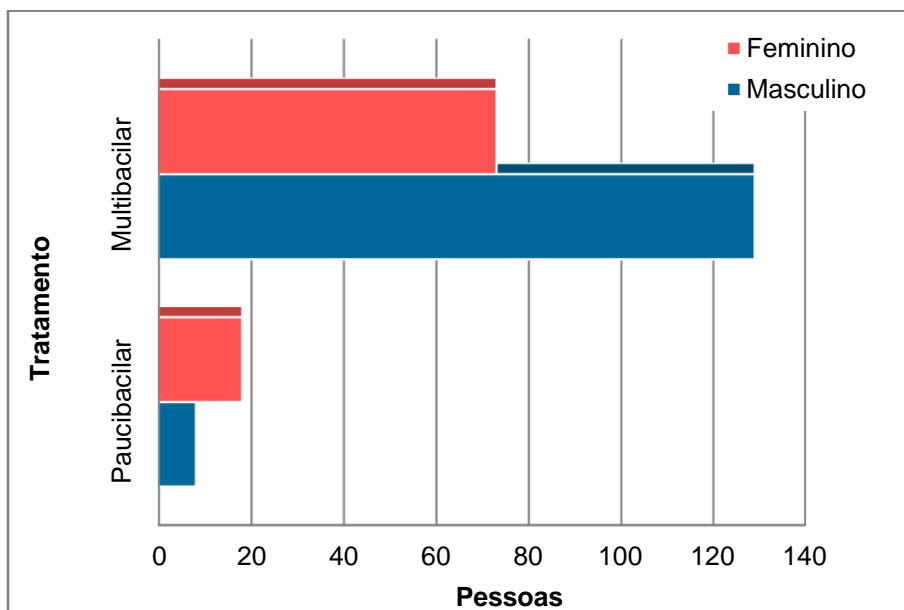
O número de pessoas acometidas pela patologia hanseníase que estão em tratamento e acompanhamento no município de Rondonópolis, conforme o levantamento realizado no Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase) até a primeira quinzena de outubro de 2011, totaliza em 228 casos notificados e em tratamento, destes 128 referem-se ao número de casos novos, classificados quanto ao gênero, faixa etária e classificação quanto ao esquema de tratamento (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Pessoas com hanseníase no município de Rondonópolis, MT, mas em tratamento na primeira quinzena de outubro de 2011, quanto ao sexo e faixa etária



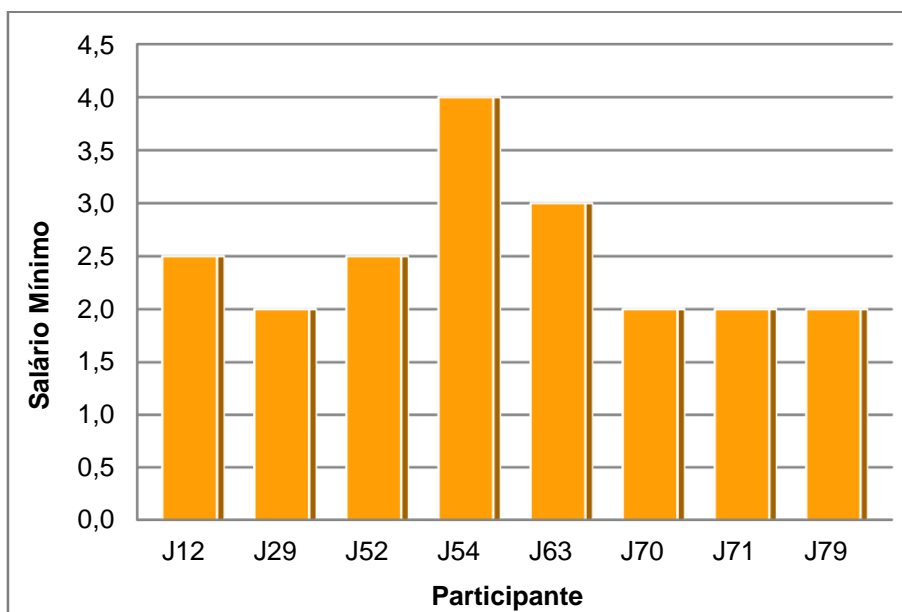
Fonte: Brasil (2011).

Gráfico 4 - Pessoas com hanseníase no município de Rondonópolis, MT, mas em tratamento na primeira quinzena de outubro de 2011, quanto a forma de tratamento e o sexo



Fonte: Brasil (2011).

Gráfico 4 - Condição socioeconômica (salário mínimo) dos entrevistados, em 2011



Obs.: valor do salário mínimo vigente R\$ 545,00.

Fonte: Prefeitura Municipal de Rondonópolis, MT, 2011.

Comprova-se a partir dos dados consolidados que o agravo permanece predominante no sexo masculino na faixa etária dos 31 aos 40 anos, conferindo com a estatística municipal consolidada entre 2001 e 2011 (Gráficos 2-3).

O levantamento realizado em relação à forma de classificação para o tratamento evidencia a prevalência multibacilar (forma mais infectante da doença) no sexo masculino, e paucibacilar para o sexo feminino (Gráfico 4). Justifica ao fato de haver predominância na forma clínica Dimorfa (Gráfico 1), que se enquadra na classificação para o esquema de tratamento em multibacilar.

A classificação operacional para fins de tratamento da hanseníase diz: o diagnóstico da doença e a classificação operacional do paciente em paucibacilar ou em multibacilar são relevantes para que possa ser selecionado o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso (BRASIL, 2002). A situação socioeconômica, que se torna um indicativo altamente influenciável na disseminação do bacilo na sociedade; diante do demonstrativo representado nota-se que os participantes pesquisados pertencem ao mesmo meio social, ou seja, de média a baixa renda (Gráfico 5).

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influem no risco de adoecer. (BRASIL, 2002, p. 13).

Desde a década de 1980, o Brasil vem se mobilizando para reduzir o número de casos no país, porém, em 1991, os indicadores ainda apontavam números elevados de pessoas acometidas pela doença. Assim, o Brasil traça novas metas para a erradicação da hanseníase

em todo território nacional e acorda com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, em 1991, quando foi aprovada, na 44ª Assembleia Mundial da Saúde (Forty-fourth World Health Assembly, WHA), a Resolução WHA 44.9, com o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o fim de 2000, alcançar uma prevalência inferior a um caso em cada 10.000 habitantes (ANDRADE, 2005).

Demonstrado pelo cálculo realizado, por intermédio dos dados levantados no Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase), que o município de Rondonópolis apresenta uma incidência de 6,7 casos novos por 10.000 habitantes, mediante dados estatísticos populacionais de 189.975 habitantes (Censo 2010) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Dos 8 (100%) pacientes entrevistados, 50% (4) eram do sexo feminino e 50% (4) do sexo masculino, uma ocorrência de fato aleatória; porém se comprova em dados estatísticos que há um predomínio da doença para as pessoas de sexo masculino. Diante da condensação e análise dos relatos, têm-se como resultado 5 níveis, passando-se, então, à discussão e apresentação dos relatos da amostra pesquisada.

Reação frente ao diagnóstico da doença e à interação com a sociedade

As pessoas acometidas pela hanseníase demonstram sentimentos de medo e receio, ficam preocupadas em transmitir a doença para outras pessoas, principalmente para a família.

“Quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, torna-os incapazes de infectar outras pessoas.” (BRASIL, 2002, p. 13).

Demonstração de tranquilidade foi manifestada pelo entrevistado (J52): “Não. Só que eu evitava, porque eu falei assim, por causa que eu tô assim eu vou passar para os outros, não é? Igual aqui em casa. Eu falei. Vocês tudo tem que fazer o exame.” No entanto, a mãe de J52 demonstra receio e medo do preconceito que o filho possa vir sofrer. Fica aparente que há uma necessidade de ocultar a doença da sociedade.

Isso fica evidente nesses casos em que a assistência deve ser direcionada à busca da aceitação da doença, por intermédio de explicações sobre os sinais e sintomas e a prevenção da hanseníase, pois o conhecimento interfere na reação que a pessoa vai apresentar, influenciando na prática do autocuidado (PONTE; XIMENES NETO, 2005).

A falta de conhecimento relativo à hanseníase por parte dos entrevistados é algo muito visível nos depoimentos. Isto pode ser identificado na afirmação de J12: “Sabendo que tinha tratamento eu me senti seguro.” A mãe complementa:

Um pouco apreensivo [J12], mais seguro... Que a gente está nesse mundo, a gente tem que passar pelas dificuldades [...]. Como tinha tratamento e todo mundo me assegura que é bom. Que resolve [...] Só não quero divulgar. Não por preconceito

meu, mas por segurança das crianças.

A informação favorece para o diagnóstico precoce e cura, tais informações devem ser ofertadas de forma clara, de fácil entendimento ao paciente e sua família, pois, ao que menciona Dias, Cyrino e Lastória (2007), a falta de informação e o medo de adquirir a doença são os principais motivos da existência do preconceito. Esse preconceito tem sido evidenciado de maneira velada, talvez atribuído ao próprio estigma da doença.

A falta de conhecimento sobre a doença pode ser motivo para as pessoas não estarem atentas quanto aos sintomas manifestados nas mudanças físicas que o corpo apresenta. O entrevistado J54 afirma que não se preocupou, pois não conhecia a doença: “[...] Que na verdade era a lepra, depois virou [pausa]. Eu não tinha conhecimento dessa diferença. [...]. Eu não lia [pausa], a mulher ficou meio chateada.”

De acordo com Dias e Pedrazzani (2008), os portadores de hanseníase, ainda hoje, sofrem com o estigma da doença. Entre os motivos de discriminação encontra-se a falta de informação sobre a moléstia.

A incompreensão da família em relação ao portador de hanseníase fica evidente no depoimento de J63, já que gera na pessoa adoecida um sentimento de incapacidade, medo e isolamento:

Foi bem. Eu não senti muita coisa, eu nem entendia bem de hanseníase. Mudou assim, muita coisa que eu fazia com as mãos... Eu não tinha coisa no pé... Mas eles não sabiam, eles [os profissionais que lhe atenderam] falavam pra mim que era outra doença.

Pereira et al. (2008) descrevem que, após os resultados eficazes da poliquimioterapia, a vida do portador de hanseníase e suas sequelas continua marcada pelo estigma, que, na maioria das vezes, se inicia no seio familiar culminando na completa exclusão social. Outro aspecto bastante importante que merece atenção, pois fomenta com o crescimento desse estigma, é a falta de informações.

A hanseníase transforma a vida do ser humano trazendo dor e sofrimento, junto com as mudanças físicas. Isto pode ser evidenciado pelo depoimento de J78:

Eu não sei te falar nada. Porque ninguém nunca fala nada. Só que eu disse pros meus filhos. Você nem come aqui em casa, você não come nada. Você tem medo de pegar a doença da tua mãe? Pega não! Porque enquanto você não está em tratamento, foi explicado tudo isso pra gente, ainda tem meios de transmitir pra outra pessoa. Mas, a mãe não era assim... [em relação aos filhos]. Claro eu que não era! Quando eu tinha saúde, eu não era mesmo, eu era diferente, eu trabalhava eu não ofendia ninguém como até agora, gosto de brincar e tudo mais, mas vocês têm que ver o meu problema [emoção]. Quem de vocês que queria estar dentro da minha roupa? Ninguém! E eu não desejo pra ninguém também.

As sequelas podem ser desfigurantes, mutilantes e incapacitantes, o que na maioria das vezes desencadeia transtornos de ordem multidimensional, inclusive aqueles decorrentes

do estigma, abandono familiar e exclusão social (PEREIRA et al., 2008).

A percepção dos pacientes quanto ao atendimento na atenção básica de saúde

Percebe-se que os participantes sentem-se insatisfeitos com o atendimento da equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, observa-se que há uma aceitação muito grande ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), e que, na unidade de referência de atendimento aos portadores de hanseníase, o atendimento é acolhedor em sua maioria, conforme relatos abaixo:

[...] Pra mim cem por cento, eles me atenderam e me deram remédio, consegui o tratamento [referindo-se ao Centro de Referência em Dermatologia, (setor hanseníase)]. Ah! eu não gosto nem de falar... É negativo, é negativo demais, né!. Nada, o atendimento... Eu não sou de falar, da minha boca, é difícil tirar alguma coisa assim, mais eu tenho nojo de ir no posto de saúde, principalmente aqui. E é qualquer um, é tudo igual, chega lá pede uns exame... nota zero, eu dou nota zero, não tem nada que me agrade no posto de saúde. (J54)

A Agente de saúde vem, mas acho que ela está meio atrasada com as coisas dela... Não só veio a Agente de saúde [o enfermeiro]. Tenho mil e uma palavras de bem pra falar. Olha, eu não sei... mas, pra mim foi diferente. Foi um negócio meio parado, meio empacado ali, né!. A gente não pode falar dos outros. (J79)

[...] Foi muito acolhedor mesmo, isso aí ajuda até a gente, sabe? A gente está com o coração na mão... [referindo-se ao Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase)]. A Agente de saúde sempre passa aqui. Pra ser sincera, eu do graças a Deus que a gente tem o plano de saúde e não vou ali [no programa Estratégia Saúde da Família], porque quase sempre não tem como ser atendido lá, se é uma coisa que é urgente, a gente tem que esperar uma semana, talvez quinze dias. (Mãe do J12)

[...] Toda vida eu fui muito bem atendido [referindo-se ao Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase)]. Eu morava na roça, eu vinha e dormia aqui no meu cunhado que morava aqui, aí no outro dia cedo eu ia chegava lá, aí consultava [...]. Não falo muito, mas aí tem a Agente de Saúde que sabe... A nossa Agente de saúde sempre ela vem, agora as outras... Se eu preciso mesmo, eu vou lá. Mas a Agente de saúde vem aqui também. (J71)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nessa perspectiva, embasam-se os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

O elo formado entre os ACS se dá pelo fato de estarem sempre em contato com os pacientes, indo em sua busca, criando um vínculo de confiança entre si. O ACS tem um papel relevante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe (BRASIL, 2009). De acordo com Gomes e Pinheiro (2005), a palavra vínculo é referida como sendo a ausência de ruptura entre quem oferece ou presta serviço e quem o recebe, a tendência constante para

diminuir o fosso, personalizar a relação é o que caracteriza o vínculo comunitário.

O acolhimento na visão dos pacientes é uma atitude cordial por parte dos profissionais atuante do Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase), dando importância ao seu problema, demonstrado pela maioria dos participantes. Silva e Takemoto (2007) evidenciam acolhimento como sendo uma postura, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. Acolhimento pode ser entendido também como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no ambiente laboral uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2010).

Dificuldades no acesso ao tratamento e acompanhamento

As dificuldades no acesso a uma unidade de referência de atendimento aos portadores de hanseníase devido à distância são demonstradas no depoimento de J79:

Sim, por que você vê, de manhã a gente tem que sair muito cedo para fazer prontuário... Sete horas eles começam consultar, mais antes você tem que estar com o prontuário pronto, né! É longe daqui até a Fusmate [referindo-se ao Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase)].

Nessa temática, Castro et al. (2010) afirmam que a acessibilidade geográfica é um relevante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso.

Cunha e Vieira-Silva (2010) citam sobre acessibilidade organizacional como sendo a imagem-objetivo da organização de um sistema municipal de saúde, e a garantia do acesso a diferentes níveis de cuidados decorre da implantação de modelos de atenção capazes de responder às necessidades de saúde da população. Nesse aspecto, os mesmos autores contemplam o fato de que a atenção básica deve funcionar como porta de entrada aos demais níveis de assistência, buscando maior grau de resolutividade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A insatisfação com o serviço, a demanda muito grande e a demora no atendimento são pontuadas por J63, quando afirma que não tem nada, nem materiais, no Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase) que frequenta.

Nesse contexto, a resolutividade dos serviços de saúde está relacionada diretamente com a demanda, satisfação do paciente, modernidade tecnológica em saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à facilidade ao acesso aos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, a cultura e aspectos socioeconômicos dos usuários, entre outros (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Para dois dos entrevistados, não houve barreiras, já que lhe foram fornecidas todas as

condições para seguir com o tratamento:

Nem adianta falar é uma porcaria, é muito difícil, é muita gente. Pede um exame, demora um ano [refere-se ao Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase)]. (J54)

Não [relacionado a dificuldades no tratamento]. Porque na época que fiz o tratamento eles me davam até vale transporte pra pode ir buscar o medicamento, então eu não tive dificuldade nenhuma. Eu não tenho nada pra falar deles não. [referente ao Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase)]. (J29)

Para Cunha e Vieira-Silva (2010), a acessibilidade aos serviços de saúde representa um relevante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado.

A família e a pessoa acometida pela doença

No depoimento a seguir (J54), percebe-se que o envolvimento da família esteve presente enquanto estava com a doença: “Minha esposa [pausa] tem um dom, um carinho, uma coragem eu vou falar a verdade, ela sabe os caminhos, ela não é leiga. Ninguém nem falou sobre isso. Meus filhos são bem instruídos”.

Para Eidt (2004), fica evidente a relevância do apoio familiar para o paciente de hanseníase, no momento em que vive a sua doença, desde o diagnóstico até completar o tratamento.

A pessoa que tem o diagnóstico da hanseníase deve ser informada junto com seus familiares sobre a doença e seu tratamento, a fim de não romper o vínculo existente na família. Hoje, poucos conhecem a hanseníase; não sabem que tem cura. Poucos sabem que é uma doença contagiosa e debilitante, e quase ninguém sabe que seu tratamento é simples, gratuito e que pode ser feito sem internação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 1999).

Nos depoimentos seguintes nota-se a aceitação da doença pela pessoa acometida, mas o medo e a necessidade de ocultar a doença das outras pessoas pelos familiares são demonstrados:

Não mudou nada, continua a mesma coisa. (J12)

[...] Depois que passei a tomar os remédios... Depois que começa não passa pra ninguém, assim mesmo eu ainda tenho medo. Se eu bebo água numa vasilha não gosto que eles tomam na mesma vasilha... [emoção]. A gente fica com receio. As pessoas nem ficam tanto como a gente fica... [emoção]. Significa assim uma coisa muito... A gente fica constrangida, ninguém quer ficar doente. Ainda mais essa doença, que as pessoas têm muito preconceito, isso foi no passado. Agora não tem mais... [emoção]. Igual ela falou assim, que no tempo passado, que tinha na bíblia no tempo de Jesus, as pessoas eram abandonadas, né! Eles deixavam morrer sem tratamento... [choro]. Eu tinha medo de morrer. (J56)

Eu não falei pra ninguém da minha família, só nós... Sobre a doença, apenas pra

minha sobrinha, mas eu pedi pra que não falasse pra ninguém. Eu que sou mais encabulada com isso [emoção], mais aí vem a questão de ter fé em Deus. (Mãe de J12)

Conforme Baialardi (2007), o preconceito, a discriminação e a rejeição continuam existindo em seu cotidiano e dentro de si próprios, pois se percebe que a revelação do diagnóstico entre a maioria dos participantes se restringiu a apenas sua família.

No próximo relato, J10 descreve claramente o preconceito e a exclusão que o portador de hanseníase sofre:

Nós não falamos pra ninguém, só minha mãe que sabia. De fora eram poucos que sabiam. Ninguém sabia o que eu tinha, os que sabiam não ligaram não. Eu só fui afastada do serviço, porque eu levava o remédio na bolsa e sempre dá uma tonteira forte. Aí ela foi na minha bolsa e viu os remédio e leu né! [referindo-se à patroa]. Já estava com nove anos que eu trabalhava na casa dela. Aí rasgou o atestado e jogou na cara da minha filha [fala trêmula], sua mãe é uma mulher muito boa, trabalhadeira, honesta, de confiança, mas eu não quero não, porque ela tem muito problema de doença eu tenho medo [...]. (J70)

Estar doente é motivo para ser afastado do emprego, isso demonstra que a sociedade não aceita a condição da doença mesmo sendo ela curável. Segundo Bittencourt et al. (2010), o incentivo e a orientação do paciente para a sua readaptação, atendendo ao mercado de trabalho, são práticas que ajudam de forma efetiva os acometidos com sequelas. Os autores ainda salientam que é necessário o fortalecimento e apoio à pessoa acometida por hanseníase, impulsionando-a sempre para a recuperação da sua autoestima.

