

LETÍCIA MORGANA GIACOMOZZI

ESCALA DE ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM PARA O TRAUMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Mantovani

CURITIBA

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA CENTRAL – COORDENAÇÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS

Giacomozzi, Letícia Morgana

Escala de Acolhimento de Enfermagem para o Trauma/ Letícia Morgana Giacomozzi. – Curitiba, 2008.

89 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

TERMO DE APROVAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

LETÍCIA MORGANA GIACOMOZZI

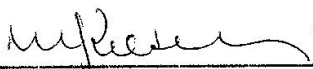
ESCALA DE ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM PARA O TRAUMA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

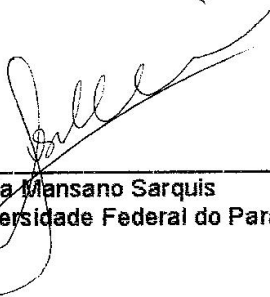
Orientadora:



Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. Dra. Maria Sumie Koizumi
Membro Titular: Universidade de São Paulo - USP



Prof. Dra. Leila Maria Mansano Sarquis
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 09 de dezembro de 2008.

EPÍGRAFE

*O paciente chega.
Percebe-se a angústia do sofrimento,
do adoecer agudamente,
a ansiedade e o medo – fantasias cruéis.
Situação incompreensível.
Medo da doença, que tem como sombra a finitude:
a morte aguda ou lenta.
Medo que faz surgir um clima de ansiedade e estresse
em todos os envolvidos desse encontro:
paciente, familiares e profissionais de saúde.*

(Por: Cláudio Jacinto Pereira Martins e
Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado sempre oportunidade e por me guiar em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Vili e Josi, a raiz de tudo isso, responsáveis pela minha formação, cúmplices da minha felicidade e da minha tristeza, do meu sucesso e do meu fracasso, incentivadores e valorizadores das conquistas e dos valores de vida.

Ao meu marido, Rodrigo, pelo amor e pela paciência divididos no dia a dia, pelo apoio e incentivo à minha carreira.

Aos meus irmãos, Clélia e Uillas, por fazerem parte da minha força e da minha alegria de viver.

A minha fiel e companheira professora **Fátima**, por ser essa pessoa tão especial e por me ensinar a cada encontro alguma coisa nova, da profissão e da vida.

Aos profissionais de enfermagem dos Hospitais de Referência do Estudo, pela amizade e pelos conhecimentos e experiências divididos comigo.

À todos àqueles que contribuíram, de alguma forma para eu estar aqui hoje.

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 O TRAUMA E SUAS REPERCUSSÕES	12
2.2 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO.....	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	29
3.4 COLETA DE DADOS.....	30
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
3.5.1 Avaliação e validação de instrumentos	33
3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	34
3.6.1 Análise Fatorial	35
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1 A AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	37
4.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.2.1 Características biossociais	40
4.2.2 Características das causas externas.....	43
4.2.3 Os sentimentos da vivência do trauma.....	50
4.2.3.1 As conseqüências do trauma	52
4.2.3.2 O mito e a morte no serviço de emergência.....	53
4.2.3.3 Anseios das alterações trazidas pelo trauma	54
4.2.3.4 Determinação do período de sofrimento.....	55
4.2.3.5 O incômodo físico e psicológico do trauma	56
4.3 A CONSTRUÇÃO DA ESCALA	57
4.3.1 Orientações gerais (sem especificidade)	61
4.3.2 Lista de ações intermediárias.....	62
4.3.3 Lista de ações intensificadas.....	62
5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	63
REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	72
ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética.....	73
APÊNDICES	74
APÊNDICE I – Descrição das etapas do estudo exploratório	75
APÊNDICE II – Convite para compor o quadro de juízes.....	78
APÊNDICE III – Instrumento de Coleta de Dados Proposto (A)	80
APÊNDICE IV – Instrumento de Coleta de Dados para especialistas.....	83
APÊNDICE V – Instrumento de Coleta de Dados Definitivo (C)	84
APÊNDICE VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Especialistas.....	87
APÊNDICE VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Vítimas.....	88
APÊNDICE VIII- Etapas desenvolvidas para análise fatorial.....	89

RESUMO

GIACOMOZZI, Letícia Morgana. **Escala de acolhimento de enfermagem para o trauma**. Curitiba, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

O impacto trazido pelo trauma é amplamente discutido no meio profissional da saúde, no Brasil. Seja pela repercussão econômica e social demandada, como pelas alterações no âmbito emocional, familiar e de trabalho da vítima de trauma. Os altos índices de morbi-mortalidade e o perfil de acometimento, o tornam um problema de cunho político e social. Entretanto, as propostas de trabalho no tema não integram o atendimento hospitalar de trauma as necessidades psicossocioemocionais da vítima. Diante disso e baseado no conceito de acolhimento, entendido como o ato de receber e escutar, o presente estudo tem por objetivo: criar um instrumento de acolhimento de enfermagem para auxiliar no atendimento à vítima de trauma, no ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida, de junho de 2007 a agosto de 2008, em três hospitais de referência para trauma, em Curitiba; dividida em duas etapas: a avaliação e validação do instrumento e a coleta, análise e avaliação dos dados. A primeira, realizada com 7 profissionais da área, através de um roteiro estruturado, contendo os itens a serem avaliados no instrumento; a segunda com 344 vítimas de trauma, entre 18 e 65 anos, conduzidas pelo SIATE à um dos três hospitais, por meio da aplicação do questionário validado, composto por três segmentos: as características biossociais, do acidente e dos sentimentos da vítima de trauma. A análise da avaliação e validação do instrumento foi realizada a partir da leitura da opinião dos profissionais e as adaptações sugeridas ocorreram nas questões em que 25% deles propôs alteração. Enquanto, na avaliação dos dados, utilizou-se uma análise descritiva os dois primeiros segmentos do instrumento e um método estatístico denominado análise fatorial, para o terceiro. Observou-se na amostra do estudo uma prevalência de indivíduos do sexo masculino (76,7%), com idade entre 21 e 30 anos (35,5%), com renda familiar inferior a 4 salários (70,6%). A análise fatorial revelou cinco fatores de relevância para o trauma, cada qual com um percentual de representatividade: as conseqüências do trauma (31,35%), o mito e a morte no serviço de emergência (21,38%), expectativa das alterações trazidas pelo trauma (17,75%), determinação do período de sofrimento (14,85%) e o incômodo físico e psicológico do trauma (14,67%). Esses fatores foram descritos e subsidiaram a criação de uma escala de acolhimento de enfermagem para trauma, a qual engloba os aspectos psicossocioemocionais da vítima no período hospitalar. Sugere-se que o instrumento de acolhimento de enfermagem seja validado e implantado concomitante à um treinamento da equipe de enfermagem, tendo em vista que o acolhimento está na postura profissional de quem o executa.

Palavras chave: enfermagem em emergência, trauma, prática profissional.

ABSTRACT

GIACOMOZZI, Letícia Morgana. **Nursing user embracement scale in trauma.** Curitiba 2008. Dissertation (Masters in Nursing) – University Federal of Paraná.

The impact brought up by trauma is widely discussed in the health field, in Brazil. Being in the economical and social repercussion of it, as well as the changes in the emotional state, family and work of the victim of trauma. The high rates of morbidity-mortality and the profile onset, turns it onto a social and politic issue. However, the proposals of work on the theme don't include trauma hospital service, the victim's psycho emotional needs. Facing that and based on the concept of user embracement, understanding it as the act of taking in and listening, the present work has as its objective: develop an instrument of user embracement in nursing to aid on the attention to victims of trauma, in the hospital environment. This is a methodological research ran from June 2007 to August 2008, which took place in three referral trauma hospitals in Curitiba. The research was made in two stages: assessment and validation of the instrument and data collection, analysis and assessment of data. The first one, made with 7 professionals from the area, through a structured script, including the items to be assessed in the instrument; the second one, made with 344 victims of trauma, between 18 to 65 years old, taken by SIATE to one of the three hospitals, through a validated questionnaire divided in three parts: bio social, accident and feeling characteristics of the victim of the trauma. The validation and assessment of the instrument were made as from the reading of the professionals' opinion and suggestions of change occurred in questions that 25% of them proposed alterations. On the data assessment was made use of descriptive analysis on the two first parts of the instrument and a statistic method named factorial analysis for the third one. It was observed on the study sample a male prevalence (76, 7%), aging between 21 to 30 years old (35, 5%), with family income under 4 minimum salary (70, 6%). The factorial analysis came up with five relevance factors for trauma: consequences of trauma (31, 35%), the myth and the death in the emergency service (21, 38%), expectations of change brought up by trauma (17, 75%), set period of suffering (14, 85%) and the physical and psychological discomfort of the trauma (14, 67%). These factors were described and subsidized the creation of a user embracement scale of nursing for trauma, which includes the psycho emotional aspects of the victim in the period in hospital. It is suggested the validation and implementation of the user embracement instrument in nursing and in the same time a training programme with the nursing team, once user embracement is on the professional attitude of who carries it out.

Key words: nursing emergency, trauma, professional practice.

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 80, voltou-se a discutir, entre os profissionais de saúde, temas como a atenção integral, participação popular e humanização dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde do Brasil. Concomitante, ocorreu grande aumento dos índices de morbi-mortalidade e internações por trauma, o que despontou destaque para a prática profissional de enfermagem nessa forma de assistência e no processo de humanização do atendimento às vítimas, de modo que esse tema é foco do presente estudo, inserido na linha de pesquisa em saúde e qualidade de vida.

O trauma é compreendido como todo e qualquer evento resultante de acidentes ou violência, que ocasiona uma interrupção no cotidiano do indivíduo acometido e causa mudanças e sofrimento, assim como demanda cuidado especial de saúde. Resulta de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais, ainda, ao ser considerado como um fenômeno complexo, polissêmico e controverso, é representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (MINAYO E SOUZA, 1998).

Co-existem, afetadas no trauma e ocultas nas discussões entre os profissionais, secretarias e políticas públicas de saúde, as dimensões física, financeira, familiar, emocional e individual da vítima (aspectos psicossocioemocionais). Essas dimensões representam importante elemento quando se discutem as conseqüências sociais desse evento, de maneira que não podem ser negligenciadas nas discussões e políticas de combate e redução do trauma.

A hospitalização no trauma é vivenciada com depressão, ansiedade, tristeza, medo, preocupação, desinformação acerca da gravidade do caso, do prognóstico, das implicações legais, econômicas e sociais do acidente. Ainda, causa desequilíbrio nas relações familiares pela perda de um ente querido, pelas dificuldades financeiras, pela sobrecarga de tarefas, inversão de papéis e obscuridade do futuro (SOUZA FILHO, XAVIER e VIEIRA, 2008).

As seqüelas geradas variam da incapacitação temporária a permanente, quando, por vezes, afetam as vítimas em sua capacidade laborativa, de auto-

cuidado e locomoção. A influência do trauma nos aspectos psicossocioemocionais das vítimas e de seus familiares, é iniciada no local do evento e estendida às unidades de emergência traumática.

Diferentes estudos são realizados sobre as temáticas do trauma e sobre o processo de humanização nos serviços de saúde e emergência. Entretanto, existe nos estudos atuais uma lacuna sobre a peculiaridade do sentimento e expectativa da vítima de trauma atendida em um serviço de Emergência.

Associado a essas conseqüências pessoais e sociais do trauma, existe ainda um aumento da demanda aos serviços de emergência, causado pela falta de resolutividade na atenção primária à saúde e pelo crescimento da violência e dos acidentes, o que leva à uma superlotação desses serviços, com queda na qualidade do atendimento e sobrecarga dos profissionais da área.

Os profissionais que atuam em emergência convivem com o sofrimento e a morte diariamente; o ideal de salvar vidas acaba ofuscado por uma prática massacrante e insalubre, na qual eles criam mecanismos próprios de defesa que se manifestam como indiferença, hostilidade, impaciência e ironia (MARTINS e BRANCO, 2003), deixando a vítima de trauma num sofrimento psicológico pelo sentimento de abandono, preocupação e descaso.

Para atender essa questão profissional e de atendimento focado para todas as necessidades dos usuários do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (2004) lança o Programa Nacional de Humanização (PNH), que tem como princípio o cuidado na multidimensionalidade do usuário do serviço de saúde no país, com enfoque para emergência no programa HumanizaSUS.

Entre os objetivos do HumanizaSUS estão os de : acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, com garantia de acesso aos demais serviços; comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência; definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004).

Um conceito chave desse programa é o acolhimento, cujo traduz-se em uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo

de produção da saúde. É 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 serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004).

Trata-se de uma ferramenta essencial, que visa intermediar os sentimentos dos profissionais e da população, criando de um ambiente confortável de trabalho e atendimento. É ampliado para interceder nas dificuldades de infra-estrutura e nas relações entre profissionais, usuários e gestores.

A ação de acolher, escutar e responder adequadamente a vítima de trauma durante seu atendimento dá destaque à atuação do profissional e influencia a recuperação do paciente. Respeita-se o sentimento do indivíduo, dentro do seu contexto e singularidade de expressões, no que é possível à sua vontade e privacidade. O acolhimento é atividade de todos os profissionais da equipe de saúde, entretanto tem destaque para a enfermagem, devido às atribuições profissionais, que dispõem maior presença e permanência no atendimento prestado e conseqüentemente maior aproximação com o usuário.

Nessa perspectiva, ser da equipe de enfermagem significa ter o trabalho centrado no ser humano, compreendendo-o e tratando-o como tal, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença dos indivíduos sob seu cuidado (BATISTA e BIANCHI, 2006).

O conceito de acolhimento é relevante para a mudança do paradigma profissional versus usuário, tendo em vista que frente ao desgastante processo de trabalho da enfermagem nos serviços de emergência, em especial de trauma, corrobora com a necessidade de integração entre as atividades profissionais, populares e de gestão nas políticas de saúde, de modo a desenvolver um atendimento resolutivo e um ambiente de trabalho satisfatório.

A resolutividade, no que se refere ao aspecto físico do trauma, está instaurada nos serviços de saúde por meio de protocolos, a fim de estabelecer rotinas e padronização das atividades. Entre eles destacam-se os de atendimento pré-hospitalar e suporte avançado de vida. Seu uso demonstra eficiência e eficácia no atendimento ao trauma físico, mas não contempla o contexto sócio-psico-cultural da vítima para um atendimento integral e de fato, acolhedor.

O esboço de um protocolo de atendimento de enfermagem no serviço de emergência e a identificação de fatores relevantes para a vítima de trauma, foram os resultados de um estudo realizado por Giacomozzi (2006) com 63 vítimas de trauma atendidas em um pronto socorro de referência em Curitiba-PR, que tinha por objetivo avaliar o impacto do trauma para a vítima no ambiente hospitalar.

A vivência, como aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e a realização desse estudo, revelaram diversos fatores relacionados ao cuidado de enfermagem no atendimento a essas vítimas, dentre os quais mereceu destaque a dificuldade da equipe em estabelecer vínculo com o paciente, dialogar e propriamente acolhê-lo junto aos seus familiares.

A partir desta constatação notou-se a necessidade de contemplar um conceito global para o conforto da vítima no ambiente hospitalar e a importância de criar um protocolo que contemplasse os aspectos psicossocioemocionais do trauma.

No intermédio da busca de parâmetros e aprofundamento no tema, somado à instauração de um processo de humanização no serviço de triagem do hospital referência para o estudo, percebeu-se que o conceito procurado era o acolhimento.

Desta forma, unindo os resultados do estudo e o propósito do serviço em atender os princípios do acolhimento, diante da amplitude deste conceito e sua íntima relação com a humanização do atendimento de emergência realizou-se uma ampliação da proposta inicial, com a pretensão de construir um instrumento. Para tal, foi realizada uma revisão da pesquisa anterior e constatou-se que era preciso estabelecer etapas para construir um instrumento válido e confiável a fim de criar um protocolo de acolhimento de enfermagem para o trauma; processo que se daria por meio de uma pesquisa metodológica.

Assim, pretendemos responder à questão: “Quais parâmetros são necessários para acolher a vítima de trauma, abrangendo suas necessidades físicas e psicossocioemocionais?”.

Neste contexto, frente à magnitude do trauma para a sociedade e a partir da necessidade da prática do acolhimento pelos profissionais de enfermagem, o presente estudo tem como objetivo:

- Criar um instrumento de acolhimento de enfermagem para auxiliar no atendimento à vítima de trauma, no ambiente hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo abordaremos os dois grandes temas relacionados ao objetivo do estudo. Trata-se de situar sob qual prisma pretendemos olhar o processo de humanização e sua relação com as práticas em saúde. Buscamos trabalhar no espectro do trauma e suas vítimas e do processo de humanização dentro dos princípios do acolhimento.

