
ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 7 - Número 3 - 2015



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil
www.coren-ce.org.br
55 85 3105 7850

INDEXAÇÃO/INDEXATION

LATINDEX

Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe – Espanha y Portugal - Dados: www.latindex.unem.mx

BDENF

REDALYC

EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR

Mirna Albuquerque Frota

EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

NACIONAL/NATIONAL

Alacoque Lorenzini Erdmann – UFSC, Florianópolis-SC

Ana Fátima Carvalho Fernandes – UFC, Fortaleza-CE

Ana Karina Bezerra Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Andrea Gomes Linard – UNILAB, Redenção-CE

Antonio Marcos Tosoli Gomes – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

Augediva Maria Jucá Pordeus – UNIFOR, Fortaleza-CE

David Lopes Neto – UFAM, Amazonas-AM

Denise Guerreiro V. da Silva – UFSC, Florianópolis-SC

Dorisdaia Carvalho de Humerez – UNIFESP, São Paulo-SP

Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE

Fátima Lunna P. Landim – FIC, Fortaleza-CE

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – UNIFOR, Fortaleza-CE

Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC, Florianópolis-SC

Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – UNIFESP, São Paulo-SP

Isaura Setenta Porto – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

Ivan França Júnior – USP, São Paulo-SP

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR, Fortaleza-CE

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – UFC, Fortaleza-CE

Lucilane Maria Sales da Silva – UECE, Fortaleza-CE

Luíza Jane Eyre de Sousa Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE

Márcia Maria Tavares Machado – UFC, Fortaleza-CE

Maria Albertina Rocha Diógenes – UNIFOR, Fortaleza-CE

Mariana Cavalcante Martins – UFC, Fortaleza-CE

Maria de Fátima A. S. Machado – URCA, Cariri-CE

Maria de Jesus C. Sousa Harada – Coren, São Paulo-SP

Maria do Socorro Vieira Lopes – URCA, Cariri-CE

Maria Itayra Padilha – UFSC, Florianópolis-SC

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso – UFC, Fortaleza-CE

Maristela Inês Osawa Chagas – UVA, Sobral-CE

Marluce Maria Araújo Assis – UEFS, Salvador-BA

Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira – UNIFESP, São Paulo-SP

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Raimundo Augusto M. Torres – UECE, Fortaleza-CE

Rita de Cássia Chamma – COFEN, Brasília, DF

Rosimeire Ferreira Santana – UFF, Rio de Janeiro-RJ

Silvana Maria Mendes Vasconcelos – UFC, Fortaleza-CE

Sônia Maria Soares – UFMG, Belo Horizonte-MG

Thereza Maria Magalhães Moreira – UECE, Fortaleza-CE

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – UNIFOR, Fortaleza-CE

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC, Fortaleza-CE

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Alcione Leite da Silva – Portugal/Brasil

Antonio José Nuñez Hernandez – Espanha

Denise Gastaldo – Canadá

Juan José Tirado Darder – Espanha

Maria Teresa Moreno Valdés – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

1613

Editorial

Profa. Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes

Artigos Originais

1615

Relação dos Determinantes Sociais de Saúde e dos Distúrbios
Gastrointestinais em Crianças e Adolescentes

Influence of Social Determinants of Health on Gastrointestinal Tract Disorders on Children and Adolescents

Francisca Elisângela Teixeira Lima, Albertina Aguiar Brilhante, Fernanda Jorge Magalhães, Cláudia Rayanna Silva Mendes, Ana Paula Oliveira Queiroz e Thais Lima Vieira de Souza.

1621

Ingestão e Aspiração de Corpo Estranho por Crianças Menores de 11 anos

Foreign Body Ingestion and Aspiration in Children Aged Under 11 Years

Julia Pereira da Silva, Maria Glauebia Carneiro, Regina Cláudia Melo Dodt, Maria Ligia de Oliveira Santos, Alfredo Sávio Monteiro Nogueira e Edna Maria Camelo Chaves.

1628

Conhecimento dos Pais de Crianças e Adolescentes com Câncer Acerca do Tratamento Quimioterápico

Knowledge Parents of Children and Teens With Cancer About Chemotherapy Treatment

Zulmira de Oliveira Castro, Luciana Kelly Ximenes dos Santos, Maria do Carmo de Oliveira Citó e Larissa Leite Pereira.

1634

Percepção do Paciente Após o Transplante Renal

Perception of The Patient After Kidney Transplantation

Jamille Almeida Maia de Freitas, Rita Mônica Borges Studart, Patrice Vale Falcão Gomes e Tatiana de Medeiros Colleti Cavalcante.

1640

Consultório de Rua: nova forma de atenção em saúde

Office Of Street: a new way to health care

Adriano Rodrigues Souza, Ana Paula Pereira Oliveira, Larissa Teles Farias, Mila Cavalcante Colares e Aline Rodrigues Feitoza.

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigos de Revisão

1646 A Produção da Enfermagem Frente aos Eventos Adversos em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica
Production of Nursing Front to Adverse Events in Intensive Care Units: a literature review
Nayara Marques da Silva, Wesley Henrique Bueno de Camargo, Renata Morais Alves e Cleiton José Santana.

1651 Acesso e Acessibilidade ao Sistema de Saúde – Aspectos Teóricos e Conceituais
Access and Accessibility to Health System - Theoretical and Conceptual Aspects
Bruna Theresa de Sousa Freire, Maria Lopes Feitosa e Zélia Maria de Sousa Araújo Santos.

1656 Enfermagem Brasileira em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa
Brazilian Nursing in Palliative Care: Integrative Review
Luana Farias Lima, Michell Ângelo Marques Araújo, Natália Parla Rodrigues Batalha Andrade, Priscila Pereira de Souza Gomes, Edcarla da Silva de Oliveira, Danielle Feitosa Araújo e Vanessa Alves de Araújo.

Artigos de Atualização

1664 Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Gangrena de Fournier: atualização de saberes para prática
The Nursing Care of People With Fournier Gangrene: Knowledge Update For Practice
Ronny Anderson de Oliveira Cruz, Vannucia Karla de Medeiros da Nóbrega, Rogério Alves Santana, Edijane da Costa Santos e Maria da Guia Martins da Silva Ferreira.

1669 Institucional

1670 Palavra do Presidente

1671 Notícias

1682 Normas de Publicação

EDITORIAL



Profa. Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem de Universidade Regional do Cariri (URCA). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/URCA. Tutora do PET/ Enfermagem/URCA; Membro do Grupo de Pesquisa em saúde Coletiva – GRUPESC/URCA. Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS/URCA).