Atribuição de fatos a doença

Estar com uma doença tão estigmatizada faz com que as pessoas busquem alívio e conforto ao sofrimento atribuindo essa condição à vontade de Deus, como demonstram os relatos:

Eu acho que, o que Deus deixou no mundo nós estamos prontos pra receber [...]. Que tudo foi deixado por Deus... Que pelo outro lado não foi, porque as coisas boas vêm pra nós, e as coisas ruins também. (J71)

Até agora eu não sei o porquê de tudo isso comigo [emoção], mas sou feliz também com isso. Acho que Deus achou que eu podia carregar essa carga toda. (J79)

Há, eu não acredito. A gente vem na terra pra... [pausa]. Eu nunca pensava que iria pegar essa doença, doença nenhuma. Isso aí eu não sei explicar. Era um cara sadio, fazia exame direto. Eu vi que peguei isso aí foi lá nas matas, nas fazendas, mexia com gado, mexia com tudo que era trem. (J63)

Eu acho que tinha que acontecer, né? Se não tivesse, não teria acontecido. (J52)

Diante do exposto, Mellagi e Monteiro (2009) corroboram que a influência religiosa no processo de saúde-doença se compartilha nos significados e atitudes individuais, neles incluídas as regras de doutrina religiosa da qual fazem parte.

Constatou-se que a hanseníase leva as pessoas a sentimentos contraditórios e de isolamento frente ao diagnóstico. Os pacientes questionam quanto ao atendimento na rede básica de saúde, bem como as dificuldades de chegarem ao local de referência para o atendimento ao portador de hanseníase no município, contam com o apoio da família para a continuidade do tratamento e alívio para suas aflições nos momentos de angústia. Assim, acreditam que tudo que há na face da terra seja fruto de um poder divino e que uma possível solução para a cura seria uma dádiva de Deus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase, conforme demonstrado, acomete em grande parte o sexo masculino e, entre as formas clínicas, encontra-se a Dimorfa, classificada para fins de tratamento poliquimioterápico como multibacilar, com grande potencial de contaminação, isso explica o fato do aumento no número de casos e a dificuldade em controlar os níveis de pessoas doentes.

A preocupação quanto à assistência prestada pelos profissionais de enfermagem e a percepção dos receptores dessa assistência fizeram com que este estudo demonstrasse os sentimentos do paciente frente à doença e sua interação com o meio familiar e profissional. Os sentimentos percebidos foram desde inquietação, medo, ansiedade, receio de exclusão, porém não expressos verbalmente ou abertamente, e sim demonstrados por intermédio de atitudes, como tristeza no olhar, lágrimas nos olhos e falas trêmulas e choro, atitudes atribuídas durante as entrevistas. Essas considerações só puderam se feitas porque se vivenciou a condução desse processo.

Na percepção do portador da doença frente ao diagnóstico encontra-se, em sua maioria, a falta de conhecimento e informação sobre a doença, seguidas por medo do preconceito e o receio de contaminar outras pessoas, além da incompreensão da família diante das mudanças física e psicológica, que transformam a vida das pessoas portadoras de hanseníase. Deixa evidente um preconceito velado tanto do próprio portador da doença, quanto de sua família.

Alguns entrevistados demonstraram uma insatisfação com o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde por parte da equipe de enfermagem responsável. Porém, em relação aos ACS, percebe-se haver entre eles um vínculo e uma confiança. Sentem-se acolhidos, pois na visão deles é a forma como a pessoa é tratada, escutam o que eles têm a dizer, que os fazem sentir importantes por se preocuparem com eles.

Quanto aos pacientes do Centro de Referência em Dermatologia (setor hanseníase), em sua grande maioria mencionaram que o atendimento realizado pelos profissionais de enfermagem é acolhedor e resolutivo; entretanto, nos discursos, entende-se que não conseguem distinguir a função de cada membro da equipe, tratando todos como se

exercessem o mesmo cargo, querem limitar ao máximo divulgar a doença, diante do medo e do receio da exclusão e do preconceito. A família para essas pessoas constitui um elo importante durante esse processo de tratamento e cura. Para eles a doença é obra Divina, e que isso tudo acontece pela vontade de Deus, e a aceitam com resignação.

Entende-se que a falta de informação deixa uma lacuna entre a Lepra do passado, sem uma perspectiva de cura, e a hanseníase de hoje, uma doença curável com tratamento eficaz, se diagnosticada precocemente.

Diante do papel relevante em que a atenção básica e os serviços de enfermagem têm para as questões que envolvem a saúde pública, faz-se necessária uma reestruturação e uma avaliação por gestores relativa a esses profissionais para que se responsabilizem com o ser humano em todo o seu contexto biopsicossocial e espiritual, respeitando as culturas e as diversidades de cada um. Propõe-se que as equipes de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde busquem esse paciente em seu domicílio, mantendo com ele uma proximidade e interação de modo a promover ações que evidenciem a resolutividade, a eficiência e eficácia, com participação efetiva nesse processo de cura e resgate da autoestima por intermédio da inserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera. **Estratégia global para reduzir da carga da hanseníase e a sustentação das atividades de controle da hanseníase**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2005. Slides da palestra na Reunião Macrorregional Sul, Sudeste, em Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/hansenia/public/estrategia_global.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

BAIALARDI, Kátia Salomão. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansenologia Internationalis: Hanseníase e outras doenças infecciosas**, Bauru, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007. Disponível em: <<http://www.ils.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BITTENCOURT, Leylane Porto et al. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-190, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenia.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>.

Acesso em: 7 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2015.

CASTRO, Shamyry Sulyvan et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2073.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Como os agentes de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília, DF, 1999. Não paginado. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_12.pdf>.

Acesso em: 19 dez. 2014.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2013.

DIAS, Andréia; CYRINO, Eliana Goldfarb; LASTÓRIA, Joel Carlos. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. **Hansenologia Internationalis (Online)**, Bauru, v. 32, n. 1, p. 9-18, 2007. Disponível em:

<<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v32n1/a02v32n1.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

DIAS, Regina Célia; PEDRAZZANI, Elisete Silva. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 753-756, 2008. Número especial. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a16v61esp.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu) (Online), v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

HANSENÍASE. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/hansenias/bases/Hansbrnet.def>>. Acesso em: 15 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010 – resultados divulgados no Diário Oficial da União em 04.11.2010**: Mato Grosso. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/MT2010.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2015.

MELLAGI, André Gonçalves; MONTEIRO, Yara Nogueira. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 489-504, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/12.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

PEREIRA, Sandra Valéria Martins et al. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 774-780, 2008. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a20v61esp.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2011.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Hanseníase: a realidade para o ser adolescente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 296-301, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a08v58n3.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2011.

SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 713-717. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a10v61esp.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRÃO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

**Estudos
Interdisciplinares em
Saúde**

A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL ATÉ SE EFETIVAR COMO POLÍTICA SOCIAL PÚBLICA

The History of Social Assistance up to his Effectiveness as Public Social Policy

Marilene Boscarl¹
Fátima Noely da Silva²

Recebido em: 17 abr. 2015
Aceito em: 22 abr. 2015

RESUMO: Este artigo responde a indagações que perpassam os meios acadêmicos sobre a Política de Assistência Social e surge no contexto de discussão teórico-crítica da disciplina que estuda a temática. Pretende apresentar, de modo sucinto, um quadro de análise do processo de afirmação da assistência social como política social, a partir do disposto na Constituição Federal de 1988 - CF/88, na Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 – LOAS/93 e na Norma Operacional Básica 2005 - NOB/SUAS/2005. Busca compreender os elementos centrais que contribuíram para que a política de assistência social alcançasse o status de política social, de direito do cidadão e dever do Estado e os movimentos de mudanças, tensões e propostas decorrentes. Esta efetivação acontece desde a década de 1993 até os dias atuais com a ocorrência de ajustes, principalmente nos territórios onde acreditamos ser a porta de entrada da política pública de Assistência Social.

Palavras-chave: Assistência Social. Política Social. Sistema Único de Assistência Social.

ABSTRACT: This paper aims to give answers that go beyond the university limits regarding Social Assistance policy, on the context of a critical and theoretical discussion. It aims to present, on a brief way, an analysis chart of the process of affirmation of social assistance and social policy, starting a statement on the Federal Constitution from 1998 – CF/88, and on the organic law of social assistance from 1993 – LOAS/93 and on the Basic Operational Rule 2005 – NOA/SUAS/2005. It also tries to understand the main elements that contributed for the social assistance to reach the status of social politics, as a right the citizen has, and as an obligation of the government, as well as elements that caused this changes, problems and proposals. This has happened on the current days with some adjustments, especially on the territories where we believe that social assistance, as public politics are more probable to happen.

Keywords: Social Assistance. Social Politics. Unique System of Social Assistance.

¹ Mestre em Serviço Social. Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Caçador, SC. E-mail: marilene@uniarp.edu.br.

² Doutora em Serviço Social. Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Caçador, SC. E-mail: fatima@uniarp.edu.br.

INTRODUÇÃO

Práticas de assistência social na forma de ajuda a indivíduos sempre estiveram presentes na humanidade, sob formas variadas, mas via de regra ligadas à missão religiosa e conduta moral. É frequente o relato de histórias e imagens de ações da prática da bondade e atenção prestadas a pobres, viajantes, doentes e pessoas com deficiências, dentre elas, a cegueira e a paralisia.

A civilização judaico-cristã caracteriza essas práticas como caridade e benemerência, demarcando o amor ao próximo e o exercício da benevolência por almas caridosas.

Este estudo, ao examinar a política de assistência social, termina por desvendar a dificuldade ao pleno entendimento da diferença entre uma prática individual ou grupal, de bondade, caridade, benemerência, filantropia, solidariedade e a atenção a necessidades sociais como campo de política pública regulado, coordenado e executado por órgão estatal.

No estudo sobre Indicadores da Gestão Municipal da Política de Assistência Social no Brasil 2005/2006 – Fotografia da Assistência Social no Brasil na Perspectiva do SUAS – NEPSAS/PUC/CNAS/2007, há uma afirmação que permite clarear um pouco mais as raízes dessa dificuldade.

No caso da assistência social que é objeto desta análise há uma característica muito específica: a presença de práticas de proteção social apareceram nos órgãos públicos antes da consolidação de uma política social. Entre um e outro há um intervalo aproximado de 50 anos. A primeira formalização da assistência social em um órgão público que se tem notícia é a da criação do Serviço Social do Estado no Governo de São Paulo em 1936, até porque, a constituição do social como campo de ação profissional para a proteção social data desse mesmo momento histórico no Brasil e em São Paulo. Com isto, não se está afirmando que o Serviço Social é igual a proteção social, mas que ele é, como se demonstra neste estudo, pela análise da força de trabalho da assistência social, uma profissão fundamental na consolidação dessa política de proteção social pela defesa que os assistentes sociais operam da dignidade humana e da justiça social em seu projeto ético-político-profissional (SPOSATI, 2007, P.19).

POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: BREVE HISTÓRICO

Em 1938, ocorre no Brasil a primeira regulamentação de um campo de práticas sociais que poderiam ser identificadas como do âmbito da assistência social, todavia elas aparecem como Serviço Social pelo Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS.

Mestriner (2001, p. 57-58), explica melhor esse processo:

O Conselho é criado como um dos órgãos de cooperação do Ministério da Educação e Saúde, passando a funcionar em uma de suas dependências, sendo formado por figuras ilustres da sociedade cultural e filantrópica e substituindo o governante na decisão quanto a quais organizações auxiliar. Transita, pois, nessa decisão, o gesto benemérito do governante por uma racionalidade nova, que não chega a ser tipicamente estatal, visto que atribui ao Conselho certa autonomia.

Este é o momento em que se estreitam relações entre o Estado e segmentos da elite reforçando ao mesmo tempo um novo caráter laico da assistência social, isto é, não mais como prática religiosa, mas ao abrigo do Estado, como também confirmando uma relação de sujeição dos pobres aos ricos e não a igualdade de direitos, que vão analisar o mérito do Estado na concessão de auxílios e subvenções a organizações da sociedade civil.

O CNSS foi a primeira forma de presença de um organismo estatal próximo ao campo de assistência social no Estado brasileiro, ainda que, com um caráter subsidiário de subvenção às entidades sociais.

Em 1942, no Governo Getúlio Vargas, foi criada a LBA - Legião Brasileira de Assistência, com a finalidade de prestar auxílio às famílias dos pracinhas brasileiros, por ocasião da Segunda Guerra Mundial, sendo coordenada pela primeira dama Darcy Vargas. Terminada a Guerra, a LBA se volta para a assistência à maternidade e à infância, caracterizada por ações paternalistas e de prestação de auxílios emergenciais e paliativos à miséria. Assim, surge a primeira instituição de assistência social brasileira, na instância federal, que tem sua gênese marcada pela presença das mulheres e pelo patriotismo.

Reforçando essa afirmação, Sposati (2005, p. 19), coloca:

A relação da assistência social com o sentimento patriótico foi exponenciada quando Darcy Vargas, a esposa do presidente, reúne as senhoras da sociedade para acarinhar pracinhas brasileiros da FEB – Força Expedicionária Brasileira – combatentes da II Guerra Mundial, com cigarros e chocolates e instala a Legião Brasileira de Assistência – LBA. A idéia de legião era a de um corpo de luta em campo, ação.

Dessa forma, compreende-se, então, que a intenção nesse momento da instituição LBA era de atuar como uma legião, como um corpo em ação numa luta em campo. Nesse momento, esse órgão no interior do Estado federal tem por significado formar a assistência social como ação social. É ato de vontade e não de direito de cidadania como coloca Sposati (2005, p. 20).

Em 1946, a LBA passa por um reordenamento, ampliando suas ações e objetivos, mas, mantém seu caráter assistencialista, legitimando-se como uma resposta institucional à pobreza. Caracterizava-se pelo assistencialismo, envolvendo religiosas e o primeiro damismo. “Esse modelo predominou até o golpe de 1964, apesar da democratização vivida pelo País desde 1946” (FALEIROS, 2000, p. 46).

É com a LBA que surge a ênfase na presença da esposa do governante na gestão da assistência social, assegura a presidência do órgão (por honra executiva) às primeiras damas da República. Dessa forma, fica vinculado esta marca da presença das damas de governo na ação social. Repete no interior do Estado o papel das Damas de caridade nas igrejas como se tudo fosse a mesma coisa. É também neste momento que a LBA tem como foco principal de sua ação as famílias da grande massa não coberta pela previdência, com atendimentos nas situações de calamidades com ações pontuais, urgentes e fragmentadas.

Segundo Sposati (2004), essa ação da LBA traz para a assistência social o vínculo emergencial e assistencial, marco que predomina na sua trajetória no interior do Estado.

Para trabalhar suas funções, a LBA buscou auxílio junto às escolas de Serviço Social, ocorrendo, então, uma aproximação entre a LBA e o Serviço Social, pois, nesse momento, a instituição LBA precisava se organizar tecnicamente, e o Serviço Social precisava se legitimar como profissão. Em 1969, a LBA é transformada em fundação vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, e ali vai viver em paralelo com a Secretária de Assistência Social criada pelo General Geisel quando Presidente Militar.

No decorrer da história brasileira, a política de assistência social só adquiriu *status* de política social com a Constituição Federal de 1988³ (CF-88 de 05/10/1988) e está em franco processo de institucionalização, de profissionalização e de alcance de racionalidade técnica e política.

A Constituição Federal de 1988 é um marco fundamental desse processo porque reconhece a assistência social como política social que, junto com as políticas de Saúde e de Previdência Social, compõem o sistema de seguridade social brasileiro e define assim como a Previdência Social e a Saúde as diretrizes financeiras, de gestão e de controle social. Adquire o estatuto de uma política social pública no âmbito de decretos sociais o que foi sem dúvida pouco entendido e absorvido pela sociedade. Portanto, pensar esse campo de ação pública como política social, é uma possibilidade recente.

Art.194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2001, p.113).

A Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 203 e 204, coloca:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na

³ Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis (BRASIL, 2001, p. 118-119).

Afirma Sposati (2004, P. 42), que a assistência social, garantida na Constituição Federal de 1988, contesta o conceito de:

[...] ‘população beneficiária como marginal ou carente, o que seria vitimá-la, pois suas necessidades advêm da estrutura social e não do caráter pessoal’ tendo, portanto, como público alvo os segmentos em situação de risco social e vulnerabilidade, não sendo destinada somente à população pobre.

É nessa Constituição que encontramos a referência que fundamenta o processo inicial para a construção de uma nova matriz para a política pública de assistência social brasileira.

Yazbek (2004, p. 26) reforça essa construção:

Com a Constituição de 1988, tem início a construção de uma nova concepção para a Assistência Social brasileira. Incluída no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela Loas em dezembro de 1993, como política social pública, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

Após longo processo de luta, negociações e confrontos entre a sociedade civil organizada, agentes sociais, parlamentares, governo federal e profissionais, a política foi regulamentada. A LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, que a torna:

A assistência social um dever do Estado e um direito do cidadão. A política de mínimos sociais, nela prevista, foi implementada através de benefícios continuados de um salário mínimo para idosos e portadores de deficiência física (renda familiar de ¼ do salário mínimo per capita) (FALEIROS, 2000, p. 51).

A LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social também estabeleceu os princípios doutrinários e organizativos da área, mantendo o princípio da democratização, da descentralização, equidade e complementaridade entre o poder público e a sociedade. Assim, a LOAS veio introduzir um novo significado à assistência social enquanto “política pública de seguridade como direito do cidadão e dever do Estado, prevendo-lhe um sistema de gestão descentralizado e participativo, cujo eixo é posto na criação do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS” (MESTRINER, 2001, p. 206).

Como consequência da aprovação da LOAS, é extinto o CNSS -Conselho Nacional de Serviço Social, criado em 1938, e em seu lugar, é criado o Conselho Nacional de Assistência Social, órgão de composição paritária entre sociedade e governo, de caráter deliberativo e controlador da política de assistência social.

Esse avanço permitiu considerar que a assistência social não nasceu com a

Constituição Federal de 1988 ou então com a LOAS. Ela tem existência prévia como uma prática social, que, pela nova legislação, alcança o *status* de política social⁴, convergindo-a ao campo dos direitos sociais. Uma questão é essa mudança no plano de lei outra é a da incorporação real, tanto pela sociedade, como pelos gestores públicos.

Para a efetivação dessa política, afirma Sposati (2005, p. 42):

A necessidade da criação de um sistema de assistência social descentralizado, participativo e com garantias de alocação de recursos financeiros, superação da fragmentação, da descoordenação, da superposição de programas sociais, introdução do controle do setor público sobre os recursos repassados às entidades privadas com mecanismos de avaliação e controle social.

A promulgação da LOAS regulamentou o capítulo da assistência social da Constituição Federal de 1988, confirmando-a como direito de cidadania e dever do Estado. Dela emanam as diretrizes que devem orientar o processo para sua efetivação. O que se quer marcar com estas afirmações é que, tanto a União, os Estados e os municípios já possuíam práticas de assistência social, geridas ou não por primeiras damas, mas marcadas pelo assistencialismo, pelo paternalismo, como ações isoladas e pontuais.