O trauma é abordado devido ao seu grau de importância no perfil de morbimortalidade da população e por ser responsável por boa parte dos atendimentos e internações hospitalares do país. Junto a ele, a vítima, que demanda um atendimento com características peculiares de cuidado, em situações de emergência.

A humanização aqui colocada refere-se à tentativa de integrar a realidade dos serviços de saúde à de seus usuários, por meio do processo de acolhimento. Implica na atitude profissional no cenário da emergência e amplia a dimensão e coresponsabilização entre os profissionais de saúde e usuários.

2.1 O TRAUMA E SUAS REPERCUSSÕES

O aumento da frota de veículos, da expectativa de vida da população e do estresse dos trabalhadores somado à formação de complexos centros urbanos foi acompanhado pelo aumento da morbimortalidade trazida pelo trauma, levando à necessidade de implementar formas de combater este agravo (MALVESTIO e SOUSA, 2002).

A grande intensidade e magnitude da violência social no Brasil expressa, sem precedentes, índices maiores do que aqueles observados em países em situação de guerra, refletindo nos indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais (SOUZA e LIMA, 2006).

O trauma corresponde aos acidentes e violências descritos na Classificação Internacional das Doenças – CID, sob a denominação de causas externas, as quais são definidas como ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais

como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos (BRASIL, 2002; 2005).

"Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Quanto à natureza da lesão, tais eventos e/ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros" (BRASIL, 1987, p. 08)".

São resultantes de ações e omissões e reflexos de diferentes contextos sociais humanos. Sua realização pode ser por indivíduos, grupos, classes ou nações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (BRASIL, 2006).

Há diversas formas de expressão dos acidentes e da violência. Os acidentes podem ser de trabalho, transporte ou quedas. Enquanto a violência se resume a agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

O acidente é definido por Souza, Minayo e Malaquias (2005) como um evento não-intencional, evitável e causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer.

O custo demandado para a sociedade, bem como para os indivíduos pelos acidentes e violências são altos e envolvem os aspectos emocionais e sociais e os aparatos de segurança pública. As perdas pessoais vão de danos mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas e suas famílias à dias de ausência do trabalho, anos de produtividade ou de vida perdidos. As perdas sociais e do sistema de saúde agregam o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação das vítimas de acidentes ou violências (MINAYO, 2005).

Para a autora, as causas do trauma precisam ser analisadas em seus componentes sócio-históricos, econômicos, culturais e subjetivos, mas independente disso, suas conseqüências afetam a saúde individual e coletiva e os serviços do setor, que passam a atender vítimas de lesões, traumas físicos e emocionais.

O trauma tem assumido proporções alarmantes nos índices de morbimortalidade na população jovem brasileira. Esta doença é a primeira causa de morte em pessoas entre 20 e 40 anos de idade, e os óbitos decorrentes deste problema são a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, causando cifras alarmantes ao impacto negativo para a economia da nação, pela perda da capacidade produtiva e com a recuperação da vítima (RÉA NETO et al, 1998; SILVA et al, 2003).

A partir da década de 80, passou a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Em 2002, representava 15% dos óbitos registrados no País, sendo a primeira causa nas faixas etárias de 5 a 49 anos (BRASIL, 2002).

Traçando um paralelo da mortalidade geral no Brasil, em 2005, e o percentual causado pelas causas externas, notamos que das 1.006.827 mortes, 12,67% foram resultantes dos acidentes e violência. No Sul do país, esse percentual representou 12,07%, enquanto, mais especificamente em Curitiba, o índice de mortalidade por trauma teve um impacto de 15,01% sobre a taxa de mortalidade geral, enquanto as doenças do aparelho circulatório perfizeram 28,20% e as neoplasias, 14,64% (BRASIL, 2008).

Porquanto, vários estudos têm sido feitos no país e mostrado a distribuição desigual da violência, que oferece riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social. Ademais, as taxas de mortes violentas só refletem a ponta de um enorme *iceberg* cuja magnitude dos eventos não letais (morbidade) é ainda muito maior, mesmo se considerando a existência de sub-registros (SOUZA e LIMA, 2006).

Atualmente, estudos mostram que há diferenças na população acometida por trauma. Sabe-se que é composta, em sua maioria por homens, entre 20 e 24 anos, de classe e escolaridade baixas. Este perfil levantado e a expectativa média de vida da população brasileira instigaram o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE a estimar detalhadamente o número de mortes por causas externas, a fim de determinar o impacto social causado por esses eventos (IBGE, 2008).

A taxa de mortalidade explicita essa diferença de acometimento pelas causas externas, pois ao comparar o índice de mortalidade geral, observamos que apenas 57,83% dos óbitos ocorrem em pessoas do sexo masculino, enquanto no índice de mortalidade por causas externas este número corresponde a 83,56% (BRASIL, 2008).

Em 2007, houve 11.299.863 internações no país. Destas, 830.428 (7,35%) ocorreram em função de traumas. No Paraná, este número chegou a 54981, sendo 14371 em Curitiba. Nestes internamentos por causas externas, vítimas do sexo masculino perfizeram 70,04% do total. Ainda, na faixa etária entre 20 e 64 anos, representavam 74,63% desses internamentos (BRASIL, 2008).

Inclusos nesse cenário, os acidentes por armas de fogo, armas brancas e os acidentes de trânsito, têm se destacado e assumindo uma amplitude cada vez maior (FEIJÓ e PORTELA, 2001).

Tanto no mundo como aqui no País, os óbitos infligidos por outros ou auto-infligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva. Em 2000, 693.961 pessoas foram atendidas em hospitais do país por lesões e traumas, ficando em 7º lugar no *ranking* das internações. O custo médio do tratamento destas pessoas foi de R\$ 506,52 (quinhentos e seis reais e cinquenta e dois centavos), bem acima do R\$ 403,38 (quatrocentos e três reais e trinta e oito centavos), que correspondem ao custo médio das internações em geral. Cerca de 1.118.651 pessoas morreram por essas causas de 1991 a 2000. Dessas, 369.068 pessoas foram a óbito por homicídios; 62.480, por suicídio e 309.212, por acidentes e violências no trânsito e nos transportes (MINAYO, 2005).

Curitiba se destaca por ter o custo mais alto de internação por acidente, entre as capitais. Este custo tem média de R\$ 1.324,85 (SOUZA, MINAYO e MALAQUIAS, 2005).

Na busca de reduzir estes índices e frente à necessidade de elaborar estratégias bem fundamentadas para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de eventos determinados por causas externas, consideramos que orientações de prevenção ao trauma devam ser realizadas ainda no período hospitalar, tornando-se necessário investir em três aspectos: a) sensibilização/capacitação dos profissionais de emergência para a importância do reconhecimento e da atuação nestas situações; b) criação de rotinas institucionais

diante dos casos violência, atribuindo responsabilidades e ações para os profissionais da equipe de saúde, a fim de que os devidos encaminhamentos sejam realizados; c) articulação de "listas de referência" de instituições, serviços, organizações governamentais e não-governamentais que possam receber os encaminhamentos para os casos atendidos na emergência, integrando uma rede de prevenção; e, d) melhoria do registro hospitalar a fim de poder subsidiar o planejamento de ações futuras (DESLANDES, 1999).

Ainda, a prevenção ao trauma impõe dois grandes esforços: o de superar a noção de "fatalidade" e "inevitabilidade" que envolve o senso comum da visão sobre o problema; e o de transpor a noção da violência como "um problema do social" (DESLANDES, 1999).

No intermédio dos índices e custos do trauma e do atendimento e prevenção ao mesmo, encontram-se as vítimas deste agravo de saúde, quando qualquer abordagem em relação ao tema se reporta à ampliação de uma doença para uma população específica, composta por indivíduos jovens e em fase altamente produtiva (MINAYO, 2005), ultrapassando os limites pessoais e profissionais.

Estudos de distribuição, frequência e determinantes dos agravos à saúde causados por causas externas são de grande importância para o reconhecimento da realidade social vivida e implementação de políticas públicas de controle e prevenção (MESQUITA FILHO e MELLO-JORGE, 2007). Entretanto, pouco se sabe das características das situações e vítimas de causas externas, e são restritos os estudos que englobem o processo de humanização e o trabalho dos profissionais de emergência.

Não obstante, o impacto do trauma para as vítimas não pode ser medido apenas nos custos financeiros ou dentro dos aspectos físicos. O trauma causa impactos emocionais importantes, que devem ser contemplados no atendimento de emergência, tendo em vista que é um agravo de saúde que ocorre inesperadamente, surgindo como uma ruptura do cotidiano e solicitando, inconscientemente, uma revisão dos valores de vida; e que, reflete sobre o paciente, criando um duelo entre o antes e o depois da experiência traumática, pois vivenciá-lo vai além do limites do susto ao atendimento hospitalar.

É comum a desorganização completa de idéias e a insegurança acerca de si e dos outros, pela mudança repentina de situação de saúde e vida, independente de sua causa (OMAN, KOZIOL-McLAIN e SCHEETZ, 2003).

A vítima de trauma chega ao pronto socorro numa mescla de sentimentos. Entre a dor, a ansiedade e o medo, estão implícitos o adoecimento agudo e o risco de morte. No pronto socorro, o ambiente é frio, hostil, com sons de gemidos, choros, gritos, bips metálicos, conversas e risos (MARTINS e BRANCO, 2003), fatores que corroboram com a desolação da vítima.

As expectativas geradas nas vítimas de trauma pela demora no atendimento, uso de aparatos tecnológicos e movimentos secundários ao seu redor, são sentimentos de tortura e desamparo, abandono, hostilidade, distância, impessoalidade e solidão; diferentemente da solidariedade e proteção configurados no atendimento pré-hospitalar (DIAS, 2004). Além disso, o receio da morte e de seqüelas permanentes causam estresse e preocupação durante sua estadia ali.

2.2 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

Atualmente, a reflexão sobre a qualidade dos atendimentos prestados aos usuários, nas diversas áreas, tem levado à formulação de propostas de humanização dos serviços de saúde e ocupa considerável espaço nas discussões dos profissionais nos serviços de saúde ao tratarem sobre o novo Modelo de Atenção (CALIL e PARANHOS, 2007).

Este modelo centra-se em relações de contrato entre três atores principais: os usuários, os profissionais e os gestores em saúde. Trata-se de mudanças nas questões políticas que acontecem nos processos de produzir cuidado e no estabelecimento de acordos e controles pelos atores em cena, para resolver determinadas situações (MERHY et al, 2006).

Da reivindicação de humanização do atendimento, por parte dos movimentos sociais e associações de defesa de direitos de pacientes, sobretudo aquelas de certos grupos mais vulneráveis e/ou organizados, parte um processo mais amplo de democratização do Estado e da sociedade no Brasil e várias propostas são ordenadas pelo Ministério da Saúde no intuito de melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e instaurar uma política de humanização dos usuários e profissionais (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

Podemos dizer que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente com laços de cidadania, de um modo a olhar cada sujeito em sua especificidade e sua história de vida, mas também percebê-lo como sujeito de um coletivo e da história de muitas vidas (MOTA, MARTINS e VERAS, 2006).

O conceito de humanização surge como um princípio interligado aos direitos humanos individuais e sociais de pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos do sistema de saúde. A idéia é de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais (VAITSMAN e ANDRADE, 2005), sendo que recolocar na agenda da saúde o tema significa reativar o movimento constituinte do SUS (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. No entanto, não basta defender o caráter

específico e concreto das práticas de humanização, pois tomá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência a compartimentalização e isolamento das ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências. Daí a difícil questão: qual o sentido de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, o que a tornaria ampla e genérica, nem abstrata porque fora das singularidades da experiência, nem que aceite a compartimentalização, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde? (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 563).

Há diferentes interpretações sobre o tema, pois a humanização está relacionada aos direitos humanos e remete às singularidades dos sujeitos, valorizando suas diferenças no processo de produção de saúde (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). Abrange as questões de infra-estrutura, de pessoal, de processos de trabalho e relacionamentos (CALIL e PARANOS, 2007).

Pode ser confundida com ações de voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo ao tecnicismo, quando é vista como uma seqüência de ações fragmentadas, numa imprecisão e fragilidade do conceito. Para a humanização ganhar força é necessário que dê direção a um processo de mudança que possa responder a anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, impondo o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

A Política Nacional de Humanização (PNH) busca, então, consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2006). Na qualificação do SUS, a humanização não é apenas mais um Programa a ser aplicado nos serviços de saúde, mas uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Desta forma, deve ser transversal e atualizadora de um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Supõe ultrapassar as fronteiras, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Dentro do PNH, existem vertentes como o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e o Programa HumanizaSUS. O GTH foi criado com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de

saúde. Pode ser instituído em qualquer instância do SUS e ser composto por qualquer indivíduo com interesse em discutir sobre saúde, no âmbito dos serviços prestados, da dinâmica das equipes de trabalho e das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema.

Trata-se de um movimento, inserido no cotidiano do trabalho, para a reflexão coletiva onde todos tenham o direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão (BRASIL, 2006); e com isso construir uma nova forma de discutir e incluir-se nos movimentos de saúde.

O Programa HumanizaSUS é uma ferramenta do PNH para multiplicar sua proposta e disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde. Apresenta-se como uma política construída a partir de experiências concretas, a qual se pretende multiplicar (BRASIL, 2004).

Esta proposta tem diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do “cuidar do cuidador”, a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde. Esses se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras. Resgata e implica na adoção de princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social (FORTES, 2004).

O processo de humanização deve compreender os contextos culturais e sociopolíticos dos cidadãos envolvidos, sendo que sua idéia central é o respeito pelas pessoas e equidade em saúde, buscando fugir do enfoque mecanicista e simplificado de apreender o cuidado e a pessoa humana, como partes/fragmentos (ERDMANN, SOUSA, BACKES e MELLO, 2007).

Ao estudar a percepção do cuidado sob a visão de enfermeiros assistenciais, as autoras referem uma categoria maior denominada “Construindo o sistema complexo de cuidado”, a qual:

...retrata um processo social, institucional, profissional e pessoal dinâmico e gradual que demanda tempo, atitude, comportamento e um esforço incansável dos profissionais na busca de novas formas

de ação/interação, isto é, na busca do novo a partir daquilo que existe, do real. O novo, nessa perspectiva, só pode ser idealizado e perseguido a partir do velho, da consciência crítica da realidade e da vivência de subjetividades com capacidades e vontade de configurar um novo espaço. [...] muitos profissionais da saúde [...] refletem no fenômeno Construindo um sistema complexo de cuidados, um novo significado e/ou visualizam novas possibilidades de enfrentamento das práticas em saúde (p.14).

Em uma pesquisa realizada com 18 enfermeiros acerca do cuidado humanizado Barbosa e Silva (2007), verificaram que esses consideram que para colocar em prática a teoria da humanização existem dois principais fatores envolvidos: comunicação e normas e rotinas hospitalares. A comunicação é destacada como fator contribuinte de modo que possibilita melhor relacionamento interpessoal, contribuindo no cuidado apropriado e humanizado. Com relação às normas hospitalares, observaram que há necessidade de flexibilização das mesmas de acordo com as necessidades de cada caso, ainda que seja difícil padronizar as ações das enfermeiras quanto a isso.

Quando questionados que sugestões dariam para um cuidado mais humanizado para os usuários, mencionaram vários aspectos que foram agrupados em duas grandes categorias: uma relacionada a aspectos pertinentes e de responsabilidade da instituição e outra relativa aos trabalhadores propriamente ditos. Na categoria relativa aos aspectos pertinentes à instituição de saúde destaca-se a educação continuada oferecida aos trabalhadores de saúde, buscando a sensibilização dos mesmos para esta temática e, conseqüentemente, para a mudança ou fortalecimento do comportamento desejado no atendimento ao paciente. A instituição já foi mencionada anteriormente, mas aparece em destaque novamente, devido sua relevância; e também está vinculado ao compromisso do trabalhador de saúde que deve aderir a este processo (BARBOSA e SILVA, 2007).

Nesta categoria são citadas ainda, a valorização do trabalhador do hospital pelas chefias, coordenações e direções; um aumento no número de trabalhadores de enfermagem (apesar de referirem anteriormente não se sentirem sobrecarregados no trabalho); melhoria nos recursos materiais para prestação de um cuidado qualificado; mais tempo para o cuidado direto (citado pelos enfermeiros); flexibilização de algumas rotinas rígidas de enfermagem; uma melhor remuneração

e incentivo e apoio para um relacionamento interpessoal entre os trabalhadores que contribua para a humanização do atendimento.

Também elencaram aspectos objetivos relacionados diretamente aos usuários de saúde: música ambiental nos quartos e som nos corredores; liberação de acompanhantes para usuários em áreas críticas; o atendimento de psicólogos e assistentes sociais; diminuição do tempo de internação e espera para as consultas ambulatoriais e áreas de permanência para acompanhantes e usuários que podem se deslocar do quarto.

