

MATERIAL DIDÁTICO

ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE HEMODIÁLISE

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

1 SUMÁRIO

1	OS RINS E A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	2
2	PROCESSOS DE HEMODIÁLISE	4
3	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMODIÁLISE	6
4	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE	8
5	HIPOTENSÃO	9
6	CÃIBRAS MUSCULARES	10
7	NÁUSEAS E VÔMITOS	11
8	CEFALÉIA	12
9	DOR TORÁCICA E DOR LOMBAR	13
10	PRURIDO	14
11	FEBRE E CALAFRIOS	15
12	HIPERTENSÃO	16
13	O CUIDAR NAS SALAS DE HEMODIÁLISE	17
14	SITUAÇÕES DE ENCONTRO	20
15	RESGATE ÉTICO E ESTÉTICO NAS SALAS DE HEMODIÁLISE	22
16	DIGNIDADE HUMANA E SOLIDARIEDADE	24
17	CONSCIÊNCIA E RESPONSABILIDADE	26
18	BIBLIOGRAFIA	28

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

1 OS RINS E A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA



Fonte: melhorcomsaude.com

O rim se situa no hilo, que apresenta vasos, nervos e cálices, que irão se reunir para formar a pelve renal, sendo constituído pela cápsula, zona cortical e zona medular. É constituído também pela associação de néfrons, os quais são formados por uma parte dilatada, o corpúsculo renal ou de Malpighi, pelo túbulo contorcido proximal, pela parte delgada espessa das alças de Henle e pelo túbulo contorcido distal (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1999).

Localizam-se paralelamente a coluna vertebral, removendo um excesso de água, sais e resíduos do metabolismo das proteínas provenientes do sangue enquanto retornam nutrientes e produtos químicos para o sangue, que conduzem os produtos residuais provenientes do sangue para a urina (MOORE; DALLEY, 2001).

Portanto, quando os rins param de funcionar, o corpo pode ser afetado de várias formas. A maioria das pessoas que apresenta o quadro de falência renal sente-se mal antes de iniciar o tratamento, podendo apresentar sintomas como náuseas e vômitos, perda de apetite, prurido, cansaço, edema nas mãos e tornozelos e frequentes distúrbios do sono (WATANABE et al., 1982).

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia multicausal, progressiva e irreversível, que possui tratamento, porém é incurável. Tem elevada morbidade e letalidade, e alto custo pessoal, social e financeiro (THOMÉ et al., 2006).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

As principais causas da Insuficiência Renal Crônica (IRC) são: a Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes mellitus, doenças renais (glomerulopatia, nefropatia tubulointericial, doença renal policística, displasia, hipoplasia renal) e uropatias (infecções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários) (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

A insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva, irreversível e geralmente lenta da capacidade excretória dos rins, na qual o corpo não consegue manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico (SMELTEZER; BARE, 2005).



Fonte: www.saudedicas.com.br

Por ser lenta e progressiva esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes conservam-se quase sem sintomas. A partir daí, podem passar a existir sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito. Assim, anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e do aspecto da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc.). Deste ponto até que os rins estejam funcionando, somente 10 a 12% da função renal normal, podem-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo desses valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal (ROMÃO, 2004).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

A hemodiálise é o método onde haverá a filtração e depuração do sangue, com a intenção de retirar as substâncias nitrogenadas tóxicas e remover o excesso de água, sendo as mesmas acumuladas devido à deficiência da função renal, mantendo os componentes normais do sangue. O sangue é obtido através de um acesso vascular e estimulado por uma bomba, em um sistema de circulação sanguínea fora do corpo, assim encontra-se um sistema de fornecimento de líquidos de diálise, o dialisado, e um filtro, o dialisador; no qual ocorre a difusão, osmose, convecção e ultrafiltração (LIMA; SANTOS, 2004; SMELTZER; BARE, 2005; AJZEN; SCHOR, 2002; BARROS et al., 2006).

Segundo Daugirdas, Blake et al. (2008), as complicações mais comuns que acontecem durante a sessão de hemodiálise consiste em hipotensão (20%-30%), cãibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaleia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (1%).

2 PROCESSOS DE HEMODIÁLISE



Fonte: www.ceappr.com.br

Hemodiálise é a modalidade de tratamento dialítico em que a circulação do paciente é fora do corpo, realizada entre membranas procedidas de celulose, celulose “substituída”, celulose sintética ou não sintéticas, com o objetivo de extrair líquidos, produtos residuais urêmicos, reduzir a instabilidade hemodinâmica, promover equilíbrio ácido-base e eletrolítico (FERMI, 2010; SMELTZER; BARE, 2005; RIELLA, 2003).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

A ultrafiltração é realizada ao se aplicar a pressão negativa ou uma força de aspiração na membrana de diálise, esse processo é mais eficiente na remoção de água do que a osmose, como os pacientes com doença renal geralmente não podem excretar água, essa força é necessária para remover o líquido, alcançando o equilíbrio hídrico (FERMI, 2010; SMELTZER; BARE, 2005; LIMA; SANTOS; SOUZA, 2009).

As vias de acesso utilizadas em hemodiálise são: Catéter Duplo Lúmen (CDL), permcath, fístula arteriovenosa e próteses (LIMA; SANTOS; SOUZA, 2009; FERMI, 2010).

Segundo Campos (2002), o sangue do paciente sai de seu organismo, através de uma fístula ou cateter, com a ajuda de uma bomba onde esse sangue vai circular por uma máquina dialisadora, voltando depois para o paciente. Este processo vai durar em média 4 horas e deve ser feito 3 vezes por semana, dependendo da necessidade do paciente.

Pacientes que fazem uso dessa terapia geralmente devem se submeter ao tratamento durante o resto de suas vidas ou até que se realize um transplante renal bem sucedido (SMELTZER; BARE, 2005; LIMA; SANTOS, 2004).



Fonte: www.portalenf.com

Há a necessidade de sessões de hemodálises, consultas médicas, realização de exames, restrições hídricas e alimentares, definições de atividades rotineiras e ocupacionais e dependência de um suporte informal para ter o cuidado que necessita. Tudo isso desestrutura a vida do paciente contribuindo para a diminuição de sua qualidade de vida e

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

aumentando a propensão à depressão (MARTINS; CESARINO, 2005; ROMÃO et al., 2006; BEZERRA; SANTOS, 2008).

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMODIÁLISE



Fonte: www.divinaprovidencia.org.br

De acordo com a Portaria nº 154 de 15 de Junho de 2004 a qual estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para o cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde, é regulamentado que na unidade de Hemodiálise deve haver um médico nefrologista para cada 35 pacientes com título de especialidade registrado no Conselho Federal de Medicina, um enfermeiro para cada 35 pacientes devendo possuir treinamento em diálise reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes por turno de Hemodiálise (BRASIL, 2004).

A enfermagem deve a cada instante estar atenta as suas ações e ter em mente que elas devem estar sempre fundamentadas cientificamente, os procedimentos técnicos deverão seguir a sistematização de enfermagem, proporcionando segurança, meios de avaliação e qualidade no tratamento (LIMA; SANTOS, 2004).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE



Fonte: www.ebserh.gov.br

Os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente até a saída desta da sessão de hemodiálise. Deve-se recepcionar o paciente ao chegar à unidade de diálise, sempre observando seu aspecto geral e realizando uma avaliação pré-hemodiálise, que envolve encaminhamento do paciente à balança para registrar o peso, encaminhar o paciente à máquina, verificar sinais vitais; auxiliares e/ou técnicos devem comunicar qualquer alteração para o enfermeiro responsável, conversar com o paciente sobre qualquer sintoma que ele tenha sentido desde a última diálise, etc. e se não houver restrição iniciar a sessão de diálise. Na avaliação pós-hemodiálise deve-se cuidar para sinais de sangramento no local da punção venosa, checar sinais vitais, verificar o peso, não permitir que o paciente sintomático deixe a unidade sem atendimento médico, etc. (LIMA; SANTOS, 2004).

Durante a sessão de hemodiálise a equipe deve estar atenta ao monitoramento dos sinais vitais, anticoagulação, funcionamento adequado das máquinas de diálise (temperatura, rolete, fluxo de sangue, fluxo dialisado), conforto do paciente, intercorrências, queixas e dúvidas dos pacientes, solicitação do médico quando necessário, e a enfermeira deve realizar a supervisão dos auxiliares e técnicos da equipe (BIALESKI; CORRÊA, 1999).

Ao fim da sessão, ao retirar o paciente da máquina deve-se tomar cuidado para que haja maior devolução de sangue ao paciente com uma menor quantidade de soro e evitar embolismo gasoso pela entrada de ar pela agulha de retorno (BIALESKI; CORRÊA, 1999).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Para Vila (2002), a equipe de enfermagem que se sente capaz para esta tarefa deve saber que é necessário o crescimento e desenvolvimento interior de si mesmo para então ajudar o outro a crescer, deve-se estar aberto, alerta, preocupado em perceber, em sentir, ouvir, em viver com o outro, pois a enfermagem executa inúmeras funções no gerenciamento da hemodiálise, não sendo possível desta forma separar as funções administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois são funções interdependentes que se auto completam visando à melhor assistência ao cliente.

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos eficientemente, mais que isso nos propomos a uma ação cuidativa abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver habilidade de comunicação, sendo um meio utilizado para satisfazer as necessidades dos pacientes. Se a comunicação entre enfermeiro e paciente não ocorrer efetivamente, o significado do cuidado que prestamos pode ser afetado profundamente (CIANCIARULLO, 1997).

4 PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE



Fonte: www.nephrocare.com

Bulecheck e Mc Closkey (2000) refere: a prescrição de enfermagem como qualquer cuidado direto que a enfermeira realiza em benefício do cliente.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Durante a realização da diálise, é a equipe de enfermagem a responsável pela inserção do cateter endovenoso na FAV. Usualmente, a primeira punção é realizada pela enfermeira, posteriormente, dependendo das condições do acesso, os técnicos ou auxiliares de enfermagem treinados realizam as punções (BULECHECK; MC CLOSKEY, 2000).