A Constituição Federal de 1988 traz nova compreensão detalhada e regulada pela LOAS, todavia essa nova compreensão significa uma mudança de 360 graus do que existia. Nesse sentido, verificou mudanças ocorridas a partir da Constituição Federal de 1988 na gestão de órgãos públicos na assistência social e, a partir da LOAS de 1993, tornam-se marcos importantes e ressaltados neste estudo. Portanto, no campo de assistência social, a Constituição Federal de 1988 e a LOAS são políticas sociais, principalmente no que se refere à universalização dos direitos sociais e o caráter de democratização, exigindo a descentralização da gestão da assistência social no Brasil.

A LOAS propôs mudanças significativas na forma da condução da política pública da assistência social, entendida como direito do cidadão, prevendo o acesso igualitário e a universalização do atendimento.

Em 1997 nova norma federal: a NOB-97, Norma Operacional Básica nominada pela então Secretária de Estado de Assistência Social, órgão federal, que ocorre 10 anos após promulgação da LOAS e foi marcada pela organização de municípios pela descentralização e implantação ao Sistema descentralizado de gestão prevista pela Constituição Federal de 1988 e pela LOAS:

conceituou o sistema descentralizado e participativo, estabelecendo condições para garantir sua eficácia e eficiência explicitando uma concepção norteadora da

⁴ Entende-se por política social, as formas de intervenção e regulamentação do Estado nas expressões da questão social, envolvendo o poder de pressão e a mobilização dos movimentos sociais, com perspectivas de problematizar as demandas e necessidades dos cidadãos, para que ganhem visibilidade e reconhecimento público.

descentralização da assistência social. Ampliou o âmbito das competências dos níveis de governo com a gestão da política, sem, entretanto, delimitá-las. Propôs a criação de uma Comissão Tripartite, de caráter consultivo, com representantes dos três níveis de governo, para discutir e pactuar acerca dos aspectos relativos à gestão da política (NOB/SUAS/05, p. 9).

A IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em 2003 deliberou pela aprovação da Política Nacional de Assistência Social⁵.

A autora Yazbek (2006, p. 129) ressalta esta exigência dos municípios ao afirmar:

Em setembro de 2004, atendendo ao cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência, realizada em Brasília em dezembro de 2003, o CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social aprovou, após amplo debate no país, a política Nacional de Assistência Social em vigor, na qual ocupa um lugar de destaque o (re)desenho desta política, na perspectiva de implementação do SUAS – Sistema Único de Assistência Social. A construção e implementação do SUAS, requisito essencial da Loas para dar efetividade à assistência social com o política pública, vem se caracterizando como uma das prioridades da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Nesse sentido, ainda, a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003,

aprovou uma nova agenda política para o reordenamento da gestão das ações descentralizadas e participativas de assistência social no Brasil. Deliberou pela implantação do SUAS, modelo de gestão para todo o território nacional, que integra os três entes federativos e objetiva consolidar um sistema descentralizado e participativo, instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (NOB/SUAS, p. 8).

Essas novas aquisições de decisão, nacional, deveriam também provocar mudanças nas gestões, federal, estaduais e municipais, para além da CF-88 e da LOAS, que exigiu dos municípios a institucionalização de um Conselho e de um Fundo Municipal, obrigou a existência de um plano Municipal de Assistência Social. Sem tais requisitos, os municípios não poderiam receber verbas federais ou estatais.

A Política Nacional de Assistência Social de 2004 vai acrescer novas orientações ao definir claramente o campo de proteção Social não contributiva de assistência social. A NOB – SUAS de 2005 exige um reordenamento do município para que seja habilitado no SUAS. Portanto são dois novos marcos de influência no reordenamento da ação de assistência dos municípios como política pública.

A partir de 2005, a assistência social passa por um novo reordenamento técnico, jurídico e político com a implantação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS.

A aprovação de Norma Operacional Básica NOB/SUAS, no dia 14 de julho de 2005,

⁵ Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004.

em Brasília, pelo Conselho Nacional de Assistência Social, buscando a implantação do Sistema Único da Assistência Social, foi resultado de 11 anos de formulação e debate em todos os Estados e consagra os eixos estruturantes para implementação e consolidação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS no Brasil. Trata-se de modelo de gestão para todo território nacional, integrando os três entes federativos, visando a consolidar um sistema descentralizado e participativo, instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS.

O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações sócio-assistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de Governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação (PNAS, 2004, p. 41).

Com a implantação do sistema descentralizado e participativo, os governos passam a ter condições de atuar de forma mais integrada com as políticas setoriais e as diferentes esferas da administração pública, assumindo compromissos de co-responsabilidade e co-financiamento no desenvolvimento de ações voltadas para a inclusão social e diminuição de desigualdades.

O SUAS tem como objetivo identificar os problemas sociais na ponta do processo, focando as necessidades de cada município, ampliando a eficiência dos recursos financeiros e da cobertura social. O Governo Federal ganha espaço para definir políticas e fiscalizar sua execução. Tem no território sua base de organização e nas unidades denominadas Centros de Referência de Assistência Social - CRAS e em outras unidades básicas e públicas de assistência social, a operacionalização, de forma direta, de serviços de proteção social básica. São também atividades precípua das unidades de CRAS a organização e a coordenação da rede de serviços sócio-assistenciais locais. O provimento de serviços de proteção social básica é previsto na política pública de assistência social, juntamente com outros níveis de proteção social: especial, especial de média complexidade e proteção especial de alta complexidade.

A investigação do processo de execução da política de assistência social é uma medida importante, na perspectiva de implementação do SUAS, capaz de analisar, avaliar e construir conhecimentos sobre a área.

Todo este processo abre um campo de pesquisa sobre as alterações aprovadas nos municípios por todo esse novo conjunto de dispositivos legais e traz como questões: como os municípios se organizaram ou se organizam frente ao processo de implementação do SUAS? qual a relação entre a execução dos municípios e essas regulações? como a legislação federal disciplinou e como a legislação municipal organizou a dinâmica local? que mudanças organizacionais foram realizadas? quais responsabilidades os municípios assumiram? como

ocorre a nova transmutação de lógica de ajuda em lógica do direito à proteção social? que desafios e dificuldades se impuseram aos municípios? qual o nível de entendimento dos trabalhadores dessa política nos municípios sobre o SUAS? como está ocorrendo a participação dos cidadãos e o financiamento dessa política social?

Yazbek (2004, p. 22) nos diz:

Avaliar os impactos da Política de Assistência Social na vida dos cidadãos é condição igualmente importante em função da escassez de conhecimento e dados referentes à população que recorre a Assistência Social para satisfazer suas demandas histórica e socialmente produzidas, pois “trata-se de uma população destituída de poder, trabalho, informação, direitos, oportunidades e esperanças”.

Assim, a LOAS, que é referência na organização da política de assistência social, no seu artigo 6º, estabelece:

As ações na área de assistência social são organizadas em sistema descentralizado e participativo, constituído pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta Lei, que articule meios, esforços e recursos, e por um conjunto de instâncias deliberativas compostas pelos diversos setores envolvidos na área.

Na perspectiva de organização em sistema descentralizado e participativo, a LOAS garante espaços para a participação da sociedade civil através do controle social⁶ e se constitui numa possibilidade de ruptura com a estrutura do Estado cuja formação é historicamente marcada por práticas e políticas centralizadoras e autoritárias. A participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avalia objetivos, processos e resultados. Nesse sentido, pesquisas e estudos realizados no Brasil vêm apontando para a crescente densidade organizacional da sociedade civil como resultado do descompasso entre o Estado e a sociedade, e da implementação de políticas públicas que têm como objetivo a descentralização do poder de decisão e de recursos na prestação de serviços sociais, principalmente para os setores da educação e da saúde.

Ainda, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, adotou-se no Brasil uma perspectiva de democracia representativa e participativa, incorporando a participação da comunidade na gestão das políticas públicas (art. 194, VII; art. 198, III; art. 204, II; art. 206, VI, art. 227, parágrafo 7). Diversos mecanismos de participação da comunidade na gestão das políticas públicas vêm sendo implementados no Brasil. Orçamento participativo, plebiscito e

⁶ A função do controle social constitui, na atual conjuntura institucional e política do País, fundamental exercício de democratização da gestão pública, no sentido de direcionar as políticas para o atendimento das necessidades prioritárias da população, de melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços, além de atribuir à população o papel de fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. Por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. Pesquisas e estudos realizados no Brasil vêm apontando para a crescente densidade organizacional da sociedade civil como resultado do descompasso entre Estado e sociedade, e da implementação de políticas públicas que têm como objetivo a descentralização de recursos para a prestação de serviços na área social, principalmente para os setores de educação, saúde e assistência social.

iniciativa popular legislativa são alguns dos mecanismos encontrados para efetiva prática desse espírito constitucional. No entanto, a participação da sociedade nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas requer a constituição de um órgão colegiado deliberativo, representativo da sociedade, de caráter permanente. O principal articulador desse processo são os conselhos que começam, a partir da Constituição Federal de 1988, a se configurarem, em espaços públicos de articulação entre governo e sociedade com incidência direta na ação do Estado.

A década de 1990 presenciou uma verdadeira explosão de criação de conselhos em todo o Brasil, que culminou com a obrigatoriedade da implementação dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, Conselhos Tutelares e de Direitos da Criança e do Adolescente, os Conselhos de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) e os Conselhos Escolares. Os Conselhos, sendo instituídos no Brasil, apresentam características bem diferenciadas no que tange à natureza, papel, funções, atribuições, composição, estrutura e regimento. No entanto, vale ressaltar que a constituição e a efetiva atuação dos Conselhos possibilitam a participação da sociedade no interior do próprio Estado.

O controle social acontece na medida em que a sociedade civil organizada passa a ter a capacidade de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, estado, distrito federal ou do governo federal. Discutir a organização/gestão e implantação da assistência social implica também apreender como ela está sendo entendida por vários estratos da sociedade.

O entendimento de gestão social pelo empresariado brasileiro em referência às ações desencadeadas no campo social, segundo Silva (2004:31), tende a demonstrar que:

[...] generalizou-se, paradoxalmente, em um clima – retórico e fático – de desobrigação do Estado quanto à gestão social e de interpelação ao empresariado (o segundo setor) e às organizações da sociedade civil (o chamado terceiro setor) para que assumam crescentemente responsabilidades do poder público [...].

Um entendimento da gestão social com contraponto às normas até aqui ressaltadas é de que a responsabilidade do Estado deva ser assumida pela sociedade civil, tomando para si a execução das políticas públicas referenciadas pela Constituição Federal de 1988 (2004, P.32):

[...] entendo a gestão social como um conjunto de estratégias voltadas à reprodução da vida social no âmbito privilegiado dos serviços - embora não se limite a eles - na esfera do consumo social, não se submetendo à lógica mercantil. A gestão social ocupa-se, portanto, da ampliação do acesso à riqueza social - material e imaterial -, na forma de fruição de bens, recursos e serviços, entendida como direito social, sob valores democráticos como equidade, universalidade e justiça social.

Abre-se, portanto, um outro debate no campo da gestão das atenções e serviços sociais.

No campo da assistência social, o predomínio de práticas que afirmem direitos sobre as que os negam pode ser um passo importante em direção à sua afirmação como política de seguridade social, direito do cidadão e dever do Estado.

O direito preconizado na Constituição Federal de 1988, de um modo geral e em qualquer área de política social pública, tem sido algo muitas vezes conquistado legalmente, mas, em contrapartida, de difícil presença no cotidiano das pessoas aos quais se destina.

O conjunto de determinações da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Assistência - LOAS-1993, da Política Nacional de Assistência Social -PNAS-2004, da Norma Operacional Básica -NOB/SUAS-2005 e o modo como tem impactado a gestão da política, mostra que alguns elementos dependem da direção tomada pelas gestões e da perspectiva que adotam, que podem contribuir na afirmação ou negação dos direitos sócio assistenciais.

A assistência social na direção proposta pela Constituição Federal de 1988, pela LOAS e demais documentos que a normatizam, é uma política social que, orientando-se por padrões de universalidade e justiça, e não de focalização, pode contribuir para devolver ou salvaguardar a dignidade, a autonomia e a liberdade às pessoas que se encontram em situações de risco, fragilidade e vulnerabilidades sociais, abrindo possibilidades para que estas existam como cidadãos de direito.

A compreensão da assistência social como política de direitos, apesar de estar presente nos documentos oficiais, nos discursos de alguns gestores e na maioria dos instrumentos de formulação desta política, não é, porém o que predomina entre os sujeitos com ela envolvidos.

Com a aprovação da LOAS, um novo caminho passa a ser desenhado no Brasil para essa política pública que deveria ter seguido a agilidade da política de saúde que já em 1990 é aprovada. Sua organização ganhou novos contornos com a aprovação pelo CNAS do PNAS e o novo sistema descentralizado e participativo a ser implantado em todo o território brasileiro. “O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações sócio assistenciais” (PNAS, 2004, P. 32).

A PNAS (2004, P. 32) afirma:

Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação.

Esse direcionamento pretende efetivar um novo marco a ser seguido como: promover o aprimoramento de sua gestão no sentido de garantir a efetividade das ações e a universalidade como proteção social não contributiva de responsabilidade do Estado.

A Constituição Federal 1988 estabeleceu que o direito ao acesso a serviços e atenções devem ser assegurado para todos os brasileiros, da mesma forma que na Saúde, na Previdência e Assistência Social. Todavia, a cultura política nacional, fundada em bases elitistas, subalternizadoras teima em tratar o assunto pela ótica do favor e da caridade de forma assistencialista ou clientelista.

O Política Nacional de Assistência Social - 2004 resultou de múltiplas reuniões de pactuação e define para a sociedade brasileira que este é um momento histórico importante, com a implantação do SUAS no sistema de gestão pública do Estado brasileiro.

Todo o esforço que se travou, no cenário brasileiro, para fortalecer a política de assistência social, como as conquistas alcançadas, entre elas o benefício de prestação continuada, a perspectiva de direito e de política pública universal, prevista na Constituição Federal de 1988 à assistência social, talvez ainda permaneça muito mais no campo do discurso e da retórica do que na garantia efetiva de proteção social, e aí se evidencia que, por exemplo, o benefício de prestação continuada só começa a ser pago em 1996.

A NOB/SUAS (2005, P. 11) estabelece:

A operacionalização da gestão da política de assistência social, conforme a Constituição Federal de 1988, a LOAS e legislação complementar aplicável nos termos da Política Nacional de Assistência Social de 2004, sob a égide de construção do SUAS, abordando, dentre outras coisas: a divisão de competências e responsabilidades entre as três esferas de governo; os níveis de gestão de cada uma dessas esferas; as instâncias que compõem o processo de gestão e controle dessa política e como elas se relacionam; a nova relação com as entidades e organizações governamentais e não-governamentais; os principais instrumentos de gestão a serem utilizados; e a forma da gestão financeira, que considera os mecanismos de transferência, os critérios de partilha e de transferência de recursos.

Assim, o SUAS – Sistema Único da Assistência Social é uma estratégia de construção de um sistema de proteção social, que tem como exigências: reforçar a primazia da responsabilidade do Estado e da justiça social, romper com o clientelismo, assegurar direitos e democratizar a participação da sociedade no exercício do controle social. A assistência social deve garantir a segurança e proteção social, pelo fortalecimento de vínculos familiares e comunitários às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.

Nessa perspectiva, o SUAS objetiva instituir um novo modelo de gestão, através de um pacto federativo, definindo as competências das instâncias de poder entre a União, os Estados e Municípios, estruturando os serviços, programas e projetos pelos níveis de complexidade em proteção básica e especial. Mantém a centralidade na família, rompendo com a atuação dirigida apenas a indivíduos.

A implementação da NOB-2005 institui piso de financiamento da política, baseado em números de habitantes dos municípios que são caracterizados por seu porte em pequenas, médias, grandes e metrópole. Rompe com a lógica do repasse através de convênios, que faz da relação União, Estado e Município uma relação hierarquizada, subalternizada que

estabelece uma relação contratante/contratado que na realidade é apenas o repasse sem compromisso na efetividade. Propõe ainda a padronização de nomenclatura da rede sócio assistencial e a implementação de uma política de recursos humanos na área da assistência social.

Nesse sentido, a proposta do SUAS é um avanço e concretiza um modelo de gestão que possibilita a efetivação dos princípios e diretrizes da política de assistência social. O princípio organizativo da assistência social esta baseado num modelo sistêmico e aponta para a ruptura do assistencialismo, da benemerência, de ações fragmentadas, ao sabor dos interesses coronelistas e eleitores.

Garantir e assegurar o caráter político e público da assistência social expresso na Constituição Federal de 1988 supõe ultrapassar esse anúncio e materializar no concreto o direito sócio assistencial. Trabalhar para que essa passagem se concretize, significa um grande desafio para os envolvidos com a política.

Nesse sentido, Sposati (2004, P. 173) afirma que:

Assistência Social, como política de Estado, é uma condição para o alargamento e crescimento do complexo sistema de bem-estar social brasileiro que é constitucionalmente concebido como seguridade social. Como política pública deve manter rede de serviços para a garantia da proteção social ativa.

O paradigma do direito em que deve se fundamentar a construção do SUAS está expresso no princípio constitucional do direito sócio assistencial como proteção de seguridade social, regulado pelo Estado como se dever e direito de todo o cidadão (SPOSATI, 2004: P. 171).

O SUAS é um instrumento de gestão do sistema de proteção social brasileiro, constituído pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da política de assistência social, prestados diretamente pelas instituições públicas, municipais, estaduais e federais – ou através de convênios com organizações sem fins lucrativos, órgãos e entidades públicas e fundações mantidas pelo poder público. Ele cria uma nova relação intergovernamental, ao partir do princípio da territorialização da política com uma única porta de entrada. A orientação é de que progressivamente se organize todo o sistema de assistência social para que cada indivíduo, cada família seja atendida no seu bairro, pelos técnicos que fazem o diagnóstico desta realidade para posterior encaminhamento.

O SUAS não é só porta de entrada. Ele deverá desenvolver as medidas de prevenção que a assistência social nunca efetivou. Ele traz o princípio do nível de proteção básico, e que deverá ser desenvolvido nos territórios pelas equipes que têm a responsabilidade de desenvolver medidas de acolhida, de convivência, grupos de convivência inter-relacional diversos, idosos, crianças, apoio sócio familiar e outros, que são medidas que vão dar a atenção para as famílias vulnerabilizadas pela exclusão social.

Assim, mesmo depois da promulgação da LOAS, a política de assistência social ficou relegada ao campo da não política e, portanto, permaneceu longe de efetivar a passagem

de uma “ação social”, até então considerada para se constituir em uma política pública universal.

Garantir e assegurar o caráter público da assistência social, que está posto pela Constituição Federal de 1988, é ultrapassar a perspectiva do anúncio constitucional e materializar no concreto o direito sócio assistencial. Propiciar esta passagem e concretizar os direitos constitucionais é o grande desafio que se tem pela frente.

Diante do exposto, entende-se que ao analisar a implantação do SUAS, nos municípios, é de fundamental importância para materializar a Política Nacional de Assistência Social 2004, e contribuir para a consolidação dos direitos sócio assistenciais, como ele estabelece.

O SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede sócio assistencial e, ainda, os eixos estruturantes e de subsistemas conforme aqui descritos:

Matricialidade sócio familiar;
Descentralização político-administrativa e territorialização;
Novas bases para a relação entre Estado e Sociedade Civil;
Financiamento;
Controle Social;
O desafio da participação popular/cidadão/usuário;
A Política de Recursos Humanos;
A Informação, o Monitoramento e a Avaliação.
Os serviços sócio assistenciais no SUAS são organizados segundo as seguintes referências: vigilância social, proteção social e defesa social e institucional (SUAS, 2004, P. 42).