Pode-se evidenciar que os aspectos mencionados pelos trabalhadores para a prestação de um cuidado humanizado são amplos, complexos, mas precisam ser assumidos, tanto pela instituição como pelos trabalhadores, como factíveis de serem alcançados, desde que haja, a partir deste diagnóstico, a elaboração de um planejamento no sentido de superar as dificuldades apontadas neste estudo.

Ainda nesta perspectiva, Pinheiro et al (2005), identificaram a tentativa de um processo de humanização, baseado na percepção de novas possibilidades de realizar as práticas de saúde; considerou-se que o cuidado humano deve ser resgatado, pois esse é visto como ética mínima e universal, surgindo da consciência coletiva, em momentos críticos. Ao se cuidar do outro, passa-se a respeitá-lo e a vê-lo na sua individualidade, sendo imprescindível o conhecimento acerca da ética e da moral, princípios que propiciam uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual

Na busca pela humanização, é necessário constituir um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando o trabalhador de saúde e o paciente e seus familiares como cidadãos. Este universo deve focalizar-se no diálogo, no respeito e na solidariedade para todos os envolvidos na assistência hospitalar (BECK et al, 2007).

Atualmente, busca-se na enfermagem, a realização de atividades baseadas em princípios do cuidado humanizado, em especial, no ambiente hospitalar, sendo que o instrumento essencial e de referência para o cuidado humanizado, base do processo de humanização proposto pelo Ministério da Saúde é o acolhimento.

O acolhimento tem como propósito preencher as lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde pública no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos mesmos (BRASIL, 2006).

Dentre os sinônimos da palavra estão: acolhida, acolhança, recepção, recebimento; guarida, asilo, abrigo, refúgio. Enquanto acolher significa recolher, agasalhar, asilar, hospedar, admitir; deferir, atender, receber, escutar (BARBOSA, 1999). Destacando-se os de receber e escutar, na perspectiva de que isso é para todos os envolvidos no processo de saúde.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada numa forma de recepção administrativa e ambiente confortável ou como triagem e encaminhamento, sem abranger os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2004).

Na verdade, essa percepção do acolhimento desumaniza todo o processo nos serviços de saúde, para os usuários e para os profissionais. A centralização permanece na doença e não no contexto de vida; mantém-se a falta de priorização de atendimentos e urgências e a não inclusão dos saberes dos usuários sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Ainda, os profissionais trabalham restritamente com a busca de resultados por produção e não por qualidade, a exaustão pelas atividades, a falta de estímulo, menor capacitação técnica e falta de atualização (BRASIL, 2006).

É preciso restabelecer o princípio da universalidade do acesso, que refere a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde; assim como a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Deste modo, também, é importante acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde por demanda espontânea. (BRASIL, 2006).

Falar de acolhimento nos serviços de saúde implica em diferenciar a forma da qual estamos nos referindo, já que por vezes é entendido como uma atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais (BRASIL, 2006). Para o Ministério da Saúde (2004), acolher na perspectiva de mudança na relação profissional x usuário x gestores significa operar os processos de trabalho em saúde de modo que:

...se possa atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e

responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004, p.05).

Neste contexto, cabe ao profissional escutar a queixa, medos e expectativas do usuário, para identificar riscos e vulnerabilidade, responsabilizando o próprio usuário e os outros elementos por parte de seu problema, pactuando ações entre os envolvidos e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda (BRASIL, 2004).

A adoção das práticas de acolhimento permite uma melhora na relação dos elementos co-responsáveis pelo processo de saúde da população, baseada na confiança e no compromisso dos envolvidos, dentro das diretrizes ética/estética/política do PNH: ética no compromisso com o outro, acolhendo-o em suas necessidades e singularidades; estética porque contribui para a melhora da vida, do viver e da humanidade; e política pela implicação no compromisso coletivo de envolver-se (BRASIL, 2006).

Ao estudarem cinco centros que optaram por adotar o acolhimento no seu processo de trabalho, Takemoto e Silva (2007) perceberam que os profissionais viam esta modalidade de atendimento como uma nova atividade oferecida à população. Apenas em uma delas, o acolhimento era considerado uma forma diferente de postura ou atitude diante do usuário e de suas necessidades. De maneira geral, ele foi julgado como um “consolo e triagem”.

Nos resultados encontrados nesse estudo, observou-se que o acolhimento era feito como atividade isolada, pertencente aos auxiliares de enfermagem, na forma de acolto à população não atendida, com descentralização do atendimento em relação à consulta médica.

Nesta perspectiva, se faz necessário discernir acolhimento da postura paternalista adotada por alguns profissionais de saúde, sendo que o compromisso deve ser ação de todos e centro de atenções, com autonomia e compartilhamento de conhecimento e necessidades.

Atualmente, o acolhimento nos serviços de emergência centra-se na avaliação e classificação de risco, propostas pelo Ministério da Saúde (2004).

Contudo, esta forma de acolher assemelha-se ao processo de triagem, que se mal interpretada, manterá as lacunas do atendimento em saúde. Porquanto, ele deveria, dentro das prerrogativas do PNH, guiar as formas de organizar o processo de trabalho, garantir o acesso e ampliação da demanda, as transformações no trabalho da enfermagem e a adoção da humanização nas práticas do cuidado.

O acolhimento pode resultar numa resignificação com novas possibilidades para o cotidiano do trabalho da enfermagem, conferindo satisfação e um novo significado à prática (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

Neste intermédio, a integralidade também é elemento formador do processo de humanização. Desde as premissas da formação do Sistema Único de Saúde, fala-se de atendimento integral, pactuação de ações, atenção integrada e participação popular para os serviços de saúde.

O termo integralidade é símbolo do movimento sanitário. Expressa um desejo do sistema de saúde e das práticas contrapondo as características vigentes (ou predominantes) (MATTOS, 2004); reporta-se às ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, dentro da dinâmica do processo saúde-doença, apropriando as intervenções de acordo com os diferentes momentos de sua evolução, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (CAMPOS, 2003).

No que concerne à contraposição da integralidade, a subdivisão das profissões de saúde em especialidades têm significativa relevância. Os cuidados holísticos, que contemplem os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais dos usuários do sistema de saúde são um ideal a ser atingido pela sociedade, tendo em vista a fragmentação histórica do cuidado em saúde.

Para conseguir a adequação do conceito de integralidade, o primeiro passo a seguir é reestruturar a forma como os estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham, nos níveis institucionais, de organização e na prática dos profissionais (CAMPOS, 2003).

De acordo com Merhy et al (2006), a integralidade inicia-se pela organização do processo de trabalho, com foco para assistência multiprofissional, com diretrizes como acolhimento e vínculo de clientela.

Tendo em vista sua contribuição no processo de humanização, a integralidade também tem como primórdio a garantia de acesso dos usuários aos

diversos níveis de atenção de saúde. Eles são encarados como indivíduos com dimensões biológica, psicológica e social, devendo o atendimento abrangê-las de forma totalizadora; nos mesmos princípios que a teoria holística (CAMPOS, 2003).

A integralidade refere-se ainda ao relacionamento profissional x usuário como determinante no atendimento dos indivíduos e coletividades. Ressalta-se o fato de que o atendimento integral não pode ser exclusivo às relações existentes nos sistemas de atenção primária à saúde, mas deve estender-se a todos os níveis de complexidade (CAMPOS, 2003).

Não se trata de uma atividade em si, mas de um conteúdo de atividades assistenciais, que consistem na busca de satisfazer e atender às necessidades de saúde dos usuários, por meio de encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial, concretizando o acolhimento por uma escuta qualificada e capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço (TAKEMOTO e SILVA, 2007; BRASIL, 2004).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

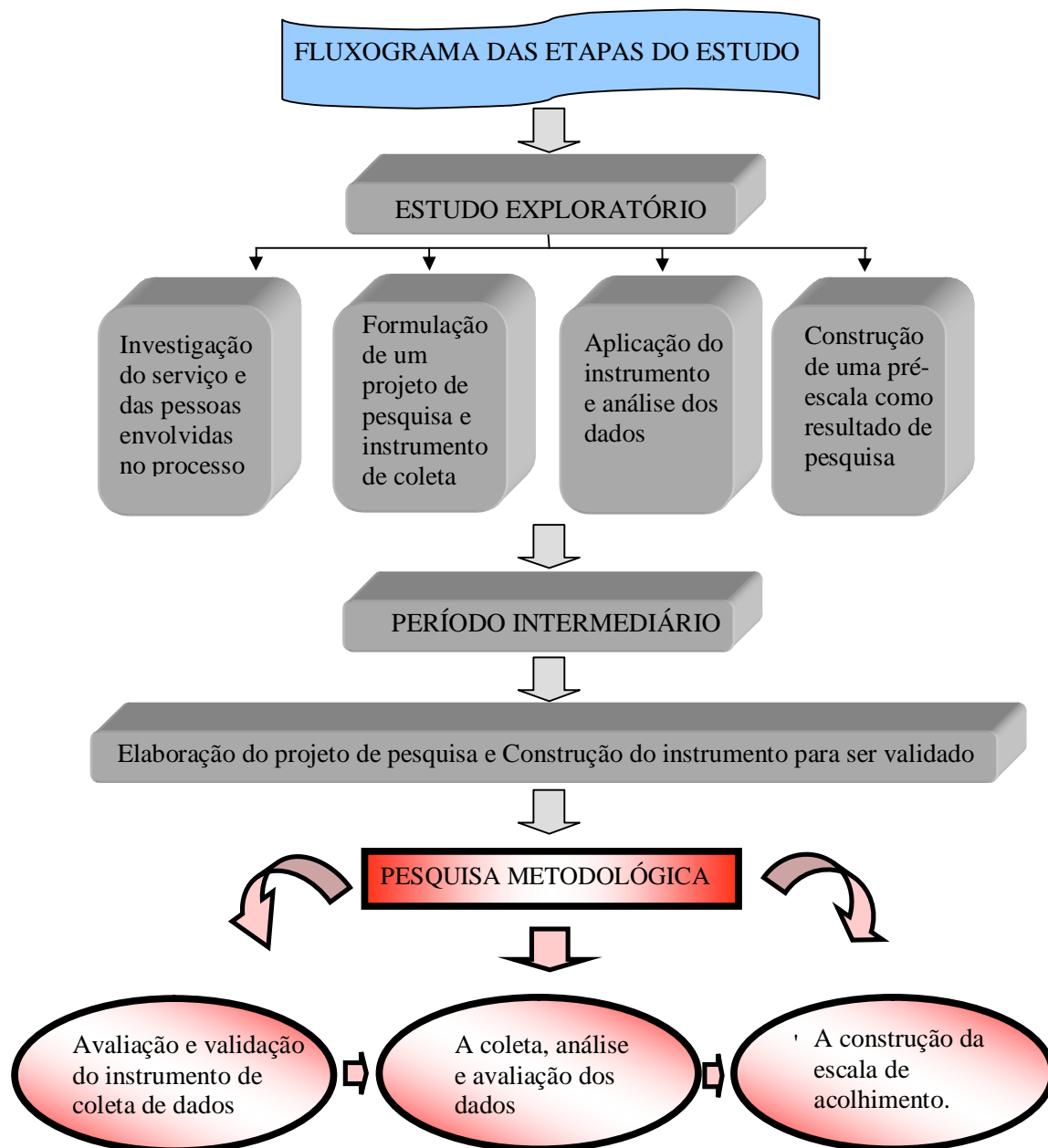
A pesquisa é de natureza quantitativa-metodológica. Pesquisas quantitativas caracterizam-se pelo uso de quantificação na coleta de dados e no tratamento deles, por meio de técnicas estatísticas. Representam a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, garantindo um limiar de segurança naquilo que é encontrado (RICHARDSON, 1999).

Pesquisas metodológicas são estudos que se referem a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenções da realidade, fornecendo caminhos, formas, meios e procedimentos para chegar a determinado fim. Tem como principal contribuição indicar e estabelecer critérios para estudos posteriores, com a criação de fluxogramas, lista de passos ou considerações que devem ser respeitadas (TOBAR e YALOUR, 2001).

Podemos afirmar que a pesquisa quantitativa se adéqua ao modelo de pesquisa metodológica, por não abranger um grupo específico, mas um grupo de indivíduos mais amplo e geral. Na elaboração de uma pesquisa metodológica as questões do instrumento de coleta de dados não podem ser emprestadas ou adaptadas, mas construídas, pois constituirão a base de novos estudos.

Este estudo teve sua trajetória dividida em dois grandes momentos: o estudo descritivo-exploratório e o estudo metodológico. O descritivo-exploratório foi realizado em 2006 e teve resultou em um modelo de escala para o atendimento de enfermagem no serviço de emergência traumática (Apêndice I). O presente, uma pesquisa metodológica, executada em 2007/2008, teve duas etapas: a avaliação e validação do instrumento de coleta de dados e a coleta, análise e avaliação dos dados.

Figura 1 - Fluxograma das etapas do estudo



3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado, de junho de 2007 a agosto de 2008, nos Prontos Socorros de três Hospitais de Referência para atendimento ao Trauma, no município de Curitiba – PR.

O Hospital do Trabalhador foi assim denominado em 1997, por ser o hospital de referência para atendimentos de acidentes de trabalho. Em 1998 inaugurou-se o “Serviço de Trauma e Emergência” com o início do funcionamento do Pronto Socorro, sendo cadastrado no ano seguinte como Hospital de referência da Rede Estadual de Urgência e Emergência do Paraná. Atualmente, dispõe de 176 leitos para internações, dentre os quais 56 são de trauma e cirurgia adultos e 08 de observação da emergência, ainda 12 leitos de UTI de trauma adulto e infantil (SEM AUTOR, 2007).

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba teve início em 1959, sendo um Hospital Geral de alta complexidade, com 554 leitos, com 397 SUS, 110 convênios e 47 UTIs. É referência no atendimento de Urgência/Emergência, e seu Pronto-Socorro atende 50% das emergências ocorridas na região metropolitana (SEM AUTOR, 2007).

O Hospital Universitário Cajuru é um hospital geral que atende todas as especialidades médicas e dispõe do maior pronto-socorro do Paraná. Possui 300 leitos, sendo 20 leitos de Terapia Intensiva (UTI) e 9 leitos de cuidados intermediário (SEM AUTOR, 2007).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para avaliação e validação do instrumento A¹, a amostra foi composta por 06 enfermeiras e 01 psicólogo, atuantes na prática assistencial ou pesquisas nas áreas de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e Trauma. O psicólogo foi incluído em função do instrumento de coleta de dados ter um segmento composto por variáveis no modelo da escala de Lickert, que é uma escala sócio-psicológica.

¹ O instrumento A refere-se àquele formulado com base na escala de impacto do trauma (resultado do estudo exploratório) para validação com os juízes;

O instrumento B é aquele destinado a conduzir os juízes na avaliação e validação do instrumento A;

O instrumento C é aquele resultante da avaliação e validação pelos juízes e do teste piloto.

A seleção dos juízes baseou-se na busca de profissionais que atuassem a um ou mais na prática assistencial ou de pesquisa na área estudada. Definir os juízes de validação de conteúdo constitui-se uma árdua tarefa, que deve responder ao questionamento: “quem são os profissionais expertos?”, pois não existe um acordo na literatura de que somente profissionais com pós-graduação podem ser considerados especialistas; ainda, porque nas publicações encontramos estudos de validação de conteúdo diagnóstico que utilizam uma variedade de critérios para definir suas amostras (LEVIN apud GALDEANO E ROSSI, 2006).

Para compor a segunda amostra foram incluídos adultos entre 18 e 65 anos, atendidos nos Prontos Socorros, trazidos pelo Sistema Integrado de Atendimento de Emergência (SIATE), vítimas de acidentes de trabalho, trânsito, quedas ou agressão, que estavam aptos e aceitaram participar do estudo. Para tal, considerou-se apto aquele indivíduo que não apresentava grau elevado de dor, imobilidade física e alteração emocional ou de humor.

Em função de a análise ser procedida por um método estatístico que utiliza como parâmetro para significância da amostra um número de sujeitos 50 vezes maior que o número de variáveis e tendo em vista que o instrumento é composto por 13 variáveis/perguntas, pretende-se entrevistar 650 sujeitos nas três instituições, a fim de abranger todos os tipos de trauma e regiões da cidade. Entretanto, pela diminuição do fluxo de pacientes resultante da Lei Seca implantada no período de coleta e pela restrição no tempo da mesma (janeiro a julho de 2008), a amostra resultou com 344 sujeitos.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com profissionais da área de saúde, no período de julho a dezembro de 2007, por meio do convite via correio eletrônico (Apêndice II), envio do instrumento de coleta de dados A, junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao instrumento de coleta de dados B, contendo os itens a serem avaliados.