A Enfermagem como profissão vem se desenvolvendo ao longo dos anos como uma prática social transformadora e em suas ações, quer seja na assistência/gerência, no ensino, pesquisa e extensão, vem contribuindo sobremaneira com o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua concepção, passando pelo movimento da reforma sanitária brasileira, até sua aprovação na Constituição Federal de 1988, assim como, nunca mediu esforços para sua implantação, implementação e consolidação. E neste ano (2015), em que se realiza a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que traz como tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, traz a tona a saúde como um direito de cidadania, embasado na defesa do direito universal à saúde, garantido pelo Estado, por meio de políticas econômicas, sociais e culturais.

Neste contexto, a enfermagem brasileira, vem contribuindo com o cuidado ao ser humano, família e comunidade, visando à superação das desigualdades, à organização e à humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessidades dos usuários, ampliando o acesso, bem como melhorando a qualificação dos profissionais para cuidar bem das pessoas mediante a transformação das práticas de saúde, a superação de iniquidades que afetam de forma diferenciada a população brasileira, estes ainda se constitui nosso desafio.

Para atender estes grandes desafios, é necessário ampliar a divulgação da produção científica da Enfermagem, e a Revista Tendências da Enfermagem Profissional (ReTEP), constitui um veículo significativo de debate e reflexão do conhecimento em enfermagem, com artigos originais, de revisão e reflexão que incentiva o intercâmbio entre pesquisadores, com vistas à compartilhar experiências que possam fomentar o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e embasadas em evidências científicas, além de servir de referência e estímulo para jovens que se iniciam no campo da pesquisa.

A ReTEP, neste número publica temáticas atuais que discute questões específicas tais como: **Consultório de Rua: Nova Forma de Atenção em Saúde; Acesso e Acessibilidade ao Sistema de Saúde – Aspectos Teóricos e Conceituais; Relação dos Determinantes Sociais de Saúde e dos Distúrbios Gastrointestinais em Crianças e Adolescentes;** dentre outros temas importantes, que certamente subsidiarão a consolidação do SUS e o cuidado as pessoas. Portanto, parabenizamos a todos os autores que escolheram a ReTEP como veículo de divulgação de suas pesquisas.

Boa leitura! ●

RELAÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E DOS DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

INFLUENCE OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH ON GASTROINTESTINAL TRACT DISORDERS ON CHILDREN AND ADOLESCENTS

Artigo Original

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹
Albertina Aguiar Brilhante²
Fernanda Jorge Magalhães³
Cláudia Rayanna Silva Mendes⁴
Ana Paula Oliveira Queiroz⁵
Thais Lima Vieira de Souza⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal que buscou identificar as principais queixas clínicas associadas aos distúrbios do trato gastrointestinal (TGI) em crianças e adolescentes em uma unidade de urgência pediátrica, e relacioná-las com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Realizado em um hospital público pediátrico em Fortaleza-Ceará, contendo uma amostra de 124 pacientes com distúrbios do TGI. A coleta de dados conteve variáveis sociodemográficas e determinantes sociais de saúde, com análise por meio de estatística descritiva. Verificou-se vômito, febre e diarreia como as principais queixas clínicas associadas aos distúrbios do TGI. Já a falta de saneamento básico, a coleta inadequada do lixo, a presença de animais domésticos e os comportamentos inapropriados estão relacionados com os DSS. Conclui-se a necessidade da equipe de saúde e dos governantes visualizarem os DSS como condições de prevenção de agravos e de promoção da saúde e da melhoria na qualidade de vida populacional.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Pesquisa em Avaliação de Enfermagem; Promoção da Saúde; Condições Sociais.

ABSTRACT

This is a cross sectional descriptive study that sought to identify the main clinical complaints associated with gastrointestinal tract disorders on children and adolescents at a pediatric emergency/urgency unit and relate it to Social Determinants of Health (SDH). It was performed in a pediatric public hospital in Fortaleza-Ceará, containing a sample of 124 patients with GIT disorders. The data gathering had socio-economic variables and social determinants of health, using descriptive statistic analysis. It was found vomiting, fever and diarrhea as the main clinical complaints associated with gastrointestinal tract disorders. In contrast, the lack of basic sanitation, the inadequate waste collection, the pet presence and inappropriate behaviours are related to SDH. It can be concluded that there is the need for the visualization of SDH as worsening prevention conditions and health promotion and

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Enfermeira graduada pela UFC.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela UFC. Doutoranda de Mobilidade Acadêmica Internacional pela Universidade do Porto-Portugal. E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com

⁴ Enfermeira. Graduada pela UFC. Membro do Grupo de Estudo sobre Consulta de Enfermagem da UFC (GECE/UFC).

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela UFC. Membro do GECE. Bolsista CNPQ.

⁶ Discente do curso de graduação em Enfermagem da UFC. Membro do Grupo de Estudo sobre Consulta de Enfermagem da UFC (GECE/UFC).

improvement in the quality of life by the health staff and our leaders.

Keywords: Pediatric Nursing; Nursing Evaluation Research; Health Promotion; Social Conditions.

INTRODUÇÃO

Os determinantes sociais de saúde (DSS) podem ser definidos como categorias gerais socioeconômicas, culturais e/ou ambientais que se relacionam com as condições de vida e de trabalho dos membros de uma sociedade. Dentre os principais DSS, podem-se citar: habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo redes sociais, assim como estilos de vida; ou seja, recursos socioeconômicos, políticos e estruturais que podem influenciar nos resultados de saúde⁽¹⁾.

Dados do DATASUS referem que, de janeiro de 2008 a fevereiro de 2013, na faixa etária de menores de um ano até 19 anos, houve 1.309.891 internações por diarreia, gastroenterite e outras doenças infecciosas intestinais no Brasil. Deste total, somente a região Nordeste foi responsável por 615.232 (46,9%)⁽²⁾.

Tais números podem refletir a importância de identificar os DSS, os quais ocasionalmente podem favorecer a interferência direta ou indireta no desenvolvimento de distúrbios do trato gastrointestinal (TGI) na infância e na adolescência. Esses distúrbios são diversos e representam a patologia desse sistema, muitas vezes, decorrentes de lesões congênitas, inflamatórias, infecciosas, traumáticas neoplásicas e emocionais⁽³⁾.

Vale considerá-los, ainda, como um dos distúrbios mais incidentes que ocorrem em crianças e nos adolescentes, devido à imaturidade do sistema digestório, assim como pelas modificações nos hábitos alimentares. As principais manifestações clínicas do TGI na infância são: vômito, diarreia, constipação e dor abdominal, as quais podem ocorrer isoladamente, associados uns aos outros ou em conjunto com diversas doenças na pediatria⁽⁴⁻⁵⁾.