Conhecer a dinâmica dos territórios na efetivação do SUAS nos municípios é processo importante, no sentido de dar visibilidade ao protagonismo na operacionalização da política de assistência social.

Dirce Koga (2002: P. 24) afirma: “incluir a vertente territorial no desenho da política pública pode significar uma alteração no modo de gestão da própria política”. Ela também não deixa de enfatizar que “[...] a noção de território se constrói a partir da relação entre o território e as pessoas que dele se utilizam” KOGA, 2003, P.35). A implantação do SUAS, nesse sentido, vem acompanhada de um conhecimento do cotidiano nas realidades territoriais, onde se identifica as mudanças e homogeneidades.

No campo da assistência social, o predomínio de práticas que afirmem direitos sobre as que os nega, pode ser um passo importante em direção a sua afirmação como política de seguridade social, direito do cidadão e dever do Estado.

O direito preconizado na Constituição Federal de 1988, de um modo geral e em qualquer área de política social pública, tem sido algo muitas vezes conquistado legalmente,

mas, em contrapartida, de difícil presença no cotidiano das pessoas aos quais se destina. Na assistência social, a efetivação de direitos tem como instrumento fundamental a LOAS, a partir da qual se vem construindo um sistema descentralizado e participativo de decisão e controle social que, conforme Sposati (2004), é uma particularidade brasileira.

Esse conjunto de determinações da LOAS e o modo como tem impactado a gestão da política, mostra que alguns elementos, dependendo da direção tomada e da perspectiva adotada, podem contribuir na afirmação ou negação dos direitos sócio assistenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade brasileira historicamente veio tratando a Assistência Social a partir de relações de favor, de atrelamento, determinando ações clientelistas, distanciadas das reais necessidades da população.

A afirmação da Assistência Social como política social, comprova que as inovações legais colocadas na legislação: Constituição Federal, na LOAS, na Política Nacional de Assistência Social e na Norma Operacional Básica/SUAS, são incapazes de alterar a herança das práticas de assistência social sedimentadas na ajuda, na filantropia e no clientelismo. As mudanças propostas precisam ser compreendidas, debatidas, incorporadas e assumidas por todos os envolvidos no processo de gestão da Política de Assistência Social, em todos os níveis. Claro que não podemos negar que este processo depende do contexto econômico e político e de movimentos de pressão e negociação permanentes.

Considerando que a Assistência Social no Brasil deu um grande passo a partir da aprovação da LOAS/93, a nova concepção poderá contribuir para a redução das desigualdades sociais e para o alargamento das cidadania. Entretanto, podemos afirmar que a LOAS está posta por nós e para nós como um grande desafio, pois, desde o seu nascedouro, corre risco de morte causada pelos pressupostos neoliberais adotados pelo governo brasileiro que diminuindo os gastos sociais, reduzindo o tamanho do Estado e liberando o mercado.

Também, podemos verificar que tradicionalmente a Assistência Social foi uma prática e não uma política, mesmo que tenha sido feita com recursos públicos. Após a promulgação da LOAS, uma nova luta se configura, desta feita para garantir sua efetiva implantação. Entre as muitas dificuldades encontradas, o problema do financiamento da Assistência Social vem ganhando destaque. É impossível implementar e efetivar as ações definidas na LOAS nos diversos níveis, sem que o devido aporte de recursos financeiros seja repassado de forma permanente e regular aos Fundos de Assistência Social.

Como afirmam Colin e Fowler (1999),

a Constituição Federal de 1988 ofereceu a oportunidade de reflexão e mudança da caótica situação social brasileira, proporcionando espaço e visibilidade à área da Assistência Social. Entretanto, as reais condições para a reformulação da área dependem da intermediação da vontade e do compromisso político dos governantes

e da força de pressão da sociedade. (1999, p. 19)

A Constituição Federal de 1988 ao alçar a Assistência Social à condição de política pública modifica a concepção e as ações nesta área. Muitas são as dificuldades para a consolidação desta política, considerando a sua trajetória histórica.

O envolvimento de diferentes atores no processo de afirmação da política de Assistência social possibilitou a promulgação da LOAS, momento decisivo na definição da política. A mobilização permanente dos envolvidos com a política e que tem como objetivo afirmá-la, consolidá-la, levou a produção de novos documentos legais que regulamentam a gestão e as ações, possibilitando aproximar os textos legais de novas práticas voltadas para a garantia e efetivação de direitos.

Nesta perspectiva a implementação do SUAS representa significativo avanço na construção da política pública de Assistência Social por definir e organizar aqueles que são os elementos fundamentais para que aconteça o processo de execução da política de Assistência Social. O SUAS fortalece os instrumento de gestão, garante orçamento nas três esferas de governo, normatiza em nível nacional a Assistência Social como política estatal, define critérios de partilha dos recursos para os estados e municípios e para os serviços sócio assistenciais, organiza os serviços, programas e projetos de modo articulado, possibilita que os fundos, planos e conselhos estabeleçam relações permanentes, define indicadores, regulamenta aplicação dos recursos conforme a necessidade dos municípios e estabelece que os recursos sejam repassados de fundo a fundo e ainda estabelece o monitoramento e avaliação da política.

Muitos serão os desafios a serem enfrentados, mas o SUAS representa no momento a possibilidade real de consolidar a Assistência Social como política pública de proteção social.

Mas, o grande desafio é romper com as práticas tradicionais com base na lógica do favor e integrar-se de forma efetiva à seguridade social para que se constitua neste âmbito, como um sistema amplo de proteção social, articulado as demais políticas sociais.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, FERNANDO LUIZ, Soares, Marcia Miranda. **Redes federativas no Brasil:** cooperação intermunicipal no grande abc. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, Séries Pesquisas n° 24, 2001.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais:** determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

Atlas do Desenvolvimento do Brasil, 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania.

In: **Capacitação em serviço social e políticas sociais: Módulo 3: Política Social**. Brasília: CEAD, 2000.

BOBBIO, N. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2. ed. Brasília: 2003.

_____. As políticas brasileiras de seguridade social – assistência social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3: Políticas Sociais. Brasília: CEAD, 2000.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Norma Operacional Básica – NOB – Brasília, dezembro. 1997.

_____. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social LOAS**. 5. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, 2004.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Política Nacional de Assistência social. Brasília-DF. 2004.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS – Brasília, junho. 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB-RH/SUAS**. Brasília: MDS, 2006.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Manual Informativo - Cartilha SUAS- Sistema Único de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Assistência social: uma política pública convocada e moldada para constituir-se em “Governo paralelo da pobreza,” in: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 46. São Paulo, Cortez, 1989.

_____. Assistência Social: reflexões sobre a política e sua regulação. In **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 87. São Paulo, Cortez, 2006.

COLIN, D. R. A.; FOWLER, M. B. **LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social anotada**. São Paulo, Veras Editora, 1999.

COSTA, Sueli Gomes. Assistência social e relações sociais: aproximação de divergências na produção do serviço social. In **Cadernos do Núcleos de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP**. São Paulo, PUC/SP, 1995.

FALCÃO, Maria do Carmo. A Seguridade na travessia do Estado assistencial brasileiro. In: SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sonia Maria Teixeira. **Os Direitos (dos desassistidos) sociais**. São Paulo: Cortez, 1989: 110-126.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é a política social**. São Paulo, Brasiliense AS, 1986.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em serviço social e política social**, módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação aberta, Continuada a Distância, 2000.

FRANCA, L. P. *et al.* **Guia do CONSAD**: consórcios de segurança alimentar e desenvolvimento local. Rio de Janeiro: IBAM/DES/NEL, 2003 (b).

IAMAMOTTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Carvalho, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XIX, nº 56. São Paulo: Cortez, 1998.

KOGA. Dirce. Cidades entre territórios de vida e territórios vividos. **Revista Serviço Social e Sociedade 72**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Medidas de cidades** – entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

LOPES. Márcia Helena Carvalho. O tempo do SUAS. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 87, São Paulo: Cortez, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia *et.al.* **O uno e o múltiplo na relação entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. O serviço social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1998, p.133-148.

MARTINS, V. de B.; PAIVA, B. A. A implantação da Lei Orgânica da Assistência Social: uma nova agenda para a cidadania no governo Lula. In **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 73, São Paulo, Cortez, 2003.

MESTRINER, Maria Luiza. **O estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, Valéria Rezende. Política de assistência no Brasil. In: **Revista Social e Sociedade**, nº 31. mensal, dez. 1989, São Paulo, Cortez.

PEREIRA, Potyara A. P. A política social no contexto da seguridade social e do welfare state: a particularidade da assistência social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 56. São Paulo, Cortez, 1998.

_____. A Metamorfose da Questão Social e a Reestruturação das Políticas Sociais. In: **Capacitação em serviço social e política social**: Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999.

POCHMANN, Marcio, Ricardo (org). **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

RAICHELLIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1988.

SILVA, Antonio Luiz de Paula e. **Utilizando o planejamento como ferramenta de aprendizagem**. São Paulo: Editora Global, 2004.

SOUZA, Maria de Fátima. **Implementação municipal do SUAS – Sistema Único de Assistência Social: Balanço das Condições de Gestão da Assistência Social em Municípios do Vale do Paraíba – São Paulo**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2006.

SPOSATI, Aldaiza. et alli. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão de análise**. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. **Vida urbana e gestão da pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. (coord) **Cidadania ou filantropia: um dilema para o CNAS**. São Paulo: Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUCSP, 1994.

_____. Mínimos Sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, ano XVIII, nº 55, mensal, nov.1997.

_____. Contribuição para a construção do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez, ano XXV, nº78, mensal, jul. 2004.

_____. (coord.). **Fotografia da assistência social no Brasil na perspectiva do SUAS**. CNAS. Brasília, dez. 2005.

_____. O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Cortez, 1998, p.133 – 148.

_____. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social**. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, nº 77, mensal, mar.2004, p. 30-53.

TORRES, Iraildes Caldas. **As primeiras-damas e a assistência social: relação de gênero e poder**. São Paulo: Cortez, 2002.

WANDERLEY, M.B.; BÓGUS, L. M. M.; YAZBEK, M. C. **Desigualdade e questão social**. São Paulo: Educ, 2004.

VIEIRA, A. Evaldo. As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 53. São Paulo, Cortez, 1997.

_____. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez, 1992.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Pobreza e exclusão: expressões da questão social no Brasil. *In: **Temporalis, Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS***. Rio Janeiro: ano II, nº 03, 2001.

_____. As ambigüidades da assistência social brasileira após 10 anos de LOAS. *In: **Revista Serviço Social e Sociedade***, São Paulo, ano 25, n. 77, 2004, p.11-29.

_____. Maria Ozanira da Silva e Silva, Raquel Raichelis e Berenice Rojas Couto. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**.

SÍNDROME DE BURNOUT: OS PROFESSORES ESTÃO EM PERIGO?

Burnout Syndrome: Are Teachers in Danger?

Fabiana Meneghetti Dallacosta¹
Maria Helena Itaqui Lopes²
Ivan Carlos F. Antonello³

Recebido em: 10 mar. 2015
Aceito em: 22 abr. 2015

RESUMO: A profissão docente é considerada de alto risco para o desenvolvimento de burnout. Este estudo objetivou avaliar a presença da síndrome em docentes universitários, utilizando o Malach Burnout Inventory (MBI), totalizando 139 professores. A idade média foi 44,05 (9,5), 51,1% sexo feminino, 50,4% atuam no curso de medicina. No total 13,7% estão em burnout, sendo 28% com altos valores de exaustão emocional, 26% altos valores de despersonalização e 64% reduzida realização pessoal. Conforme aumenta a idade também aumenta a realização pessoal e diminui a despersonalização e a exaustão emocional. Quanto ao sexo, as mulheres são maioria no grupo com maiores valores de burnout. Quanto ao tempo de carreira docente, quanto maior, menor a chance de burnout, menor a exaustão emocional e maior a realização pessoal. Não foi encontrada associação significativa entre burnout e atuação em pós-graduação, número de horas em sala de aula e quanto ao estado civil.

Palavras-chave: Stress ocupacional. Professores universitários. Síndrome de burnout.

ABSTRACT: Teaching is considered in high risk for the development of burnout syndrome. This study aimed to evaluate the presence of the syndrome in university professors, using the Malach Burnout Inventory (MBI), totaling 139 teachers. The average age was 44.05 (9.5), 51.1% female, 50.4% medicine teachers. A total of 13.7% are in burnout, being 28% with high values of emotional exhaustion, 26% high depersonalization and 64% lack of personal accomplishment. As age increases also increases personal accomplishment and decreases the depersonalization and emotional exhaustion. Women are majority in the group with higher values of burnout. As time of teaching, career, the bigger, smaller is the chance of burnout, less emotional exhaustion and greater personal accomplishment. No significant association was found between burnout and performance in graduate school, number of teaching hours and marital status.

Keywords: Occupational stress. College teachers. Burnout syndrome.

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina. E-mail: fmdallacosta@yahoo.com.br.

² Doutora em Medicina. Docente da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: mariahelena.itaqui@yahoo.com.

³ Doutor em Medicina. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: ivan.antonello@pucrs.br.

INTRODUÇÃO

O trabalho docente por si só carrega uma carga de estressores psicossociais, alguns inerentes à função de professor, outros relacionados ao contexto social e institucional onde estão inseridos. Diferentes fatores causadores de estresse repercutem de forma diversa nas pessoas, pois dependem de características individuais, ambiente, equilíbrio interno do indivíduo e outros. Diversos estudos tem demonstrado que ensinar é altamente estressante, sendo assim, o professor vai desenvolvendo mecanismos para enfrentar as situações problemáticas do dia-a-dia, que podem levá-lo a um estado de ansiedade ou esgotamento docente (CARLOTTO, 2002; BENEVIDES-PEREIRA, YAHASHITA e TAKAHASHI, 2010; GASPARINI, BARRETO e ASSUNÇÃO, 2005).

Quando o estresse está relacionado ao ambiente de trabalho, chama-se estresse ocupacional ou laboral. Quando o indivíduo se desgasta ao extremo, esgotando sua capacidade de lidar com o estresse ocupacional, desenvolve-se a chamada Síndrome de Burnout (CARLOTTO, 2002; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A palavra burnout (*burn out*) é inglesa e em tradução literal significa “queimar para fora”. Inicialmente utilizada para designar o estado debilitado dos usuários de drogas, atualmente é utilizada por especialistas em saúde mental para designar um estado avançado de estresse exclusivamente causado pelo trabalho, mais especificamente naquelas profissões que atuam junto ao ser humano, como profissionais da saúde, policiais, professores e outras. As profissões que envolvem ajuda demandam uma carga emocional grande, resultante do conflito entre envolver-se profissionalmente e não pessoalmente com o outro (CARLOTTO; CÂMARA, 2004; MORENO-JIMENEZ et al, 2002; BORGES et al, 2002).

Vários estudos tem demonstrado que a profissão docente está entre as mais propensas ao burnout, tanto que a severidade da síndrome entre os profissionais de ensino coloca a atividade docente como de alto risco, superando, inclusive os profissionais da saúde (CARLOTTO; CÂMARA, 2004; LIMA, LIMA-FILHO, 2009). O estresse acentuado em professores vem sendo estudado amplamente em vários países e segundo Silva (2006), a síndrome de burnout é uma das principais causas de afastamento de professores, em vários níveis de ensino.

Esta síndrome caracteriza-se por reação à tensão emocional crônica causada por lidar excessivamente com pessoas, e é composta por três dimensões relacionadas entre si: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho (CARLOTTO; CÂMARA, 2004). A síndrome desenvolve-se gradativamente, e instala-se à medida que vai aumentando o distanciamento dos alunos e os sentimentos negativos quanto à atividade docente (MORENO-JIMENEZ et al, 2002).

As instituições de ensino, especialmente as privadas, cada vez mais são vistas como empresas, e gerenciadas visando lucro, competitividade e produção em massa, nas quais os

clientes (alunos) devem ser bem tratados e adequadamente atendidos. Essa visão mercantil gera prejuízos aos professores, torna a profissão solitária e extremamente focada no atendimento das necessidades do aluno, não levando em consideração os sentimentos dos docentes, que com o passar do tempo lidando com emoções negativas, acabam por ver a clientela como causa do seu mal-estar (ZAMORA, CASTEJÓN, FERNÁNDEZ, 2004; GIL-MONTE, 2001).

Este estudo objetivou analisar o perfil profissional e a presença de burnout em docentes da área da saúde de duas universidades privadas do sul do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com professores universitários de cursos da área da saúde, de graduação e pós-graduação, de duas instituições privadas do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Os critérios de inclusão foram: exercício da docência em um ou mais cursos de graduação em medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, educação física e ciências biológicas, exercício da docência em cursos de pós-graduação na área da saúde e prática docente de no mínimo seis meses. Critérios de exclusão foram: decisão em qualquer momento do estudo de desistir da participação ou não permitir a utilização de seus dados na pesquisa. Este estudo foi avaliado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sendo aprovado pelo parecer 200.965. Todos os professores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram utilizados dois questionários, um para coleta dos dados sociodemográficos e relativos à situação profissional e outro para análise dos sintomas de burnout, para o qual utilizou-se o Inventário de Burnout de Maslach, que é uma versão traduzida e validada do *Maslach Burnout Inventory* (MBI). O MBI é um instrumento de auto-registro composto por 22 itens acerca dos sentimentos e relacionados com o trabalho e distribui-se por três dimensões: a) exaustão emocional: analisa os sentimentos de sobrecarga emocional quando os trabalhadores percebem esgotada a energia e os recursos emocionais próprios; b) despersonalização: pretende medir as respostas “frias”, impessoais ou negativas dirigidas aqueles a quem se presta serviço e c) realização pessoal: usada para avaliar sentimentos de competência e bem estar relativos ao trabalho.

Os dados foram descritos por média e desvio-padrão e os categóricos por contagens e percentuais. A comparação de variáveis quantitativas entre grupos foi realizada pelo teste t de Student (2 grupos) ou ANOVA (3 ou mais grupos) seguida pelo teste de *post-hoc* de Tukey. A associação de variáveis quantitativas entre si foi realizada utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os cruzamentos de dados categóricos foram analisados pelo teste de qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$. Os dados foram analisados com

o programa SPSS versão 21.0.

A análise do MBI foi realizada de três formas: considerando-se a presença ou não de burnout, separando as pessoas de acordo com a escala que classifica em alto, médio e baixos valores de burnout, e ainda utilizando as médias e desvios-padrão dos escores do MBI, obtendo-se uma variável contínua, que foi chamada de escore Z de burnout (ZBOUT) e variou de mínimo à máximo burnout.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 139 participantes da pesquisa, 50,4% são professores do curso de medicina, o restante divide-se nos cursos de odontologia, enfermagem, fisioterapia, educação física, ciências biológicas e psicologia. Entre as profissões citadas houve predominância de médicos (41,7%), 10% odontólogos, 8,6% enfermeiros, 5,7% professores, 5% biólogos, 4,3% psicólogos, 4,3% fisioterapeutas e 2,1% educadores físicos. Ressalta-se que apenas 12,2% dos 139 acrescentaram “docente/professor” à outra profissão citada. A maioria possui mestrado (44,6%), 23,7% doutorado, 25,2% especialização, 5% pós-doutorado e 1,4% graduação. As características sociodemográficas e da situação profissional estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da situação profissional.