Anterior a coleta de dados com os especialistas, foram cumpridas algumas etapas que permitiram a formulação de um instrumento que contemplasse as questões do acolhimento, que foram:

- 1- Avaliação da escala construída no estudo exploratório;
- 2- Identificação e contemplação de um tema global para o estudo;
- 3- Elaboração de um projeto de pesquisa, para realização da investigação do tema;

- 4- Formulação de um instrumento, no modelo de Escala de Lickert, para sua avaliação e validação por um quadro de juízes expertos. Os dados pessoais e do acidente também seriam avaliados, mas não como foco principal dos juízes.

A escala tipo Lickert é um instrumento com formato de resposta fixa, expressa por um número com respostas alternativas. É constituída por afirmações declaratórias que expressam um ponto de vista sobre o assunto, indicando o grau de concordância e discordância da opinião expressa pela afirmação. Trata-se de uma escala sócio-psicológica que se populariza nas pesquisas para medir diferentes atitudes, medos, motivos, percepções e necessidades (MARCONI e LAKATOS, 2005; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2005). Este modelo de escala é adequado para os estudos de (co) relação, nos quais as respostas devem ser quantificadas/numéricas a fim de permitir a utilização de processos estatísticos para análise (RICHARDSON, 1999).

Para a segunda população do estudo (vítimas de trauma) a aplicação do instrumento C foi realizada por meio de entrevistas feitas pelo pesquisador e três bolsistas, participantes de um grupo de pesquisa.

A entrevista é definida por Marconi e Lakatos (2005) como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações sobre um assunto específico, mediante uma conversação profissional. É uma conversa efetuada face a face, de maneira metódica, sendo um forte instrumento de trabalho nos campos das ciências sociais e outros setores de atividade.

Há diferentes tipos de entrevista. Neste foi utilizada a do tipo padronizada/estruturada, ou seja, é aquela em que o entrevistador tem um roteiro estabelecido com questões determinadas e iguais para todos os entrevistados. Dentre as vantagens da entrevista, o fato dela permitir que os dados sejam quantificados e submetidos à análise estatística confirmam sua adequação para a coleta de dados (MARCONI e LAKATOS, 2005).

O treinamento das bolsistas foi realizado com base nas respostas obtidas durante o teste piloto, no qual foram listadas dicas de abordagem e descritos os

objetivos e importância de cada variável do instrumento. Posteriormente, os primeiros instrumentos coletados pelas bolsistas foram avaliados e corrigidos.

Para a entrevista, os indivíduos foram recrutados e foi lhes garantida a individualidade e confidencialidade das informações, sendo que só foram entrevistados após estabilização dos sinais e sintomas e concordarem em responder o instrumento.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nesta etapa foram utilizados o instrumento de coleta de dados A e o instrumento de coleta de dados B. O primeiro, um roteiro estruturado, proposto pelo pesquisador (Apêndice III), com 40 perguntas. O segundo, um questionário que continha os itens a serem avaliados pelos profissionais (Apêndice IV), composto pela solicitação de adequação ou modificação quanto aos seguintes itens: suficiência para atender os objetivos do estudo, clareza de linguagem e entendimento, relação com os objetivos, adequação do modelo de questionário ao tipo de pesquisa, exclusão de algum item que não está relacionado adequadamente ao tema, inclusão de alguma questão não abordada e sugestões para classes e questões utilizadas.

O instrumento A, resultou da análise da escala de impacto do trauma para a vítima considerando aspectos relativos ao acolhimento como: relação usuário x profissional, escuta e resposta.

Como base, foi utilizada a escala construída na fase exploratória. Notou-se que havia necessidade de criar outro instrumento para ser validado e, posteriormente, realizada uma nova coleta de dados, da qual sairiam subsídios para uma escala de trauma de enfermagem, englobando as questões do acolhimento (não identificadas no estudo exploratório).

Para aplicação à população alvo do estudo, foi utilizado o terceiro instrumento C (Apêndice V), que é um roteiro estruturado definitivo, resultante da análise da avaliação do instrumento A, no qual houve estabelecimento de critérios para aceitação ou não das críticas, tornando-o válido após a reformulação baseada na avaliação dos juízes. Este terceiro instrumento manteve as características do

primeiro, sendo apenas modificadas algumas categorias dentro de cada questão e incluídas/excluídas outras consideradas relevante/irrelevantes.

Desta forma foi realizado um teste piloto do instrumento de coleta de dados para que se tornasse confiável no contexto a ser aplicado. Assim, houve mais uma reformulação, com base no teste, antes da aplicação à população pretendida.

3.5.1 Avaliação e validação de instrumentos

No desenvolvimento de estudos metodológicos existe a possibilidade do resultado ou instrumento de coleta de dados não ser confiável e/ou válido pela possibilidade de apresentarem tendenciosidade. A tendenciosidade altera o resultado e corresponde à propensão de alguns indivíduos de interpretarem mal suas atitudes, fornecendo respostas coerentes com as visões sociais dominantes (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

A confiabilidade do instrumento se obtém quando os dados representam o valor real de uma variável que se pretende medir e quando os dados obtidos são iguais ao serem aplicados aos sujeitos em diferentes momentos. Significa a exatidão, consistência e estabilidade da medição. A validade é o grau que o instrumento consegue medir. Para tal, é necessário definir corretamente as variáveis antes de construir o instrumento para que apenas elas sejam medidas, sendo recomendável a revisão do mesmo antes de aplicá-lo (conforme realizado no estudo exploratório).

A validade de conteúdo representa a construção como um todo ou o domínio de um dado construto. Durante o desenvolvimento de um instrumento de coleta de dados, o pesquisador se preocupa com a representatividade das questões e medidas sobre o tema a ser estudado. Após identificação dos conceitos e dimensão de seus componentes, as questões são formuladas e submetidas a um grupo de juízes considerados especialistas nos conceitos. O objetivo deste tipo de análise é traduzir fatos sociais a dados suscetíveis a tratamento qualitativo ou quantitativo, organizando-os para que generalizem e ordenem um sistema de hipóteses (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2005; TOBAR e YALOUR, 2001).

Tendo em vista que um instrumento de pesquisa válido mede exatamente o que se pretende medir, refletindo verdadeiramente seu conceito (LOBIONDO-

WOOD e HABER, 2005), e com o propósito de evitar erros de medição e de variáveis no instrumento e de torná-lo confiável, a avaliação e validação do conteúdo ocorreu com profissionais de saúde ligados à área de trauma e APH.

A etapa de construção, teste e aplicação do instrumento de coleta de dados do estudo piloto, de acordo com Richardson (1999) é o primeiro passo a ser realizado no planejamento de estudos quantitativos, que consiste em identificar as variáveis específicas que explicam as características de um comportamento ou problema. O pesquisador recolhe comportamentos verbais de indicadores, que constituem unidades para posterior avaliação do conteúdo.

As etapas orientadas por Tobar e Yalour (2001) para assegurar a confiabilidade e a validade do instrumento de coleta de dados foram seguidas para a elaboração do instrumento de coleta de dados deste estudo: formulação com clareza as perguntas; utilização de várias perguntas para medir uma variável; teste do instrumento em uma amostra-piloto e realizar uma análise da amostra piloto.

3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A análise da primeira etapa do estudo foi realizada após a leitura da opinião dos profissionais e alterações do instrumento A, de acordo com as sugestões colocadas e complementação de itens. Foram modificados todos os itens que tiveram solicitação/indicação de mudança e adequação por pelo menos 25% dos juízes, não alterando as questões e categorias que no teste piloto mostraram-se adequadas.

A segunda etapa teve sua análise baseada nas três fases do instrumento definitivo: características biossociais, características do acidente e valores de atribuição da vítima às variáveis do trauma. Para o primeiro e segundo segmentos, foram criadas planilhas do Excel e os dados foram agrupados em classes e analisados por estatística descritiva, com visualização por gráficos e tabelas.

As variáveis são definidas como uma serie de conceitos ou quaisquer qualidades de uma pessoa, grupo ou situação que variam e assumem diferentes valores (geralmente numéricos), podendo ser dependentes ou independentes entre si (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

A estatística descritiva permite a extração de informações que não podem ser visualizadas, por meio de cálculos simples, que permitem detalhar, descrever e sintetizar os dados (FERREIRA, 1996).

Enquanto no terceiro segmento, os dados foram tabulados em planilhas e submetidos a um método estatístico, dentro das dimensões de métodos multivariados, denominado análise fatorial. Para análise fatorial, os dados foram lançados nos programas estatísticos Minitab e R-Software e seguiram algumas etapas de desenvolvimento (Apêndice VIII).

Após a validação do instrumento de coleta de dados, foram desenvolvidas etapas que possibilitaram a obtenção de subsídios para a construção do instrumento de acolhimento em enfermagem para atendimento à vítima de trauma descritas posteriormente.

3.6.1 Análise Fatorial

Os processos estatísticos permitem obter representações simples de um conjunto complexo de informações e constatar se elas têm relações entre si. Trata-se da redução de fenômenos a termos quantitativos e manipulações estatísticas, que permite estabelecer o grau de ligação dos mesmos e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado; e permitem que se resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica (MARCONI e LAKATOS, 2005; POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Estudos que investigam estas (co) relações entre variáveis são fundamentais para as diversas ciências, pois controlam um número elevado de variáveis e o grau de relação e explicação entre elas, de modo que permitem ao pesquisador compreender como essas variáveis atuam no conjunto (RICHARDSON, 1999).

Os métodos multivariados são processos estatísticos que trabalham com muitos dados ao mesmo tempo. Seu uso tem aumentado na área da saúde, em especial, na enfermagem (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Dentre os diversos métodos multivariados existe um modelo de análise estatística chamado análise fatorial. Ela ajuda a entender conceitos de forma mais complexa e contribui para a confiabilidade e validade das medidas conceituais. É

utilizada para reduzir um conjunto de dados, de modo que possa ser descrito e usado com facilidade (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2005).

Trata-se de uma técnica para validar instrumentos complexos, com a finalidade de reduzir um grande número de variáveis a um conjunto comum de dimensões número pequeno de itens, denominados fatores. Através dela, o pesquisador pode identificar as dimensões separadas da estrutura e então determinar a extensão de cada uma delas (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004; CHIGUTI, 2005).

Os fatores são constituídos por todas as variáveis, cada qual com seu valor de relevância. Tendo em vista que todas as questões estão em todos os fatores, técnicas de seleção são utilizadas com base no valor de relevância para permitir descrição do fenômeno.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização da pesquisa foi solicitada e concedida autorização dos diretores clínicos dos três Hospitais, sendo também permitida a divulgação do nome dos mesmos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o número CAE 1553.0.000.091-0 e segue os critérios de ética em pesquisa com seres humanos da Resolução 196/96.

Foram utilizados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido diferentes. O primeiro (Apêndice VI) foi entregue para os profissionais que participaram do estudo, enquanto o segundo (Apêndice VII) foi assinado e entregue pelas/para as vítimas de trauma.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados foi organizada de acordo com as etapas do estudo: a avaliação e validação do instrumento, com a descrição das adaptações, inclusões, exclusões e considerações no instrumento; a coleta, análise e interpretação dos resultados, com a descrição dos dados; e a construção da escala de acolhimento de enfermagem, com a indicação e considerações acerca dos subsídios encontrados para a escala e a própria construção.

4.1 A AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

As questões foram classificadas em variáveis obrigatórias e/ou variáveis de interesse. As obrigatórias foram aquelas determinantes para traçar o perfil sócio-demográfico da população. Enquanto, as de interesse são aquelas que não determinaram o grupo, mas influenciaram na descrição, por estarem relacionadas às questões de acolhimento do estudo.

A adaptação, exclusão e inclusão de questões ou categorias no instrumento de coleta de dados proposto, baseou-se nos critérios de aceitação das críticas e sugestões realizadas pelo quadro de juízes. Abaixo, descrevemos as colocações e modificações no instrumento.

O sexo, feminino ou masculino, foi considerada variável sócio-demográfica obrigatória, sem haver modificações.

A idade, categorizada, foi descrita como variável socio-demográfica obrigatória, sendo sugerida a troca das faixas etárias, para serem definidas após a coleta de dados, por um número absoluto, com a idade exata do indivíduo. Desta forma, foi incluído um espaço para um número absoluto, mas mantidas as faixas etárias consideradas pertinentes ao estudo.

Na religião, considerada variável sócio-demográfica de interesse, foi sugerida e acatada exclusão do cristão, visto que já existiam as categorias evangélico e católico. Também, houve indicação da inclusão de espírita, não sendo considerada, por incluir-se no item outras.

O estado civil, colocado como variável sócio-demográfica de interesse, teve sugestão da inclusão de um espaço para outras condições do tipo, desquitada, separada (mas não legalmente), não sendo acatada por considerar que podem ser colocadas como divorciado, sem alterações nos resultados.

O nº de filhos e o nº de dependentes, variável sócio-demográfica de interesse, teve a sugestão de deixar espaço para registrar somente o valor absoluto, devendo-se categorizar somente após a coleta. Entretanto, foi incluído o espaço para o número absoluto e mantidas as categorias, considerando-se que não seriam modificadas para análise dos dados e não influenciariam os resultados.

A escolaridade, variável sócio-demográfica de interesse, não teve nenhuma alteração pelos juízes.

A ocupação, variável sócio-demográfica de interesse, teve a inclusão de um espaço para possibilitar o registro de outras ocupações, assim como a exclusão das categorias, visto que não havia como listar todas ou categorizá-las sem risco do preenchimento inadequado do instrumento durante a coleta. A inclusão sugerida das categorias desempregado, do lar e estudante, foi desconsiderada após a abertura da questão, assim como, a exclusão de itens genéricos como comércio, educação e produção.

O tipo de trabalho, variável sócio-demográfica, de interesse, teve sugestão para denominá-la como tipo de trabalho formal e informal, pois a situação difere entre os trabalhadores com registro em carteira ou autônomo daqueles em atividade informal, sendo modificada.

O plano de saúde, variável sócio-demográfica de interesse, foi questionada em ser considerado como plano de saúde privado, de fato o de interesse para o estudo, não sofrendo modificações.

A renda familiar e individual, variáveis sócio-demográficas de interesse, não teve alterações.

O tipo de veículo, variável relacionada ao acidente obrigatória, teve a inclusão da alternativa “outros” e questionado se trata-se do veículo envolvido no acidente ou do veículo próprio. Permaneceu, por pertencer às características do acidente e tratar-se do veículo envolvido, mas teve destaque para a condução da entrevista, tornando-se uma pergunta relacionada ao momento exclusivo do agravo.

A Escala de Glasgow, variável importante relacionada à condição clínica da vítima teve a sugestão do desmembramento em escores parciais (AO, RV, RM), para descrição do número total, assim como, a necessidade de incluir o item ausente ou impossibilidade de avaliação. Neste caso, a questão não foi alterada, mas foi excluída após o teste piloto, pois nos critérios de inclusão da amostra, o indivíduo deveria estar apto físico e psicologicamente para responder ao questionário, não podendo ter escore na Escala de Glasgow inferior a 13.

O escore de trauma, variável importante relacionada à condição clínica da vítima, teve recomendação da análise da gravidade do trauma, do ponto de vista fisiológico, sem classificar os escores em intervalos. Após o teste piloto, a questão foi desconsiderada, por considerar-se que não se poderiam entrevistar indivíduos com escore de trauma elevado, ou que, por vezes o escore do trauma não altera a condição cognitiva do indivíduo.

As lesões (fratura, contusão, escoriação, ferimentos corto-contusos (FCC), ferimentos por arma branca (FAB), ferimentos por arma de fogo (FAF), esmagamento, luxação, amputação), variáveis relacionadas à condição da vítima obrigatórias, tiveram a sugestão de inclusão de empalamento e entorse, sendo considerada, ainda a inclusão de um espaço para registrar o tipo de lesão de forma descritiva. Contudo, o espaço não foi incluído. Também, foi julgado desejável classificar o tipo de trauma em contuso, penetrante e outros (queimadura, choque elétrico e outros que não se classificarem nos tipos contuso e penetrante), optando-se por fazer essa classificação durante a análise de dados, baseado no tipo de acidente.

O número de acompanhantes, variável relacionada ao acidente de interesse, teve inclusão da categoria “nenhum”, e o questionamento se era uma questão válida para todos os tipos de causas externas, considerando-se implícito que seria o número de pessoas que estavam no grupo ao qual a vítima pertencia no momento do agravo.