Frente ao exposto, pergunta-se: qual a incidência de crianças e adolescentes com distúrbios do TGI que buscam atendimento em unidade de urgência e emergência pediátrica em um hospital da cidade de Fortaleza-Ceará? Quais os principais distúrbios do TGI que levam as crianças e/ou adolescentes a procurarem a emergência pediátrica? Quais os DSS que mais podem influenciar no aparecimento dos distúrbios do TGI na amostra estudada?

A partir de tais questionamentos, o estudo justifica-se pela necessidade de conhecer a influência dos DSS no aparecimento de manifestações representativas de distúrbios do TGI em crianças e adolescentes que buscaram atendimento em unidade de urgência e emergência pediátrica.

Ressalta-se a relevância de tal conhecimento, por parte dos profissionais da saúde, com a finalidade de identificar

as melhores ações de promoção de saúde no que concerne esse tipo de agravo para a população estudada. Com isso, a partir do conhecimento adquirido sobre os DSS e de sua relação direta ou indireta para determinada situação de saúde, pode-se designar as intervenções, sobretudo educativas, direcionadas para as condições sociais da população, o que pode favorecer o empoderamento de crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência devido aos distúrbios do TGI⁽⁶⁻⁷⁾.

O presente estudo pode ainda contribuir com a sensibilização das autoridades governamentais quanto às condições socioeconômicas em que a população vive, e possibilitar a criação de programas de assistência para construir melhores condições sociais e de saúde.

Portanto, tem-se como objetivo identificar as principais queixas clínicas associadas aos distúrbios do trato gastrointestinal em crianças e adolescentes que buscaram atendimento em unidade de urgência e emergência pediátrica de um hospital de Fortaleza-Ceará, e relacionar tais distúrbios com a interferência dos determinantes sociais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal, desenvolvido em um hospital público municipal pediátrico de Fortaleza-Ceará, no período de junho de 2010 a julho de 2011, a fim de possibilitar a compreensão das diversas manifestações clínicas das crianças e adolescentes atendidos nessa instituição.

A população do estudo foram crianças atendidas na unidade de urgência e emergência da referida instituição de saúde, onde são atendidas, em média, 8.275 crianças por mês. A amostra incluiu 105 crianças e 19 adolescentes, totalizando 124 pacientes com distúrbios do TGI, tendo como critérios de inclusão chegar à unidade de urgência e emergência pediátrica acompanhado de um responsável e apresentar manifestações clínicas relacionadas a distúrbios do TGI. Como critérios de exclusão tiveram: ir à unidade pediátrica para consulta eletiva ou buscar exames laboratoriais.

A coleta de dados foi realizada mediante um instrumento contendo variáveis sociodemográficas como: idade, sexo, escolaridade, renda familiar e queixa principal. Além dos determinantes da saúde: habitação próxima de canal a céu aberto; saneamento básico; presença de banheiro, destino do lixo; procedência da água ingerida; contato com animais; hábitos de higiene corporal e limpeza, preparação e conservação dos alimentos consumidos. A análise dos dados deu-se a partir da utilização de estatística descritiva utilizando-se o programa *Microsoft Office Excel 2007*. Os dados foram expostos em quadros e tabelas para melhor compreensão dos resultados, e discutidos de acordo com a literatura pertinente à temática.

O estudo respeitou os princípios da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo nº

80/09. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes envolvidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização dos dados obtidos na pesquisa.

RESULTADOS

Quanto aos resultados, verificou-se maior incidência de crianças e adolescentes do sexo masculino (54,1%) e não brancos (54%) que buscaram atendimento em unidade de urgência pediátrica com distúrbios do TGI. A faixa-etária pré-escolar, compreendida entre dois e sete anos incompletos, apresentou o maior índice de crianças com manifestações do TGI (45,1%). Com relação à escolaridade, a maioria não estudava (50,8%). Já, o predomínio da renda familiar dos participantes (59,6%) foi menor ou igual a um salário mínimo, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das crianças e adolescentes quanto ao sexo, faixa-etária, escolaridade e renda familiar. Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Sexo		
Feminino	57	45,9
Masculino	67	54,1
Cor		
Branca	56	45,2
Não branca	67	54,0
Não respondeu	1	0,8
Faixa Etária		
Recém-nascido (0 a 28 dias)	2	1,6
Lactente (29 dias a < 2anos)	36	29,1
Pré-escolar (2 a < 7 anos)	57	45,9
Escolar (7 a <10 anos)	10	8,1
Adolescente (10 a 19 anos)	19	15,3
Escolaridade		
Não estuda	63	50,8

Ensino Infantil	32	25,8
Ensino Fundamental	27	21,8
Ensino Médio	2	1,6

Renda familiar

< 1 Salário Mínimo	74	59,6
>1 até 3 Salários mínimos	44	35,5
> 3 salários mínimos	1	0,8
Não respondeu	5	4,1
TOTAL	124	100

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

A fim de identificar os distúrbios do trato gastrointestinal em crianças e adolescentes e relacionar tais distúrbios com os determinantes sociais de saúde, vislumbrando sua influência, verificou-se como principais queixas clínicas associadas a esses distúrbios: vômitos (28,8%), febre (27,6%), diarreia (16,7%) e casos de dor abdominal (9,0%), sendo que algumas crianças e/ou adolescentes apresentaram mais de uma queixa clínica concomitantemente, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Manifestações clínicas apresentadas pelas crianças e adolescentes no serviço de emergência hospitalar, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2013.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	N	%
Vômito	74	28,8
Febre	71	27,6
Diarreia	43	16,7
Dor abdominal	23	9,0
Anorexia	13	5,1
Cefaleia	12	4,7
Outros	7	2,7
Constipação	5	1,9
Dor no estômago	5	1,9
Náusea	4	1,6

Tabela 3. Caracterização dos determinantes sociais de saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2013.

SANEAMENTO BÁSICO E HABITAÇÃO	N	%
Próximo a canal a céu aberto	41	46,0
Ausência de saneamento básico	84	67,7
Coleta de lixo 1x por semana	5	4
Coleta de lixo 2x por semana	22	17,7
Coleta de lixo 3x vez por semana	96	77,5
Coleta de lixo diariamente	1	0,8
Possui banheiro em casa	119	96,0
Bebe água mineral	62	50,0
Bebe água filtrada	46	37,1
Bebe água da torneira	11	8,9
Bebe água fervida	1	0,8

COMPORTAMENTOS, ESTILO DE VIDA E SAÚDE

Higiene das mãos antes e após ir ao banheiro	92	74,2
Anda sem calçados	81	65,3
Higiene das frutas e verduras lavadas antes de comer	119	96,0

ALIMENTAÇÃO

Alimentos cozidos para consumo	115	92,7
Alimentos conservados sob refrigeração	119	96,0
Exposição dos alimentos a insetos e roedores	89	71,8

Quanto aos principais DSS e sua interferência com os distúrbios do TGI pode-se verificar que as crianças e/ou adolescentes podem ter tido influência sobre tais distúrbios. Dentre estes determinantes destacam-se, na Tabela 3, o saneamento básico e habitação, comportamentos, estilo de vida e saúde, e alimentação.