Variável	Média (DP) e número absoluto (%)
Idade (anos)	44,05 ± 9,5
Sexo feminino	71 (51,1)
Estado Civil - Com companheiro	110 (79,1)
Etnia Brancos	139 (100)
Atuação em Pós-graduação – Não	79 (56,8)
Tempo de docência (anos)	11,7(8,4)
Nº horas em sala de aula (semanal)	16,07 ± 9,6
Atividade profissional além da docência – Sim	105 (75,5)
Possui formação pedagógica – Sim	86 (61,9)
Sente falta ou gostaria de ter formação pedagógica	73 (53,7)

A carga horária de sala de aula obteve média de 16,07 horas semanais (DP 9,6) e 75,5% afirmaram ter outra atividade profissional fora da docência. A maioria (56,8%) não atua em pós-graduação e a média do tempo de carreira docente foi de 11,7 anos (DP 8,4), mediana 10 anos, tempo mínimo 6 meses e máximo 45 anos.

Quanto ao sexo, não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto à presença de burnout ($p=0,10$) utilizando Pearson ($p=0,096$) e Teste T ($p=0,443$), entretanto, neste estudo, as mulheres são maioria no grupo com burnout (57,9%), e no grupo sem burnout, 50% são homens. No estudo de Benevides-Pereira, Yamashita e Takahashi (2010), Luk et al (2010) e Zhao e Bi (2003) também não foi encontrada diferença entre gêneros.

Separando burnout em uma escala de baixo, médio e alto, os homens correspondem a

64,3% no grupo com baixo burnout e as mulheres a 62,7% no grupo com médio burnout. No grupo com alto burnout 52,2% são mulheres, dessa forma, há maior predisposição das mulheres em desenvolver a síndrome, o que foi estatisticamente comprovado ($p=0,03$). Analisando-se ZBOUT e sexo, observou-se que no grupo com menos burnout, 70,6% são homens e no grupo com mais burnout, 51,4% são mulheres, ratificando a sugestão acima ($p=0,02$).

Noa-de-La-Fuente-Roldan e Sanchez-Moreno (2012) referem que o sexo feminino é mais vulnerável ao burnout, assim como e Innstrand et al (2011). Zarafshan et al (2013) referem que burnout está diretamente relacionado à diversos fatores, como idade, sexo, estado civil entre outros, e vários estudos apontam que as mulheres apresentam maiores valores para exaustão emocional e os homens para despersonalização, como Gomes et al (2010), Benevides-Pereira (2002), Vercambre et al (2009), Innstrand et al (2011) e Gomes et al (2006).

Analisando-se idade e burnout, obteve-se correlação de Pearson = $-0,40$ ($p=0,000$), indicando que a idade tem uma relação significativa inversa com burnout, sendo que quanto mais jovens, maior a tendência ao burnout e quanto mais velhos, a chance de burnout vai diminuindo. Relacionando idade e realização pessoal, obteve correlação positiva de Pearson ($r=0,4$, $p=0,000$), indicando que quanto maior a idade, maior a realização pessoal no trabalho. A idade em relação à exaustão emocional apresentou $r=-0,3$ e comparado à despersonalização $r=-0,2$, dessa forma, com o passar dos anos, a exaustão tende a diminuir, assim como a despersonalização ($p=0,000$ e $p=0,001$, respectivamente).

Os estudos divergem quanto à relação entre burnout e idade, Benevides-Pereira, Yamashita e Takahashi (2010) não encontraram relação, Alavínia e Ahmadzadeh (2012) referem que o burnout tende a diminuir com a idade, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) relatam que o burnout é mais comum em pessoas com menos de 30 anos, assim como Luk et al (2010) e Lau, Yuen e Chan (2005). Noa-de-La-Fuente-Roldan e Sanchez-Moreno (2012) referem que as pessoas com a síndrome estão em torno dos 40-65 anos.

Correia, Gomes e Moreira (2010) referem que docentes mais jovens sentem mais estresse, apresentam maior pontuação em DE e tem menos satisfação no trabalho. Noa-de-La-Fuente-Roldan e Sanchez-Moreno (2012) por outro lado, indicam que os profissionais com tempo de trabalho superior a 15 anos são mais propensos à síndrome, assim como Lipp (2007) que afirma que profissionais com mais tempo de serviço são mais estressados. Alavínia e Ahmadzadeh (2012) relacionam burnout e inteligência emocional (IE) e concluem que a IE tende a aumentar com os anos de experiência no ensino e que quanto maior a IE, menor a chance de burnout.

Ao investigar estado civil, analisando-se as escalas de baixo, médio e alto burnout, e relacionando com aquelas pessoas que vivem com ou sem companheiro, observou-se que nos três grupos a maioria foi de pessoas com companheiro (78,6%, 78,4% e 80,4%,

respectivamente), mas não houve associação significativa ($p=0,80$). De modo geral, entre todos participantes, a maioria (79,1%) referiu ser casado ou viver com companheiro, o que pode explicar a maior prevalência nos três grupos de burnout. Duran-Duran, Extremera Pacheco e Peña (2001) também não encontraram associação entre burnout e presença ou não de companheiro.

Zarahshan et al (2013) relatam que burnout está diretamente relacionado ao estado civil, mas essa afirmação difere entre vários autores. Noa-de-La-Fuente-Roldan e Sanchez-Moreno (2012) referem que a pessoa com burnout geralmente é casada, enquanto Benevides-Pereira (2002) relata que as pessoas com companheiro tem menos burnout, assim como Lau, Yuen e Chan (2005). Luk et al (2010) relatam que pessoas solteiras tem maiores pontuações em EE e DE, concordando com Vercambre et al (2009), segundo os quais as pessoas sem companheiro tem maior pontuação em DE e rRP e os autores acrescentam que a família pode funcionar como um recurso para lidar com o estresse.

Considerando o número de horas semanais dedicadas à graduação e comparando com burnout, não foi encontrado significância utilizando Pearson ($r=0,09$, $p=0,32$). Utilizando a escala ZBOUT em comparação com número de horas semanais em sala de aula, também não houve associação utilizando Anova ($p=0,25$). Número de horas também não obteve significância relacionado com DE, RP e EE. Não foi observado relação significativa entre atuação em pós-graduação e burnout ($p=0,61$). Comparando-se atuação em pós-graduação e satisfação no trabalho, também não foi encontrado associação ($p=0,07$).

Neste estudo, 13,7% apresentaram elevados índices para despersonalização e exaustão emocional, e baixos índices para realização pessoal no trabalho, caracterizando-os em estado de burnout. Considerando as sub-escalas do MBI, foram encontrados índices altos de exaustão emocional (EE) em 39% dos professores, níveis altos de despersonalização (DE) em 26% e reduzida realização pessoal no trabalho (rRP) em 64%, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Variáveis do Maslach Bunout Inventory (MBI).

Variáveis	Média da pontuação ($\pm DP$)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional	18,07 (8,67)	54 (39)	46 (33)	39 (28)	1	33
Realização Pessoal no trabalho	32,27 (4,99)	89 (64)	45 (32,3)	5 (3,5)	18	47
Despersonalização	5,53 (3,79)	54 (39)	69 (49,6)	36 (26)	0	20

Utilizando as médias e desvios-padrão dos escores do MBI, obteve-se uma variável contínua de burnout, que variou de - 1,57 (baixo burnout) até 2,04 (alto burnout) e foi chamada de escore Z de burnout (ZBOUT).

Diversos estudos em diferentes culturas vem apresentando resultados bem variados, como Gomes et al (2006) que encontraram 13% de burnout em estudo em Portugal, Benevides-Pereira, Yamashita e Takahashi (2010), 12,8% no Paraná, Chennoufi et al (2012) encontraram 21% na Tunísia, Luk et al (2010) relatam 4,3% em estudo na China e Noa-de-La-Fuente-Roldan e Sanchez-Moreno (2012), 25,3% em Madri.

Considerando as sub-escalas do MBI, foram encontrados índices altos de exaustão emocional (EE) em 28% dos professores, níveis altos de despersonalização (DE) em 25,9% e reduzida realização pessoal no trabalho (rRP) em 64%. Maslach, Jackson e Leiter (1996) referem que o burnout pode ser considerado alto, médio e baixo, de acordo com a pontuação. Fazendo esta classificação, obteve-se 42 pessoas (30,2%) com baixo burnout, 51 (36,7%) com médio e 46 (33,1%) com alto.

Correia, Gomes e Moreira (2010) encontraram 10,6% de EE, 2,1% rRP e 1,1% apenas de DE, Benevides-Pereira, Yamashita e Takahashi (2010) relatam valores bem mais expressivos, sendo 42,6% EE, 36,6% rRP e 31,7% DE, Gomes et al (2006) descrevem 14% da amostra em EE, 6% rRP e 17,9% DE, Duran-Duran, Extremera Pacheco e Peña (2001) em estudo na Espanha encontraram 26,4% EE, 33% rRP e 6,6% DE, Chennoufi et al (2012) na Tunísia relatam 27,4% EE, 45,5% rRP e 16,1% DE, Astrauskaite, Perminas e Kern (2010) em estudo sobre exaustão emocional na Lituânia encontraram 58% com alta EE, já Gomes et al (2010) trazem valores bem inferiores aos demais, sendo 10% EE, 3% rRP e 1% DE.

Vercambre et al (2009) em seu estudo encontraram médias semelhantes às deste estudo, sendo exaustão emocional 18,1 (DP 10,2), realização pessoal no trabalho 31,2 (DP 8,6) e despersonalização 3,3 (DP 3,7), assim como Plastisidou e Agalotis (2008) em estudo na Grécia que encontraram médias de EE 18,66 (9,07), DE 3,92 (3,81) e rRP 30,07 (5,52).

Analisando a relação entre atuação em pós-graduação e burnout, não foi encontrado significância ($p=0,17$). Professores que atuam somente em graduação sofrem menos cobrança para publicações e desenvolvimento de pesquisas do que aqueles profissionais que atuam também em pós-graduação, não significando, entretanto, que trabalhar com graduação seja mais fácil ou menos estressante.

Em relação ao tempo de docência, apresentou correlação negativa ($r=-0,2$; $p=0,001$) com Zbout, indicando que quanto maior o tempo de carreira docente, menores os valores do MBI. Tempo de docência relacionado às variáveis do MBI, obteve $r=0,3$ com RP ($p=0,000$), $r=-0,09$ com DE ($p=0,25$) e $r=-0,2$ com EE ($p=0,001$), indicando que quanto maior o tempo de docência, menor a chance de burnout, menor a exaustão e maior a realização pessoal, o que significa que o profissional com maior tempo de carreira docente, apresenta maior realização no trabalho e menor exaustão. Em relação à despersonalização apresentou correlação negativa, mas não foi significativo. Dessa forma, os resultados deste estudo sugerem que profissionais com mais idade e mais tempo de serviço, apresentam menor chance de burnout.

Lau, Yuen e Chan (2005) também associam burnout a profissionais com menor

tempo de experiência e Luk et al (2010) relatam que professores com menos de 10 anos de experiência apresentam maiores pontuações em EE, corroborando com Duran-Duran, Extremera Pacheco e Peña (2001) que relatam em seu estudo que as pessoas mais velhas apresentaram menores valores da EE e DE e que menor tempo de docência esteve associado às maiores pontuações em EE e ainda em acordo com Carlotto e Câmara (2004) que mostram que os mais jovens tem maiores pontuações em EE.

Considerando o número de horas semanais dedicadas à graduação e comparando com burnout, não foi encontrado significância ($r=0,08$, $p=0,31$). Utilizando a escala ZBOUT em comparação com número de horas semanais em sala de aula, também não houve associação utilizando Anova ($p=0,25$). Realizando teste *post hoc* de Tukey, horas semanais e tempo de docência não tiveram significância estatística em comparação com burnout. Separando em escala de baixo, médio e alto burnout, obteve significância comparando com o número de horas utilizando Anova ($p=0,03$), sendo que o grupo com baixo burnout apresenta menor carga horária.

Correia, Gomes e Moreira (2010) referem que docentes com maior carga horária sofrem mais pressões relacionadas à carreira docente e trabalho burocrático e tem mais estresse ocupacional. Em contrapartida, Gomes et al (2006) indicam que aqueles profissionais com mais horas semanais sentem menos pressão e tem menor pontuação em DE. Noa-de-La-Fuente-Roldan e Sanchez-Moreno (2012) ao caracterizar a pessoa com burnout incluíram número de horas semanais superior a 35 horas. Benevides-Pereira, Yamashita e Takahashi (2010) também não encontraram associação entre burnout e número de horas semanais, mas salienta-se que nesse estudo não foi considerado o número total de horas semanais de trabalho e sim o número de horas dedicados à docência. Marqueze e Moreno (2005) ressaltam que docentes da área da saúde possuem carga horária de trabalho maior quando comparado à docentes de outras áreas e isso pode levar a longas jornadas de trabalho, que podem refletir em sofrimento, desgaste e fadiga (JACQUES, CODO, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com o descrito na literatura mundial, sendo os valores encontrados de burnout semelhantes a outros estudos realizados. Observou-se que a amostra é bem heterogênea quanto à idade, número de horas dedicadas à docência e tempo de experiência, com média de idade inferior à 45 anos, muitos com formação de mestrado e doutorado, e com carga horária inferior a 20 horas na Universidade, grande parte com pouco tempo de experiência no ensino superior.

Corroborando com a literatura mundial, foi demonstrado que as mulheres possuem predisposição maior em desenvolver a síndrome. A idade mostrou ter correlação negativa significativa com burnout, na medida em que os mais velhos apresentam menores pontuações no MBI, assim como os profissionais com mais tempo de trabalho, demonstrando que a

síndrome tende a diminuir com a idade e com a experiência.

Não foi encontrada associação forte e significativa quando relacionado número de horas dedicadas à docência e presença de burnout. Duas situações talvez tornassem esses resultados diferentes, aumentando o tamanho da amostra e se tivesse sido considerado o número total de horas de trabalho e não apenas as horas dedicadas à docência. Atuação em pós-graduação, com toda cobrança e exigência que o professor sente, esperava-se que refletisse nos níveis de burnout, porém nenhuma relação forte significativa foi encontrada.

Há limitações neste estudo que precisam ser mencionadas, como o pequeno número de professores participantes e seu desenho transversal, uma vez que exposição e evento são observados no mesmo corte temporal, o que, entretanto, possibilita a avaliação das relações por meio de medidas de associação. Uma questão sempre mencionada em estudos sobre burnout refere-se ao fato de que os profissionais mais acometidos pela síndrome possivelmente não estejam participando deste estudo, pela própria característica da doença, que desmotiva o profissional de qualquer atividade relacionada ao trabalho, porém, esta é uma limitação comum a todos trabalhos que envolvem esta temática.

É importante considerar que a Síndrome de Burnout causa insatisfação e descontentamento, e seus sintomas ultrapassam a vida pessoal do profissional e interferem no seu trabalho, diminuindo a qualidade e o empenho na realização das tarefas, assim, para esses profissionais, pacientes e alunos saem prejudicados. As instituições devem estar atentas aos profissionais que apresentam sintomas iniciais da doença e precisam intervir de modo a prevenir maiores prejuízos à saúde desses professores, revendo carga e condições de trabalho e encaminhando para atendimento psicológico.

REFERÊNCIAS

ALAVINIA, Parviz; AMADZADEH, Tala. **Toward a reappraisal of the bonds between emotional intelligence and burnout.** English Language Teaching, v. 5, n. 4, p. 37-50, 2012.

ASTRAUSKAITĖ, Milda; PERMINAS, Aidas; KERN, Roy M. **Sickness, colleagues harassment in teachers work and amotional exhaustion.** Medicina (Kaunas), v.46, n. 9, p. 628-34, 2010.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T (org). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T; YAMASHITA, Danielle; TAKAHASHI, Rogério M. **E os educadores como estão?** REMPEC – Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente, v. 3, n. 3, p.151-170, 2010.

BORGES, Livia Oliveira; ARGOLO, João Carlos Tenório; PEREIRA, Ana Lígia de Souza; MACHADO, Emília Alice Pereira; SILVA, Waldylício Souza da. **A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários.**

Psicologia: reflexão e crítica, v.15, n. 1, p. 189-2002, 2002.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila G.. **Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares.** Psicologia em Estudo, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CARLOTTO, Mary Sandra. **A Síndrome de Burnout e o trabalho docente.** Psicologia em Estudo, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CHENNOUFI, Leila; ELLOUZE, Fetteen; CHERIF, W; MERSNI, M; M'RAD, M.F. **Stress and burnout among Tunisian teachers.** Encephale, v.38, n. 6, p. 480-7, 2012.

CORREIA, Tânia; GOMES, Antonio Rui; MOREIRA, Susana. **Stresse ocupacional em professores do ensino básico: um estudo sobre as diferenças pessoais e profissionais.** Actas do VII Símpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal. Acesso em: 10 jul 2011. 2010. Disponível em:
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:vAY4WLI7ZysJ:repositorium.sdum.uminho.pt>

DURÁN-DURÁN, Maria Auxiliadora; EXTREMERA PACHECO, Natalio; REY PEÑA, Lourdes. **El síndrome de burnout en el ámbito educativo: una aproximación diferencial.** Apuntes de Psicología, v.19, P.251-262, 2001.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada A. **O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde.** Educação e Pesquisa, São Paulo, v.31, n. 2, p.189-199, 2005.

GIL-MONTE, Pedro. **El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención.** *Revista Psicología Científica.com*, v.3, n. 5, 2001. Acesso em: 25 julho 2011. Disponível em: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)

GOMES, Antonio Rui; MONTENEGRO, Nuno; PEIXOTO, Ana Maria B.C; PEIXOTO, Ana R.B.C. **Stress ocupacional no ensino: um estudo com professores dos 3º ciclo e ensino secundário.** Psicologia & Sociedade, v.22, n. 3, p. 587-597, 2010.

GOMES, Antonio Rui; SILVA, Maria João; MOURISCO, Salomé; MOTA, Alfredo; MONTENEGRO, Nuno. **Problemas e desafios no exercício da atividade docente: um estudo sobre o estresse, burnout, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário.** Revista Portuguesa de Educação, v.19, p.67-93, 2006.

INNSTRAND, Siw T; LANGBALLE, Ellen M; FALKUM, Erik; AASLAND, Olaf G. **Exploring within and between gender differences in burnout: 8 different occupational groups.** Int Arch Occup Environ Health, v. 84, p. 813-824, 2011.

JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderlei. (orgs). **Saúde mental & trabalho: leituras.** Petrópolis: Vozes, 2002.

LAU, Patrick S.Y; YUEN, Man Tak; CHAN, Raymond M.C. **Do demographic**

characteristics make a difference to burnout among Hong Kong secondary school teachers? Social Indicators Research, v.71, p. 491-516, 2005.

LIMA, Maria de Fátima Evangelista Mendonça; LIMA-FILHO, Dario de Oliveira. **Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a.** Ciência e Cognição, v.14, n. 3, p. 62-82, 2009.

LIPP, Marilda E.N. (org). **O stress do professor.** 5ed. Campinas: Papirus, 2007.

LUK, Andrew L; CHAN, Bessie P.S; CHEONG, Selwyne W; KO, Stanley K.K. **An exploration of the Burnout situation on teachers in two schools in Macau.** Soc Indic Res, v. 95, p. 489-502, 2010.

MARQUEZE, Elaine C; MORENO, Claudia R.C. **Satisfação no trabalho – uma breve revisão.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E; LEITER, Michael. **Maslach Burnout Inventory.** Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B; LEITER, Michael. **Job Burnout.** Annual Reviews of Psychology, v.52, p. 397-422, 2001.

MORENO-JIMENEZ, Bernardo; GARROSA-HERNANDEZ, Eva; GALVEZ, Macarena; GONZALES, José L; BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. **A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos CBP-R e MBI-ED.** Psicologia em Estudo, v. 7, n. 1, p. 11-19, 2002.

NOA-DE-LA-FUENTE-ROLDÁN, Iria; SANCHEZ-MORENO, Esteban. **Trabajo social, síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: un estudio empírico en una muestra de trabajadores sociales de la comunidad de Madrid.** Portularia, v. 12, n. Extra, p. 121-130, 2012.