No quadro com as quatorze afirmativas, na qual a vítima deveria responder com seu nível de concordância com a afirmação contida, os juízes do instrumento avaliaram as questões também explicitando seu nível de concordância em relação a cada uma. Desta forma, a única modificação foi a exclusão da questão relacionada à culpa do acidente, sendo considerada relativa e tendenciosa ao desejo do indivíduo.

Ainda, houve a sugestão de dividir o instrumento de acordo com as categorias do estudo anterior: características biossociais, características do acidente e valores atribuídos às variáveis do trauma, colocados em três quadros no instrumento. A inclusão do tempo de internação e desfecho, não considerada, por envolver a necessidade de uma busca retrospectiva em prontuários, após o término da pesquisa, visto que muitas vítimas de trauma permanecem internadas por longos períodos ou são transferidas de serviço ou cidade.

4.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos resultados foi dividida de acordo com as fases do instrumento B, cada qual com quadro de visualização e descrição. De maneira geral, os dados podem ser visualizados nos quadros 1, 2 e 3.

4.2.1 Características biossociais

Tabela 1 – Características biossociais

Questão	Categoria	Número	Frequência
Sexo	Feminino	80	23,3%
	Masculino	264	76,7%
Total		344	100%
Idade	< 19 anos	21	06,10%
	20 a 29 anos	135	39,25%
	30 a 39 anos	84	24,41%
	40 a 49 anos	60	17,45%
	50 a 59 anos	30	08,72%
	> 60 anos	14	04,07%
Total		344	100%
Religião	Católico (a)	211	61,3%
	Evangélico (a)	72	20,9%
	Agnóstico (a)	44	12,8%
	Outras	17	05,0%
Total		344	100%

continua

continuação

Estado Civil	Solteiro (a)	126	36,6%
	Casado (a)	114	33,1%
	Amasiado (a)	57	16,6%
	Viúvo (a)	06	01,7%
	Divorciado (a)	41	11,9%
Total		344	100%
Nº de filhos	0 filhos	120	34,9%
	1 a 2 filhos	134	39,0%
	3 a 4 filhos	66	19,2%
	5 ou mais	24	07,0%
Total		344	100%
Nº dependentes	0	138	40,1%
	1 a 2	130	37,8%
	3 a 4	61	17,7%
	5 ou mais	15	4,4%
Total		344	100%
Escolaridade	Analfabeto	06	01,7%
	1º grau completo	50	14,5%
	1º grau incompleto	115	33,4%
	2º grau completo	10	29,9%
	2º grau incompleto	35	10,2%
	Superior completo	17	04,9%
	Superior incompleto	18	05,2%
Total		344	100%
Ocupação	Autônomo	41	11,91%
	Desempregado	30	08,72%
	Do Lar	10	02,90%
	Aposentado	13	03,79%
	Serviços administrativos	12	03,50%
	Vendedores	21	06,10%
	Agropecuários	5	01,45%
	Produção, manutenção e reparação	179	52,03%
	Segurança	33	09,60%
Total		344	100%
Trabalho	Formal	151	43,9%
	Informal	118	34,3%
	Não se aplica	75	21,8%
Total		344	100%
Plano de Saúde	Sim	67	19,5%
	Não	277	80,5%
Total		344	100%
Renda familiar	Sem renda	01	00,3%
	< 1 salário	14	04,1%
	1 a 2 salários	114	33,1%

continua

continuação

	3 a 4 salários	115	33,4%
	5 a 6 salários	35	10,2%
	Não sabe	24	07,0%
Total		344	100%
Renda individual	Sem renda	28	08,1%
	< 1 salário	20	05,8%
	1 a 2 salários	196	57,0%
	3 a 4 salários	72	20,9%
	5 a 6 salários	13	03,8%
	Não sabe	03	00,9%
Total		344	100%

A amostra foi composta em sua maioria por indivíduos do sexo masculino (76,7%). A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (39,25%), sendo que 63,66% dos entrevistados tinham entre 20 e 39 anos. Notou-se que na faixa etária > 60 anos, o número de mulheres em relação aos homens é de 1:1,16, bem diferente do número geral que é de 1:4,3.

Essa predominância do trauma na população masculina e na faixa etária jovem e altamente produtiva, já levou o IBGE (IBGE, 2008) a estimar o número de mortes, por renda, sexo e idade, revelando dados semelhantes ao da amostra do presente estudo: a) indivíduos com classe e escolaridade baixas: a escolaridade revela que 35,1% dos indivíduos são analfabetos ou não chegaram a concluir o 1º grau. A renda familiar predominou de 1 a 4 salários, com 33,1% entre 1 e 2 salários e 33,4% entre 3 e 4. Corroborando, a renda individual permaneceu nessa faixa, sendo 57% entre 1 e 2 e 20,9 entre 3 e 4; b) homens: 76,7% da amostra é do sexo masculino; c) entre 20 e 24 anos: 35,5% tem entre 21 e 30 anos no estudo.

Ao cruzar a renda familiar e/ou individual com o grau de escolaridade dos sujeitos, observou-se que, de maneira geral, não há correlação entre as variáveis, com exceção da faixa salarial com 7 ou mais salários, a qual tem 48,78% com ensino superior (completo ou incompleto).

Da mesma forma, não há relação entre a renda individual e a profissão/ocupação.

4.2.2 Características das causas externas

Tabela 2 – Características das causas externas

Questão	Categoria	Número	Frequência
Tipo de Causa Externa	Trânsito	214	62,20%
	Queda	68	19,76%
	Violência	47	13,66%
	Outros	15	4,37%
Total		344	100%
Tipo de veículo	Carro	46	13,37%
	Motocicleta	122	35,47%
	Bicicleta	25	7,27%
	Ônibus/Caminhão	09	2,61%
	Nenhum	142	41,28%
Total		344	100%
Lesões*	Fratura	126	36,63%
	Contusão	160	46,51%
	Escoriação	195	56,69%
	Esmagamento	02	0,58%
	Amputação	03	0,87%
	Luxação	12	3,49%
	FAF	16	4,65%
	FAB	08	2,33%
	FCC	100	29,07%
	Hematoma	33	9,59%
	Laceração	06	1,74%
	Entorse	15	4,36%
Total		344	100%
Nº acompanhantes	Nenhuma	216	62,79%
	1	63	18,63%
	2	26	7,56%
	3	15	4,36%
	4	5	1,45%
	> 5	19	5,62%
Total		344	100%

* O percentual colocado em cada lesão refere-se às vítimas que tiveram resposta sim á variável apresentada.

O Brasil, nas últimas décadas, foi se colocando entre os países com maior número de acidentes de trânsito. Fato que se justifica pelo número de veículos em circulação, desorganização do trânsito, deficiência geral da fiscalização, más condições dos veículos, comportamento dos usuários e da impunidade dos infratores (OLIVEIRA e SOUSA, 2003).

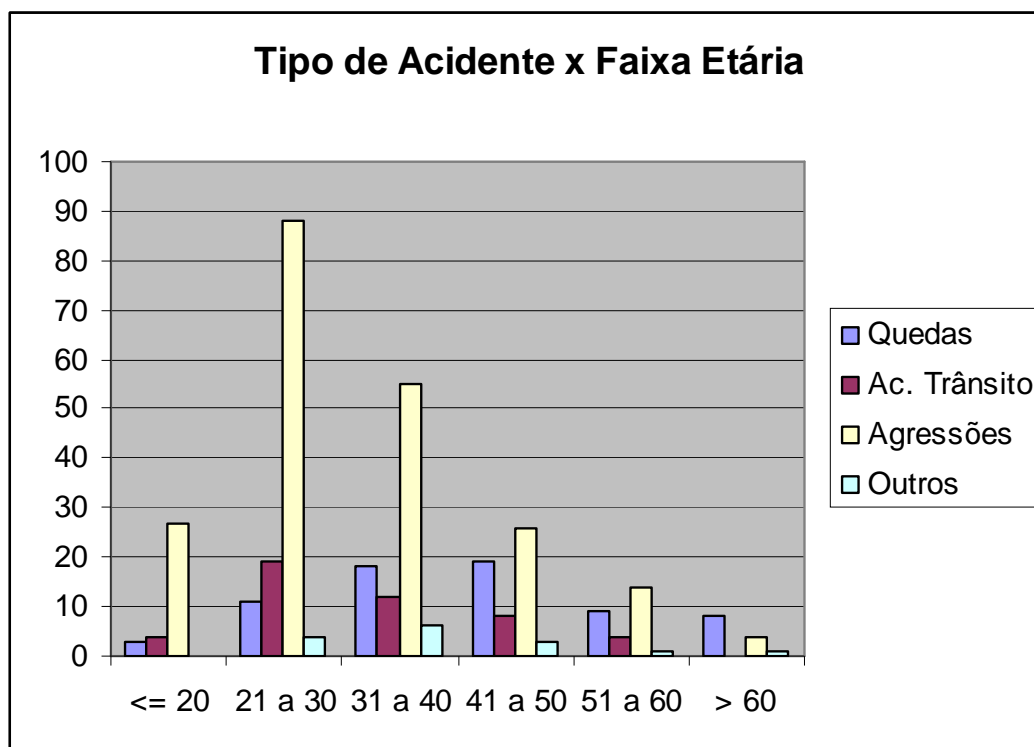
O tipo de causas externas² mais comum na população estudada foi o acidente de trânsito (62,20%), seguido das quedas (19,76%) – quedas de mesmo nível (44,78%) e quedas de outro nível (55,22%), agressões (13,66%) e outros (4,37%). Índices semelhantes ao do estudo foram encontrados por Pereira e Lima (2006) ao estudarem as ocorrências atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar em Porto Alegre – RS, onde encontraram 57,9% de acidentes de trânsito, 26,9% quedas, 12,1% agressões e 3,1% outros.

Ao comparar os índices de internações por lesões decorrentes de acidentes de trânsito, entre as capitais, notamos que Curitiba não tem destaque no ranking deste tipo de acidente, mostrando uma taxa de 14,5:100.000 habitantes em 2006; com uma distribuição de 82,20% para o sexo masculino e 17,8% para o feminino (MELLO-JORGE, KOIZUMI e TUONO, 2008).

O perfil de distribuição por sexo dos acidentes de trânsito é o mesmo encontrado, com predominância masculina e com uma faixa etária prevalente, entre 20 e 29 anos, seguida da faixa de 30 a 39 anos. O gráfico abaixo (Figura 1) ilustra a divisão por tipo de acidente de acordo com a faixa etária.

² O tipo de causa externa está codificado segundo a Classificação Internacional das Doenças, 10ª revisão (CID – 10), sendo que no código V01-V99 – Acidentes de Transporte, enquadraram-se os acidentes de trânsito; no W00-X59 – Outras Causas Externas de Traumatismos Acidentais, as quedas; X85-Y09 – Agressões, as agressões e no Y10-Y34 – Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada, os outros eventos.

Figura 1 – Distribuição das causas externas por sexo e faixa etária



Já é conhecido que os homens são as principais vítimas de trauma. Nos acidentes de trânsito, correspondem a cerca de 80% dos óbitos, sobretudo a partir dos 20 anos de idade, quando as taxas mais que duplicam, dando um salto extraordinário em relação à faixa etária anterior. Entre as mulheres, o maior risco de morrer por essa causa é na sua condição de pedestre e na faixa dos 60 ou mais anos, quando as dificuldades de locomoção se acentuam (SOUZA, MINAYO E MALAQUIA, 2005). Fato observado na amostra, quando a predominância nos acidentes de trânsito é do sexo masculino, totalizando 78,30%. Sendo que a faixa etária mais acometida é entre 21 e 30 anos e 18,52% dos atropelamentos são em mulheres.

Tal como na mortalidade, os homens são os que mais sofrem acidentes não fatais, respondendo por 74,5% das internações por essa causa no ano 2000. No mesmo ano, adultos jovens de 20 a 29 e idosos com 60 ou mais anos foram os que mais necessitaram se internar por causa da violência no trânsito. No Paraná essa

taxa foi igual a 1672, em 2007, sendo que Curitiba é a capital onde o custo de internação por acidente de transporte é o maior de todo país chegando a R\$ 1.324,85, sendo 261,56% maior que o custo médio por internação do Brasil (SOUZA, MINAYO E MALAQUIA, 2005).

Dos acidentes de trânsito, da população geral da amostra, 70,56% eram colisões, 15,42% desses acidentes foram quedas de veículos (bicicletas, motos e carros), 13,09% atropelamentos e 0,93% capotamentos. As colisões tiveram índices semelhantes aos encontrados por Pereira e Lima (2006) – 69,3%; enquanto os atropelamentos divergiram no percentual do estudo deles (30,7%).

Sabe-se que a vulnerabilidade a acidentes de trânsito por indivíduos que utilizam o veículo como meio de trabalho é maior do que aqueles que utilizam apenas para seu trajeto. Fato notado por Oliveira e Sousa (2006) ao estudarem o retorno à atividade laboral de motociclistas vítimas de acidente de trânsito, onde identificaram que 45,9% das vítimas motociclistas, realizavam atividades relacionadas ao trabalho remunerado, no momento do acidente. Do total de 28 vítimas que no momento do acidente estavam em atividades relacionadas ao trabalho, 67,8% estavam trabalhando e 32,2% estavam no trajeto do trabalho.

Do total de acidentes de trânsito na amostra, notou-se que 57,94% envolviam motociclistas. Destes, 82,25% tratava-se de colisões moto-outro veículo e 4,03% colisões moto-anteparo, totalizando 86,28% do total de acidentes com motocicletas. As quedas perfizeram o restante dos mesmos (13,72%).

Ainda, entre os acidentes de trânsito, observa-se, nas últimas décadas, um aumento crescente no número de acidentes envolvendo motocicletas, veículo que vem ganhando, cada vez mais, a aceitação e a aprovação da população, por ser um veículo ágil, econômico e de custo reduzido (OLIVEIRA e SOUSA, 2003).

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Oliveira e Sousa (2003), que ao estudarem o diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, verificaram que nos acidentes de moto a colisão correspondia a 88,05% dos casos, enquanto as quedas foram responsáveis por 11,95%. Do grupo de 67 vítimas motociclistas, 86,57% eram do sexo masculino, e apenas nove 13,43% do sexo feminino, mais uma vez revelando o perfil predominante das vítimas de trauma (OLIVEIRA e SOUSA, 2003).

Neste tipo de acidente, como referido anteriormente, a moto é muitas vezes o meio de trabalho da vítima de trauma. Ao categorizar as ocupações, notamos que 4,94% são motoboys e destes, 64,71% não tem registro em carteira, denotando forte influência do acidente na questão financeira e familiar da vítima, descrito no item 4.2.3.3.

As agressões, 13,66% da amostra, foram na década de 90, responsáveis por 369.068 mortes, mais notáveis entre os homens, na qual representaram 91,2% do total, com taxa média de 43,3 por cem mil habitantes, tendo crescido 28,8% no período. A chance de ocorrer um homicídio no sexo masculino, em 2000, foi 11 vezes maior do que no sexo feminino, que constituíram em média 8,7% desses eventos fatais, com taxa média de 4 por cem mil e crescimento de 16,2%, no mesmo ano. Para o conjunto da população, a taxa média entre 1991 e 2000 foi de 23,4 e o incremento foi de 27,8%. Em 2000, as agressões representaram 34,3% dos acidentes e violências (SOUZA, LIMA e VEIGA, 2005).

Também, segundo os autores, quando se considera a distribuição das taxas de homicídio, por sexo e faixa etária, observa-se maior incidência na faixa etária jovem, dos 15 aos 39 anos, sendo a fase crítica dos 20 aos 24 anos de idade.

O impacto da violência social no País também se faz sentir nos atendimentos dos serviços de saúde às suas formas não letais. Em 2000, o Brasil teve 34.132 internações hospitalares por agressões, o que corresponde a 5,4% de todas as hospitalizações por trauma. O tempo médio de permanência das pessoas em internações por agressão, no ano 2000, foi de seis dias para o conjunto da população, 6,1 para homens e 5,6 dias para mulheres. (SOUZA, LIMA e VEIGA, 2005).

Os três principais meios de perpetrar agressão que levaram à internação são: arma de fogo; objetos cortantes e penetrantes e força física, respectivamente (SOUZA, LIMA e VEIGA, 2005). Na amostra, os ferimentos por arma de fogo correspondem a 34,04% das agressões, enquanto aqueles por objetos cortantes e penetrantes são iguais a 12,76% e por força física, 53,20%.