Quanto aos DSS de habitação e de saneamento, verificou-se que, mesmo não sendo a maioria, há um alto índice (46,0%) de residências próximas a canais a céu aberto e por isso, a maioria delas (67,7%) não possui saneamento básico.

Quanto à coleta de lixo, a de 77,5% das residências é regular, sendo três vezes por semana. Outro dado constatado foi de que 50% das pessoas afirmaram tomar água mineral.

No que se refere à higiene pessoal, 74,2% das crianças e/ou adolescentes possuíam hábitos adequados, como lavagem das mãos antes e após o uso do banheiro. No entanto, 65,3% costumavam andar descalços.

Quanto aos DSS de habitação e de saneamento, verificou-se que, mesmo não sendo a maioria, há um alto índice (46,0%) de residências próximas a canais a céu aberto e por isso, a maioria delas (67,7%) não possui saneamento básico. Quanto à coleta de lixo, a de 77,5% das residências é regular,

Tabela 4. Contato com animais, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2013..

CONTATO COM ANIMAIS	N	%
Cachorro	37	26,8
Gato	29	21,0
Aves	5	3,6
Outros	2	1,5
Não tem contato	65	47,1

sendo três vezes por semana. Outro dado constatado foi de que 50% das pessoas afirmaram tomar água mineral.

No que se refere à higiene pessoal, 74,2% das crianças e/ou adolescentes possuíam hábitos adequados, como lavagem das mãos antes e após o uso do banheiro. No entanto, 65,3% costumavam andar descalços.

Apesar de 96,0% das crianças e/ou adolescentes afirmaram realizar a lavagem das frutas e verduras antes de utilizá-las, 71,8% relataram permitir a exposição desses alimentos a moscas, ratos e outros agentes transmissores de doenças.

Mediante a avaliação desses notou-se que 52,9% da amostra possuía contato com animais domésticos, os quais também podem favorecer o aparecimento dos distúrbios do TGI, já que trazem consigo agentes parasitários causadores de doenças gastrointestinais. As variáveis referentes ao contato com animais estão dispostas na Tabela 4.

DISCUSSÃO

Estudiosos destacam que a promoção da saúde deve ser compreendida a partir da relação dos DSS com o processo de construção de políticas e espaços saudáveis, tendo em vista a noção saúde-doença como processo histórico socialmente

marcado. Portanto, deve-se estar atento a novas práticas e a reorientação dos serviços de saúde, a fim de promover a saúde e de prevenir agravos⁽⁸⁾.

Por isso, a partir dos resultados apresentados no presente estudo, corroboram-se com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde quando refere que os DDS podem gerar impacto significativo no grau de exposição a agentes causadores de doenças na saúde das crianças, em especial quanto à posição na sociedade, às condições de vida, ao acesso a informações e à renda familiar⁽⁹⁾.

Para a amostra em estudo verificou-se uma baixa renda per capita o que estudiosos apontam como correlação positiva entre a renda e a presença de doenças infecto parasitárias, o que pode indicar que quanto maior o número médio de internações por essa causa, menor a per capita dessa população em destaque⁽¹⁰⁾.

Quanto às principais queixas clínicas associadas aos distúrbios do TGI pode-se destacar vômito, febre e diarreia. Por isso, concorda-se que estas doenças e as parasitárias constituem um importante problema de saúde pública, sobretudo em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil. Nesse contexto, as crianças, em especial as de baixa idade, representam uma população em que o problema se agrava. Apesar de isoladamente não apresentarem alta letalidade, podem ser analisadas como cofatores da mortalidade infantil e, ainda, afetar o equilíbrio nutricional, induzir sangramento intestinal e má-absorção de nutrientes, competir pela absorção de micronutrientes, reduzir a ingestão alimentar e o crescimento do indivíduo, causar complicações cirúrgicas como prolapso retal, obstrução e abscesso intestinal, além de afetar o desenvolvimento cognitivo da criança⁽¹¹⁾.

A presença de saneamento básico é um dos Determinantes Sociais de Saúde que merecem destaque já que houve um elevado número de crianças e/ou adolescentes que apresentaram distúrbios do TGI e não possuíam saneamento básico. Por isso, em um estudo longitudinal, avaliou-se o efeito do saneamento básico como intervenção em uma população e a relação com a presença da doença diarreica aguda em crianças menores de três anos, trazendo como resultado a necessidade da cobertura de serviços de esgoto na cidade com o intuito de reduzir o número de internamentos de tal população por distúrbios do TGI⁽¹²⁾.

A presença da higiene pessoal é o principal determinante no contexto de comportamento, estilo de vida e saúde, o qual a maioria das crianças e/ou adolescentes relatou realizar, contudo, costumavam andar descalços. Lavavam frutas e verduras antes de utilizá-las, porém, permitiam exposição às moscas, ratos e outros agentes transmissores de doenças. A maioria afirmou possuir relação direta com animais domésticos⁽¹³⁾.

Em um estudo realizado em 2007, avaliaram-se a relação destes DSS e a presença de agentes causadores de doenças do TGI no exame parasitológico de fezes de 280 alunos uma

escola municipal situada no bairro Jardim Valéria, na região suburbana da cidade de Salvador-BA onde se observou que a maioria dos estudantes (94%) apresentavam enteroparasitoses. Outro dado marcante foi com relação à nutrição, onde foram registrados casos de eutrofia (85%) e desnutrição (15%)⁽¹⁴⁾.

Diante do exposto vale ressaltar que é preciso uma sensibilização por parte dos governantes, bem como dos profissionais da saúde, especialmente da atenção primária, para minimizar os agravos e complicações à saúde da comunidade, assim como evitar o excesso de crianças nas filas de espera nas unidades de urgência e emergência pediátrica⁽¹⁵⁾. Para isso, deve-se favorecer a relação adequada dos DSS: saneamento, condições de moradia e hábitos de higiene, como estratégias para reduzir as fontes de doenças, especialmente, os distúrbios do TGI na infância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais queixas clínicas associadas aos distúrbios do trato gastrointestinal em crianças e/ou adolescentes, foram: vômitos, febre e diarreia. Estas podem ter seu aparecimento diretamente relacionado com a presença ou ausência dos determinantes sociais de saúde como falta de saneamento básico, coleta inadequada do lixo, presença de animais domésticos em casa, além de comportamentos inapropriados como falta de higiene das mãos antes de alimentarem-se e após o uso de banheiros, além de presença de vetores transmissores de parasitoses como moscas e roedores.