Relacionando a prescrição de enfermagem na inserção do cateter endovenoso na FAV, o autor Bulecheck & Mc Closkey (2000) salienta que abrangem as seguintes atividades: Verificar a prescrição médica para hemodiálise; Instruir o paciente sobre o procedimento; Manter a técnica asséptica rígida; Identificar se o paciente é alérgico a álcool, iodo ou à fita adesiva; Escolher agulha apropriada para a FAV do paciente; Fazer torniquete acima dos locais de punção; Fazer antisepsia da área, previamente lavada com água e sabão, com álcool a 70% ou outra solução padronizada; Inserir as agulhas respeitando as devidas distâncias entre as agulhas e anastomose vascular; Observar retorno sanguíneo; Remover o torniquete; Fixar as agulhas com fita adesiva; Conectar as agulhas às linhas venosa e arterial da hemodiálise e manter as precauções universais.

O enfermeiro deve reconhecer o paciente não como agente passivo receptor de cuidados, mas sim, o agente do seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e dele participando, envolvido no desenvolvimento do seu plano de cuidados (PEREIRA, 1979).

As principais complicações e as atribuições da equipe de enfermagem frente a estas, serão discutidas nas categorias a seguir:

5 HIPOTENSÃO

Para Nascimento e Marques (2005) é a complicação mais frequente durante a hemodiálise, sendo um reflexo primário de grande quantidade de líquidos que é extraída do volume plasmático durante uma sessão de rotina da diálise. A água que parte é acumulada no intervalo interdialítico é extraída diretamente pelo mecanismo de ultrafiltração.

Concordando com o autor acima supracitado Lima e Santos (2004) definem também a hipotensão arterial como a queda da pressão sistólica abaixo de 100 mmHg durante o procedimento dialítico, sendo esta a principal complicação do tratamento hemodialítico, ocorrendo em até 30% das sessões, sua etiologia é multifatorial.

Para não agravar estes sintomas, faz-se necessário tomar providências cabíveis para não piorar o quadro do paciente.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Nascimento e Marques (2005) diz que: a intervenção consiste em dar início imediatamente ao tratamento de episódios agudos de hipotensão. O paciente deve ser colocado em posição de Trendelemburg, deve ser administrado bolus de 100 ml de SF a 0,9% ou mais se indispensável, a velocidade de ultrafiltração deve ser diminuída para o mais próximo possível de zero.

Intervenções de enfermagem como o monitoramento cauteloso dos sinais vitais e observações de sintomas específicos podem ajudar a limitar a ocorrência e a intensividade de episódios hipotensivos nos pacientes.

6 CÃIBRAS MUSCULARES



Fonte: www.comocurar.net

Terra et al. (2010) e Castro (2001) acreditam que as câibras são uma complicação frequente da hemodiálise, predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da hemodiálise. Frequentemente são precedidas de hipotensão arterial. Estes autores dizem que as câibras estão associadas à elevada taxa de ultrafiltração durante a sessão de hemodiálise e não indicam, necessariamente, que o paciente atinja seu peso seco.

A câibra acarreta para o paciente um desgaste muscular doloroso que poderá alterar outros sintomas e a enfermagem deve estar atenta para outros agravos.

Quando o episódio de câibras já está instalado de acordo com Lima e Santos (2004), a ação da enfermagem consiste em aplicação de calor no músculo afetado, massagens,

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

flexão dos dedos sobre o dorso do pé e pedir para o paciente fazer pressão sobre a planta do pé se a câibra estiver localizada em membros inferiores. Concordando também relatam os autores Souza, Martino e Lopes (2007), estes recomendam rever com o paciente as orientações sobre a ingestão de sal e água para reduzir o ganho de peso.

7 NÁUSEAS E VÔMITOS



Fonte: tudoela.com

Náuseas e vômitos são ocorrências comuns e ocorrem em até 10% dos tratamentos de rotina de diálise, constituindo que sua etiologia seja multifatorial. A maioria dos episódios em pacientes estáveis possivelmente esteja relacionada à hipotensão, como podem ser também uma manifestação precoce da síndrome do desequilíbrio. Caso prosseguirem as náuseas e vômitos pode-se administrar um antiemético (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Para a categoria, náuseas e vômitos, a enfermagem deve considerar como possíveis causas a hipotensão arterial, manifestações da síndrome do desequilíbrio, reações ao dialisador, e além destas, quando estes sintomas estão presentes fora do contexto da diálise, a enfermagem deve ponderar causas não relacionadas à diálise, e assim, deve corrigir a causa, e se os sintomas persistirem é necessário administrar antiemético conforme prescrição médica (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008; TERRA ET AL., 2010; FERMI, 2010).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

8 CEFALÉIA



Fonte: www.neurocranioecoluna.com.br

Para Terra et al. (2010) é um sintoma frequente em pacientes com IRC submetidos à Hemodiálise. As causas mais encontradas são: a hipertensão arterial, hipotensão arterial, alterações no peso corporal e ansiedade. Pode ser também uma manifestação sutil da síndrome do desequilíbrio, ou pode estar relacionada ao uso de solução de diálise contendo acetato.

Para amenizar este sintoma, Fermi (2010), refere que o tratamento de enfermagem consiste em administrar analgésicos por via oral ou parenteral conforme prescrição médica. Além disso, Daugirdas, Blake e Ing (2008) acrescentam que assim como para náuseas e vômitos, uma redução no fluxo sanguíneo durante a primeira parte da diálise pode ser tentada, e uma redução na concentração de sódio do dialisado também pode ser útil.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

9 DOR TORÁCICA E DOR LOMBAR



Fonte: medsimples.com

Para Daugirdas; Blake; Ing, (2008); e Fermi (2010) a dor torácica discreta, frequentemente associada a dor lombar discreta ocorre em 1% a 4% das sessões de diálise, sua etiologia é desconhecida, mas pode estar relacionada com a ativação do complemento (reação de imunidade do organismo, função que envolve a estrutura da imunoglobulina e que ativa as respostas humorais). Não há estratégia de tratamento ou prevenção específica, embora possa ser benéfico substituir a membrana do dialisador por uma de outra variedade (o benefício dessa mudança é controverso).

Também podem ser prestados os cuidados de enfermagem Fermi (2010); Daugirdas; Blake; Ing, (2008) sendo que esta deve administrar analgésicos por via oral ou parenteral conforme prescrição médica. Se a angina for a causa da dor torácica, pode-se discutir com a equipe médica o uso da nitroglicerina sublingual e uso de oxigênio nasal conforme o necessário.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

10 PRURIDO



Fonte: www.leituracorporal.com.br

Segundo Fermi (2010), o prurido é a manifestação mais comum na IRC, e tem sido atribuído ao efeito tóxico da uremia na pele. As toxinas urêmicas circulantes são responsáveis pelo prurido, e um produto cálcio-fósforo elevado também pode contribuir para este sintoma. A alergia a heparina também pode ser causa do prurido.

Para diminuir a manifestação do prurido a enfermagem deve administrar anti-histamínicos conforme prescrição médica, analisar a pele dos pacientes em busca de lesões causadas, aconselhar aos pacientes quanto ao uso de emolientes para hidratação da pele e a tomarem banhos rápidos com água à temperatura ambiente.

Porém, se a causa desta complicação for o produto cálcio-fósforo elevado, de acordo com Terra et al., (2010); Fermi (2010); Daugirdas; Blake; Ing, (2008); Castro (2001); Oliveira et al., (2008), a equipe de enfermagem deve orientar e estimular a dieta para controle de fósforo e a administração de carbonato de cálcio conforme prescrição médica.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

11 FEBRE E CALAFRIOS



Fonte: melhorcomsaude.com

De acordo com Nascimento e Marques (2005) o paciente renal crônico é imunodeprimido e, por conseguinte, tem uma sensibilidade aumentada para infecções. As infecções bacterianas nesses pacientes parecem progredir de maneira acelerada e a cura parece ser mais lenta. O local de acesso é a fonte de 50% a 80% das bacteremias (principalmente pacientes com cateteres). As bacteremias podem acarretar endocardite, meningite e osteomielite.

Sobre este local de acesso ocasionar bacteremia, Lima e Santos (2004) ainda resalta que febre e calafrios durante a diálise podem estar relacionados à pirogenia ou infecção por equipamento contaminado.

Portanto, para essa categoria cabe à enfermagem investigar as possíveis causas desses sintomas e administrar analgésicos e antibióticos conforme critério médico.

Para essa avaliação Daugirdas, Blake, Ing (2008) deve-se sempre, inspecionar os acessos vasculares, e durante todo o procedimento utilizar-se das medidas necessárias para o controle da infecção. Caso haja suspeita de pirogenia ou infecção, compete à equipe de enfermagem, providenciar amostras de sangue para hemocultura, amostra do dialisato e da fonte de água tratada.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

12 HIPERTENSÃO



Fonte: www.sbh.org.br

A hipertensão arterial é um dos fatores que agrava e piora o funcionamento renal, sendo capaz de causar dano renal e progressão da IRC, independentemente da doença de base. Aproximadamente 80% dos pacientes portadores de IRC desenvolvem hipertensão arterial (ANDRES e FORTUNY, 1994).

É sabido que a alteração da pressão arterial tem relação direta com o nível de ansiedade e sentimentos do paciente.

Ressaltando essa relação Nascimento e Marques (2005) refere que a hipertensão durante a diálise é geralmente produzida por ansiedade, excesso de sódio e sobrecarga de líquidos. Pode ser confirmado comparando-se o peso do paciente antes da diálise com o peso ideal ou seco. Quando a sobrecarga hídrica é a causa da hipertensão, a ultrafiltração trará, na maioria das vezes, uma redução na pressão sanguínea, induzindo à normalização da pressão.