PLASTSIDOU, Maria; AGALLOTIS, Ioannis. **Burnout, job satisfactory and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education teachers.** International Journal of Disability Development and education, v.55, p. 61-76, 2008.

SILVA, Maria Emília Pereira. **Burnout: por que sofrem os professores?** Estudos e pesquisa em Psicologia, ano 6, n. 1, p.90-98, 2006.

VERCAMBRE, Marie-Noël; BROSSSELIN, Pauline; GILBERT, Fabien; Nerrière, Eléna; KOVÉSS-MASFÉTY, Viviane. **Individual and contextual covariates of burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers.** BMC Public Health, v.9, n.333, p.2-12, 2009.

ZARAFSHAN, Hadi; MOHAMMADI, Mohammad R; AHMADI, Fatemeh; ARSALANI, Akram. **Job Burnout among Iranian Elementary School Teachers of Students with Autism: a Comparative Study.** Iran J Psychiatry, v. 8, n. 1, p. 20-27, 2013.

ZHAO, Yufang; BI, Chongzeng. **Job burnout and the factors related to it among middle**

school teachers. Psychological Development and Education, v.1, p. 80-84, 2003.

ZAMORA, G. Lastenia Hernández; CASTEJÓN, Encarnación Olmedo; FERNÁNDEZ, Ignacio Ibáñez. **Estar Quemado (Burnout) y su Relación con el Afrontamiento.** International Journal of Clinical and Health Psychology, v.4, n. 2, p. 323-336, 2004.

AÇÕES EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ALEITAMENTO MATERNO

Educational and Assistance Actions of the Health Professional of Primary Care in the Breastfeeding

Eveline Bruno Marietto Nonato¹
Andreia da Silva Oliveira²

Recebido em: 14 abr. 2015

Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: Este artigo apresenta uma pesquisa de revisão bibliográfica, sobre o tema aleitamento materno no âmbito da atenção primária à saúde. A pesquisa teve como objetivo identificar, através da leitura analítica dos trabalhos revisados, ações educativas e assistenciais que são consideradas efetivas na promoção, proteção e apoio à amamentação. A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica, com leitura analítica e exploratória de 25 artigos sobre o tema. Os resultados da pesquisa contribuem para a orientação aos profissionais de saúde da atenção básica, com relação à importância do incentivo, manejo e manutenção do processo de aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Profissional de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Assistência.

ABSTRACT: This article presents a research literature review, on the theme of breastfeeding in primary health care. The research aimed to identify, through analytical reading of the reviewed studies, educational and care actions that are considered effective in promoting, protecting and supporting breastfeeding. The methodology used was the literature review, with analytical and exploratory reading 25 articles on the theme. The research results contribute to the guidance to health professionals of primary care, about the importance of encouragement, management and maintenance of breastfeeding process.

Keywords: Breastfeeding. Healthcare Professional. Primary Health Care. Health Education. Assistance.

INTRODUÇÃO

Segundo Brasil (2009a), o Aleitamento Materno (AM), considerado como uma estratégia natural de vínculo, proteção e nutrição para o lactente, constitui uma eficaz

¹ Graduação em Enfermagem. Especialização em Docência no Ensino Superior. Mestranda em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Email: eveline_marietto@yahoo.com.br.

² Graduação em Enfermagem. Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Email: dreia_oliveira@yahoo.com.br.

intervenção para a redução da morbimortalidade infantil, além de ter grande impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/bebê, proporcionando assim benefícios para toda a sociedade. Ainda segundo Brasil (2009a), o processo do AM envolve interação profunda entre mãe e filho, repercutindo no estado nutricional da criança, em sua defesa contra infecções, em sua fisiologia, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de promover a saúde física e psíquica da mãe.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde preconizam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês e sua complementação até os dois anos de idade ou mais. Dados da OMS evidenciam a importância do processo de AM, através de diversos argumentos a seu favor, entre eles: evita mortes infantis, diarreia, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, hipertensão e diabetes, reduz a chance de obesidade, proporciona uma melhor nutrição, entre outros.

No ano de 1979, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram medidas para promover a saúde e a nutrição de lactentes, incentivando o AME, aumentando assim a probabilidade deste ser exclusivo até o sexto mês (CIAMPO et al. 2006; SILVA et al. 2007). Essa prática deve ser incentivada em todas as instituições de assistência à saúde, e no Brasil a rede de Atenção Primária à Saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e das Unidades de Estratégia Saúde da Família exerce papel principal nesse processo. Estas instituições são de acesso gratuito e acompanham as mães durante o período de pré e pós-natal, oferecendo o acompanhamento pediátrico ou de puericultura durante a primeira infância, que é a etapa chave para o apoio à manutenção da amamentação.

Na área da atenção básica, o profissional de saúde precisa estar preparado para a promoção, apoio e manejo do AM, levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros fatores. É necessário que esse profissional busque formas de interação com a população para informá-la sobre a importância da prática saudável desse processo. As mães candidatas à amamentação devem receber uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, com respeito ao saber e à história de vida de cada uma, ajudando-as a superar seus medos, dificuldades e inseguranças.

Mesmo com todo o conhecimento acerca das inúmeras vantagens do leite humano na alimentação infantil, a prática da amamentação ainda está longe de ser exercida plenamente no Brasil (COUTINHO et al. 2005). A “II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal”, realizada por Brasil (2009b), constatou que a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses).

Diversos fatores contribuem com o desmame precoce. Dentre eles, cita-se a introdução precoce de outros alimentos como chás, sucos, etc., a ausência de orientação das mulheres durante o pré-natal pelo profissional de saúde, as falsas crenças existentes em relação à prática da amamentação, etc (SILVA et al. 2007).

Fujimori (2012) ressalta que os significados acerca da amamentação podem variar em diferentes sociedades, e isso representa, muitas vezes, um desafio para as famílias das mulheres que amamentam e também para os profissionais de saúde envolvidos neste processo.

É importante que, durante o atendimento, seja na consulta de pré-natal ou na consulta de puericultura, o profissional de saúde avalie todos os fatores que estejam influenciando na prática do AM, corrigindo os defeitos e oferecendo soluções práticas e orientações à lactante, para que esta venha a amamentar de forma correta (CIAMPO et al. 2006).

A criação e a implantação de programas de promoção e proteção ao AM, que incluam a capacitação da equipe de saúde, é um dos fatores que contribuem para que haja uma maior duração do período de amamentação (LANA, LAMOUNIER e CÉSAR, 2004). Todas as ações relacionadas ao sucesso da prática do AM constituem parte indispensável do trabalho do profissional da atenção básica que cuida da saúde da criança e da lactante (CIAMPO et al. 2006).

Considerando a importância do processo de AM para a saúde materno-infantil, e considerando também o papel do profissional de saúde de atenção básica neste processo, faz-se necessário trabalhos com levantamentos atualizados na literatura que indiquem as ações a serem aplicadas na prática assistencial para a promoção do AM. Assim, nesta pesquisa é realizado um trabalho de revisão bibliográfica, com leitura analítica e exploratória dos textos, para a identificação de ações assistenciais e educativas consideradas adequadas e eficazes para o sucesso do processo de AM, a serem prestadas por profissionais de saúde da atenção básica.

Como contribuição deste trabalho destaca-se a orientação aos profissionais de saúde da atenção básica para a importância do empenho no incentivo, manejo e manutenção do processo de AM. Esta orientação é apresentada, de maneira objetiva, pelo levantamento e discussão das ações que podem ser realizadas com relação ao AM, com o intuito de prevenir o desmame precoce e a alimentação inadequada do lactente. Também, profissionais da saúde e pesquisadores poderão utilizar os resultados aqui apresentados para desenvolver novas relações entre a Atenção Primária à Saúde e o incentivo ao AM, e produzir novos conhecimentos acerca das ações assistenciais oferecidas às gestantes, puérperas e lactentes, que podem contribuir para um processo de AM eficaz, com conseqüente diminuição dos índices de desmame precoce.

O presente trabalho está organizado como se segue: na Seção 2 tem-se a apresentação das ações educativas e assistenciais, relativas ao processo de AM, encontradas na bibliografia pesquisada, com a descrição das mesmas; na Seção 3 são apresentadas as relações entre as ações educativas e assistenciais, relacionadas ao AM, e os autores pesquisados; na Seção 4 são apresentados alguns fatores que dificultam o AM; por fim, na Seção 5 são apresentadas as conclusões deste trabalho.

AÇÕES EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS: UMA ANÁLISE DOS DADOS

Nas subseções a seguir são apresentadas e descritas as ações educativas e assistenciais para o AM, encontradas no levantamento bibliográfico.

Ações educativas e assistenciais para o aleitamento materno

Após um levantamento bibliográfico da literatura da área de saúde, mais especificamente sobre o tema AM, foram identificadas quatro ações educativas e assistências mais sugeridas pelos autores, a serem prestadas por profissionais de saúde da atenção básica para obter-se uma maior eficácia e eficiência do processo de AM. São elas: treinamento e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica; orientações práticas no manejo do Aleitamento Materno; grupos de apoio à amamentação; e visitas domiciliares.

O Quadro 1 apresenta um mapeamento sobre quais ações são sugeridas por cada autor. A letra “X” indica que o autor considera determinada ação importante de ser realizada pelo profissional da saúde. O espaço em branco indica que o autor não citou determinada ação em seu trabalho.

Quadro 1 - Relação entre Autores Pesquisados e Ações Educativas e Assistenciais.

Autores	Treinamento e capacitação dos profissionais de saúde	Orientações práticas no manejo do AM	Grupos de apoio à amamentação	Visitas domiciliares
PEREIRA et al. (2010)	X	X	X	X
CARDOSO et al. (2008)			X	
CALDEIRA, FAGUNDES e AGUIAR (2008)	X			
FUJIMORI et al. (2010)			X	
SILVA, PEIXOTO e ROCHA (2011)			X	
BATISTA, FARIAS e MELO (2013)				X
PARADA et al. (2005)			X	
OLIVEIRA, CAMACHO e SOUZA (2005)			X	
LANA LAMOUNIER e CÉSAR (2004)	X			
OLIVEIRA e CAMACHO (2002)		X	X	X
FIGUEIREDO e MELLO (2003)		X		
FALEIROS et al. (2005)		X		X
CICONI, VENANCIO e ESCUDER (2004)		X		X
CIAMPO et al. (2006)		X		
CALDEIRA et al. (2007)	X			
BEZERRA et al. (2007)	X		X	
SOUZA e BISPO (2007)		X		X
BRASIL (2001)			X	
SECRETARIA DE ESTADO				

DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (2005)	X		X	
MACHADO et al. (2012)	X			
RODRIGUES (2011)				X
CARVALHO (2011)		X		
SOUZA, ROECKER E MARCON (2011)	X			

Treinamento e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica

O treinamento da equipe de saúde consiste na capacitação da mesma para o manejo adequado do processo de aleitamento materno, desde a promoção até às orientações práticas. É necessário que o profissional envolvido esteja devidamente preparado, com o conhecimento necessário para transmitir às mulheres as informações e orientações corretas para que a amamentação ocorra de forma natural, sem dificuldades e dúvidas.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através da Resolução SES Nº 2.673 de 02 de março de 2005, descreve que a capacitação deve ser realizada com todos os integrantes da equipe de saúde que atendem à população em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Tal capacitação tem o intuito de tornar o aleitamento materno uma prática, contribuindo para a saúde do binômio mãe-bebê, da comunidade em geral e evitando o desmame precoce.

Machado et al. (2012) complementa que, para que a realidade de uma assistência seja transformada, com propostas de soluções para os problemas identificados, é desejável que se tenha o mínimo de conhecimento e habilidades, tanto teóricas quanto práticas, acerca do que se pretende mudar, e isto é viabilizado pela capacitação dos profissionais de saúde envolvidos com o processo de AM.

Orientações práticas no manejo do aleitamento materno

O profissional de saúde da atenção básica deve orientar as gestantes e puérperas sobre o manejo do aleitamento materno, esclarecendo suas dúvidas e corrigindo possíveis falhas. Esta atividade de orientação tem a função de estabelecer o processo de AM de forma segura e eficaz, onde as informações devem ser transmitidas com clareza, elucidando as dúvidas que as mulheres possuem. Deve-se orientar quanto ao posicionamento e pega correta da mama no momento da amamentação; quanto à posição correta que o bebê deve ficar para conseguir sugar com eficiência, quanto à posição da mãe e como se termina cada mamada, dentre outras orientações relevantes para o ensino desta prática. O ideal é que se oriente cada mulher individualmente de acordo com cada tipo e formato de mama, e que sejam oferecidas todas as orientações práticas necessárias para tornar o momento do aleitamento natural e eficaz.

Carvalho (2011) afirma que nas orientações é necessário que haja uma comunicação

simples e objetiva entre os envolvidos, e o profissional de saúde deve incentivar e promover o AM, demonstrando as diversas posições para a amamentação, orientando as mães para um posicionamento confortável, e esclarecendo os reflexos apresentados pela criança, bem como isto pode ser usado para ajudar na sucção do recém-nascido.

Esta ação é de fundamental importância durante o processo de AM, pois permite ao profissional a observação atenta do ato de amamentar, identificando o que está sendo realizado de forma incorreta para que seja corrigido.

Grupos de apoio à amamentação

Os grupos de apoio à amamentação têm a finalidade de educar e orientar as mulheres em relação ao processo de AM. Em tais grupos, deve haver discussões e interações entre as participantes, e entre as participantes e os profissionais envolvidos. Durante os encontros, as orientações são com enfoque em itens tais como:

- Destacar a importância do AM ser exclusivo até o sexto mês de vida, e complementado até os dois anos de idade;
- Explicar que o leite materno é um alimento pronto e completo, desmistificando a questão do “leite fraco”;
- Enfatizar as vantagens para o bebê, para a mãe, para o pai e para a família;
- Orientar que o uso de mamadeiras, chupetas e bicos intermediários prejudica o processo;
- Esclarecer as inúmeras vantagens nutricionais, sociais e fisiológicas que o leite materno oferece ao bebê, à mãe e à comunidade em geral;
- Encorajar as mães a amamentarem durante no mínimo seis meses, tempo preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Elucidar as dúvidas e questões relacionadas ao processo de AM.

É importante que esta ação seja proporcionada às mães, pois permite que as mesmas troquem dúvidas e experiências entre si, enriquecendo o processo da educação em saúde.

Machado et al. (2012) afirmam que as reuniões em grupo, com a interação entre as mulheres que amamentam e os profissionais de saúde, têm por objetivo ampliar as capacidades destas mulheres, e isto possibilita o desenvolvimento de sua autonomia e enfrentamento de novas situações. As atividades realizadas nos grupos de apoio podem prevenir possíveis dificuldades quanto ao AM, ensiná-las a lidar com a ansiedade, insegurança e possíveis problemas relacionados à prática da amamentação.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção da Atenção Básica à Saúde, que é utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para que se conheçam as condições de vida e saúde das famílias que estão sob sua responsabilidade. Para tanto, é necessário que os profissionais façam uso de suas habilidades e competências para a identificação das

características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, os problemas de saúde e as vulnerabilidades aos agravos de saúde da população assistida. A obtenção destas informações não se esgota na visita domiciliária, pois em todos os momentos de intervenção isto é possível. Porém, a visita possibilita ao profissional compreender parte da dinâmica das relações familiares, justamente por se dar no domicílio (BRASIL, 2001).

Ainda segundo Brasil (2001), a visita domiciliar se configura como parte do arsenal de intervenções disponível à equipe de saúde. Tem como intuito subsidiar a intervenção no processo saúde-doença dos indivíduos, bem como planejar ações visando à promoção de saúde da coletividade. Este instrumento possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida dos usuários e suas reais condições de habitação e as relações familiares.

Para que a finalidade da visita seja alcançada, é necessário que o profissional que irá realizá-la tenha clareza e segurança no que irá fazer durante a visita, fazendo o planejamento com a seleção das visitas segundo os critérios estabelecidos pela equipe de saúde.

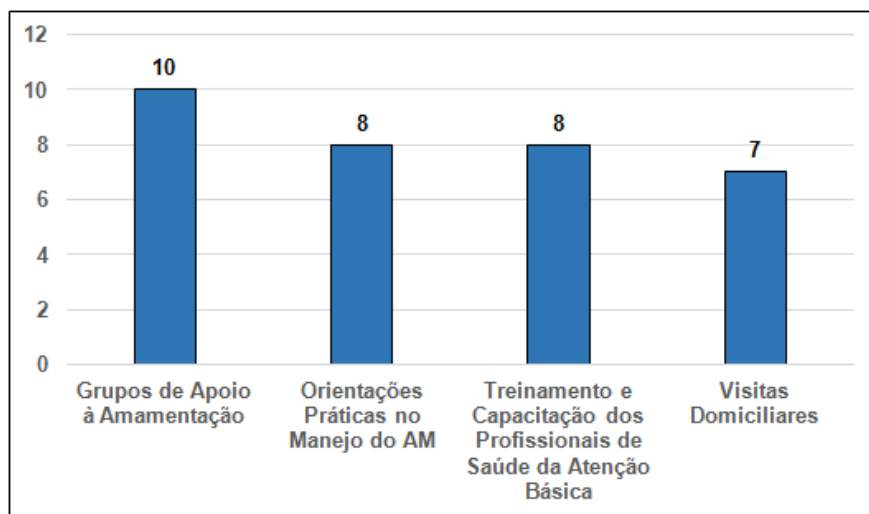
Esta ação assistencial é muito importante durante o processo de AM, pois o profissional de saúde que realiza esta prática cria um vínculo com a mãe que amamenta e com sua família, transmitindo segurança e proporcionando conforto neste momento particular e essencial na vida de todos os envolvidos no processo.

O profissional que realiza a visita domiciliar deve prestar uma assistência integral e humanizada à mulher que amamenta e a sua família, transmitindo informações acerca desse período de amamentação que possam minimizar os medos e inseguranças relacionados a essa prática. Considerando esses fatores, as visitas em domicílio com esses princípios reduzem possíveis problemas vivenciados no processo de AM, proporcionando o bem-estar materno-infantil (RODRIGUES et al., 2011).

Análise da indicação das ações pelos autores: o que o levantamento indica

A partir dos dados organizados no Quadro 1, foi elaborado o Gráfico 1, com as ações educativas e assistenciais relacionadas ao AM. No eixo X deste gráfico estão representadas estas ações, e o eixo Y indica quantos autores pesquisados citam cada ação.

Gráfico 1 - Frequência da Citação das Ações Educativas e Assistenciais pelos Autores Pesquisados



O Gráfico 1 indica uma prioridade entre as quatro ações, considerando que aquelas ações mais citadas pelos autores são as que deveriam ter maior atenção por parte dos profissionais da saúde. Sob esta visão de prioridade, a seguir cada uma das ações será analisada.

Como se pode observar pelo gráfico, a ação “Grupos de apoio à amamentação” foi a mais mencionada, sendo citada por dez autores do levantamento bibliográfico. Este resultado é motivado pelo fato de que, durante os grupos, é possível que os profissionais identifiquem as dificuldades presente no cotidiano das mulheres em relação à amamentação. A partir disto, o profissional pode se orientar na condução dos temas abordados nas reuniões, fazendo com que as candidatas à amamentação se sintam seguras e confortáveis para esclarecer e compartilhar suas dúvidas. Esta ação tem importância fundamental durante o processo de AM, propiciando a interação entre as participantes do grupo entre si e também com os profissionais envolvidos nesta atividade. Com a realização desta ação, vista como um processo educativo, as mães e todos os envolvidos com o AM estarão conscientizados a respeito do processo, para que ele possa ser colocado em prática.