Para tanto, torna-se necessário que a equipe de saúde e os governantes visualizem os DSS como condições de prevenção de agravos e promoção da saúde, a fim de minimizar os índices de internamentos por distúrbios do trato gastrointestinal na infância e até a mortalidade infantil devido às doenças infecciosas e parasitárias.

Como implicação para a prática de Enfermagem, acredita-se que o presente estudo pode favorecer um processo de sensibilização por parte dessa equipe e incentivar que estes se utilizem de estratégias de educação em saúde para essa população, nos diversos níveis de atenção, em especial com as crianças e adolescentes que buscam atendimento emergencial devido às queixas relacionadas aos distúrbios do trato gastrointestinal.

Destaca-se que este estudo teve como limitação uma amostra restrita do estudo, já que foi realizado em apenas um hospital de referência, por isso, torna-se evidente a necessidade de outros estudos mais aprofundados sobre tal temática a fim de colaborar para promover estratégias de promoção da saúde e sensibilizar as autoridades a utilizar-se dos determinantes sociais de saúde como condições favoráveis para a melhoria das condições de vida da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais Da Saúde [Internet]. Secretaria Técnica CNDSS: Fiocruz. Home. [acesso 2014 Mai]. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm
2. DATASUS [Internet]. Doenças infecciosas na infância. 2013. [acesso 2013 Abr 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
3. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2012; 12(2).
4. Ávila ACS, Pereira PP, Corneau JA. Prevalência de distúrbios gastrointestinais e hábitos alimentares de adolescentes. *Nutrir Gerais, Ipatinga*. 2010; 4(6): 604-623
5. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. Editora Guanabara. 2011; 8.
6. Feitosa RMM, Almeida ANSde, Silva WFda, Xavier MSMde, Ramalho AKL, Rocha DJFda. Enfermagem e gerenciamento da situação de saúde na estratégia de saúde da família. *Rev Baiana Enferm. Salvador*. 2013 Mai/Ago; 27(2):154-63.
7. Sant´Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)*. 2010 Mar; 31(1):92-9.
8. Furtado M, Szapiro A. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012; 21(4):811-21.
9. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais de saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. [acesso 2013 Abr 20]. Disponível em <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>
10. Melo EM, Ferraz FN, Aleixo DL. Importância do estudo da prevalência de parasitos intestinais de crianças em idade escolar. *SaBios: Rev. Saúde e Biol. Campo Mourão*. 2010 Jan/Jul; 5(1): 43-7. Disponível em: <http://www.revista.grupointegrado.br/sabios/>
11. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2010; 13(2): 268-77.
12. Barreto ML, Genser B, Strina A, Teixeira AG, Assis AMO, Rego RF, Teles CA, Prado MS, Matos SMA, Santos DN, Santos LA, Cairncross S. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies. *Lancet* 2007; 370: 1622-28.
13. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17(1):77-93, 2007.
14. Seixas MTL, Souza JM, Souza RP, Teixeira MCA, Soares MN. Avaliação da frequência de parasitos intestinais e do estado nutricional em escolares de uma área periurbana de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista de Patologia Tropical*. 2012; 40(4).
15. Ribeiro MCS, Bertolozz MR. O trabalho do enfermeiro na vigilância sanitária: a necessidade de incorporar a consciência ecológica para reordenar a prática [dissertação]. São Paulo. REEUSP. 2000.

Recebido em: 05.07.2015

Aprovado em: 20.07.2015

INGESTÃO E ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO POR CRIANÇAS MENORES DE 11 ANOS

FOREIGN BODY INGESTION AND ASPIRATION IN CHILDREN AGED UNDER 11 YEARS

Artigo Original

Julia Pereira da Silva¹
Maria Glauebia Carneiro²
Regina Cláudia Melo Dodt³
Maria Ligia de Oliveira Santos⁴
Alfredo Sávio Monteiro Nogueira⁵
Edna Maria Camelo Chaves⁶

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os principais objetos ingeridos ou aspirados por crianças. Estudo documental, retrospectivo, realizado em serviço de Urgência e Emergência de Fortaleza-CE, Brasil. Amostra foi composta por 192 prontuários de crianças atendidas de agosto de 2012 a janeiro de 2013. O critério de inclusão foi crianças com idade entre 1 e 11 anos. O sexo masculino foi o mais acometido com 104 (54,6%), seguido do sexo feminino com 88 (45,4%). A moeda foi o objeto mais ingerido por crianças, 90 (46,9%), seguido de espinha de peixe, 26 (13,9%). Os corpos estranhos encontravam-se predominantemente no esôfago, 91 (47%). Foram submetidos à endoscopia 85 (44,2%). Conclui-se que o conhecimento do tipo corpo estranho na infância torna-se importante, pois contribui para o direcionamento da assistência as crianças no serviço de emergência.

Palavras-chave: Criança; Acidentes; Enfermagem; Corpos Estranhos.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the main objects ingested or aspirated by children. Documental retrospective study conducted in an Emergency and Urgent Care of Fortaleza-CE, Brazil. The sample consisted of 192 medical records of children treated from August 2012 to January 2013. Inclusion criteria were children aged 1-11 years. Male children were the most affected with 104 (54.6%), followed by females with 88 (45.4%). Coins were the most ingested objects by children, 90 (46.9%), followed by fish bone, 26 (13.9%). Foreign bodies were located predominantly in the esophagus, 91 (47%). 85 children underwent endoscopy (44.2%). Discussion: small objects represent a risk because the child easily introduces them into the oral cavity, allowing aspiration or ingestion of foreign bodies. Knowledge of foreign body in childhood becomes important as it contributes to the care delivered to children in the emergency department.

Keywords: Child; Accidents; Nursing; Foreign Bodies.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

² Enfermeira. Graduada pela FAMETRO.

³ Doutora em Enfermagem. Docente da FAMETRO. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin.

⁴ Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁵ Médico do Instituto Dr. José Frota. Residência em Cirurgia Geral e Torácica.

⁶ Doutora em Farmacologia. Docente Adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: ednacam3@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A ingestão e aspiração de corpo estranho por crianças estão entre um dos tipos de acidentes mais frequentes e potencialmente graves, podendo ser fatal, dependendo de fatores, como o tipo de objeto impactado nas vias digestivas, grau de obstrução da via respiratória, tempo de penetração da ocorrência e o tempo para remoção e, em especial a faixa etária da criança, considerando crescimento e desenvolvimento dos reflexos e/ou patologias que podem comprometer a maturação dos sistemas⁽¹⁾.