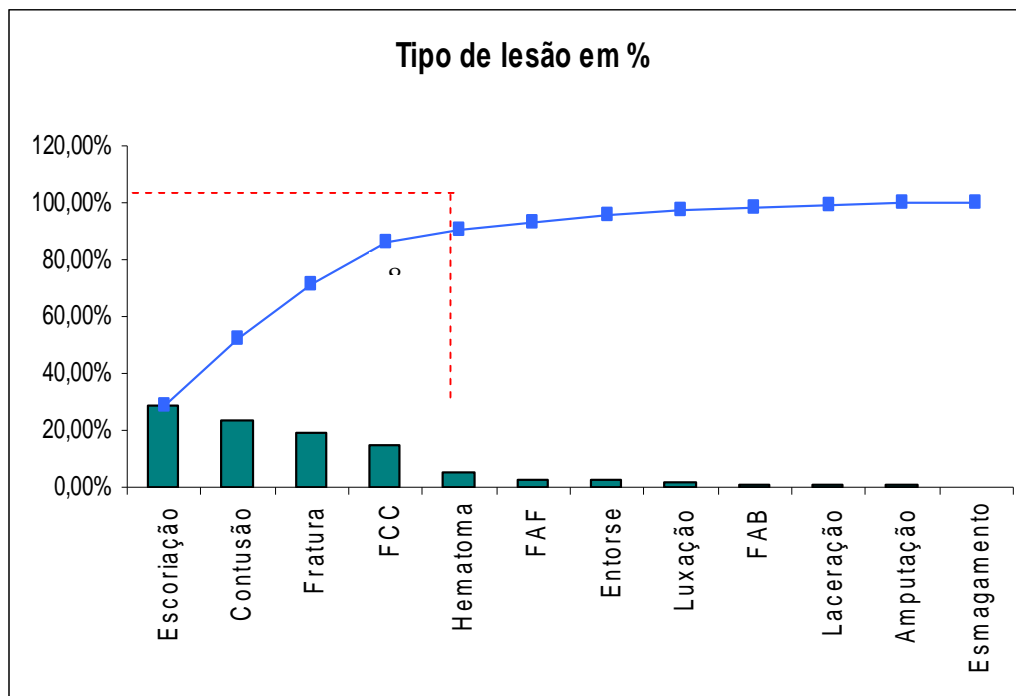
O custo médico total com hospitalização por agressão, em 2000, chegou a R\$ 663,75. Para os homens, esses valores foram maiores (R\$ 687,54) e, para as mulheres, os atendimentos custaram R\$ 534,45, quando a média de custo é de

R\$506,52 para trauma. Em Curitiba, o custo de internações por agressão chega a R\$ 1.359,28 (SOUZA, LIMA e VEIGA, 2005).

Ainda, na população estudada, ao classificar o tipo de trauma em penetrante, corto-contuso e outros, obtivemos índices iguais a 92,73%, 06,40% e 0,87%, respectivamente.

A distribuição das lesões, quando analisadas individualmente, mostra índices elevados para as escoriações, contusões, fraturas e FCC, que são características do trauma corto-contuso (Figura 2).

Entretanto, as lesões não podem ser vistas isoladamente e não medem a gravidade do trauma. Variam sua localização e gravidade de acordo com o acidente. Um exemplo são os acidentes com vítimas motociclistas, acometidas principalmente de lesões nos membros inferiores (59,70%), seguido das lesões de membros superiores e de lesões de região inespecífica, como escoriação, laceração e contusões generalizadas (41,79) (OLIVEIRA e SOUSA, 2003). Na amostra do presente estudo, ao acidentes de moto tem as lesões com percentuais iguais a 45,08% nas fraturas, 100% nas contusões, 66,39% nas escoriações e 23,77% nos FCC.

Figura 2 – Gráfico do percentual para cada tipo de lesão apresentada pelos sujeitos

4.2.3 Os sentimentos da vivência do trauma

Os sentimentos da vivência do trauma são os valores atribuídos às variáveis do evento. Constituem-se nas ferramentas para a construção da escala, sendo descritas e classificadas em sua média.

As médias das respostas de cada variável, descritas no quadro 4, indicam um valor de representação das questões mais importantes, isoladamente, no quadro geral de dados (com valor mais próximo de 5).

A partir da análise, foram encontrados cinco fatores, nomeados e descritos com seu peso dentro da amostra e as questões relacionadas (Quadro 3).

Quadro 1 – Fatores e questões relacionadas

Nº Fator	Nome do Fator	Peso	Questões
01	As conseqüências do trauma	31,35%	02, 04, 12
02	O mito e a morte no serviço de emergência	21,38%	06, 13
03	Expectativas das alterações trazidas pelo trauma	17,75%	03, 09, 14
04	Determinação do período de sofrimento	14,85%	01, 07, 08
05	O incômodo físico e psicológico do trauma	14,67%	05, 11

Quadro 2 – Os sentimentos da vítima de trauma

OS SENTIMENTOS DA VÍTIMA DE TRAUMA													
	Média	0		1		2		3		4		5	
Quantidade de dor	3,95	0	0%	22	6,40%	30	8,72%	56	16,28%	70	20,35%	166	48,26%
Ansiedade/nervosismo	3,21	0	0%	95	27,62%	41	11,92%	41	11,92%	32	9,30%	135	39,24%
Quantidade de informações recebidas	3,99	0	0%	29	8,43%	24	6,98%	52	15,12%	57	16,57%	182	52,91%
Medo de seqüelas	2,80	0	0%	155	45,06%	17	4,94%	24	6,98%	39	11,34%	109	31,69%
Incômodo com a tábua e o colar	2,34	100	29,07%	58	16,86%	35	10,17%	30	8,72%	19	5,52%	102	29,65%
Medo da morte de algum familiar	0,72	278	80,81%	18	5,23%	1	0,29%	3	0,87%	3	0,87%	41	11,92%
Lembrança de Deus	4,35	1	0,29%	30	8,72%	13	3,78%	15	4,36%	31	9,01%	254	73,84%
Vontade de ir embora	4,47	0	0%	27	7,85%	11	3,20%	12	3,49%	19	5,52%	275	79,94%
Preocupação com os custos financeiros	2,63	7	2,03%	159	46,22%	20	5,81%	27	7,85%	32	9,30%	99	28,78%
Preocupação com a repercussão da notícia	3,24	5	1,45%	101	29,36%	16	4,65%	50	14,53%	30	8,72%	142	41,28%
Medo de morrer	2,18	14	4,07%	201	58,43%	11	3,20%	23	6,69%	16	4,65%	79	22,97%
Preocupação com outras vítimas envolvidas	1,56	167	48,55%	74	21,51%	9	2,62%	8	2,33%	8	2,33%	78	22,67%
Influência do acidente no seu cotidiano	3,15	1	0,29%	124	36,05%	10	2,91%	37	10,76%	30	8,72%	142	41,28%

4.2.3.1 As conseqüências do trauma

O fator 1, com peso igual a 31,35% no grupo de dados, foi constituído pelas questões relacionadas a ansiedade e desconforto emocional, o medo de ficar com seqüelas e o medo de morrer.

A ansiedade e o desconforto emocional são sentimentos presentes na vivência do trauma, principalmente, na admissão dentro do serviço de emergência hospitalar. Há muita expectativa da vítima em relação ao atendimento prestado, aos ferimentos tidos e à possibilidade (medo) de seqüelas, assim como o mito e o medo da morte nesses serviços.

A necessidade de ser encaminhado ao Pronto Socorro, gera a sensação de uma gravidade maior do que, por vezes, existe ou o sujeito está exposto, trazendo a necessidade da vítima avisar seus familiares, pelo risco de vida representado socialmente no serviço de emergência (DIAS, 2004).

De um modo geral, os estudos sobre trauma abordam o problema sob o aspecto da mortalidade e/ou demanda aos serviços hospitalares, e fazem pouca menção à questão das seqüelas e à qualidade de vida após o evento. As lesões decorrentes dos eventos traumáticos resultam, freqüentemente, em deficiências e incapacidades temporárias ou permanentes, que interferem na capacidade de as vítimas sobreviventes cumprirem tarefas que delas são esperadas, assim como na qualidade de suas vidas (OLIVEIRA e SOUSA, 2003).

Entretanto, o medo de seqüelas surge depois do atendimento pré-hospitalar e por vezes, não existe. Mas, quando há este sentimento pela vítima de trauma, os exames tornam-se martírios de gravidade, a dor parece incontrolável e sinal de seqüela; ainda, a falta de informação sobre seu estado faz da sua estadia no Pronto Socorro uma experiência interminável.

Fica registrada a importância da integridade do corpo físico e a influência, de qualquer alteração, no psicológico dos indivíduos, sendo que os níveis de ansiedade e dúvidas variam de acordo com a expectativa da vítima e com quanto e como ela pode visualizar o seu corpo. Essa expectativa aumenta proporcionalmente ao número de aparatos colocados pelos socorristas e ao tempo de atendimento, estando mais presente nas mulheres. Contudo, a integridade física é colocada como

fundamental para os homens que exercem seu trabalho dependendo diretamente do corpo, exemplo, motoristas e trabalhadores da construção civil.

Ainda, esta falta de informação citada acima e o estigma da emergência trazem à vítima de trauma a sensação de risco iminente. No momento imediato do trauma, a morte aparece como consequência mais grave, a sensação é de risco iminente. Ao perceber-se vivo, outros medos se mesclam com o risco de morte, se acentuam e mudam com o decorrer do tempo, gerando desconforto e ansiedade.

Por vezes, notou-se que quando a vítima já sofreu um acidente e foi atendida num serviço de emergência o medo de seqüelas e da morte ficam reduzidos.

4.2.3.2 O mito e a morte no serviço de emergência

O fator 2, com peso igual a 21,38% no grupo de dados, foi constituído pelas questões relacionadas ao medo da morte de algum familiar envolvido no acidente e a preocupação com as outras vítimas. Há uma estreita relação entre o fator 1 e o 2, pois o medo de morrer e o medo da morte fazem parte do mesmo cenário: o serviço de emergência.

Notou-se, durante a coleta de dados, que quando a vítima de trauma foi culpada pelo acidente “...emerge a preocupação com as outras vítimas envolvidas no acidente...configura-se o sentido da responsabilidade pelo outro” (DIAS, 2004, p. 57).

Infelizmente, a postura profissional nesses serviços ainda faz julgamentos e não é oportunista neste momento. Tratando-se do acolhimento, não cabe julgar o indivíduo, mas fazê-lo entender que a imprudência e imperícia são causadoras dessa situação. Talvez, essas vítimas tenham, ali, o seu melhor momento para apreensão de fatores de prevenção para o trauma.

4.2.3.3 Anseios das alterações trazidas pelo trauma

O fator 3, com peso igual a 17,75% no grupo de dados, foi constituído pelas questões relacionadas à quantidade de informações recebidas no ambiente hospitalar, à preocupação com os custos financeiros do acidente e com a influência do acidente na vida familiar, social e do trabalho.

Neste fator e na relação entre suas questões, notou-se que a falta de informações sobre os exames a serem realizados, as possíveis lesões e influência delas na vida da vítima depois da alta hospitalar, ou mesmo, a informação do tempo de permanência no hospital e do tempo necessário para um diagnóstico exato das lesões e suas seqüelas, refletem na vítima de trauma aumentando suas expectativas em relação às alterações na sua vida depois do acidente, seja pelo custo com medicamentos e serviços de saúde depois da alta, como pelo retorno ao trabalho ou necessidade de afastamento do mesmo (temporário ou definitivo).

Este sentimento também foi encontrado por Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008) ao estudarem a visão do processo de hospitalização pelo acidentado de trânsito e seu familiar. No estudo foi referido que o desconhecimento da patologia vigente, da sua gravidade, do tratamento a ser realizado e do prognóstico, é fonte de instabilidade emocional e de relações interpessoais, interferindo negativamente, no tratamento e recuperação da saúde da vítima.

Isso ocorre por vários motivos, podendo-se incluir:

a- trabalho informal: como dissemos, muitos dos indivíduos são autônomos ou trabalham sem registro em carteira, refletindo na necessidade de saírem aptos para retornar ao seu trabalho.

b- arrimo de família: percebeu-se que na faixa entre 1 e 2 salários, 29,06% tem sua renda individual como renda única familiar, enquanto na faixa > 7 salários, este número chega a 100%. Este é um determinante na vivência do trauma para essas vítimas, pois suas expectativas giram em torno de toda sua responsabilidade diante da família e do futuro do seu lar diante da possível impossibilidade de voltar ao seu cotidiano;

Sabe-se que após a alta hospitalar, o vitimado permanece impossibilitado de retornar, em curto ou longo prazo, ao trabalho, contribuindo com as angústias e

temores sobre o prognóstico do retorno ao cotidiano (SOUSA FILHO, XAVIER E VIEIRA, 2008).

c- os gastos com o acidente: há uma enorme preocupação com o custo financeiro do acidente (por parte das vítimas), fato relacionado ao grande percentual da amostra com renda familiar de até 4 salários mínimos. O uso prolongado de medicações e sua necessidade de compra fora do serviço público preocupam algumas vítimas que vêem seu tratamento comprometido ou sua rotina financeira prejudicada por isso. Também, o custo do conserto do seu veículo (em caso de acidente de trânsito) e do outro, quando a vítima reconhece culpa pelo acidente.

O tratamento, por vezes, exige acompanhamento ambulatorial, reabilitação, continuidade de terapêutica medicamentosa, custos com meios de locomoção, dentre outros, que originam despesas e reforçam as preocupações e incertezas (SOUSA FILHO, XAVIER E VIEIRA, 2008).

Várias expectativas podem ser reduzidas ou eliminadas, dentro do ambiente hospitalar, pelo fornecimento de informações sobre sua condição física, notícia para familiares, período de internação e reabilitação. A desinformação dos pacientes e familiares gera estreitamento na relação do profissional de saúde, pois é conhecido que a comunicação ou o ato de informar e saber ouvir é extremamente importante para tornar a relação do profissional, paciente e família mais efetiva e afetiva. Muitas vezes o estabelecimento do diálogo é capaz de extinguir ou amenizar, por muito tempo, a desesperança, sendo ferramenta fundamental para o acolhimento (SOUSA FILHO, XAVIER E VIEIRA, 2008).

4.2.3.4 Determinação do período de sofrimento

O fator 4, com peso igual a 14,85% no grupo de dados, foi constituído pelas questões relacionadas à dor, à lembrança de Deus e à vontade de ir embora.

A dor é a situação mais incômoda sentida pela vítima de trauma, principalmente por significar algo não definido para ela. Poucos são os casos em que ao ser administrada a medicação e passado o tempo do início do efeito, em que há relatos de melhora. Sendo que ela torna-se menos importante quando o

diagnóstico é dado, podendo ser considerada como reflexo da angústia/ansiedade sentidos pela vítima.

4.2.3.5 O incômodo físico e psicológico do trauma

O fator 5, com peso igual a 14,67% no grupo de dados, foi constituído pelas questões relacionadas à tábua e ao colar como incômodo físico do trauma e à preocupação da repercussão da notícia do acidente para alguns familiares.

O politraumatizado, com múltiplas lesões e com um prolongado período de permanência, tem seu estado de saúde semelhante ao do adoecimento crônico. Além do portador desse problema, todo aquele que o acompanha é também vitimado pelo trauma, compartilhando sofrimento e conflitos. Várias são as alterações no estilo de vida desses doentes e no de seus familiares, que variam de tristezas aparentes ao desânimo, sem mencionar a gravidade das lesões físicas, limitações do corpo, as amputações de membros até a morte de pessoa significativa. Desta forma, evidenciam-se situações que se reportam à esfera emocional, familiar, econômica e social (SOUSA FILHO, XAVIER E VIEIRA, 2008).

Neste contexto, observou-se que a informação à família sobre o estado da vítima, e quando possível, o acesso e autorização para vê-la, diminuem a repercussão do acidente no âmbito emocional e familiar. Ainda, quando há problemas que necessitam ser resolvidos o mais breve possível, como as pendências do veículo no local do acidente ou a notícia ao emprego da sua ausência, refletem nos aspectos econômicos e sociais do trauma, mostrando-se importantes no dado momento e relacionando-se diretamente com a descrição do fator 3.

Também, notamos que há preocupação com a maneira que a notícia será dada aos familiares, seja por poder agravar o estado de saúde de algum ente adoentado, como pela responsabilidade da vítima de trauma pela sua família, numa função patriarcal, ou ainda, desempenho elementar no sustento familiar. Observou-se que é mais evidente em indivíduos com filhos menores, esposas gestantes e sem vínculo empregatício. Quando ele não consegue conviver com a idéia de ausentar-se da vida deles, ou mesmo, de viver numa posição passivo-dependente.

4.3 A CONSTRUÇÃO DA ESCALA

Após a validação do instrumento de coleta de dados, foram desenvolvidas etapas que possibilitaram a construção de uma escala de acolhimento de enfermagem para atendimento à vítima de trauma. O desafio foi de como explorar os dados a ponto de construí-la.