Segundo o mesmo autor, em seguida a administração de anti-hipertensivo, a enfermagem monitora a pressão arterial em intervalos frequentes (geralmente de 15 em 15 minutos). Os sedativos podem ser necessários, mas a veracidade na equipe e uma diálise suave, livre de problemas, ajudarão a diminuir a ansiedade durante os tratamentos subsequentes.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

13 O CUIDAR NAS SALAS DE HEMODIÁLISE¹



Fonte: www.rondonia.ro.gov.br

Ao observar, nos últimos anos, o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos de diálise, o que tornou o tratamento mais seguro, com menos intercorrências e efeitos colaterais e gerou melhor qualidade de vida e maior longevidade, também, que, à medida que a tecnologia facilitava o atendimento ao cliente renal crônico, a equipe de enfermagem distanciava-se dele, como se *menos intercorrências, menos atenção e cuidado* fosse o propósito da tecnologia de ponta.

Assim, atualmente, o cliente não é mais assistido, cuidado em hemodiálise, ele é ligado à máquina, ele é desligado da máquina. Sobre isso, Waldow (2001, p.64) ressalta que:

O mundo da tecnologia avançada agora pode substituir o corpo e o toque. O afago, o aperto de mão, oferecendo apoio e suporte, ou mesmo o olhar carinhoso e amigo parece não ser mais necessário. A máquina passa a realizar o cuidado e a cuidadora a ocupar-se, absorvendo-se e concentrando-se no manuseio da mesma, por vezes esquecendo o ser humano a ela conectado.

O cotidiano nas salas de hemodiálise deve transmitir ao cliente renal segurança, tranquilidade, conforto, proximidade, porém, preocupa-me que a repetitividade das ações

¹ Texto original extraído no link: www.saude.ufpr.br

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

de enfermagem próprias da hemodiálise tornem esse ambiente hostil, frio, desprovido de calor humano mínimo. Os enfermeiros são extremamente capacitados tecnicamente, entendem todos os mecanismos da máquina, porém, não podem esquecer que a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado é: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade. (WALDOW, 2001, p.144).



Fonte: www.saomiguelweb.com.br

A sala de hemodiálise favorece as ações de cuidado por meio do contato assíduo com o cliente, pois favorece a inter-relação entre cuidador e ser cuidado, permite o exercício de se conhecerem e de se perceberem. A percepção, para Polak (1996, p.103), É o [...] instrumento de acesso ao mundo, de importância primordial nas situações de enfermagem, por permitir à enfermagem conhecer o cliente e orientá-lo durante o processo de cuidar.

Waldow (2001) cita vários autores e trabalhos que tentam definir *cuidar em enfermagem*. A autora encontrou definições como: ação interativa, alívio do sofrimento humano, manutenção da dignidade, presença, intenção, comunhão, experiência compartilhada, fazer algo no sentido do bem, dentre outras. Essas definições parecem estar excluídas das atividades de cuidado desenvolvidas pela equipe de enfermagem nas salas de hemodiálise, pois nelas o cuidado foi substituído por ações meramente técnicas.

Roach (1993) defende o cuidar como forma de expressão de humanidade e refere que o cuidar é responsivo, ou seja, é uma resposta a um valor. Ela explica que o cuidado

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

afirma valores ontológicos, como dignidade e preciosidade do ser humano, e valores qualitativos, tais como estética, moral, intelectualidade. Essa autora, ainda, identifica no cuidar atributos como: *compaixão* (pelo sofrimento imposto pela doença crônica), *competência* (técnica e científica para a qualidade do cuidar), *confiança* (que o ser cuidado deposita no ser que cuida), *consciência* (de se fazer o melhor pelo outro) e *comprometimento* (com o ser cuidado, em estar sempre junto dele).



Fonte: redepara.com.br

O cuidar, para Mayeroff (1971), é um processo que envolve desenvolvimento: cuidar é ajudar a crescer e a se realizar e, para isso, existe um padrão comum: ao cuidar, experiência se o outro de forma a considerá-lo com necessidades de crescer e com capacidade para isso. Assim sendo, para o autor, as qualidades necessárias para que o profissional desenvolva o cuidar são: o *conhecimento do outro ser* (para entender suas necessidades), *capacidade de modificar seus comportamentos* (frente às necessidades do outro), *paciência* (para entender que o outro cresce num ritmo próprio), *honestidade* (aceitar o outro como ele é e não como se quer que ele seja), *confiança* (na habilidade do outro de crescer no seu ritmo, sem criar dependências), *humildade* (reconhecer que não sabe tudo e pode aprender com o outro), *esperança* (de que o outro possa crescer no processo de cuidar) e a *coragem* (de deixar o outro ser, apesar do desconhecido).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Não se pode esquecer que o cliente renal crônico passa grande parte do seu tempo na unidade de hemodiálise, porquanto, entre chegar até a unidade, entrar na máquina, realizar o tratamento, aguardar o transporte e voltar para casa, ele permanece em torno de seis a sete horas na companhia do enfermeiro. Durante esse tempo, tem de se sentir cuidado, respeitado e amado.

13.1 SITUAÇÕES DE ENCONTRO



Fonte: www.institutodorim.com.br

O dia-a-dia das salas de hemodiálise é vivido sob o clima de horários, normas e técnicas pouco flexíveis, que tentam transformar o saber fazer da enfermagem em mero fazer por fazer. Ao adentrarem as salas de tratamento, percebo que os profissionais se despem de sua condição humana para se tornar *homens-máquina* cuidando de clientes que são percebidos como máquinas também.

Esse cenário mecanicista e rotinizado pode impedir que os profissionais se mostrem como seres humanos, que se envolvam, que se identifiquem com o cliente e criem laços com esse indivíduo que vai ficar sob seus cuidados por três, quatro horas, três vezes por semana. Contudo, cuidar é ação intencional (POLAK, 1996), em que o cuidador tem a intenção de prestar o cuidado necessitado pelo cliente. Para que a intenção seja bem-sucedida, o cuidador precisa estabelecer laços com o ser cuidado, os quais somente serão estabelecidos no momento em que o cuidador se aproximar do seu cliente, for ao encontro

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

dele. Se o encontro não acontecer, não haverá cuidado, haverá apenas a execução de procedimentos técnicos.



Fonte: www.cdrb.com.br

As situações de encontro na sala de hemodiálise têm de existir, pois o encontro é especial, é único para cada situação, para cada ser envolvido e não se pode chamar de encontro o simples estar com o cliente na sala de hemodiálise. O encontro concretiza-se quando o eu deixa-se conhecer pelo outro, da mesma forma que o outro também permite ser conhecido, ao compartilhar seus mundos e suas experiências. Assim, se estabelece uma relação, um vínculo, e uma relação genuína não pode ser estabelecida e crescer se não existirem significados compartilhados. (HYCNER, 1995, p.123).

Nesse sentido, o encontro pressupõe troca, crescimento mútuo, comunhão de sentimentos, não é um ato egoísta, ele é despretensioso, é aceitar aquilo que o outro tem para oferecer naquele momento. O. encontro é evento humano permeado pela comunicação interpessoal, é reunião de duas pessoas, de duas consciências que se vivenciam e se compreendem, cada uma com o todo do seu ser (LABRONICI, 1998, p.33).

O encontro entre equipe de enfermagem e cliente renal crônico somente se dará, a partir do instante em que a equipe pôr-se a desvelar seus próprios sentimentos, entendê-

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

los, aceitar suas limitações e suas fraquezas para, no segundo momento, desvelar os sentimentos que envolvem o paciente renal crônico, reconhecendo e aceitando também as limitações dele.



Fonte: www.agenciasaoluis.com.br

Esse encontro resulta de uma relação interpessoal de qualidade, quando a enfermeira é o que é, quando na relação com o cliente é autêntica, sem máscara ou fachada e apresenta abertamente os sentimentos e atitudes que nela surgem naquele momento [...] Isso significa que ela entra num encontro pessoal direto com o cliente, encontrando-o de pessoa para pessoa. (ROGERS e STEVENS, 1991, p.105).

13.2 RESGATE ÉTICO E ESTÉTICO NAS SALAS DE HEMODIÁLISE

Os avanços tecnológicos e terapêuticos observados nos últimos 50 anos têm restituído ao paciente renal crônico um pouco da qualidade de vida que a doença lhe roubou. A tecnologia trouxe a necessidade de aprimoramento constante daqueles que prestam assistência aos clientes submetidos ao tratamento de hemodiálise. Esse aprimoramento fez com que a máquina gradativamente ganhasse importância ímpar nas unidades de hemodiálise, pouco a pouco se relegando o seu cliente a mero receptor dos benefícios da tecnologia. Desse modo, os membros da equipe de enfermagem, envolvidos e extasiados por essa

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

áurea de progresso, esquecem que são corpos cuidadores de outros corpos que necessitam de cuidados.



Fonte: www.gazetainterior.com.br

Também, a tecnologia fez com que corpos que cuidam de corpos se transformassem em corpos robotizados, imunes e dissociados de sentimentos, corpos que transformam o cuidar em tarefa, em ação mecânica que restaura, recupera outros corpos também robotizados. Novamente, esquecem que a característica fundamental do ser enfermeiro é o cuidado ao ser humano.

A doença renal crônica não avisa previamente. Sua instalação, na maioria dos casos, é lenta e impiedosa, acomete os dois rins, não dando chance ao indivíduo de se defender. Ela é arrasadora. De um dia para o outro, o cliente vê-se na dependência de uma máquina para sobreviver. Muitas vezes, chega em estado grave às unidades de internação, e, quando começa a recobrar a consciência, vê sua vida atrelada à máquina de diálise. Não lhe perguntaram se era isso que queria, não lhe deram outras opções e, principalmente, não lhe disseram como sua vida seria dali para a frente.

Essa realidade leva a várias questões, como: O que fazer para resgatar os sentimentos da equipe, para resgatar o humano que existe dentro de cada um dos profissionais que se propõem a prestar cuidado de enfermagem a essa clientela?

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

É preciso redescobrir alguns conceitos que a ética e a estética do cuidar ensinam, tais como *dignidade, solidariedade, consciência e responsabilidade e sensibilidade*, conceitos que, se compreendidos e postos em prática, contribuirão para o início do resgate do humano na equipe de enfermagem.