Corpo estranho é qualquer objeto ou substância que indevidamente penetre o corpo ou suas cavidades. Podem ser dos mais variados tipos perfuro cortantes ou não, como partículas de poeira, carvão, fragmentos de madeira, metálico como: moeda, agulha, alfinetes, pregos, bateria de aparelhos eletrônicos entre outros e ainda, vidro, borracha, plástico, sementes, casca ou pedaços de frutas, bolo alimentar, dentre outros⁽¹⁾. Na criança, existe o risco desse corpo estranho ficar impactado nas vias digestiva, respiratória entre outros orifícios naturais.

Os registros de aspiração de corpo estranho, antes do século XX, apresentavam taxa de mortalidade alta, entre 24 e 50%, pois o corpo estranho não era removido, sendo a traqueostomia paliativa o procedimento realizado. Com o desenvolvimento da broncoscopia, a mortalidade reduziu para menos de 1%⁽²⁻³⁾.

Nos Estados Unidos, a aspiração de corpo estranho é a principal causa de morte acidental em crianças menores de seis anos, com incidência anual estimada entre 500 e 2.000 casos, além de principal causa de mortalidade por lesão acidental em crianças menores de um ano. ⁽⁴⁾No Brasil, é a terceira maior causa de morte acidental na faixa etária pediátrica, sobretudo em menores de quatro anos⁽⁵⁻⁶⁾.

Determinados corpos estranhos são de fácil acesso para crianças, especialmente menores de três anos, pois nessa fase do desenvolvimento, buscam conhecer e explorar o ambiente de variadas formas. Na fase oral, os objetos são levados à boca com maior frequência, favorecendo a ocorrência da aspiração de corpo estranho.

A imaturidade do sistema digestivo é fator de risco em crianças menores de um ano, pois estas podem apresentar falta de controle dos esfíncteres esofágicos, gástricos e do piloro, bem como a capacidade em ml do estômago, favorecendo ao refluxo e, conseqüentemente, à aspiração do conteúdo estomacal⁽⁷⁾.

Nesse sentido, estudar as ocorrências desse agravo se torna essencial, a fim de ampliar o conhecimento epidemiológico acerca desses eventos e formar diagnóstico que contribua para o desenvolvimento e a implementação de programas voltados para prevenção dessa importante causa de atendimento e óbito infantil⁽⁸⁻⁹⁾.

Tendo em vista a vulnerabilidade das crianças e as complicações decorrentes da ingestão e aspiração de corpo estranho em crianças menores de 11 anos, buscou-se conhecer esses ob-

jetos envolvidos, bem como sua evolução. Diante do contexto, questionou-se: quais os tipos de corpos estranhos aspirados ou ingeridos por crianças atendidas em unidade de emergência digestiva e respiratória? Logo, o estudo objetivou identificar os principais objetos ingeridos ou aspirados por crianças menores de 11 anos.

METODOLOGIA

Estudo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Realizou-se análise de boletins de ocorrência do serviço e prontuários de crianças menores de 11 anos de idade, que foram atendidos com história de acidente com corpo estranho nas vias digestivas ou respiratórias em serviço de Urgência e Emergência de Fortaleza-CE, Brasil.

Amostra foi composta por conveniência, por 192 prontuários das crianças que foram admitidas e submetidas à retirada de corpo estranho entre agosto de 2012 e janeiro de 2013, no serviço de endoscopia per oral, respiratória e digestiva, referência no norte e nordeste do Brasil. O critério de inclusão foi crianças de zero a 11 anos de idade.

Os dados foram coletados a partir das informações contidas no boletim, prontuário e livros de registro da unidade. Foi elaborado formulário com dados de identificação do participante, tipo de objeto removido, tempo de permanência e tipo de procedimento realizado. A coleta foi realizada de março a abril de 2013. Foram organizados em banco de dados do programa Excel e tratados pela estatística percentuais e absoluta, e posteriormente apresentados em tabelas.

A referida pesquisa foi realizada conforme as diretrizes e normas regulamentadas para pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução Nº. 466/12, a qual incorpora os princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outras, que asseguram os direitos e deveres da comunidade científica, aos participantes da pesquisa, sendo aprovado conforme número de protocolo 275.180.

RESULTADOS

As variáveis relacionadas aos dados sócio demográficos das crianças, em relação às ocorrências encontram-se descritas na tabela 1.

A Tabela 1 reúne as principais casuísticas, estaduais de ingestão e aspiração de corpos estranhos em pediatria. Em relação ao sexo, o masculino foi o mais acometido, 104(54,6%); seguido do feminino, 88(45,4%).

Dentre os corpos estranhos ingeridos, constatou-se predomínio de moedas (46,9%) e espinha de peixe (13,6%). Outros objetos foram retirados de crianças vítimas aspiração de corpo estranho, como prego e parafuso, tampa de caneta, bijuterias, objetos pequenos, muitas vezes deixados em locais de fácil acesso para criança.

Tabela 1. Descrição das características dos participantes do estudo. Fortaleza-CE. 2013.

VARIÁVEIS	N(192)	%
Sexo		
Masculino	104	54,6
Feminino	88	45,4
Idade (anos)		
< 1	3	1,6
1 - 3	94	48,9
4 - 6	35	18,2
> 7	35	18,2
Sem registro	25	13,1
Cuidador		
Mãe	2	1,6
Avó	36	29,1
Pai	57	45,9
Outros	10	8,1
Procedência		
Fortaleza	63	50,8
Interior	50	26,1
Região Metropolitana	24	12,5

Fonte: arquivo geral do serviço de urgência e emergência em Fortaleza- CE.

Em relação à conduta da criança ao ser admitida na unidade, 139(72%) realizaram exame de raio-x, seguidos de 51(27%) crianças que foram submetidas ao ultrassom.

A localização do corpo estranho foi 91(47%) no esôfago; 39(20%) na faringe; 27(14%) no estômago; 13(7%) no TGI(trato gastrointestinal);9(5%) no pulmão; e 13(7%) sem registro.

As condutas terapêuticas de maior incidência foram endoscopia (44,2%), avaliação clínica (22,3%) e faringoscopia (3,5%).

Tabela 2. Descrição dos corpos estranhos ingeridos por crianças em um serviço de emergência. Fortaleza-CE. 2013.

CORPO ESTRANHO	n	%
Moeda	90	46,9
Espinha de peixe	26	13,6
Prego e parafuso	12	6,3
Bijuterias	9	4,6
Tampa de caneta	6	3,2
Baterias	5	2,6
Fragmento de fruta	5	2,6
Fragmento de vidro	4	2,1
Osso de frango	4	2,1
Fragmento de plástico	4	2,1
Soluções	2	1,0
Fragmento de carne	2	1,0
Outros	7	3,6
Sem registro	16	8,3
TOTAL	192	100,0

Fonte: arquivo geral do serviço de urgência e emergência em Fortaleza- CE.