Após a conscientização das mães através dos grupos de apoio à amamentação, a ação “Orientações práticas no manejo do AM”, referida por oito autores, deverá ser colocada em prática. Esta ação representa o momento onde podem ser corrigidas as falhas que estão ocorrendo na prática do ato de amamentar. É o momento onde o profissional pode observar atentamente as questões práticas da amamentação, como a pega correta, posição do bebê, etc.

A ação “Treinamento e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica” foi mencionada por oito autores da revisão bibliográfica. Deve ser realizada com o objetivo de otimizar a assistência à mulher, já que estes profissionais se tornam capacitados a orientar de maneira mais segura e precisa a mulher que amamenta, bem como direcionar as demais ações

práticas durante o processo de AM. Esta ação de treinamento faz parte do processo de educação continuada, objetivando complementar a formação dos profissionais, para que possam atender às necessidades de saúde da população (FARAH, 2003). Souza, Roecker e Marcon (2011) reafirmam a necessidade da capacitação dos profissionais envolvidos com o AM, para que as ações de educação em saúde sejam incrementadas, levando em consideração as particularidades e necessidades específicas desse grupo a ser assistido pelo serviço de saúde. Esta capacitação deve assegurar não somente a prevenção de problemas futuros, mas também uma melhor qualidade para o processo gestacional.

E finalmente, a ação identificada como “Visitas domiciliares”, também indicada por sete dos autores revisados, é justificada pelo fato de que a visita no domicílio permite que o profissional conheça o perfil socioeconômico da família atendida, criando um vínculo entre ambos e permitindo que cada mãe que amamenta seja atendida de acordo com suas necessidades. Durante a visita domiciliar, o profissional responsável por ela pode colocar em prática as orientações no manejo do AM.

Batista, Farias e Melo (2013) ressaltam que as visitas domiciliares devem ser realizadas preferencialmente logo após o parto e nos primeiros dias, pois com isso o AM é iniciado de forma mais precoce possível, o que auxilia as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido.

Alguns fatores que dificultam o aleitamento materno

O desmame precoce, atualmente considerado como um problema de saúde pública deve ser prevenido através de propostas de incentivo à amamentação. Diversas ações podem ser realizadas para que se contribua com o processo de AM, objetivando favorecer a saúde da mãe que amamenta, do filho e de toda a sociedade.

As instituições de Atenção Básica à Saúde desempenham importante papel no incentivo e manutenção do AM já que têm, dentre outras, a função de acompanhar a saúde da mulher e da criança desde o período gestacional.

Nesse trabalho foram identificadas quatro ações a serem realizadas no período de amamentação, que são consideradas de fundamental importância para o sucesso desta prática. Porém, sabe-se que atualmente no Brasil a prática do AM está muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, que recomenda que este seja praticado exclusivamente até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos de idade.

Muitos autores citam alguns fatores e dificuldades encontradas no processo de AM, que impedem ou dificultam que esta prática seja realizada. Ciampo et al. (2006) cita como fatores que prejudicam o processo de aleitamento materno o uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas, a falta de incentivo da família e da sociedade e deficiências na atenção à saúde.

Complementando esta ideia, Coutinho et al. (2005) também afirma que o uso frequente de chupetas e mamadeiras afeta a duração do aleitamento materno, prejudicando

todo o processo.

Silva et al. (2007) apontam, dentre outras dificuldades, a falta de preparação das mulheres durante o pré-natal como um fator prejudicial ao sucesso do AM. E os autores Lana, Lamounier e Cesar (2004) descrevem como fatores prejudiciais à amamentação o despreparo do pessoal de saúde e as falsas crenças existentes em relação a esta prática.

Para a superação destes e outros fatores, o papel dos órgãos responsáveis pela prevenção e promoção de saúde básica é primordial, no que tange à manutenção e implantação dos programas de apoio e proteção ao AM já existentes. Tais programas contribuem para que as unidades de atenção primária à saúde se tornem aptas a oferecer assistência de qualidade, visando modificar o cenário atual de alto índice de desmame precoce.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o AM é uma prática que contribui significativamente com a saúde materno-infantil. A OMS preconiza que ele seja praticado exclusivamente até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos de idade ou mais. As instituições de Atenção Primária à Saúde são as principais responsáveis no incentivo e promoção da amamentação, já que têm como uma de suas funções a de prestar assistência integral à saúde da mulher e da criança. Diante disso, diversas ações de incentivo, apoio e proteção à amamentação devem ser realizadas para que se diminuam os índices do desmame precoce.

Nesta pesquisa foram identificadas, na literatura da área, quatro ações consideradas adequadas e eficazes para a promoção e manejo do aleitamento materno, e que devem fazer parte da assistência no âmbito da Atenção Primária à Saúde. São elas: treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, orientações práticas no manejo do AM, grupos de apoio à amamentação e visitas domiciliares. Considera-se, desta forma, que este trabalho contribui na medida em que permite divulgar e discutir a importância de tais ações, bem como auxiliar no direcionamento da prática e planejamento dos profissionais da saúde.

Entretanto, foi identificada também na literatura, que a aplicação destas ações de promoção e manejo do aleitamento ainda se encontra deficitária. Dentre os motivos desta deficiência cita-se a falta de formação continuada dos profissionais e as falsas crenças por parte da mãe que amamenta e de sua família.

Como propostas de trabalhos futuros tem-se a realização de estudos de caso para a verificação de como as quatro ações identificadas estão sendo colocadas em prática no Brasil. Estes estudos poderão retratar, de maneira precisa, as inúmeras dificuldades ainda presentes na realidade da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, Kadydja R. A.; FARIAS, Maria do Carmo A. D. MELO, Wanderson S. N. Influência da Assistência de Enfermagem na Prática da Amamentação no Puerpério Imediato. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v 37, nº 96, p. 130-138, março 2013.
- BEZERRA, Luciana et al. Aleitamento Materno: avaliação da implantação do programa em Unidades Básicas de Saúde do Recife, Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1309-1317, out. 2007.
- BRASIL. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 250 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 108 p.
- CALDEIRA, Antônio P.; FAGUNDES, Gizele C.; AGUIAR, Gabriel N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, nº 6, p. 1027-1233, dez 2008.
- CALDEIRA, Antônio P. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1965-1970, ago. 2007.
- CARDOSO, Letícia O. et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, nº 2, p. 147-153. abr. 2008.
- CARVALHO, Janaina Keren Martins de; CARVALHO, Clecilene Gomes; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. A Importância da Assistência de Enfermagem no Aleitamento Materno. **E-scientia**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p.11-20, dez. 2011.
- CIAMPO, Luiz A. D. et al. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 391-396, dez. 2006.
- CICONI, Rita C. V.; VENANCIO, Sonia I.; ESCUDER, Maria M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o Manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202, jun. 2004.
- COUTINHO, Sônia B. et al. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da

Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-477, 2005.

FALEIROS, José J. et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 482-489, abr. 2005.

FARAH, Beatriz F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-125, dez. 2003.

FIGUEIREDO, Glória L. A.; MELLO, Débora F. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino – americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, ago. 2003.

FUJIMORI, E., et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, nº 33, p. 315-327, jun. 2010.

FUJIMORI, M. Aleitamento Materno: **Saberes e Práticas na Atenção Básica à Saúde de dois Municípios do Sudoeste Mato-Grossense** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

LANA, Adolfo P. B.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, nº 3, p. 235-240, jun. 2004.

MACHADO, Mariana O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 46, n. 4, p.809-815, ago. 2012.

OLIVEIRA, Maria I. C.; CAMACHO, Luiz A. B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 5, nº 1, p. 41-51, abr. 2002.

OLIVEIRA, Maria I. C.; CAMACHO, Luiz A. B.; SOUZA, Ivis, E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n °6, p. 1901-1910, dez. 2005.

PARADA, Cristina M. G. L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Revista Latino - americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, jun. 2005.

PEREIRA et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, nº12, p. 2343-2354, dez. 2010.

RODRIGUES, Tânia Maria Melo et al. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, Teresina, v. 4, n. 2, p.11-26, jun. 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES Nº 2.673 de 02 de março de 2005. Diário Oficial do Estado, março 2005. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes/Res2673.shtml>>. Acesso em: 02 setembro 2008.

SILVA, Amanda F. PEIXOTO, Marcus V. S. ROCHA, Michelle C. G. Situação do aleitamento materno em uma população assistida pela estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia v. 35, nº 2, p. 363-373, jun. 2011.

SILVA, Ruth M. et al. Incentivo ao aleitamento materno em Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria - RS. **Cogitare Enfermagem**, Santa Maria, v. 12, n. 1, p. 95-100, 2007.

SOUZA, Tâmara O.; BISPO, Tânia C. Aleitamento materno exclusivo e o Programa Saúde da Família da Chapada, município de Aporá (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, v. 31, n. 1, p. 38-51, jun. 2007.

SOUZA, Viviane B.; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p.199-210, jun. 2011.

VIVÊNCIA FAMILIAR NOS CUIDADOS DOMICILIARES EM FINAL DE VIDA E PROCESSOS DE LUTO

Family Experience in Home Care at the end of Life and Bereavement Processes

Fabíola Langaro¹
Hercílio Hoepfner Junior²
Márcia Terumi Kaibara Hatori³
Simoni Aparecida Nery⁴
Márcia Valéria Vianna Liell⁵
Andrea Hellena dos Santos⁶

Recebido em: 26 fev. 2015

Aceito em: 22 mai. 2015

RESUMO: A pesquisa relatada neste artigo objetivou investigar vivências de familiares relacionados aos processos de cuidados em final de vida e de luto. Para tanto, foram entrevistados 49 familiares/cuidadores durante rotina de Acolhimento Pós-Óbito de um Serviço de Atenção Domiciliar, sendo os relatos analisados em sua frequência e conteúdos. No período de um ano, 35,55% dos pacientes faleceram no domicílio e 51,11% estavam em cuidados paliativos; 15,62% dos familiares não esperavam pelo óbito, 14% apresentaram dificuldade para elaboração do luto; 67,74% não conversaram com o paciente sobre a morte. Destacaram-se como fatores contribuintes para enfrentamento dos cuidados em final de vida e luto pela família/cuidadores: ter consciência das modificações do quadro clínico do paciente, receber apoio nas intercorrências, compreender as ações da equipe, capacitação para os cuidados, orientações sobre como proceder no momento do óbito, ter garantias do esforço para o controle do sofrimento e dor, estar seguro quanto às terapêuticas adotadas, proximidade da equipe e comunicação aberta entre família-paciente-equipe. Os familiares destacaram a importância de ter uma equipe de saúde prestando assistência neste período crítico, pois significou amparo e segurança.

¹ Psicóloga do Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Joinville/SC, Mestre em Psicologia, Docente da Faculdade Guilherme Guimbala/Associação Catarinense de Ensino, Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar. End.: Caixa Postal 25, Cep 89201-970, Joinville/SC, telefone (47) 38010695, flangaro@hotmail.com.

² Médico Geriatra do Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Joinville. End.: Rua Expedicionário Holz, 377, ap. 602, Cep 89201-740, Joinville/SC, telefone (47) 3433 7505, e-mail hhj.hercilio@gmail.com.

³ Enfermeira Assistencial do Centro Hospitalar Unimed. End.: Rua Maria Judith Lopes Pereira nº 210, casa 02, Joinville /SC, telefone (47) 9652-8376, e-mail marcia_hatori@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Joinville, Especialista em Gerontologia e Auditoria em Saúde. End. Rua Arquiteto George Keller, 215, bloco 8, ap. 14, B. Iririu, Cep 89227-437, Joinville/SC, telefone (47) 8405 2274, simonian@joinville.unimedsc.com.br.

⁵ Enfermeira do Núcleo de Atenção à Saúde da Unimed Joinville, Especialista em Gerontologia e Auditoria em Saúde. End.: Rua Deputado Carneiro de Loyola, 1016, B. Iririu, Cep 89227-250, Joinville/SC, telefone: (47) 8806 1090, e-mail marciavvl@joinville.unimedsc.com.br.

⁶ Psicóloga do Hospital SOS Córdio. Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar. End.: R. João Pacheco da Costa, 855, ap 206. Lagoa da Conceição. Cep 88.062-100, Florianópolis/SC, telefone: 48-96489889, andhellena@gmail.com.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Terminalidade. Luto. Acolhimento. Morte.

ABSTRACT: The research reported in this article aimed to investigate experiences of families related to processes of care at end of life and bereavement. For this purpose, 49 relatives were interviewed during a care after death routine in a Home Care Service and the reports analyzed in frequency and content. In one year, 35,55% of patients died at home and 51,11% were in palliative care; 15,62% of families did not expect death, and 14% had difficulty elaboration of bereavement; 67,74% did not talk to patients about death. Stood out as contributors factors to coping care and bereavement: be aware of the patient's condition changes, receive support in complications, understand the team's actions, training for care, guidance on how to proceed at the time of death, have the effort guarantees for the control of pain and suffering, to be sure of the therapies adopted, proximity to the team and open communication between family-patient-staff. Family members stressed the importance of having a health care team assisting this critical period, as meant protection and security.

Keywords: Home nursing. Hospice care. Bereavement. User embracement. Death.

INTRODUÇÃO

O atendimento no domicílio faz com que a equipe de saúde estabeleça um forte vínculo com o paciente, a família e seu ambiente de convívio. Conforme descreve Yamaguchi e Oliveira (2011), a assistência ou atenção domiciliar se destina a pacientes com limitações para locomoção até centros de tratamento, oferecendo grande parte dos cuidados crônicos no domicílio, numa tentativa de preservar a intimidade e oferecer conforto. Caracteriza-se por ações interdisciplinares em resposta a uma avaliação global e tem entre seus principais objetivos a integralidade, o reforço da autonomia, a humanização dos serviços de saúde, a comunicação efetiva e a qualidade de vida tanto de pacientes como de seus familiares.

Considerando a estreita relação que com frequência se estabelece entre equipe, pacientes e familiares, especialmente em pacientes graves e em final de vida, Marcon e Rossini (1998, p. 380) citam que

é praticamente impossível assistir ao indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence, pois vários estudos têm demonstrado que a família tanto pode ser entendida como fonte de saúde como de doença para seus membros.

A família que se insere no rol de cuidados com o paciente é a mesma que precisa de atenção no momento do óbito. Trata-se de um momento no qual a existência do paciente ainda se faz sentir, já que é a última etapa do desenvolvimento humano, de modo que a equipe de saúde ainda possui uma função em aberto diante dele. Nesta perspectiva, uma rotina denominada Acolhimento Pós-Óbito foi estabelecida em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com intuito de oferecer aos familiares a finalização humanizada da assistência domiciliar.

O SAD faz parte do Núcleo de Atenção a Saúde (NAS), um setor pertencente a uma Cooperativa Médica, que apresenta interfaces com uma instituição de saúde suplementar de aproximadamente 158 leitos. Este serviço atua na prevenção secundária e terciária e tem por objetivo a desospitalização assistida e monitorização para aprimoramento das atividades de vida diária. Busca promover soluções em saúde no âmbito domiciliar, oferecer suporte profissional à família e aos cuidadores (formais e informais), capacitando-os para assumirem os cuidados com segurança, contribuir para a estabilidade e/ou o retardamento da evolução das doenças, assim como oferecer conforto e bem-estar. A assistência oferecida inclui curativos, administração de medicamentos por via parenteral, instalação e troca de sondas, verificação de sinais vitais, consultas, informações, cuidados paliativos, entre outras atividades. A equipe de saúde é composta por 2 enfermeiras, 2 escriturárias, 2 fisioterapeutas, 2 médicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 5 técnicos de enfermagem e 1 terapeuta ocupacional. O SAD atende, em média, 150 pacientes por mês, sendo aproximadamente 78% deles idosos e 20% estando em cuidados paliativos.

Desde 2009, a equipe multidisciplinar do SAD tem investido em práticas de atenção aos familiares também após o óbito dos pacientes. Objetiva-se com elas oferecer finalização humanizada da assistência, identificar vivências frente cuidados na terminalidade e processo de luto, realizar prevenção e promoção em saúde para familiares, fazer encaminhamentos e melhorar a qualidade assistencial. Como rotina, até o 15º dia após o óbito do paciente, um membro da equipe entra em contato com familiares, agendando visita domiciliar com aqueles que participavam mais ativamente dos cuidados. Os familiares têm a possibilidade de aceitar ou não a visita, assim como determinar quem receberá o acolhimento e onde o mesmo será realizado. A visita de acolhimento é realizada durante o horário comercial, procurando sempre respeitar o horário determinado pela família. Participam enfermeira, técnico de enfermagem e psicóloga, dando preferência aos profissionais que já tinham algum vínculo estabelecido. Os familiares são questionados sobre como estão enfrentando a perda, sendo estimulados a expressar seus sentimentos. A equipe oferece espaço de escuta e suporte emocional, bem como fornece orientações sempre que necessário, auxiliando na elaboração do luto.

Considerando a riqueza de informações produzidas nestes encontros e a possibilidade oferecida por meio delas de ampliar a qualidade dos serviços prestados pelo SAD, um projeto de pesquisa foi elaborado, visando sistematizar a coleta, produção e análise de dados relacionados à rotina de acolhimento pós-óbito. O principal objetivo foi investigar as vivências de pacientes e familiares relacionados aos processos de cuidados em final de vida e processos de luto.

Neste artigo, relatam-se os resultados das análises das informações coletadas durante as entrevistas com familiares de 32 pacientes, realizadas no período de um ano.

MATERIAL E MÉTODOS

Ao total, foram entrevistados 49 familiares/cuidadores de 32 pacientes que foram a óbito durante o atendimento do SAD e que aceitaram participar da rotina de Acolhimento Pós-Óbito. No momento da visita foram explicitados os objetivos da pesquisa e assinado o participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética sob parecer nº 240.496 e a participação no estudo foi voluntária. Somente uma família, durante o período de um ano, não aceitou que seus dados fossem utilizados para a pesquisa. Porém todos os familiares tiveram a oportunidade de receber o acolhimento, independente do aceite ou não da utilização dos dados.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, ocorrida a partir de um roteiro, isto é, com questões que nortearam o diálogo com os entrevistados, mas que permitiram a elaboração de outros questionamentos ao longo da interação pesquisadoras/pesquisados. Os dados investigados não foram preenchidos no momento da visita para tornar o encontro o mais natural possível, mas eram registrados imediatamente após o retorno da equipe ao seu local de trabalho.

O questionário utilizado era formado por oito questões, incluindo: onde e como aconteceu o falecimento; em caso de óbito no domicílio, como a família vivenciou e como avalia este processo; se o paciente estava em cuidados paliativos; se os familiares esperavam pelo falecimento; como está sendo a aceitação da morte pela família; como os demais familiares estão encarando o falecimento; se o paciente referiu algo sobre morte em seus últimos dias; se os familiares conversaram entre si ou com o paciente sobre morte; como a família percebe os serviços da instituição neste processo. Além destas perguntas, o formulário contém um cabeçalho para registro de dados como nome do paciente, data do acolhimento, data do óbito, idade do paciente, tempo de atendimento pelo SAD, doenças, nome dos familiares que receberam acolhimento, telefones e endereço do local do acolhimento.

As informações coletadas durante as entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo que, segundo Pádua (2005) envolve etapas de classificação e organização das informações coletadas e, posteriormente, o estabelecimento das relações existentes entre os dados, ou seja, seus pontos de divergência, pontos de convergência, tendências, regularidades, princípios de causalidade e possibilidades de generalização. Os dados constantes no cabeçalho e demais dados numéricos foram analisados estatisticamente a partir da verificação de sua frequência relativa, sendo esta o quociente entre a frequência absoluta da variável e o número total de observações, ou seja, a frequência de determinada classe dividida por todas elas (SILVA, 2001).

RESULTADOS

No período de um ano, ocorreram 45 óbitos de pacientes acompanhados pelo SAD.