13.3 DIGNIDADE HUMANA E SOLIDARIEDADE



Fonte: www.agenciasaoluis.com.br

A palavra dignidade vem do latim *dignitate*, e pode ser definida como honradez, nobreza, decência, respeito a si próprio, segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986). Ser digno significa ser merecedor, ser respeitável. Ser digno somente é possível com liberdade (SANTOS, 2003). Que liberdade de escolha tem o cliente renal crônico?

Essa pergunta é cabível, pois a doença não lhe concede escolher ficar ou não doente; a equipe de saúde não lhe proporciona meios para escolher essa ou aquela terapia; a instituição de tratamento, muitas vezes, não oferece opção de horários para a terapia, uma vez que, além da demanda de clientes, vê-se atrelada aos horários de atendimento do transporte fornecido pelo governo aos mais carentes; seus cuidadores diretos estão distantes, preocupados com o bom funcionamento dos equipamentos, pois têm de assegurar tratamento sem riscos e na quantidade prescrita.

Se a finalidade do cuidar em enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade [...]. (WALDOW, 2001, p.129), por que se tolhe a liberdade e o

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

respeito do cliente renal crônico? Dignidade implica respeito ao direito de escolha, à autonomia do cliente em optar por aquilo que considerar melhor para si. Assim, a equipe de enfermagem tem dever de orientá-lo, engajá-lo no autocuidado e nunca impor condutas, posto que a imposição leva à rejeição das orientações dadas.

Ao tomar a definição simples e pura de solidariedade, tem-se que, segundo Ferreira (1986), é a relação de responsabilidade entre duas pessoas unidas por um interesse comum ou o vínculo recíproco entre pessoas e o apoio à mesma causa. Desse modo, infere-se o quanto a solidariedade faz parte do dia-a-dia da enfermagem. Quando se cuida dos corpos enfermos, desenvolve-se a essência da enfermagem, sustentada na solidariedade à pessoa a quem se dirige o cuidado.



Fonte: www.oparaguacu.com.br

Santin (1995, p.24) apropriando-se das palavras de Maffesoli, que chama de solidariedade orgânica a relação de sentimentos estabelecidos pelo ser vivo, refere que o ser vivo não pode ser visto como uma máquina em que as peças se encostam umas nas outras, não formando vínculo coletivo de unidade. Segundo o autor, no ser humano, há relação de sentimentos, interesses em comum o que implica restaurar, o quanto possível, o desequilíbrio causado pela doença crônica. Nesse contexto, os sentimentos devem ser mútuos para que se possam atingir os objetivos. Compreendo que ser solidário é importar-se com o sofrimento alheio, é estender a mão e dizer: Estou aqui, com você, por você. É ser presença.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

13.4 CONSCIÊNCIA E RESPONSABILIDADE



Fonte: ralphbraz.blogspot.com.br

Do ponto de vista moral, consciência é o juízo prático pelo qual a pessoa pode distinguir o bem do mal e apreciar os seus atos e os dos outros (ANTUNES, ESTANQUEIRO e VIDIGAL, 2000). Pode ser a reação ao certo ou errado. Na sociedade, as pessoas comportam-se de acordo com os valores estabelecidos por ela. Quando se desviam dessas condutas, a consciência avisa que se está desviando de o que é correto ela decide o que é certo e o que é errado.

Ao falar de consciência, tem-se também de falar sobre intencionalidade, que é uma característica da consciência, ser consciente de algo, ser dirigida a um objeto (MOREIRA, 2002), ou seja, a consciência está tencionada para o mundo, um mundo que ela não envolve ou possui, mas para o qual está sempre voltada. (MARTINS, 1992, p.62).

Para Moreira (2002, p.85) a consciência dá sentido às coisas, é constituída por atos (percepção, imaginação, violação, paixão), com os quais visa a algo. A sociedade espera que os cuidadores tenham respeito pelo corpo enfermo, carinho, paciência. O cuidar implica sempre envolvimento com o ser cuidado. Ao receber o cliente para mais uma sessão de tratamento, o cuidador realmente está fazendo o melhor por ele? Está oferecendo o que tem de melhor?

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE



Fonte: estudantesdearquitetura.com.br

O ser consciente tem intencionalidade, logo, é responsável pelas suas ações e consequências delas. Responsabilidade é a condição de ser responsável. Responsabilidade moral é a situação consciente com relação aos atos que se praticam voluntariamente, assumi-los e responder por eles (FERREIRA, 1986). É a condição que se assume diante do ser doente que espera ser cuidado. Assim, o cuidador é responsável por oferecer um ambiente que traga segurança e bem-estar para cliente e família, responsável por tentar resgatar a esperança desse ser fragilizado, impedido de tomar suas próprias decisões, impedido de ser livre, por conta das amarras da doença crônica que o prende à máquina.

Os conceitos supracitados representam a ética e a estética do cuidar nas unidades de hemodiálise. Os caminhos da ética e da estética conduzem à experiência vivida, isto é, às maneiras de viver, o que se denomina costume. O que se vive é a concretude daquilo que se sente. Viver é realizar o sentir. (SANTIN, 1995, p.53).

Dessa forma, pode-se inferir que os aspectos referentes à estética somente serão consolidados, quando se desenvolver e apreender os conceitos de solidariedade, responsabilidade, dignidade humana e consciência, que reforçarão e propiciarão a inserção da estética, alicerce fundamental do cuidado humanizado nas unidades de hemodiálise.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

14 BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2005.

AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. **Guia de Nefrologia**. 1.ed. São Paulo: Manole Ltda, 2002.

ANDRES, Joan; FORTUNY, Carme. **Cuidados de enfermagem em la insuficiência renal**. 2. ed. Madrid - España: Editorial Libro Del Año, 1994.

KNOBEL, E.; SANTOS, O.F.P.; BATISTA, M.C. **Nefrologia e distúrbios dos equilíbrios ácido- básico**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 336p.

LIMA, E. X.; SANTOS, I. (org). **Atualização em Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: SOBEN, 2004.

MALNIC, G., MARCONDES, M. **Fisiologia renal: transporte através de membrana e fisiologia do néfron**. São Paulo: E.P.V. 1999. 236 p.

MACHADO, L.R.C.; CAR, M.R. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 37, p. 27-35, set., 2003.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4. ed revista e ampliada. São Paulo. Atlas, 2006.

MOORE, K.L., DALLEY, A.F. **Anatomia orientada para clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 1021p.

NASCIMENTO, C.D.; MARQUES, I.R. **Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura**. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 58, n. 6, p. 719-722, nov-dez. 2005.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

LEITURA COMPLEMENTAR

Nome do autor: Michele Karla Damacena da Silva

Data de acesso: 24/01/2016

Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_MicheleKarlaDamasce-noDaSilva.pdf

O ESTRESSE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA HEMODIÁLISE

RESUMO

Estudo descritivo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, cujo objeto foi o estresse ocupacional da equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise (HD). Os objetivos foram: Identificar os níveis de estresse dos trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade de HD; Descrever, na percepção dos trabalhadores da equipe de enfermagem, os estressores a que estavam submetidos na unidade de HD; Analisar os fatores facilitadores e impeditivos de ações de prevenção de estresse para os trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade de HD; e Discutir as implicações do estresse na saúde dos trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade de HD. O cenário foi a unidade de HD do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 40 trabalhadores da equipe de enfermagem, sendo 27 técnicos, 07 auxiliares e 06 enfermeiros. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do HUCFF sob o Protocolo de Pesquisa nº 230/08. A coleta de dados foi realizada pela própria autora, no período de junho a agosto de 2009, na própria unidade estudada, a partir de um instrumento composto por Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE), autoaplicativo, e Entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada digitalmente em formato MP3. A análise dos dados seguiu, na linha quantitativa, através da utilização de estatística descritiva, com auxílio dos bancos de dados Epi-Info versão 3.3.2 e SPSS versão 13.0 para Windows. A partir do estresse global, foi calculada a mediana, a qual serviu como ponto de corte entre os níveis

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

baixos e alto de estresse, e a média para fins comparativos com outros estudos. A associação do estresse global com variáveis pessoais e profissionais também foi possível com auxílio do SPSS, utilizando o Teste Exato de Fischer como teste estatístico. Na linha qualitativa, utilizou-se a análise temática, onde os dados foram agrupados por núcleos de semelhanças, emergindo três categorias: Fatores facilitadores para a prevenção do estresse; Fatores impeditivos para a prevenção do estresse; e Os fatores estressores e a influência na saúde dos trabalhadores de enfermagem. Resultados: a mediana encontrada no grupo foi 108,5, a partir da qual se observou que metade dos trabalhadores de enfermagem da HD encontra-se com nível baixo de estresse e, os demais, com alto nível de estresse. A média do grupo foi 106,6, menor do que a identificada em outro estudo da mesma temática. Na associação do IEE com as características dos trabalhadores, identificou-se que os itens do IEE que compõem os Fatores 2 (papéis estressores da carreira) e 3 (papéis intrínsecos ao trabalho) foram os mais presentes na unidade estudada. Os trabalhadores de enfermagem identificaram o relacionamento interpessoal entre a própria equipe de enfermagem como o fator facilitador da prevenção do estresse mais presente na unidade. Já o fator impeditivo da prevenção do estresse na unidade, segundo a percepção dos trabalhadores, foi a escassez e mau funcionamento de recursos materiais, especialmente as máquinas de diálise. Quanto à influência do estresse na saúde destes trabalhadores, os relatos demonstraram que há desgaste mental e físico, além do surgimento de doenças ocupacionais em decorrência da exposição contínua ao estresse na unidade de HD. Conclusões: os trabalhadores de enfermagem da hemodiálise apresentaram estresse ocupacional, devido a estressores inerentes ao contexto de trabalho, o qual é amenizado pelo relacionamento interpessoal na própria equipe.

Descritores: Saúde do trabalhador, Estresse, Enfermagem, Diálise renal.

Contextualização do Objeto e Problemática do Estudo

O presente estudo tem como objeto o estresse ocupacional da equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise (HD).