Tabela 3. Descrição da localização do corpo estranho e conduta. Fortaleza-CE. 2013.

CONDUTA	n	%
Exame Realizado		
Raio-x	139	72
Ultrassom	51	27
Não realizado	2	1
Localização do CE		
Esôfago	91	47
Faringe	39	20

Localização do CE

Estômago	27	14
TGI	13	7
Pulmão	9	5
Sem registro	13	7

Tempo de remoção (horas)

1 - 12	15	60
13 - 24	36	19
> 25	41	21

Conduta

Endoscopia	85	44,2
Avaliação clínica	43	22,3
Faringoscopia	26	13,5
Esofagoscopia	12	6,2
Laringoscopia	10	5,2
Broncoscopia	8	4,2
Outros	8	4,2

Fonte: arquivo geral do serviço de urgência e emergência em Fortaleza- CE.

Tabela 4. Descrição das complicações para remoção do corpo estranho em crianças em um serviço de emergência. Fortaleza-CE. 2013

COMPLICAÇÕES	n	%
Disfagia	23	11,9
Complicações no pós-anestésico	4	2,1
Epigastralgia	4	2,1
Lesão esofágica	2	1,1
Lesão de orofaringe	2	1,1
Desconforto respiratório	2	1,1

Úlcera e necrose	2	1,1
Esofagite	2	1,1
Hematêmese	2	1,1
Hipertermia	2	1,1
Sem complicações	143	74,4

Fonte: arquivo geral do serviço de urgência e emergência em Fortaleza- CE.

Diante dos resultados obtidos, observou-se 74,4% das crianças não tiveram complicações, apontando a disfagia, dificuldade de deglutir, (11,9%) a complicação mais relevante.

DISCUSSÃO

A ingestão ou aspiração de corpo estranho em crianças representa situação de risco, pois dependendo do objeto, podem-se ter complicações que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade.

A ocorrência da aspiração de corpo estranho entre as crianças do sexo masculino e feminino apresentou variação pequena, sendo mais frequente no sexo masculino. Essa ocorrência pode estar relacionada ao tipo de atividade recreativa ou facilidade de encontrar objetos expostos que deveriam estar em local fora do alcance da criança.

Em relação à faixa etária, as crianças menores de três anos foram as mais acometidas. Durante a infância, as crianças encontram-se mais expostas aos fatores de riscos existentes no ambiente doméstico, tornando-se vulneráveis às injúrias não intencionais, consideradas acidentes⁽⁹⁾. Vale salientar a importância do papel do cuidador na prevenção das aspirações de corpo estranho. O conhecimento dos fatores de risco e as orientações para prevenção dos acidentes devem ser compartilhados nos espaços de atenção à criança.

Os dados epidemiológicos e a distribuição dessa afecção são importantes para elaboração de estratégias de atenção à criança. Estudos mostram que na faixa entre um a três anos estão os maiores índices de aspiração de corpo estranho⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Em estudo que analisou 434 casos de acidentes com corpo estranho, constatou-se predomínio do sexo masculino e a faixa etária com maiores números de casos de um a três anos de idade⁽⁸⁾.

Ressalta-se que as crianças de um a três anos exploram o mundo através da via oral; possuem coordenação motora fina para colocar um pequeno objeto na boca, mas não possuem dentes molares e mastigam os alimentos de forma incompleta, com os dentes incisivos, o que predispõe a aspiração de corpo estranho. Outros fatores contribuem para ocorrência dessa aspiração, como o acesso a alimentos im-

próprios ou a pequenos objetos, realização de outras atividades concomitantes com a alimentação e o fato de irmãos mais velhos oferecerem alimentos ou objetos para bebês e crianças pequenas⁽¹²⁻¹³⁾.

No que se referem à procedência, os dados apontam maior frequência para Fortaleza, pois a cidade dispõe de serviço especializado para o atendimento de crianças com aspiração de corpo estranho. Deve-se ponderar a busca por melhores condições de assistência, a fim de obter tratamento adequado, com menor risco de sequelas.

No Brasil, com exceção do primeiro ano de vida, os acidentes na infância causam mais mortes que as demais causas de morte somadas. A cada ano, os acidentes nos grupos de crianças com idade menor de 14 anos resultam em quase 6.000 mortes e mais de 140 mil admissões hospitalares somente na rede pública. Outro aspecto relevante é que, para cada pessoa que morre, há muitas outras vítimas sobreviventes de acidentes na infância que necessitam hospitalização, atendimento em pronto-socorro e tratamento ambulatorial⁽¹⁴⁾.

Os resultados mostram que a moeda foi objeto mais ingerido pelas crianças. Merece atenção a inserção de novos objetos, como baterias encontradas nos brinquedos eletrônicos de controles remotos, caixinhas de som, relógios e carrinhos. É importante lembrar que os brinquedos produzidos devem trazer a recomendação para a idade, principalmente os brinquedos com pecinhas pequenas e desmontáveis. As crianças menores exploram mais o ambiente, desmontam os brinquedos para satisfazer a curiosidade.

Os acidentes muitas vezes poderiam ser evitados, se a mãe ou o cuidador estivessem mais atentos às brincadeiras desses pequenos exploradores. Crianças são curiosas, abrem gavetas e portas, comem e bebem o que adultos reconhecem como perigo, desta forma armazenar medicamentos e produtos em locais inadequados por descaso ou falta de informação representam risco⁽¹⁵⁾.

As ocorrências de intoxicações exógenas na faixa etária de cinco a dez anos de idade diminuem. À medida que as crianças vão crescendo, afasta-se do ambiente domiciliar, vão se tornando mais independentes e expondo-se, com mais frequência, aos riscos ambientais⁽¹⁶⁾. Surgem outros tipos de acidentes, como quedas, queimaduras, lesão com perfuro cortantes, entre outras.

O diagnóstico de aspiração de corpo estranho, muitas vezes, é confirmado com exame radiográfico simples de tórax, sendo o primeiro a ser realizado, pois é facilmente disponível nos serviços de saúde e apresenta considerável sensibilidade⁽³⁾. No presente estudo, esse exame foi o mais realizado, seguido do ultrassom.