A análise fatorial resultou em treze fatores, que, quando selecionados de acordo com os critérios de Kaiser, reduziu-se a cinco, cada qual, possuía um peso dentro do quadro de dados. Este peso era igual o percentual de importância do mesmo entre os treze.

Tendo em vista que não haveria como criar uma escala sem obter valores de cada indivíduo, a escala teria que fornecer parâmetros para o atendimento às vítimas de trauma, baseado nas possíveis respostas às questões.

Considerando-se a média de resposta isoladamente, pensou-se em excluir as questões relacionadas ao medo da morte de algum familiar presente no acidente e preocupação com outras vítimas envolvidas. Contudo, ao analisar a repercussão da exclusão dessas variáveis, notou-se que o fator que as continha ficaria reduzido ao seu grau de importância, contradizendo aquilo que foi encontrado na Análise Fatorial, sendo inviável excluí-las.

Desta forma, verificou-se que todas as variáveis abordadas são relevantes para o acolhimento nos serviços de emergência traumática. A fim de mantê-las, mas diferenciá-las no grau de importância dentro do contexto geral, foi calculado o peso de cada fator no quadro de dados (agora considerando 100% para os cinco fatores selecionados).

Inicialmente, a proposta era de ter uma escala, que quando avaliada a complexidade do trauma (leve, moderada e grave) fornecesse parâmetros para o acolhimento da vítima. Entretanto, ao considerar a gravidade do trauma, incorrer-se-ia no erro de considerar a habitual intervenção: física.

Desta forma, não haveria como criar uma escala que não precisasse ser aplicada individualmente e considerasse a resposta do indivíduo a cada situação. Então, as treze variáveis teriam que ser mantidas e quantificadas para construir a escala, lembrando a necessidade de diferenciar o peso de cada fator encontrado no presente estudo. Ainda, aplicar o instrumento e obter uma única lista de possíveis

intervenções, seria reduzi-lo a um único grau de alteração psicossócioemocional das vítimas.

Utilizando as categorias de resposta da Escala de Lickert do instrumento, foi calculado o número mínimo e máximo que poderia resultar das respostas às variáveis do trauma multiplicadas pelo peso de cada fator, possibilitando a classificação das intervenções em três níveis. A divisão baseou-se em três grandes níveis de acometimento, nomeados como: orientações gerais, lista de ações intermediárias e lista de ações intensificadas.

Para tal, a aplicação da escala com a soma da multiplicação de cada variável pelo peso do fator resultará em um número que indica o nível de alteração nos aspectos psicossócioemocionais da vítima e as possíveis ações para minimizá-lo.

Para a descrição das ações a serem implementadas pela equipe, optou-se por seguir as diretrizes e objetivos do programa HumanizaSUS. Na prática, os resultados esperados são: a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2004).

Cada nível tem um grau de acometimento considerando-se o incômodo emocional da vítima durante seu atendimento no período hospitalar. As orientações gerais, consideradas para o grupo com respostas entre 0 e 43 podem ser dadas a todos que forem atendidos no serviço de emergência, tendo em vista que tratam-se de ações de acolhimento sem especificidade, sendo auxiliares à qualquer tipo de acidente ou nível de ansiedade. Enquanto a lista de ações intermediárias e/ou intensificadas restringem-se aos grupos com escore entre 44 e 88 e 89 e 132, respectivamente; por tratar-se de orientações e intervenções peculiares do trauma e para vítimas com níveis de ansiedade e desconforto alterados.

Escore com valores entre:

0 – 43 = Orientações gerais

44 – 88 = Orientações gerais + lista de ações intermediárias

89 – 132 = Orientações gerais + lista intensificada de ações

$$\text{Escore}^3 = [(RQ1+RQ2+RQ3) \times 3,1] + [(RQ4+RQ5) \times 2,1] + [(RQ6+RQ7+RQ8) \times 1,8] \\ + [(RQ9+RQ10+RQ11+RQ12) \times 1,5] + [(RQ13 + RQ14) \times 1,5].$$

³ RQ significa Resposta à Questão: é o valor atribuído a questão nº 1, por exemplo (RQ1)

4.3.1 Orientações gerais (sem especificidade)

As orientações listadas abaixo podem ser dadas a todos os pacientes atendidos no serviço de emergência traumática. Trata-se de orientações e ações auxiliares à prática do acolhimento, inseridas nas diretrizes do Programa HumanizaSUS de: adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção (BRASIL, 2004).

- a) Informar a vítima de trauma sobre os exames que serão realizados, seu tempo de duração e espera do laudo;
- b) Explicar a necessidade dos exames e a importância dos resultados para descartar/intervir em lesões;
- c) Permitir a visita de um familiar após a estabilização do quadro e realização dos exames;
- d) Questionar a necessidade/desejo de ligar para alguém/algum lugar;
- e) Orientar quanto à necessidade de retorno e acompanhamento ambulatorial;
- f) Explicar a rotina do serviço e informar sobre procedimentos de internação;
- g) Explicitar o quadro de saúde à vítima, com devido respaldo diagnóstico;
- h) Permitir à vítima participar das decisões sobre sua saúde e recuperação, explicando todos os riscos, benefícios, possibilidades e possíveis conseqüências da realização ou não de alguma intervenção;
- i) Ouvir o paciente;
- j) Colocar a vítima sempre próxima a algum familiar também acidentado/violentado (quando houver);
- k) Retirar a tábua e o colar cervical, assim que possível;
- l) Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos;
- m) Informar a equipe sobre dados relevantes do quadro emocional do paciente;
- n) Aliviar o medo;
- o) Proporcionar conforto e segurança;

4.3.2 Lista de ações intermediárias

As ações listadas abaixo devem ser dadas a todos os pacientes atendidos no serviço de emergência traumática, que obtiveram na escala um escore entre 44 e 88.

- a) Verificar a necessidade de encaminhamento para psicólogo;
- b) Permitir o uso de telefone, ao menos uma vez por dia;
- c) Permitir contato intermitente com familiar;
- d) Observar sinais de desconforto não verbalizados;

4.3.3 Lista de ações intensificadas

Neste caso, as ações são intensificadas, a fim de aliviar a angústia do paciente, lembrando que elas devem ser aplicadas juntamente com a lista de orientações gerais. São para aqueles pacientes que obtiveram seu escore entre 89 e 132.

- a) Permitir o uso de celulares;
- b) Verificar se há preferência na pessoa que irá receber a notícia;
- c) Solicitar consulta com psicólogo;
- d) Encaminhar para assistência social;
- e) Identificar alguma necessidade especial da vítima;
- f) Verificar a possibilidade de atender a necessidade especial identificada;
- g) Acompanhar o paciente com orientações e diálogo periodicamente;
- h) Permitir acompanhante;

5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Frente à necessidade de incluir o acolhimento nos serviços de emergência para trauma e de atender os aspectos psicossocioemocionais das vítimas, a criação de um instrumento/protocolo intermediaria e permitiria esse processo. Contudo, a proposta de criar um protocolo é, por vezes, difícil. A exploração de uma área da pesquisa pouco utilizada traz desafios e caminhos desconhecidos.

As etapas percorridas para realização do estudo foram traçadas de acordo com o resultado e seqüência delas mesmas. A avaliação e validação do instrumento (1ª fase) possibilitou a aplicação do mesmo à população do estudo (2ª fase). Entretanto, as dificuldades e impedimentos encontrados durante o percurso demandaram ao pesquisador a tomada de decisões sem respaldo teórico para tal, visto que não foram encontrados outros estudos para serem seguidos ou servirem de base. Os desafios e escolhas deram-se desde a escolha dos juízes à aplicação do instrumento validado e testado; sintetizando o objetivo do desenvolvimento da pesquisa metodológica: traçar caminhos para que possam ser seguidos.

Num tema como a humanização e na vertente adotada, o pesquisador tem que criar seu próprio método. Ainda, a criação de escalas é usada em outras áreas do conhecimento, mas na maioria das vezes envolve aspectos que podem ser facilmente quantificados, diferentemente do sentimento de uma vítima de trauma. Também, não se delinea como e por quais etapas o pesquisador passou para a criação de uma escala, restando apenas a dedução e teste do que pode ser realizado.

No presente estudo, optou-se por criar um protocolo em forma de escala, pela peculiaridade do valor atribuído a cada questão, que é completamente individual e envolve o contexto sócio-cultural do indivíduo, variando de acordo com o tipo de acidente e as características biossociais de cada um.

Montar uma escala implica em conhecer um tema, investigá-lo, aprofundá-lo, estabelecer diretrizes, etapas e métodos e torná-lo viável para a realidade que ele fará parte; ou seja, torná-la aplicável ao contexto a ser inserido.

A escala resultante no presente estudo poderá auxiliar nas atividades da equipe de enfermagem para adequar o acolhimento à sua rotina nos serviços de

emergência traumática, podendo ser utilizada pelos outros profissionais de saúde. Pois, um protocolo de acolhimento voltado e aplicado só pela enfermagem não humaniza um serviço de emergência. Há necessidade que o mesmo seja ampliado ou que haja a construção de novos protocolos que contemplem a atividade dos outros profissionais envolvidos no processo, como: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de radiologia, entre outros.

Entretanto, vale ressaltar que o acolhimento não se resume à instauração de um protocolo/escala no serviço, mas à postura profissional. Porquanto, concomitante à implantação da mesma, é necessária educação continuada para a equipe.

Ainda, a Escala de Acolhimento de Enfermagem para Trauma só é aplicável e executável para aqueles pacientes cuja complexidade clínica varia de leve a moderada. Claro, que seu uso pode ser estendido além do serviço de emergência, podendo auxiliar também, os profissionais das unidades de internação e reabilitação, e contemplando os pacientes de complexidade alta, após o risco de morte e recuperação cognitiva. Ela exige uma flexibilização das normas da instituição, cabendo avaliação das necessidades de cada indivíduo.

Neste contexto, faz-se necessária uma reflexão sobre a humanização desses serviços, visto que a mesma não deve ser unilateral, nem entendida como agilidade do atendimento. E sim, contemplar os profissionais, pacientes e familiares e envolver uma mudança nesse paradigma. Fato confirmado nos princípios do PNH e pelos próprios profissionais no estudo de Barbosa e Paes (2007), quando se referem à necessidade de valorização dos trabalhadores e de melhora nas condições de trabalho para que haja, efetivamente, uma humanização do atendimento e das relações.

Não obstante, o acolhimento é uma ferramenta da humanização e a melhor forma para diminuir ou acabar com o anseio da vítima, visto que um de seus princípios é o “ouvir”. Também, porque dentro das premissas do HumanizaSUS, é o conceito ideal para o trauma, tendo em vista que o trabalho de prevenção deve ser iniciado ainda no ambiente hospitalar e que a responsabilização do sujeito é fundamental para esse processo.

Vale ressaltar que ouvir e não pactuar uma resposta aos sujeitos ou não envolvê-los no seu processo de saúde, desumaniza qualquer cuidado e atendimento realizados, pois a prestação de informações para os usuários e familiares é vista

como elemento chave, pelos profissionais e por eles mesmos, para efetivação do processo de humanização.

Contudo, fornecer informações requer habilidade e alguns cuidados para evitar desentendimentos. É necessário que: a informação venha em uma linguagem compreensível para o sujeito; não sejam fornecidas falsas expectativas ou utilizadas frases prontas; a informação seja singular à situação de cada sujeito; responda as dúvidas e anseios e seja colocada de forma a permitir ao sujeito fazer escolhas (lembrando das conseqüências e da responsabilização do mesmo ao escolher).

Sugerimos, que a escala criada seja avaliada, validada e testada, para que, posteriormente, possa ser implantada nos serviços, tendo em vista que as orientações ainda não são contempladoras o suficiente para o acolhimento no serviço de emergência traumática.

REFERÊNCIAS

BAHTEN, L. C. V.; ALCANTARA, E. de M.; DALLAGNOL, J. C.; YOSHIZUMI, K. O.; DRESCH, M. F. O impacto econômico do trauma em um hospital universitário. **Rev. Colégio Brasileiro de Cirurgia**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, maio/jun. 2003.

BARBOSA, I. de A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 5, out. 2007.

BARBOSA, O. **Grande dicionário de sinônimos e antônimos**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

BATISTA, K. de M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.4, jul./ago. 2006.

BECK, C. L. C. et AL. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização HumanizaSUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia científica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência.** São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

CHIGUTI, M. **Aplicação da Análise Multivariada na caracterização dos municípios paraenses segundo suas produções agrícolas.** [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2005.

CID – 10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças.** 10ª Revisão. São Paulo: EDUSP, 1995.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas? **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.4, n.1, 1999.

DIAS, S. A. **As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma.** Curitiba, 2004. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. de; BACKES, D. S.; MELLO, A. L. S. F. de. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.20, n.2, abr./jun. 2007.

FEIJÓ, M. C. C.; PORTELA, M. C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.17, n.3, maio/jun. 2001.

FERREIRA, D. F. **Análise multivariada.** Lavras: Editora UFMG, 1996.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. De conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr., 2006.

GIACOMOZZI, L. M. **O impacto do trauma para a vítima**: uma avaliação da enfermagem do pré ao período hospitalar. Curitiba, 2006. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA, R. M. C. de. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v.36, n.5, out. 2002.

MARCONI, M de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, C. J. P. BRANCO, R. F. G. R. In: BRANCO, R. F. G. R. **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, set./out. 2004.

MELLO-JORGE, M. H. P. de.; KOIZUMI, M. S.; TUONO, V. L. **Acidentes de trânsito no Brasil: a situação nas capitais**. São Paulo: Abramet, 2008.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MESQUITA-FILHO, M.; MELLO-JORGE, M. H. P. de. Características da morbidade por causas em serviço de urgência. **Rev. Brás. Epidemiol.** São Paulo, v. 10, n. 4, dez. 2007.

MINAYO, M. C. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. Estud.** Maringá, v. 11, n. 2, ago. 2006.

OLIVEIRA, N. L. de.; SOUSA, R. M. C. de. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.11, n.6, nov./dez. 2003.

OMAN, K. S.; KOZIOL-McLAIN, J.; SCHEETZ, L. J. **Segredos em enfermagem em emergência.** São Paulo: Artmed, 2003.

PEREIRA, W. A. da P. P.; LIMA, M. A. D. da. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.19, n.3, jul./set. 2006.

PINHEIRO, P. N. da C.; VIEIRA, N. F. C.; PEREIRA, M. L. D.; BARROSO, M. G. T. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.13, n.4, jul./ago. 2005.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RÉA NETO, A. N. et al & col. **Atendimento pré-hospitalar no trauma e suporte básico de vida:** formação de socorristas. Curitiba: Imprensa Oficial, 1998.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, A. C. B. et al. **Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

SOUSA FILHO, O. A.; XAVIER, E. P.; VIEIRA, J. E. de S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n.3, set. 2008.

SOUZA, E. R de.; LIMA, M. L. C. de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, supl.0, 2006.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C.; MALAQUIAS J. V. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

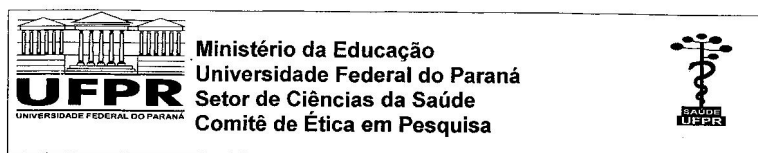
TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev. 2007.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set. 2005.

ANEXOS

ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética



Curitiba, 16 de julho de 2007.

Ilmo (a) Sr. (a)
Leticia Morgana Giacomazzi
 Nesta

Prezado(a) Senhor(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**O impacto do trauma para a vítima: subsídios para a criação de uma escala de trauma de enfermagem**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em reunião realizada no dia 27 de junho de 2007 e apresentou pendências. Documentos analisados, depois de atendidas as pendências, e projeto aprovado em 13 de julho de 2007.

Registro CEP/SD: 375.055.07.06
 CAAE: 1553.0.000.091-07

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 13/01/2008.