Este estudo está pautado na formação profissional e trajetória da autora. Minha formação iniciou-se na graduação de enfermagem e obstetrícia na Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1998. Logo após, em 2002, realizei especialização em enfermagem em

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

nefrologia nos moldes de Residência, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde permaneci por dois anos realizando atividades assistenciais a pacientes portadores de insuficiência renal crônica e aguda, submetidos aos diversos tratamentos de substituição renal (transplante renal, diálise peritoneal e hemodiálise).

Neste momento, os enfrentamentos eram diversos: inexperiência e insegurança diante de uma área especializada, ainda desconhecida, pois na graduação não nos aproximamos muito da nefrologia, onde o conhecimento teórico e técnico era imprescindível, diante do aparato tecnológico (máquinas de HD), e das peculiaridades dos pacientes renais. Havia também uma preocupação constante quanto à necessidade de adequar o ensino à prática como enfermeira, buscando o aperfeiçoamento técnico, destreza manual e agilidade de pensamento e ação.

A especialização sobre os moldes de residência me fez desenvolver a capacidade técnica, de organização e gerência de uma unidade de nefrologia, onde pude adquirir os conhecimentos específicos da nefrologia.

Ao fim da residência, realizei minha monografia com enfoque nos pacientes transplantados renais, onde abordei as alterações no seu cotidiano de vida após o transplante, relacionando a utilização de medicações imunossupressoras, indispensáveis ao sucesso do transplante.

Com relação ao perfil dos pacientes, pode-se dizer que no Estado do Rio de Janeiro eles realizam diálise nos hospitais de grande porte ou em clínicas satélites. Os hospitais de grande porte, como o HUCFF, normalmente funcionam como “porta de entrada”, pelo setor de emergência, àqueles que nunca dialisaram e que, após avaliação médica, iniciam o tratamento. O início da diálise também pode ocorrer nos pacientes acompanhados no ambulatório de nefrologia do HUCFF e que, em determinado momento, necessitam iniciar o tratamento no próprio hospital.

Há situações em que os pacientes que dialisam em clínica satélite internam no HUCFF para determinados procedimentos cirúrgicos ou por instabilidade hemodinâmica e, devido à internação e impossibilidade de serem encaminhados às clínicas de origem para realizar o tratamento dialítico, acabam por dialisar temporariamente no hospital. E ainda existem os pacientes que estão internados nos demais setores do hospital, como clínica médica, por exemplo, e evoluem com insuficiência renal aguda ou crônica, necessitando de tratamento dialítico.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

As clínicas satélites, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), estão presentes em todo o Estado do Rio de Janeiro e são responsáveis por receberem os pacientes renais crônicos provenientes dos hospitais de grande porte. Os trâmites burocráticos destas transferências são realizados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante documentação e exames dos pacientes que estão alocados nos hospitais.

Em ambos os locais, clínicas satélites e hospitais de grande porte, os pacientes realizam HD criteriosamente três vezes por semana, tendo cada sessão, em média, quatro horas de duração, com exceções dos pacientes instáveis, que podem vir a necessitar de HD prolongada. No caso das clínicas, os pacientes dialisam e retornam às suas residências; não há internação. Nos hospitais de grande porte deveriam ser dialisados apenas os pacientes internados, visto que os demais deveriam ser prontamente transferidos para as clínicas-satélite logo após o início do tratamento.

Porém, na atual realidade do Rio de Janeiro, observa-se um grande quantitativo de pacientes renais crônicos dialisando nos hospitais de grande porte como se estes fossem clínicas satélites, pela falta de vagas nestas clínicas, no Estado do RJ. Ou seja, atualmente, o número de clínicas satélites não é suficiente para suportar o grande número de pacientes renais crônicos iniciando diálise.

Esta situação gera sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem devido ao grande número de pacientes diariamente realizando HD e desconforto aos pacientes, pois muitos dialisam em horário noturno, e residem longe dos hospitais, em áreas de risco, além da impossibilidade de retornarem às suas residências por falta de meio de transporte público no horário noturno.

Durante todo o período de experiência em nefrologia, tive a oportunidade de acompanhar não somente os pacientes, mas também o trabalho da equipe de enfermagem seja do plantão noturno ou diurno, e suas alterações no ritmo de trabalho, carga horária, dificuldades de manejo com a própria equipe e com a chefia, com as dificuldades de recursos humanos necessários às atividades realizadas e à complexidade dos pacientes da unidade, com a falta de recursos materiais, com a estrutura física muitas vezes inadequada do ponto de vista ergonômico bem como com as próprias atividades inerentes da enfermagem, entre outros aspectos.

A unidade de HD do HUCFF possui um total de três salas, sendo uma maior denominada de “sala branca”, onde dialisam os pacientes com sorologias negativas para hepatites B e C, os com sorologias ainda indefinidas e os portadores de HIV. Esta sala possui

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

um total de oito máquinas, além de duas sobressalentes para substituírem possíveis máquinas com defeito. Existe também a “sala amarela” com uma máquina, e a “sala azul” com duas máquinas. Estas salas são destinadas a pacientes portadores de hepatite B e C, respectivamente.

O processo do trabalho nesta unidade dar-se-á com a chegada do paciente à unidade, onde é recebido pela equipe médica e de enfermagem. Neste primeiro contato, deve ser realizada a consulta de enfermagem, na própria sala de HD, onde o paciente recebe as primeiras orientações sobre o tratamento substitutivo renal e os encaminhamentos à nutrição, ao serviço social e à vacinação para hepatite B. Simultaneamente à consulta, o peso e a pressão arterial são aferidos e o paciente é instalado na máquina de HD. A partir daí, este passa a ser monitorizado continuamente, com objetivo de evitar ou detectar precocemente qualquer intercorrência no período inter-dialítico, como hipotensão, hipoglicemia, parada cardiorrespiratória, entre outras.

As atividades realizadas, principalmente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, são, na maior parte do tempo, muito repetitivas. Como exemplo, pode-se citar a instalação e a retirada do paciente da máquina de HD, a reposição dos galões de soluções ácida e básica utilizadas nestas máquinas, cada um contendo cinco litros. Estas soluções são essenciais ao tratamento de HD, pois visam facilitar a remoção dos produtos catabólicos de baixo peso molecular presentes no sangue urêmico (uréia, creatinina, entre outros).

Em cada sessão de HD de quatro horas é necessária a reposição destas soluções de uma a duas vezes. A disposição dos galões nas máquinas é anti-ergonômica, pois normalmente localizam-se na parte inferior das máquinas, obrigando os profissionais a realizar movimentos de abaixar e levantar a cada vez que manipulam estas soluções, além do próprio transporte dos galões entre as salas.

Na dinâmica deste contexto, a equipe de enfermagem realiza atividades rotineiras, algumas privativas ao enfermeiro, como a realização de curativos de cateter de dupla luz, primeiras punções de fístulas arteriovenosas e das consideradas como complicadas, consulta de enfermagem, realização de cuidados a pacientes gravemente enfermos, além de todo o gerenciamento do cuidado e da unidade. Os auxiliares e técnicos de enfermagem realizam os cuidados mais direcionados aos pacientes, como a instalação e retirada destes da máquina de HD, administração de medicações e hemoderivados, aferição dos sinais vitais e cuidados gerais de enfermagem durante todo o período dialítico.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Todas estas atividades, em conjunto ou até mesmo isoladamente, podem representar potenciais estressores ao trabalho destes profissionais, o que pode, futuramente, gerar conflitos, estresse e até mesmo o aparecimento de doenças ocupacionais.

A organização do trabalho da unidade é muito dinâmica: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem realizam todas estas atividades simultaneamente, em todos os pacientes, basais a críticos, durante 24 horas. Toda esta complexidade acaba por levar, em alguns momentos, à irritabilidade e ansiedade dos mesmos pela sobrecarga de trabalho tendo visto o número de pacientes, atividades a serem realizadas e as intercorrências que podem ocorrer a qualquer momento do tratamento dialítico, exigindo do profissional supervisão constante e tomada de decisão.

Durante o dia-a-dia da unidade foi possível observar absenteísmos e licenças médicas por parte dos profissionais da equipe de enfermagem, especialmente daqueles lotados nos plantões noturnos, onde o número de auxiliares e técnicos é reduzido quando comparado ao plantão diurno, porém a quantidade de pacientes é muito próxima do que ocorre no período diurno e, além disso, é no plantão noturno que os pacientes internados e, portanto, potencialmente mais graves, realizam HD.

Além destas situações, é bastante preocupante observar a quantidade de profissionais de enfermagem da unidade afastados por doenças ocupacionais, principalmente relacionadas a problemas osteomusculares evidenciados por dores lombares, hérnia de disco, entre outros. Estes afastamentos laborais podem estar relacionados à estrutura anti-ergonômica da unidade e à realização de atividades repetitivas, principalmente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem durante o período de trabalho.

Toda esta situação proporciona afastamentos do trabalho, e sobrecarga daqueles trabalhadores que permanecem nos plantões, pois nem sempre torna-se possível substituir aquele trabalhador que encontra-se licenciado por algum motivo.

Sabe-se que o estresse não é um fato novo do mundo moderno. O homem pré-histórico, por exemplo, já apresentava respostas ao estresse diante das adversidades, como as exposições bruscas de mudanças de temperatura e caça para alimentação. No entanto, esses homens não sofriam do mal do estresse, pois tinham a oportunidade de dar a resposta natural ao seu estresse normal: lutar ou fugir. (SILVA, 2005).

Neste contexto, cabe aqui ressaltar que o estresse, quando bem compreendido e controlado, é positivo e necessário até certo ponto, pois prepara o organismo para lidar com situações difíceis da vida. Mas quando não é controlado e torna-se constante na vida da pessoa, pode levar a doenças e até mesmo à morte (LIPP, 1998).

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

De acordo com Carvalho et. al. (2004), vários trabalhos são considerados estressantes, por desencadearem desgaste físico e/ou mental, estando entre eles as atividades desenvolvidas nos hospitais. Miranda, Garcia e Sobral (1996) complementam que o hospital, local onde os trabalhadores de enfermagem permanecem grande parte de suas vidas, é um ambiente considerado insalubre e que apresenta uma série de riscos de exposição, favorecendo o surgimento de enfermidades e a ocorrência de acidentes de trabalho.