Para 32 deles foi possível realizar o acolhimento pós-óbito aos familiares. Em cinco casos não foi possível estabelecer contato com a família, em seis a família não achou necessária a visita e em dois não foi possível conciliar os horários disponíveis pela família e o horário de atendimento dos profissionais da equipe.

A média de idade dos pacientes que faleceram no período da pesquisa foi de 75,6 anos, sendo que 49% tinham doenças crônicas degenerativas, como doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca, 36% tinham diagnóstico de câncer e 16% de doenças neurológicas, como demências e esclerose lateral amiotrófica. Destes 45 pacientes, 35,55% faleceram no domicílio e 64,44% no hospital e, do total, 51,11% estavam inseridos em protocolo de cuidados paliativos (CP).

A inserção em protocolo de CP ocorre após indicação do médico assistente ou da equipe do serviço de atenção domiciliar para a mudança do foco do tratamento. Após consenso das equipes, a família é abordada e orientada sobre objetivos desta filosofia de cuidados, tendo a possibilidade de aceitar ou não a inserção em protocolo. Diante do aceite da família, o paciente passa a ser identificado em seu prontuário físico e eletrônico e são registradas as decisões e metas de tratamento acordadas durante as reuniões realizadas entre equipe, pacientes e familiares. As decisões incluem opção por medidas não invasivas de tratamento (UTI, reanimação, intubação) e local do falecimento. Entre as ações realizadas estão visitas multidisciplinares periódicas, acompanhamentos e reuniões individuais e familiares com os profissionais e avaliações frequentes visando o alívio de sofrimento *biopsicosocioespiritual*.

Durante as entrevistas de acolhimento pós-óbito, 15,62% dos familiares informaram não esperar pela morte, em comparação com os demais 84,38% que esperavam, referindo saber da gravidade e prognóstico clínico. De todos os entrevistados, 14% apresentaram alguma dificuldade para elaboração do luto, relacionada principalmente à não aceitação da perda. Nestes casos, os familiares relataram acreditar que a morte poderia ter sido evitada ou que não ocorreria naquele momento, tendo sido, assim *“repentina e inesperada”*. Observa-se, destarte, que esta incidência e os relatos apontando para possíveis complicações no processo de luto são semelhantes à porcentagem de familiares que não esperavam pelo óbito, indicando uma possível relação entre estas variáveis.

Dos familiares que referiram saber da proximidade da morte, 63% estavam inseridos em protocolo de cuidados paliativos. Nestes casos, fatores que contribuíram para a aceitação da morte foram a compreensão deste evento como algo natural, como *“parte do ciclo da vida”*, bem como a conferência familiar para inclusão em protocolo de cuidados paliativos, que auxiliou a compreender o quadro clínico, a mudança de foco terapêutico, os objetivos dos cuidados paliativos, o processo fisiológico de morte pela doença e no preparo para o falecimento.

Nos casos em que o óbito ocorreu no domicílio, os relatos dos familiares apontam

que este evento foi vivenciado com tranquilidade e, em sua maioria, por opção dos pacientes e dos familiares. Assim, as famílias, embora experienciassem tristeza pela perda iminente e dúvidas quanto à sua reação frente à morte, mobilizaram esforços para possibilitar que o paciente falecesse em casa, em seu leito, pois este havia sido um pedido dos próprios enfermos.

Nestes casos, entre os relatos dos familiares, estiveram:

Foi um momento bonito, com a família reunida, em que pudemos nos despedir.

Foi bom ele estar em casa, na sua cama, tranquilo e sem intervenções, cercado pela família.

Foi um momento muito lindo, os filhos tiveram oportunidade de se despedir.

Foi uma morte bonita, sem sofrimento, tranquila, como se tivesse dormido e como se uma vela tivesse se apagado.

Foi um momento de paz e tranquilidade, na presença e união dos familiares.

Sobre o período após o óbito, já em processo de luto, estes mesmos familiares referiram estar *“tranquilos por terem feito a vontade do paciente em permanecer no domicílio”*, acreditar que fizeram o melhor, pois o paciente *“não suportava a ideia de ir para o hospital”*, sentirem-se *“felizes por terem feito a vontade do paciente de não ir para o hospital”* e acreditar que *“foi o melhor possível, pois paciente pediu para estar em casa”*.

Dos familiares, 67,74% não conversaram com paciente sobre a morte. Porém, 51,61% dos pacientes referiam algo sobre a morte, incluindo assuntos como opção pelo local do sepultamento, desejo de descansar, considerar a morte como algo natural, referência a sentir-se feliz com a vida que viveu, ter solicitado morrer em casa, pedir para ser cremado, preocupações em não deixar a família desamparada, referir não ter medo da morte e também diálogos sobre suas decisões e escolhas, incluindo opções de tratamento e local do óbito.

Quanto aos pacientes que não falaram sobre a morte, os familiares informaram que os mesmos não falaram sobre sua doença ao longo do período de cuidados, não relataram dúvidas ou preocupações, mantendo-se em silêncio acerca do adoecimento e da morte. Observou-se um número maior de pacientes que não estavam inseridos em protocolo de cuidados paliativos que não falaram sobre a morte. Se por um lado isto poderia indicar que pacientes em acompanhamento pela equipe multidisciplinar de cuidados paliativos tenham recebido apoio e incentivo para elaborar questões relacionadas ao final da vida e, conseqüentemente, para falar sobre elas, por outro lado pode-se considerar que, muitas vezes, o fato de pacientes e familiares não discutirem entre si sobre a gravidade da doença e do prognóstico dificultou a abordagem da equipe quanto a esta filosofia de cuidados.

DISCUSSÃO

A sociedade e a cultura atuais consideram a morte incompatível com a vida, o que dificulta a aceitação da morte como um evento natural, podendo gerar silêncio e desamparo social sentido por aqueles que enfrentam uma situação de terminalidade. Conforme destaca Morin (1997), as ciências do homem negligenciam a morte, apesar de a espécie humana ser a única para a qual a morte está presente ao longo da vida, a única a acompanhar a morte com um ritual funerário, a única a crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos. Assim, o mundo que nos rodeia não nos ensina a morrer, a morte é escondida, vivemos como se estivéssemos voltados para objetivos a serem alcançados e apoiados em valores de efetividade (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Quando a morte de um ente querido ocorre, a perda corresponde a um vínculo que se rompe, desencadeando um processo de luto. Para Horowitz (1990), luto é todo o processo psíquico provocado pela perda de um objeto.

O luto é o processo de elaboração diante de uma perda de uma pessoa com quem vínculos foram estabelecidos. É a vivência da morte consciente, como se uma parte nossa morresse. Faz parte de nossa existência e nos configura como humanos, e dela nos recordamos. Todos temos histórias de perda para contar, e às vezes é mais sofrida do que a própria morte. É um vínculo que se rompe de forma irreversível, quando se trata de morte concreta (KOVÁCS, 2010, p. 217).

A maneira de vivenciar o luto pela morte varia de acordo com diversos fatores, podendo, inclusive, ser festejado em certas culturas. Na cultura ocidental, as pessoas sentem-se desorientadas ao enfrentar esta situação por vezes desconhecida, intensa e sobre a qual nem sempre é socialmente permitido expressar a sua dor. Sabemos racionalmente que a morte é inevitável, porém não nos é ensinado sobre como lidar com a experiência real de morte ou como expressar os sentimentos. Tomá-la como fatalidade ou ocultar esses sentimentos, muitas vezes, é o modo encontrado para evitar o sofrimento que ela traz consigo.

O luto pode ser considerado como processo inerente à vida, o qual pode encerrar sentimentos de muita tensão e desorganização.

Durante muito tempo se considerou o processo de luto como doença pela presença de sintomas físicos e psíquicos, fazendo com que aumentasse de maneira significativa a procura por médicos. Atualmente o luto não é considerado mais como doença e sim como situação de crise que necessita de cuidados (KOVÁCS, 2010).

Nos serviços de atenção domiciliar, a situação de morte nem sempre é esperada pelos profissionais. No entanto, cada paciente que morre envolve uma família que ainda aguarda por cuidados, já que esta faz parte de um organismo coletivo que perdeu um de seus membros. A orientação e o suporte, bem como o espaço de escuta qualificado oferecido por meio do acolhimento após o óbito possuem importante potencial terapêutico, facilitando a elaboração da perda.

Conforme destaca Cassorla (1998), dar ao enlutado a possibilidade de vivenciar o seu sentimento de perda e externalizar a sua dor proporciona as condições necessárias para a elaboração do luto e possibilita a retomada de sua vida, ao lado das recordações da pessoa perdida. Por outro lado, a elaboração do luto será afetada pela forma como a morte ocorreu (se repentina ou se esperada, por exemplo) assim como o relacionamento do enlutado com o falecido, as condições de vida do enlutado, sua idade e fatores socioeconômicos (KOVÁCS, 2010). Neste sentido, a morte prevista permite despedidas, enquanto a morte inesperada tende a provocar sinais e sintomas disfuncionais (PARKES, 1998).

Corroborando estes dados, por meio da pesquisa observou-se que saber da proximidade da morte, realizar despedidas, tomar providências práticas/burocráticas (quanto ao sepultamento, rituais, questões legais), conhecer o desejo dos doentes e conseqüentemente respeitá-lo, bem como realizar a tomada de decisão compartilhada entre paciente, família e equipe serviram como fatores facilitadores do processo de enfrentamento da perda. Contudo, estas vivências puderam ocorrer na medida em que os familiares obtiveram auxílio para elaborar seu luto antecipatório, ou seja, o luto que ocorre antes da perda. Conforme destaca Kovács (2007, p. 227), este é o luto

que acontece quando no processo de doença as perdas já estão sendo vivenciadas antes da morte, tanto pela pessoa quanto pelos familiares [...]. O favorecimento da expressão dos sentimentos que acompanham esta perda pode ajudar muito no processo de elaboração do luto após a morte.

Importante ressaltar que os principais sentimentos vivenciados durante o processo de cuidado em final de vida são a ambivalência e a culpa envolvendo “o desejo da sobrevivência do parente e o desejo de sua morte para o alívio de seu sofrimento”. Assim, “trabalhar com a ambivalência e a culpa, já nestes momentos, pode ajudar no processo de luto após a morte” (KOVÁCS, 2007, p. 227).

Com relação ao óbito no domicílio, fatores que contribuíram para o enfrentamento deste evento foram a orientação e o apoio à família nas intercorrências relacionadas ao quadro clínico, à capacitação dos cuidadores para os cuidados em final de vida, a orientações sobre a possibilidade de falecimento e sobre como proceder no momento do óbito, ou seja, quem avisar, para quais telefones ligar, reforçar a importância de ter os números sempre à mão, antecipar quem cada cuidador irá chamar em caso de estar sozinho. Nestes casos, é importante avaliar quais dos familiares/cuidadores sentem-se em condições emocionais de permanecer com o paciente em seus momentos finais de vida, estimular que reflitam e antecipem possíveis dificuldades visando preparação para as mesmas e assegurar que expressões de sentimentos são comuns e não precisam ser reprimidas. É reforçado, assim, que emocionar-se não significa que não serão capazes de realizar os procedimentos necessários e que, neste momento, não há necessidade de pressa. O óbito no domicílio é, portanto, um evento que deve ser planejado conjuntamente por meio de decisões compartilhadas e poderá ocorrer sem riscos de iatrogenias principalmente quando ocorre por um desejo dos familiares e pacientes

(YAMAGUCHI; OLIVEIRA, 2011).

Muitos familiares destacaram a importância de ter uma equipe de saúde prestando assistência no domicílio neste período crítico, pois significou amparo, segurança e fonte de orientação. Observa-se que, nas situações de óbito iminente, é comum que os familiares sintam-se impotentes e refiram não saber se estão fazendo o suficiente ou exercendo os cuidados de modo adequado. Nestes casos, os profissionais de saúde têm a importante função de validar o esforço realizado pela família, reforçar que, diante da morte e da impotência humana frente à finitude, tudo o que realizam é o que há para ser realizado. A presença e o carinho que oferecem aos seus entes queridos é o que com frequência doentes críticos referem desejar para o final da vida (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Finalmente, a equipe pode “autorizar” os familiares a sentirem-se cansados, experienciar os sentimentos ambivalentes e, conseqüentemente, aliviar a culpa que muitas vezes sentem por desejarem ver seu sofrimento e o de seu familiar chegar ao fim. Ao expressarem suas emoções, sendo reconhecidos pela equipe sem julgamentos, sentem-se amparados para então viver este período de modo mais tranquilo. Neste sentido, no contexto da pesquisa, ter criado condições de promover o luto antecipatório, possibilitando ao paciente fazer suas despedidas e à família elaborar estes sentimentos ambivalentes, deu a oportunidade de morte serena e a promoção de um luto saudável (MACIEIRA; PALMA, 2011).

Em contrapartida, em algumas situações em que os familiares não esperavam pelo falecimento e também naquelas em que não conversaram com o paciente sobre a doença e morte, permaneceram dúvidas quanto a ter feito o suficiente, angústia por não saber se haviam realizado a vontade deles em vida e também após o óbito e questionamentos sobre que pensamentos e sentimentos seus entes vivenciaram. Em alguns casos, estes fatores aparecem como possíveis complicadores do processo de luto e dificultadores da aceitação da perda. Neste sentido, Cassorla (1998) destaca que haveria o risco de aparecimento de doenças, devido à baixa resistência do sistema imunológico, como também do desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, como a criminalidade, o uso de drogas e o suicídio.

Por este motivo, conhecer o contexto de cuidados e as circunstâncias da morte auxiliam a equipe de saúde a realizar intervenções visando minimizar a ocorrência de processos de luto complicado, bem como realizar encaminhamentos para profissionais que possam dar continuidade aos cuidados dos enlutados. Em muitos casos, a própria equipe realiza novos contatos telefônicos e se coloca à disposição para orientações que possam ser necessárias com o passar do tempo, tendo em vista que os processos de luto se estendem por períodos que variam conforme os sujeitos e tem diferentes momentos de elaboração.

Outras ações realizadas pela equipe de atenção domiciliar para o acompanhamento do período de luto, com conseqüente prevenção e promoção de saúde para os familiares, são: participação em velórios nos casos em que houve importante vínculo entre familiares e

equipe; envio de carta de condolências contendo texto padrão e assinada pela equipe; e encontro de familiares em comemoração ao dia mundial de cuidados paliativos, para roda de conversa, homenagem por meio da soltura de balões e café para trocas de experiências entre familiares e equipe.

Importante ressaltar que as mesmas dificuldades para a elaboração de luto de familiares pode estar presente entre os profissionais de saúde que lidam diretamente com pacientes em final de vida, que tendem a não expressar seus sentimentos de tristeza, de dor e de pesar (KOVÁCS, 2003). Muitos pacientes permanecem no serviço por anos e com grande parte a equipe estabelece um forte vínculo. Existem casos, ainda, e que, pela sua complexidade, os profissionais envolvem-se com intensidade nos cuidados, rotinas e intimidade das famílias. Assim, o acolhimento pós-óbito possibilita à própria equipe a elaboração de seus sentimentos, as despedidas das famílias, o encerramento de seu trabalho de modo planejado – e não interrompido – contribuindo para o fechamento e a organização de sentimentos e vivências que, de outra forma, poderiam permanecer em aberto, dificultando sua elaboração psíquica e conseqüentemente da realização de seu trabalho sem entraves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da pesquisa, observou-se que, para a família que cuida de um paciente em final de vida, aspectos que contribuíram para o enfrentamento deste período e para a elaboração de um luto sem complicações foram ter consciência das modificações do quadro clínico do paciente, compreender o que está sendo feito no cuidado e o motivo, ter garantias do esforço para o controle do sofrimento e da dor e estar seguro quanto às terapêuticas adotadas. Ainda, foi importante ter espaço para a expressão de suas emoções sem restrições ou julgamentos.

Para os pacientes que faleceram em domicílio, foi importante à família ter o conforto de seu ente querido assegurado. Dúvidas que frequentemente ocorrem nestes casos são de como será a morte, ou seja, se sangrará, se terá convulsões, se sentirá falta de ar ou dor, e de como saber se o paciente morreu e como proceder neste caso. Assim, em muitos casos, a assistência precisa se intensificar neste período, com visitas multidisciplinares que variam de algumas vezes na semana até a frequência diária. Conforme destaca Bousso e Poles (2007, p. 143), “morrer não é sinônimo de morte. A morte é o fim da vida humana; o morrer é um processo de vida pelo qual se chega à morte. Por isso, proporcionar dignidade nessa etapa final do viver é uma de nossas responsabilidades”.

Importante destaque deve ser dado à comunicação que envolve os cuidados em final de vida. A equipe de saúde precisa, nestes casos, estar atenta à presença ou ausência da comunicação entre pacientes e familiares e ao modo como ela ocorre, pois isto interfere diretamente em sua qualidade de vida e nas possibilidades que os profissionais terão em aplicar e sugerir terapêuticas. Cabe lembrar que da mesma forma que o paciente não suporta

encarar a morte o tempo todo, o membro da família não pode, nem deve, excluir todas as outras relações para ficar exclusivamente ao lado do paciente e isto deve estar incluído nas orientações oferecidas.

Por outro lado, as equipes que trabalham neste contexto devem estar atentas para a não imposição de seus valores e crenças quanto aos cuidados, decisões ou modos de enfrentar o sofrimento e a morte; aceitar o risco de sofrer junto com o paciente e seus familiares, bem como de compreender que a expressão e elaboração destes sentimentos é parte fundamental do trabalho; e, finalmente, estar aberto para as lições existenciais que pacientes e cuidadores possam oferecer na travessia dessa jornada para a morte (INCONTRI, 2011).

Finalmente, ressalta-se que o acolhimento pós-óbito, além de proporcionar uma finalização humanizada do atendimento, dá continuidade aos processos de cuidados em saúde. Sistematizar os conhecimentos produzidos nestes encontros possibilitou contribuir para o avanço dos estudos na área, visando a melhoria contínua na assistência a pacientes em final de vida e seus familiares bem como a promoção de mudanças de paradigmas sociais relacionados aos processos de morte e morrer, tanto para familiares quanto para as próprias equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

BOUSSO, S.; POLES, K. Morrer com dignidade: um desafio atual. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S (Org.). **A arte de morrer – visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Editora Comenius, 2007, p.137-144.

CASSORLA, R.M.S. Como lidamos com o morrer – Reflexões suscitadas no apresentar este livro. In: _____. (Org.). **Da Morte: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus, 1998.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

HENNEZEL, M. de; LELOUP, J-Y. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. 2.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

HOROWITZ, M.J.; WILNER, N.; MARMAR, C.; KRUPNICK, J. Pathological grief and the activation of latent self-images. **Archives of General Psychiatry**, v. 137, n. 10, 1980, p.1157-2.

INCONTRI, D. Equipes interdisciplinares em cuidados paliativos – religando o saber e o sentir. In: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 141-148.

MACIEIRA, R. De C.; PALMA, R. R. Psico-oncologia e Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos** – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 323-330.

MARCON, S. S.; ROSSINI, A. F. S. Assistência de Enfermagem Domiciliar em Equipe Multiprofissional após o Óbito do Paciente. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 51, n.3, jul./set. 1998, p. 379-392.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia de Pesquisa**: abordagem teórico-prática. 10.ed. Revisada e atual. Campinas-SP: Papyrus, 2005.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

SILVA, N. C. da. Conceitos básicos em estatística. In: **Elementos da Teoria dos Erros**, 2001. Disponível em: <<http://www.fsc.ufsc.br/~canzian/erros-ifusp/estatistica.html>>. Acesso em: 3 fev 2014.

YAMAGUCHI, A. M.; OLIVEIRA, I. V. de. Cuidados Paliativos na Assistência Domiciliar. In: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos** – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 31-38.