Aterciosamente

Prof. Dr.ª. Liliansa Maria Labronici
 Coordenadora do Comitê de Ética em
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
 Prof.ª. Dra. Liliansa Maria Labronici,
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - SD/UFPR

43

APÉNDICES

APÊNDICE I – Descrição das etapas do estudo exploratório

O estudo piloto teve algumas etapas cumpridas que possibilitaram o desenvolvimento deste. Consideramos indispensável a descrição dos caminhos percorridos desde o início da proposta, para a formulação desta pesquisa (metodológica), enumerados a seguir:

1- Ambientalização do pesquisador na área a ser estudada; pois há necessidade de interação entre a idéia do estudo e a realidade do local, entretanto, é necessário perceber a praticidade e aplicabilidade dos resultados de seu estudo proposto, de maneira que contemple características gerais e peculiares, a fim de que sirva para outros locais com características semelhantes;

2- Vivência da realidade do serviço, para compreensão do contexto envolvido e viabilidade do local, assim como percepção da importância ou não do que se pretende estudar, e possa efetivamente vinculado à prática;

3- Captação da percepção das pessoas envolvidas no processo estudado, para detectar possíveis falhas na pesquisa que podem ser evitadas e informações relevantes que completem e aprofundem o estudo. Contudo, trata-se de interrogar os envolvidos e filtrar as informações para não relevar dados insignificantes no contexto geral do tema;

4- Formulação de um projeto de pesquisa para um estudo piloto, pois em temas e metodologias não estudadas, um estudo exploratório fornece as bases para o aprofundamento do tema;

5- Escolha da escala para elaboração do instrumento de coleta de dados. Após a escolha, classificação das possíveis respostas, sendo optado o valor 0 para itens correspondentes à Inexistentes, visto que eles não podem ser desconsiderados ou anulados das possíveis respostas. Nesta etapa há uma grande dificuldade em tornar as questões interrogativas em afirmações para numeração de acordo com a escala de Likert, assim como atribuir valor aos itens sem excluir alguma possível resposta, ainda, considerando o modelo de análise pré-selecionado;

6- Elaboração e teste piloto do instrumento de coleta de dados para confirmação do conteúdo, utilizando tudo que foi percebido e selecionado nas etapas acima;

7- Reformulação do instrumento com base no teste, com inclusões, exclusões e adaptações às questões e suas classes;

8- Aplicação do instrumento, à população pretendida, com base na significância e representação da amostra, com cuidado para não vulnerabilizar os sujeitos e modificar os resultados da pesquisa;

9- Tabulação e análise dos dados;

10- Construção de uma pré escala como resultado de pesquisa. A criação desta pré-escala foi realizada na seguinte ordem:

a- Os dados foram tabulados em planilhas do Excel;

b- Foi realizada a análise e a obtenção dos oito fatores de relevância no impacto do trauma, os quais foram nomeados e descritos;

c- Foram analisadas as questões de maior importância dentro de cada fator;

d- Com base no valor de contribuição de cada fator no conjunto total de dados, foram atribuídos valores para cada fator, que poderão identificar, dentro da escala, os fatores mais importantes a serem trabalhados;

e- Foram criadas classes, de acordo com o valor atribuído pela vítima ao fator após a aplicação de um novo instrumento de coleta, que terá como questões os dados biossociais e do acidente e os oito fatores encontrados neste trabalho, tendo graduação de 0 a 10 para os fatores. A soma dos valores atribuídos indicará o grau de necessidade de apoio psicológico do indivíduo. Para uma definição mais específica o valor de cada fator poderá ser multiplicado pelo percentual do mesmo no conjunto de dados (quadro 4), dizendo quem contribui mais para a classe indicada de necessidade de apoio sócio-psicológico.

Soma total das atribuições	Grau de importância para as unidades
0 a 16	Paciente tranqüilo, estável emocionalmente.
17 a 32	Paciente pouco abalado emocionalmente.
33 a 48	Paciente abalado, com necessidade de apoio não imediata.
49 a 64	Paciente agitado, com necessidade de apoio desde o primeiro momento do atendimento.
65 a 80	Paciente alterado, com necessidade de atenção da equipe e cuidados urgentes.

APÊNDICE II – Convite para compor o quadro de juízes

Prezada Colega

Estamos nos dedicando à elaboração de uma dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná; e gostaríamos de contar com a vossa imprescindível participação.

O trabalho é intitulado “O impacto do trauma para a vítima: subsídios para criação de uma escala de trauma de enfermagem” (título provisório) e tem como objetivo: avaliar o impacto do trauma para a vítima no ambiente hospitalar.

Trata-se de uma obra voltada aos estudantes e profissionais da equipe de enfermagem, atuantes nos serviços de emergência traumática com o propósito de direcionar as atividades de enfermagem a serem implementadas pela equipe no atendimento ao paciente durante o período hospitalar.

Vosso nome foi lembrado para compor parte desta obra, haja vista o reconhecido trabalho desenvolvido por V. Sa. no tema.

Solicitamos sua participação para compor o quadro de juízes, que avaliarão o instrumento de coleta de dados para sua validação, frente à proposta do estudo. Caso nos honre com sua participação, o instrumento será enviado via correio eletrônico ou via postal (de acordo com sua preferência). Se houver impossibilidade de participação no presente, solicitamos indicação de nomes de possíveis juízes que possam participar.

Aguardamos a confirmação do aceite até o dia 15 de setembro de 2007, via e-mail, bem como a escolha da forma de envio do material. Sendo que o prazo para entrega do material avaliado será de 30 dias após seu recebimento.

Enviamos, em anexo, a metodologia do trabalho a ser realizado e, assim, colocamo-nos ao vosso dispor para quaisquer esclarecimentos, aguardamos vossa resposta e agradecemos desde já sua atenção e disposição em contribuir com a nossa proposta.

Desde já, contamos com a vossa fundamental participação que muito abrilhantará o estudo. Em destaque, esperamos ajudar a preencher a lacuna que existe no que tange ao estudo do Impacto do Trauma em nosso país.

Atenciosamente,

Mestranda: *Letícia Morgana Giacomozzi* – letciamorggana@yahoo.com.br

Rua Frederico Maurer, nº 540 – Hauer – Curitiba-PR. Tel.: (41)3327-8575/
(41) 3258-3245

Orientadora : *Profª Drª Maria de Fátima Mantovani* – mantovan@ufpr.br

Rua Padre Camargo, nº 280 – Centro – Curitiba-PR. Tel.: (41)3360-7244

P.S. Favor enviar juntamente com o aceite, nome e endereço completos, com telefones e endereço eletrônico para contato.

Renda familiar: () < 1salário () 1 a 2 salários () 3 a 4salários () 5 a 6 salários () >7 salários

Renda individual: () < 1salário () 1 a 2 salários () 3 a 4salários () 5 a 6 salários () >7 salários

Veículo: () Nenhum () Motocicleta () Carro () Caminhão/Ônibus () Bicicleta

Glasgow: () 3 a 8 () 9 a 12 () 12 a 15

Escore trauma: () 0 a 3 () 4 a 7 () 8 a 12

Fratura () **Contusão ()** **Escoriação ()** **FCC ()** **FAF ()** **FAB ()**
Esmagamento () **Luxação ()** **Amputação ()**

Quantas pessoas () 1 () 2 () 3 () 4 () > 5
estavam com

O nível de concordância que você tem em relação aos itens abaixo é igual a:		1- Não concordo	2- Concordo Pouco	3- Concordo em partes	4- Concordo Muito	5- Concordo plenamente	0- Isso não existiu
01	A dor é um grande incômodo em todos os momentos do acidente e do atendimento.						
02	A ansiedade e o desconforto emocional são sentimentos incontroláveis nessa situação.						
03	A quantidade de informações recebidas confortou e foi satisfatória.						
04	O medo de ficar com seqüelas do acidente é forte e constante.						
05	A tábua e o colar são fatores perturbantes no aspecto físico do trauma.						
06	O medo da morte de algum familiar esteve presente no acidente.						
07	A lembrança de Deus foi grande e fortalecedora neste momento.						
08	A maior vontade é a de ir embora.						
09	Houve preocupação com os custos financeiros do acidente.						
10	Existem muitas expectativas em relação ao atendimento hospitalar e pós-hospitalar no trauma.						
11	Há preocupação em como a notícia e a situação vão repercutir para os familiares (pais, irmãos, etc)						
12	Um grande medo é o de morrer.						
13	Parte da culpa pelo acidente é minha.						
14	As outras vítimas envolvidas no acidente despertam preocupação.						
15	O acidente certamente influenciará na vida familiar, social e no trabalho.						

APÊNDICE IV – Instrumento de Coleta de Dados para especialistas

PARECER TÉCNICO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Caro Colega

Tendo em vista seu aceite em contribuir para a pesquisa intitulada “O impacto do trauma para a vítima: subsídios para criação de uma escala de trauma de enfermagem”, agradecemos sua disponibilidade para examinar o Instrumento de Coleta de Dados.

Para emitir seu parecer, solicitamos que sua avaliação contemple aquilo que V. Sra. julgar pertinente para o estudo, assim como a descrição dos itens relacionados abaixo.

Junto com o instrumento e as informações, está sendo postado um envelope endereçado e selado para reenvio do material. Pedimos para que o mesmo seja enviado após 30 dias de seu recebimento (no máximo).

Agradecidamente

Letícia Morgana Giacomozzi

Mestranda– letciamorggana@yahoo.com.br

Tel.: (41)3327-8575/ (41) 3258-3245

Drª Maria de Fátima Mantovani

Orientadora – mantovan@ufpr.br

Tel.: (41)3360-7244

Os itens são adequados ou devem ser modificados:

- 1- Quanto à suficiência para atender os objetivos do estudo.
- 2- Quanto à clareza de linguagem e entendimento.
- 3- Quanto sua relação com os objetivos.
- 4- Quanto à adequação do modelo de questionário ao tipo de pesquisa.
- 5- Quanto à exclusão de algum item que não está relacionado adequadamente ao tema.
- 6- Quanto à inclusão de alguma questão não abordada.
- 7- Quanto à sugestões para classes e questões utilizadas.

APÊNDICE V – Instrumento de Coleta de Dados Definitivo (C)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PS

HOSPITAL: _____ CÓDIGO: _____

DADOS PESSOAIS

Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino				
Idade: _____	<input type="checkbox"/> < 20	<input type="checkbox"/> 21 a 30	<input type="checkbox"/> 31 a 40	<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> > 51	
Religião:	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Evangélico	<input type="checkbox"/> Agnóstico	<input type="checkbox"/> Outra _____		
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Amasiado	<input type="checkbox"/> Outras: _____
Nº de filhos:	_____	<input type="checkbox"/> nenhum	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> mais que 4	
Nº de dependentes:	_____	<input type="checkbox"/> nenhum	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> mais que 4	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> 1ºg compl.	<input type="checkbox"/> 2º g compl.	<input type="checkbox"/> superior compl.		
		<input type="checkbox"/> 1ºg incompl.	<input type="checkbox"/> 2º g incompl.	<input type="checkbox"/> superior Incompl.		
Ocupação: _____	_____					
Trabalho:	Formal <input type="checkbox"/>	Informal <input type="checkbox"/>				
Plano de saúde:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				

Renda familiar: () < 1salário () 1 a 2 salários () 3 a 4salários () 5 a 6 salários () >7 salários

Renda individual: () < 1salário () 1 a 2 salários () 3 a 4salários () 5 a 6 salários () >7 salários

MECANISMO DO TRAUMA

Mecanismo de trauma: _____

Tipo de acidente: _____

Veículo: () Nenhum () Motocicleta () Carro () Caminhão/Ônibus () Bicicleta

Fratura () Contusão () Escoriação () FCC () FAF () FAB ()
Esmagamento () Luxação () Amputação () Entorse () Hematoma () Laceração ()

Quantas pessoas estavam com você () nenhuma () 1 () 2 () 3 () 4 () > 5

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PS

HOSPITAL: _____ CÓDIGO: _____

VALORES DE ATRIBUIÇÃO ÀS VARIÁVEIS DO TRAUMA

		1- Não concordo	2- Concordo Pouco	3- Concordo em partes	4- Concordo plenamente	5- Concordo plenamente	0- Isso não existiu
	O nível de concordância que você tem em relação aos itens abaixo é igual a:						
01	A dor é um grande incômodo em todos os momentos do acidente e do atendimento.						
02	A ansiedade e o desconforto emocional são sentimentos incontroláveis nessa situação.						
03	A quantidade de informações recebidas confortou e foi satisfatória.						
04	O medo de ficar com seqüelas do acidente é forte e constante.						
05	A tábua e o colar são fatores perturbantes no aspecto físico do trauma.						
06	O medo da morte de algum familiar esteve presente no acidente.						
07	A lembrança de Deus foi grande e fortalecedora neste momento.						
08	A maior vontade é a de ir embora.						
09	Houve preocupação com os custos financeiros do acidente.						
11	Há preocupação em como a notícia e a situação vão repercutir para alguns familiares (pais,irmãos,filhos,etc).						
12	Um grande medo é o de morrer.						
13	As outras vítimas envolvidas no acidente despertam preocupação.						
14	O acidente certamente influenciará na vida familiar, social e no trabalho.						

Outro acidente () Sim () Não

APÊNDICE VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Especialistas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CÓDIGO: _____

- a) Você, especialista em enfermagem no trauma, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “O impacto do trauma para a vítima: subsídios para criação de uma escala de acolhimento de enfermagem”.
- b) O objetivo desta pesquisa é de criar uma escala de acolhimento de enfermagem para auxiliar no atendimento à vítima de trauma.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário apenas avaliar às questões e sugerir modificações no formulário.
- d) Esperamos com este estudo criar uma escala de impacto do trauma para direcionar as atividades a serem implementadas pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente durante o período hospitalar.
- f) O pesquisador Letícia Morgana Giacomozzi - mestranda em Enfermagem do Curso de pós Graduação em Enfermagem da universidade Federal do Paraná, poderá ser contatada nos telefones (41) 32583245/33787200, em Curitiba, das 09:00 às 17:00 horas e é a responsável pela pesquisa, conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- j) Todas as despesas necessárias para o retorno do instrumento por você analisado são de responsabilidade do pesquisador.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona as atividades que deverei participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data ___/___/___

Assinatura do profissional

Data ___/___/___

Letícia Morgana Giacomozzi

APÊNDICE VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Vítimas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CÓDIGO: _____

a) Você, sofreu um trauma e está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “O impacto do trauma para a vítima: subsídios para criação de uma escala de acolhimento de enfermagem”.

b) O objetivo desta pesquisa é de criar uma escala de acolhimento de enfermagem para auxiliar no atendimento à vítima de trauma, ou seja, obter um padrão de atendimento quanto ao que a pessoa que sofreu um acidente sente em relação ao acontecimento e ao atendimento de emergência.

c) Caso você participe da pesquisa, será necessário apenas responder às questões e permitir a gravação da entrevista.

d) Esperamos com este estudo direcionar as atividades a serem implementadas pela equipe de saúde no atendimento ao paciente durante o período hospitalar.

f) A pesquisadora Letícia Morgana Giacomozzi - mestranda em Enfermagem poderá ser contatado nos telefones (41) 32583245/33787200, em Curitiba, das 09:00 às 17:00 horas e é responsável pela pesquisa, conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.

g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do paciente.

k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Após a conclusão da pesquisa, as gravações serão destruídas.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e as atividades que deverei participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data ___/___/___

Assinatura do paciente

Data ___/___/___

Letícia Morgana Giacomozzi

APÊNDICE VIII- Etapas desenvolvidas para análise fatorial

Autovalores	%Var. Explicada	% Acumulada
2,2530198	17,3%	17,3%
1,5288875	11,8%	29,1%
1,2751879	9,8%	38,9%
1,0706439	8,2%	47,1%
1,0524549	8,1%	55,2%
0,9940525	7,6%	62,9%
0,8734122	6,7%	69,6%
0,7978046	6,1%	75,7%
0,7557971	5,8%	81,5%
0,7067382	5,4%	87,0%
0,6670945	5,1%	92,1%
0,5998819	4,6%	96,7%
0,4250249	3,3%	100,0%

Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Comunalidade
-0,371	0,199	0,528			0,466
-0,597	0,181	0,145	-0,176	0,371	0,579
0,390	0,523	0,108			0,437
-0,595	0,265	-0,126	-0,143	0,295	0,548
-0,361	-0,466	-0,451			0,560
-0,331	-0,748	0,284			0,766
-0,455	0,225	0,194	0,260	0,168	0,391
-0,417	0,172	0,225	0,356	-0,366	0,514
-0,253	-0,208	-0,607	0,234	0,168	0,559
-0,429	-0,605				0,559
-0,565	-0,495	0,103			0,588
-0,227	-0,715	0,395			0,722
-0,405	-0,143	-0,512	0,126	-0,168	0,490

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5
Qt01	-0,371	0,199	0,528		
Qt02	-0,597	0,181	0,145	-0,176	0,371
Qt03	0,39	0,523	0,108		
Qt04	-0,595	0,265	-0,126	-0,143	0,295
Qt05	-0,361	-0,466	-0,451		
Qt06	-0,331	-0,748	0,284		
Qt07	-0,455	0,225	0,194	0,26	0,168
Qt08	-0,417	0,172	0,225	0,356	-0,366
Qt09	-0,253	-0,208	-0,607	0,234	0,168
Qt11	-0,429	-0,605			
Qt12	-0,565	-0,495	0,103		
Qt13	-0,227	-0,715	0,395		
Qt14	-0,405	-0,143	-0,512	0,126	-0,168