A unidade de HD, assim como as demais unidades fechadas como, por exemplo, a terapia intensiva e centro cirúrgico, possuem uma dinâmica de trabalho que a diferencia das demais unidades do hospital, por ser considerada uma unidade especializada, de cuidados intensivos e emergenciais em decorrência do nível de gravidade dos pacientes, da complexidade da doença renal crônica e das particularidades do próprio tratamento dialítico. Há a necessidade de agilidade e habilidade para lidar com situações emergenciais em que o paciente corre risco de vida.

Além disso, existe todo um aparato tecnológico muito particular da unidade, necessário para a própria realização da HD e do processamento do material utilizado, o que exige permanente atualização da equipe quanto ao uso correto e detecção precoce de possíveis danos. Estas características, particulares da unidade, podem repercutir de alguma forma na saúde dos trabalhadores, podendo gerar fadiga, ansiedade, além dos próprios riscos ocupacionais a que estão expostos.

A HD é um tratamento crônico, na maioria absoluta das vezes e, devido a isto, a equipe de enfermagem estabelece um contato muito próximo com os pacientes, muitas vezes prolongado, de anos, o que desencadeia um vínculo estreito na relação entre os profissionais e os pacientes. Por outro lado, a própria doença crônica desencadeia diversas complicações, o que pode levar os pacientes a piora em seu quadro hemodinâmico ao longo do tempo ou de forma súbita, durante a sessão de HD, por exemplo. No momento em que há a morte ou piora no quadro hemodinâmico dos pacientes, emerge também sentimento de perda e angústia nos profissionais de enfermagem, o que pode gerar tensão e problemas psicológicos.

Estes profissionais exercem suas funções nesta unidade estão expostos constantemente a riscos ocupacionais (biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e de acidentes). Os riscos biológicos são os mais presentes, devido ao contato constante com materiais orgânicos, inclusive de pacientes portadores do vírus HIV e das hepatites B e C, o que é característico de muitos pacientes que realizam diálise. Foi possível observar também, nesses profissionais, a não utilização ou utilização inadequada de equipamentos de proteção

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

individual (EPI) pertinentes à unidade, apesar de todos os riscos ocupacionais aos quais estão expostos diariamente.

A partir deste questionamento e destas observações, tive a oportunidade de realizar, em 2006, o Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, onde discuti, na monografia, a percepção dos trabalhadores de enfermagem do HUCFF quanto aos riscos ocupacionais presentes na unidade de HD. Os resultados mostraram que os trabalhadores de enfermagem detêm o conhecimento acerca dos riscos ocupacionais e das medidas de proteção e segurança, apesar de nem sempre utilizá-las, e citaram como principais implicações dos riscos sobre a sua saúde os problemas respiratórios, de coluna e as doenças contagiosas. (SILVA; ZEITOUNE, 2009).

A especialização em Enfermagem do Trabalho permitiu o contato com conteúdo teóricos, até então pouco explorados, e a possibilidade de uma visão mais crítica de todo o meu ambiente de trabalho. Portanto, mesmo após a realização da monografia e do curso, continuei a questionar diversas situações presentes no contexto de trabalho, relacionada à saúde do trabalhador e à hemodiálise, o que possibilitou a proposta desta dissertação, com vistas ao estudo do estresse na equipe de enfermagem da unidade de HD.

Pelo exposto, podem-se explicitar os seguintes questionamentos como norteadores deste estudo:

- A unidade de HD é considerada estressante pelos trabalhadores de enfermagem?
- O estresse leva implicações à saúde destes trabalhadores?

Para atender às questões norteadoras, traçaram-se como objetivos do estudo:

- Identificar os níveis de estresse dos trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade de HD;
- Descrever, na percepção dos trabalhadores da equipe de enfermagem, os estressores a que estão submetidos na unidade de HD
- Analisar os fatores facilitadores e impeditivos de ações de prevenção de estresse para os trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade de
- Discutir as implicações do estresse na saúde dos trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade de HD.

Justificativa do Estudo

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

O estudo se justifica pela problemática descrita anteriormente e pelas lacunas de conhecimento na produção científica de estudos referentes à temática proposta. Foi realizada uma revisão nas bases eletrônicas de dados da Bireme, considerando o recorte temporal de 1980 aos dias atuais. Este recorte justifica-se pelo fato de a saúde do trabalhador ser uma área relativamente recente quanto à produção de conhecimento, uma vez que as primeiras produções científicas publicadas desta área ocorreram na década de 80.

Na revisão sistematizada, foram utilizados os descritores: estresse, stress, equipe de enfermagem, enfermagem, diálise renal e saúde ocupacional. Foi considerado também o uso concomitante dos descritores estresse x diálise renal, estresse x equipe de enfermagem, estresse x saúde ocupacional, estresse x enfermeiro, estresse x enfermagem x diálise renal, estresse x equipe de enfermagem x diálise renal, estresse x enfermeiro x diálise renal, estresse x saúde ocupacional x enfermagem, estresse x saúde ocupacional x equipe de enfermagem e estresse x saúde ocupacional x enfermeiro. Ao ser utilizado o descritor estresse, também se utilizou o termo em inglês, stress.

As principais bases de dados foram: Lilacs, Scielo, Medline e Bdenf. Foi localizado um total de 51 artigos referentes à temática.

Após levantamento de estudos científicos sobre o tema proposto neste estudo, foi identificado que o estresse ocupacional da equipe de enfermagem já foi amplamente abordado e com enfoques diferenciados, como o estresse em setores como os de ambulatório, oncologia, centro cirúrgico, psiquiatria, gerência, cirúrgica, terapia intensiva, emergência e saúde da família. Entre estes, o maior quantitativo advém de pesquisas na área terapia intensiva, seguida pela oncologia. (STACCIARINI e TRÓCCOLI, 2001; MIQUELIM et. al., 2004; FERRAREZE, FERREIRA e CARVALHO, 2006; BATISTA e BIANCHI, 2006).

O estudo realizado por Miquelim et. al. (2004) discutiu o estresse nos profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que atuavam em unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. Os resultados mostraram que, entre os dez enfermeiros estudados, 3 (30%) apresentaram estresse, sendo que 2 (66,6%) estavam na fase de resistência, 1 (33,3%) na fase de quase exaustão e nenhum na fase de exaustão.

Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) estudaram a percepção do estresse em enfermeiros atuantes em terapia intensiva e concluíram que mais da metade destes trabalhadores (66,7%) que assistiam pacientes críticos, mostrou sinal de sofrimento físico e/ou psicológico, característico da fase de resistência ao estresse.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Já Stacciarini e Tróccoli (2001) relataram o estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Tal estudo revelou que, em geral, os enfermeiros não definem o estresse, mas citam o que leva ao estresse e o que resulta a partir deste, sempre associado a uma conotação negativa.

O estresse também foi abordado por Batista e Bianchi (2006), especificamente do enfermeiro atuante no setor de emergência. Constataram que, para o enfermeiro de emergência, apesar de sua pronta e efetiva atuação frente à instabilidade da situação do paciente, as condições externas a essa situação são mais estressantes.

Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) ressaltaram os fatores de risco de estresse no trabalho do enfermeiro hospitalar e concluíram que as situações críticas foi a variável com maior risco para o estresse. Verificaram também que quanto maior a faixa etária dos enfermeiros maior o estresse para o gerenciamento de pessoal.

Costa, Lima e Almeida (2003) avaliaram o estresse associado ao trabalho do enfermeiro no trabalho com pacientes portadores de transtorno mental inserido no contexto do hospital psiquiátrico. Estes autores concluíram através deste estudo que 62% da amostra não apresentaram estresse, 30,9% encontravam-se na fase de resistência e apenas 7,1% na fase de exaustão. A amostra consistiu de 42 enfermeiros.

Já Meirelles e Zeitoune (2003) abordaram o tema estresse nos profissionais de enfermagem em centro cirúrgico oncológico. A amostra constou de 70 profissionais e os resultados confirmaram que os profissionais de enfermagem estavam sob a influência do estresse no seu cotidiano de trabalho, sendo apontados como principais fatores de estresse, as relações pessoais conflituosas, sobrecarga de trabalho, carga horária excessiva e recursos humanos insuficientes. 75,7% consideraram estressante o trabalho no ambiente do centro cirúrgico oncológico.

Araújo et. al. (2003) investigaram a relação entre estresse no trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (não-psicóticos) entre trabalhadores de enfermagem. Neste estudo, os distúrbios psíquicos menores associaram-se positivamente com as demandas psicológicas e negativamente com o controle sobre o trabalho.

No contexto da HD, foram identificados dois estudos diretamente relacionados com o estresse em trabalhadores de enfermagem desta unidade. Dentre estes estudos relacionados à temática proposta, Da Silva Britto e Pimenta Carvalho (2004) trataram questões relacionadas à como os enfermeiros que atuavam em unidades de terapia intensiva e problemas renais, num hospital geral, avaliaram seu ambiente de trabalho, sua saúde e como lidavam com situações estressantes. Abordaram não somente o estresse, mas também o

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

enfrentamento e a saúde geral dos enfermeiros. Participaram deste estudo dez enfermeiros da unidade de transplante renal e hemodiálise. Os resultados mostraram que, em geral, os enfermeiros não consideram o contexto de trabalho como estressante, utilizam mecanismos de enfrentamento mais centrados no problema que na emoção e avaliam sua saúde como positiva.

Dermody e Benett (2008) também destacaram o estresse no setor de hemodiálise, enfocando o estresse do enfermeiro atuante da unidade de HD de hospitais e de unidades satélites da cidade da Austrália. Os resultados apontaram que os enfermeiros dos hospitais avaliaram o trabalho da unidade como de estresse máximo e que este nível de estresse era presente mesmo num dia basal. Já os enfermeiros das unidades satélites relataram que os estressores estavam relacionados ao comportamento do paciente, as expectativas irreais percebidas por eles, seguidas da chegada indisposta destes pacientes na unidade.

Considerando os estudos mencionados, entende-se que as questões de estresse nos trabalhadores de enfermagem atuantes em unidade de HD são merecedoras de aprofundamento e investigações, considerando a importância da saúde e qualidade de vida destes profissionais enquanto trabalhadores e tendo em vista o déficit de trabalhos abordando os trabalhadores de enfermagem de hemodiálise.

Para Stacciarini e Tróccoli (2001), estudar as manifestações do estresse ocupacional entre enfermeiros permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como a insatisfação profissional, a produtividade no trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais, além de permitir a proposição de intervenções e busca de soluções.

Contribuições do Estudo

Este estudo tem relevância nas vertentes de ensino, pesquisa e assistência. No âmbito do ensino, contribuirá na formação profissional da equipe de enfermagem, tanto a nível técnico, quanto a níveis de graduação e especialização, pois o conhecimento dos fatores de risco para o estresse presentes na unidade estudada assim como do nível de estresse presente nestes profissionais apontou para a necessidade de revisão e discussão da temática estresse na formação profissional destes futuros trabalhadores, como uma realidade presente no contexto de trabalho de enfermagem.

Na vertente da pesquisa, a presente investigação poderá servir de base para a continuidade de novos estudos sobre a temática abordada, colaborando para a constru-

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

ção do conhecimento bem como contribuiu para o Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador (NUPENST), da EEAN/UFRJ, ampliando os estudos e as discussões no referido núcleo.

Em relação à assistência de enfermagem, o presente estudo tem relevância para a saúde do trabalhador, pois identificou os fatores estressantes na ocupação dos trabalhadores de enfermagem do setor de HD, assim como em que momento de estresse estes se encontram, o que vai possibilitar desenvolver atividades voltadas para garantir um preparo deste trabalhador para atender tal clientela pensando na redução do estresse do trabalhador de enfermagem da unidade de HD.

Esta pesquisa deverá ser utilizada como fator contribuinte para melhorar a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem do setor de HD e para que as instituições de saúde possam desenvolver medidas pertinentes, com um serviço de saúde do trabalhador atuante, para garantir esta qualidade e, conseqüentemente, a qualidade da assistência aos pacientes renais crônicos.

O Estresse Ocupacional e a Enfermagem

A Organização Internacional do Trabalho (1986) conceitua o estresse do trabalho como sendo um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde. Os principais fatores geradores de estresse presentes no meio ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas.

A preocupação em estabelecer a articulação entre o estresse e o trabalho data da Revolução Industrial, e o foco centrava-se na atribuição de causas das doenças à exposição do organismo aos agentes físicos, químicos ou biológicos. Tradicionalmente, os estudos sobre o adoecimento no trabalho tinham como alvo principal o setor produtivo/industrial, porém, atualmente, observam-se que investigações nessa área têm se voltado para outros profissionais como os da saúde, entre outros (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Meirelles e Zeitoune (2003) corroboram com os autores (op cit., 2005), destacando que o estresse ocupacional, o qual se defronta o trabalhador moderno, possui especial importância, principalmente em algumas profissões como, por exemplo, a enfermagem.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

O estresse ocupacional ocorre quando o ambiente de trabalho é percebido como uma ameaça ao indivíduo, repercutindo no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento (MARTINS et. al., 2000).

Relacionando o estresse ao trabalho de enfermagem, é sabido que esta discussão iniciou-se na década de 60, quando a enfermagem foi apontada como uma profissão estressante (BATISTA; BIANCHI, 2006). Uma das características marcantes da profissão foi a divisão social do trabalho, pois na maior parte das vezes, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento do cuidado e da unidade e, os técnicos e auxiliares de enfermagem pelo cuidado direto ao paciente. Desta forma, há uma cisão entre os momentos de concepção e execução do cuidado (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Além disso, a enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais estressante, devido a responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os pacientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho de suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos e desta forma tem sido objeto de pesquisas (DA SILVA BRITTO; PIMENTA CARVALHO, 2004).

Autores como Shimizu e Ciampone (1999) já abordaram que a preocupação com o sofrimento e o prazer no trabalho dos profissionais de enfermagem surgiu com questionamentos relativos à forma como esses profissionais conseguiam suportar trabalho tão desgastante, principalmente pela necessidade de conviverem com o sofrimento, dor e a morte de modo tão frequente.

Talvez haja alguma resposta no fato de que a enfermagem está ligada, desde a sua origem, à noção de caridade e devotamento, sendo os seus primeiros executores as pessoas ligadas à igreja, ou leigos praticando caridade. Portanto, a ideologia da profissão significa abnegação, obediência e caridade (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Porém, o contexto de trabalho hospitalar não oferece condições para que esta ideologia seja contemplada. Sabe-se que o ambiente hospitalar traz consigo, pela sua própria natureza, uma quantidade imensurável de fatores e situações estressantes, seja por parte dos pacientes ali internados, submetidos ao estresse da internação e do desconhecimento sobre o seu tratamento, seja pelos trabalhadores atuantes nos diversos setores, turnos, lidando com pacientes básicos a críticos, familiares e acompanhantes, equipes de enfermagem, chefias, administração de recursos humanos, entre outras situações necessárias à execução de suas atividades.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Dentre os fatores e situações possíveis de desencadear o estresse, alguns componentes já são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional do enfermeiro, entre os 50 quais o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de atividades que eles executam as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Diversos autores vêm trabalhando esta temática com a equipe de enfermagem, abordando os fatores de estresse dos profissionais que trabalham em variados setores hospitalares. Assim sendo, Stacciarini e Tróccoli (2001) estudaram o estresse na atividade ocupacional do enfermeiro, Meirelles e Zeitoune (2003) questionaram acerca dos fatores de estresse da enfermagem de centro cirúrgico oncológico, Batista e Bianchi (2006) relataram o estresse dos enfermeiros lotados em unidade de emergência, Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) preocuparam-se com os fatores de risco para o estresse do enfermeiro hospitalar, entre vários outros autores.

Nesta mesma linha de pensamento, os estressores relacionados com a enfermagem e seu trabalho classificam-se e agrupam-se em: problemas de comunicação com a equipe, inerente à unidade, assistência prestada, interferência na vida pessoal e atuação do enfermeiro (BIANCHI, 1999). A carga de trabalho é o estressor mais proeminente na atividade do enfermeiro, além dos conflitos internos entre a equipe e a falta de respaldo do profissional, sendo a indefinição do papel profissional um fator somatório aos estressores (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Além destes, outros fatores, próprios da tarefa de enfermagem, são considerados fontes de estresse, como as exigências em excesso e as diferentes opiniões entre os colegas de trabalho (FIGUEROA et al., 2001). Existem ainda os fatores relacionados à própria instituição de trabalho, com regimentos internos, idéias e tarefas a serem alcançadas, muitas vezes divergentes da realidade das atividades realizadas especificamente em cada unidade.

No trabalho do enfermeiro, há a necessidade de memorização de um grande contingente de informações pertinentes ao trabalho e atitudes de atenção e vigília permanente, produzindo uma elevada exigência mental do trabalho efetuado que pode levar à fadiga mental e ao estresse (MARZIALE, 1995).

Ademais, os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, cuidam dos pacientes, dos familiares, da gerência do setor e muitas vezes esquece-se de

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

cuidar de sua própria saúde. Neste contexto, observamos a dupla jornada de trabalho, em regime de plantão diurno e noturno, presente na vida da maior parte destes profissionais, que de certa forma diminui o tempo destinado ao autocuidado e ao lazer, propiciando o desgaste físico, psicológico e o estresse.

A adoção por parte dos trabalhadores de enfermagem de outros vínculos empregatícios é uma realidade que pode ser constatada em hospitais da rede pública e privada (MEDEIROS et. al., 2006). Elias e Navarro (2006) complementam afirmando que a insegurança gerada pelo desemprego faz com que os trabalhadores submetam-se a regimes e contratos de trabalho precários. O caso específico da equipe de enfermagem, por desenvolverem atividades em esquema de plantão, constata-se a existência de facilidade na conciliação de escalas, podendo acumular vários empregos. Estas formas adotadas por estes trabalhadores para aumentar a renda salarial resultam no aumento da jornada de trabalho e pode trazer consequências sérias à sua saúde.

Shimizu e Ciampone (1999) afirmam que os enfermeiros, pela função que desempenham, assumem as atividades mais complexas e que envolvem maior risco para os pacientes, além de serem responsáveis pelas atividades desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem. Dessa forma, incorporam alto nível de responsabilidade, na tentativa de ter o controle absoluto sobre o trabalho, o que muitas vezes os levam a exigir de si mesmos atitudes sobre-humanas.

Rossi, Perrewé e Sauter (2008) chamam a atenção para as consequências do estresse ocupacional, que pode levar a três formas de resultados: os fisiológicos como o risco aumentado de apresentar hipertensão, insônia e sintomas psicossomáticos; os psicológicos traduzidos pela ansiedade, frustração e atitudes negativas no trabalho; e as comportamentais manifestadas pelo aumento do absenteísmo, uso de drogas e álcool, piora no desempenho no trabalho e afastamento do trabalho e da família. Aproximando estas situações para o ambiente hospitalar e o trabalho em equipe realizado pela enfermagem, conclui-se que a qualidade do atendimento prestado seria prejudicada, com a possibilidade de danos não só aos profissionais, mas também aos pacientes.

Seguindo esta premissa, a saúde mental dos trabalhadores de enfermagem enquanto trabalhador sofre diversas ameaças inclusive pelo convívio com o sofrimento e morte dos pacientes, e pelo desenvolvimento de atividades desgastantes e repulsivas. Ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho o homem, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença (BATISTA; BIANCHI, 2006).

A Saúde do Trabalhador de Enfermagem

Como se verifica na literatura, e já mencionadas em momentos anteriores, diversas pesquisas apontam o estresse como parte do perfil patológico dos profissionais de enfermagem, devido às características inerentes ao seu trabalho. No contexto de trabalho da HD não é diferente, visto que é uma unidade fechada e de características próprias. A tensão emocional e física destes trabalhadores deve ser prevenida, na medida do possível, através de medidas institucionais, oferecendo ambiente adequado e condições de trabalho, e através de atitudes dos próprios funcionários e até mesmo o conhecimento acerca dos seus direitos enquanto trabalhador.

Neste sentido de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, cabe aqui citar os organismos internacionais – Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) – que forneceram importante contribuição no fortalecimento da medicina do trabalho.

A saúde ocupacional, adotada em 1950 e revisada em 1995, pela OIT e OMS,

“...deve ter por objetivo: a promoção e a manutenção do máximo grau de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações e a prevenção entre os trabalhadores dos transtornos de saúde causado por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores contra os riscos ocupacionais resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção dos trabalhadores em um ambiente de trabalho adaptado às suas condições fisiológicas e psicológicas; e em resumo, a adaptação do trabalho ao indivíduo e de cada indivíduo a seu trabalho”. (ICN, 1998).

A partir desta definição, é desejada que haja responsabilidades a serem cumpridas tanto pelos dirigentes e gerentes das instituições de saúde quanto pelos empregadores, visando o objetivo principal de bem estar e saúde dos funcionários, e de um ambiente com condições de trabalho saudáveis, com menor exposição a riscos e com medidas de proteção eficazes.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

A OIT, quando citada por Ortiz e Patiño (1991, p.87), reconhece “o papel que o pessoal da enfermagem desempenha para a proteção e o melhoramento da saúde e bem estar da população”, e recomenda que “se o setor público é o empregador do pessoal da enfermagem, este deve desempenhar um papel ativo no melhoramento das condições de emprego e de trabalho de direito pessoal”. E refere ainda que “deve ser proporcionado uma educação e uma formação apropriadas ao exercício de suas funções e condições de trabalho, incluídas perspectivas de carreira e remuneração capazes de atrair e reter o pessoal na profissão”.

Torna-se ímpar que os profissionais sejam capazes não apenas de desenvolver o seu trabalho, mas que o desenvolvam com prazer. Esta relação de trabalho e boa vontade, em grande parte, apoiam-se na habilidade da instituição em integrar interesses e necessidades de seu trabalhadores, com os da própria organização. Torna-se uma via de mão dupla, onde o trabalhador tem o dever de satisfazer as necessidades organizacionais, mas a instituição também se torna responsável pela satisfação das necessidades dos trabalhadores.

De uma comissão mista destes dois organismos, nasce em 1950 a definição dos objetivos da medicina do trabalho e a Recomendação nº 112, da OIT (1959), definindo objetivos e funções dos serviços médicos nos estabelecimentos de trabalho. Com base nesta Recomendação, na década de 70, o governo brasileiro regulamenta a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho, nas empresas acima de determinado porte e grau de risco (ROCHA, RIGOTTO E BUSHINELLI, 1994).

Esse novo enfoque expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, e foi também decisivo para mudança e enfoque estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Contudo, anteriormente, em 1977, a OMS e a OIT reuniram-se na 61ª Conferência, onde foram abordadas as condições de trabalho do pessoal de enfermagem. Os objetivos desta Conferência foram garantir a qualidade de uma assistência de enfermagem adequada às necessidades da comunidade e por ela aceita e zelar para que o pessoal de enfermagem desfrute de condições econômicas aceitáveis e obtenha proteção social adequada, bem como os meios para defender seus interesses.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

A Conferência de Alma Ata (1978) também considerou dentre outras necessidades, a saúde do trabalhador, quando se recomendou prioridade particular aos trabalhadores expostos a risco. E nesse contexto, está implícito o trabalhador de saúde, particularmente os profissionais de enfermagem de unidades críticas como a hemodiálise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram tecer algumas considerações acerca do estresse a que estão submetidos os trabalhadores da unidade de hemodiálise, desde a identificação do nível de estresse e dos estressores, perpassando pelos fatores impeditivos e facilitadores para a prevenção do estresse, chegando até a influência do estresse na saúde destes trabalhadores.

A amostra caracterizou-se por ser majoritariamente feminina (90%), com idade entre 20-40 anos. Quanto à categoria profissional, a metade pertenceu ao grupo de técnicos de enfermagem (50%), a maior parte dos trabalhadores de enfermagem possuía 10 anos de experiência profissional (67,5%) e 90% trabalha na unidade de HD do HUCFF também há 10 anos. A experiência na especialidade de HD também foi de uma década para a maioria dos entrevistados (87,5%).

O serviço diurno é exercido pela maioria dos sujeitos (55%), o vínculo empregatício mais presente na unidade é o de servidor público (72,5%), com carga horária de 32 horas semanais. 57,5 % relataram ter outro emprego.

Com relação ao nível de estresse, obteve-se o valor de 108,5 como valor de corte entre baixo e alto estresse, o qual poderá ser utilizado em estudos futuros como valor comparativo. Neste estudo, observou-se a divisão igualitária entre os níveis de estresse.

A média do grupo estudado foi 106,6, menor que a encontrada em outro estudo que aplicou o IEE (112,5), embora somente em enfermeiros. Tal fato fez refletir e inferir que os trabalhadores da unidade, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros, estão menos estressados que os enfermeiros do estudo das autoras Da Silva Brito e Pimenta Carvalho (2004). Além disto, foi interessante identificar que, como a amostra do presente estudo foi constituída, na sua maioria, por auxiliares e técnicos, esperava-se que a média de estresse fosse maior, considerando todas as atividades exercidas por estas categorias. Desta forma, foi possível concluir que, ao contrário do visto em estudos sobre estresse na enfermagem,

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

a equipe de enfermagem da unidade de HD do HUCFF consegue lidar com o estresse diário do setor, apesar de todos os fatores estressantes conhecidamente presentes.

Quando comparados os níveis de estresse (baixo e alto) com variáveis adquiridas através da entrevista semi-estruturada, obtiveram-se apontamentos de possíveis associações estatisticamente relevantes, caso houvesse uma amostra maior. Entre os três fatores que compõem o IEE, dois apareceram como mais relevantes nestas associações: Papéis Estressores da Carreira (Fator 2) e Papéis Intrínsecos ao Trabalho (Fator 3), quando associadas às variáveis sexo, faixa etária, carga horária, vínculo, cargo, tempo de formação, tempo de serviço no HUCFF, ocorrência de acidente de trabalho e de outro vínculo empregatício.

Quando comparados os níveis de estresse (baixo e alto) com variáveis adquiridas através da entrevista semi-estruturada, obtiveram-se apontamentos de possíveis associações estatisticamente relevantes, caso houvesse uma amostra maior. Entre os três fatores que compõem o IEE, dois apareceram como mais relevantes nestas associações: Papéis Estressores da Carreira (Fator 2) e Papéis Intrínsecos ao Trabalho (Fator 3), quando associadas às variáveis sexo, faixa etária, carga horária, vínculo, cargo, tempo de formação, tempo de serviço no HUCFF, ocorrência de acidente de trabalho e de outro vínculo empregatício.

O relacionamento interpessoal visto como ponto favorável à prevenção do estresse desperta interesse, especialmente por serem poucos os estudos que corroboram com este resultado, podendo citar os autores Rocha e Glina (2000); Stacciarini e Tróccoli (2001); e Bartram, Joiner e Staton (2004).

Outro fator facilitador relatado foi a estrutura física adequada (12,5%), devido certamente à unidade ter pouco tempo de inauguração e também porque houve o acompanhamento da Chefe de Enfermagem da unidade de HD durante a realização das obras, o que facilitou a distribuição do espaço de acordo com as necessidades da unidade.

Os estressores identificados nas falas da equipe de enfermagem foram voltados à falta de recursos materiais (70%) e humanos (37,5%), e também ao relacionamento interpessoal (30%), porém desta vez mais relacionado à equipe multiprofissional e entre as categorias de servidor público e terceirizados. Estes fatores geradores de tensão vão ao encontro de estudos na enfermagem, o que faz pensar que as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem da hemodiálise são equivalentes aos de outros setores fontes de estudos sobre o estresse, como unidade de terapia intensiva, emergência e oncologia.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

Resumindo, os achados deste estudo estão de acordo com as demais pesquisas que abordaram o estresse ocupacional da equipe de enfermagem, apontando a enfermagem como uma profissão desgastante e potencialmente estressante. Entretanto, pode-se afirmar que a relação interpessoal favorável entre a equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise do HUCFF ameniza o estresse ocupacional, atuando como protetor da tensão diária vivenciada pelos trabalhadores.

Os níveis de estresse e os estressores identificados nesta pesquisa servem de ponto de partida e reflexão acerca da qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, relacionada às condições de trabalho, organização do trabalho e valorização profissional. É de fundamental importância o conhecimento da existência do estresse e de seus fatores desencadeantes, assim como o investimento institucional na prevenção do estresse, contribuindo para um serviço de saúde do trabalhador presente e eficaz nas medidas intervencionistas objetivando a melhoria da saúde do trabalhador de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 154**, de 15 de junho de 2004.

ANSELMÍ, M. L.; ANGERAMI, L. S.; GOMES, E. L. R. **Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto**. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 2, n. 3, p. 44-50, 1997.

AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, M. J.; MENEZES, G. M. **Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador**, Bahia. Revista Brasileira de Enfermagem, v.43, n.3/4, p. 245-57, 1993.

ARAÚJO, T.M. et al. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem**. Revista de Saúde Pública, v. 37, p. 424-33, 2003.

AVELLAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. **Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia**. Revista Psicologia em Estudo, v.12, n.3, p. 475-81, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

ENFERMAGEM EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE

BARTRAM, T.; JOINER, T. A.; STATON, P. **Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention.** *Contemp Nurse*, v. 17, n.3, p. 293-304, 2004.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. **Estresse do enfermeiro em unidade de emergência.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.14, n. 4, p. 534-9, 2006.

BIANCHI, E.R.F. **Stress entre enfermeiros hospitalares.** [Livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem /USP, 1999.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego.** Norma regulamentadora nº 9 - Programa de prevenção de riscos ambientais. Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego.** Norma regulamentadora nº 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde. Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.12, n.1, p. 14-21, 2004.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, novembro de 1986.

CARVALHO, D.L. et al. **Enfermagem em setor fechado – estresse ocupacional.** *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 290-294, abr./jun. 2004.