A avaliação da impressão traqueal e brônquica à procura de imagens de preenchimento da árvore respiratória deve ser minuciosa. Em pacientes que não colaboram, a radiogra-

fia em decúbito lateral pode ajudar na visualização de aprisionamento de ar em alguns casos. Outros exames podem ser realizados, como a tomografia de tórax, broncoscopia virtual, ressonância magnética, fluoroscopia e cintilografia, todavia raramente contribuem para o diagnóstico de aspiração de corpo estranho e agregam maiores custos, exposição à radiação e, independentemente do resultado, não excluem a realização da broncoscopia quando há suspeita de aspiração⁽¹²⁾.

Os dados do estudo mostram várias localizações dos corpos estranhos, sendo o esôfago o mais frequente. A traqueia e o pulmão merecem destaque pelo risco de complicação para a criança que se encontra em crescimento e desenvolvimento. Vale salientar que a faixa etária estudada sofre influência de três fatores primordiais, como expansão tecnológica e socioeconômica, êxodo rural e o desenvolvimento da criança que passa pela fase oral, tem coordenação motora fina para pegar pequenos objetos e a exposição aos mesmos. No entanto, o resultado no que diz respeito à frequência no esôfago, justifica-se por esse órgão possuir contração involuntária, possibilitando a impactação de corpo estranho, ocasionada na maioria das vezes pela imaturidade do sistema ou por alguma patologia que diminua os reflexos⁽¹⁾.

Os dados revelam que o tempo de permanência de corpo estranho impactado nas vias aéreas e digestivas, com destaque para o esôfago, pode estar relacionado a quatro fatores: o grau de obstrução que poderá precipitar ou não a procura do atendimento, o tempo de chegada da criança ao serviço ocasionado pela dificuldade de deslocamento, a estrutura e as condições técnicas oferecidas, condizendo com a literatura⁽¹⁷⁾.

Sabe-se que para uma criança com dificuldade respiratória devido à presença de um corpo estranho alojado nas vias aéreas, a ocorrência de uma aspiração de resíduo alimentar e secreção gástrica durante a indução anestésica poderá ser fatal, razão pela qual é imperioso guardar jejum para realização da broncoscopia, que varia de acordo com o tipo de alimento ingerido e a idade da criança⁽⁵⁾.

O diagnóstico precoce da aspiração de corpo estranho é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequela definitiva ou dano fatal. Quando ocorre a aspiração acidental de um corpo estranho, a manifestação clássica é a tosse paroxística, mecanismo de defesa natural de eliminação do objeto aspirado⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Deve-se frisar que o diagnóstico precoce é importante tanto nos casos de aspiração quanto em determinadas ingestões, como ingestão de baterias de aparelhos eletrônicos que são altamente oxidantes e exige o menor tempo possível para sua remoção quando encontram-se especialmente em vias digestivas altas, como esôfago e estômago.

A inexperiência de mães primíparas é fator de risco para as complicações, pois na maioria das vezes, não sabem re-

conhecer nem compreender algumas respostas apresentadas pela criança, como o refluxo que pode ser responsável por laringe espasmo, bronquite e pneumonia química. Como também, a tosse, a sialorreia, a dispneia provocada pela permanência de corpo estranho, localização do mesmo, o estresse do paciente ou ainda pela tentativa de remoção realizada pelo cuidador⁽¹⁹⁾.

A conduta terapêutica mais utilizada é a endoscopia em decorrência do quadro clínico apresentado pela criança e a dúvida do médico frente à incerteza e insistência da mãe. Avaliação clínica e determinação da conduta deve-se a frequência de corpo estranho nas vias digestivas baixas, que podem ser diagnosticados com o Raio-x. A indicação da faringoscopia deve-se à queixa do corpo estranho na via digestiva alta. Na maioria dos casos, encontram-se os perfurocortantes, tipo espinha de peixe, entre outros, principalmente devido à projeção natural das tonsilas na cavidade oral, tornando o local mais comum de impactação de corpos estranhos na faringe⁽⁷⁾. Deve-se salientar a importância da anamnese para auxiliar na conduta terapêutica, pois a criança é um ser vulnerável, com maior risco de complicações e sequelas.

A disfagia pode ser observada antes do procedimento, resultante da aspiração do corpo estranho pela queixa e sintomatologia da criança e após o procedimento realizado. Outras complicações incluem processo inflamatório, laringe espasmos, bronquite crônica e pneumonia. Complicações graves, como obstrução severa das vias aéreas e morte, tendem a ocorrer em crianças de pouca idade, devido ao reduzido calibre das vias aéreas^(4,6). Merece destaque as perfurações esofágicas que podem ser relacionadas ao método diagnóstico e terapêutico⁽²⁰⁾.

Cabe ressaltar a importância do atendimento inicial realizado após aspiração de corpo estranho por uma equipe multiprofissional capacitada, pois, assim, podem-se reduzir os índices de complicações e morbidade, ainda, frequentes na população infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo alertam para os perigos que constituem os objetos pequenos que crianças possam introduzir na cavidade oral, possibilitando aspiração de corpo estranho, o risco de morte ou complicações pela retirada do objeto estranho. Moedas, sementes, botões, tampinhas, perfurocortantes, entre inúmeros outros objetos, precisam ser mantidos longe do alcance da criança.

O fato de os acidentes por corpo estranho acontecerem, em grande parte, no ambiente doméstico, sugere a modificação do mesmo como forma efetiva de prevenção, além da supervisão direta sobre a criança.

Acredita-se que por meio de ações e orientações específicas aos pais e cuidadores, é possível reduzir parte dos acidentes por corpo estranho. Faz-se necessária realização de educação em saúde, por constituir importante estratégia para prevenção de danos causados às vítimas.

O conhecimento do tipo corpo estranho na infância torna-se relevante, pois contribui para o direcionamento da assistência às crianças no serviço de emergência.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse relativamente ao presente artigo.

REFERÊNCIAS

1. Fraga AMA, Reis MC, Zambon MP, Toro IC, Ribeiro JD, Baracat ECE. Aspiração de corpo estranho em crianças: aspectos clínicos, radiológicos e tratamento broncoscópico. *J BrasPneumol*. 2008;34(2):74-82
2. Lima JA, Fischer GB, Felicetti JC, Flores JA, Penna CN, Ludwig E. Aspiração de corpo estranho na árvore traqueobrônquica em crianças: avaliação de sequelas através de exame cintilográfico. *J Pneumol*. 2000; 26:20-4.
3. Fraga AM, Pires AF, Komlos M, Takamatu EE, Camargo LG, Contelli FH. A. Remoção de corpo estranho da via aérea de criança por broncoscopia através de traqueotomia ou traqueostomia. *J BrasPneumol*. 2008;34:74-82.
4. Cassol V, Pereira AM, Zorzela LM, Becker MM, Barreto SS. Corpo estranho na via aérea de crianças. *J Pneumol*. 2003;29:139-44.
5. Bittencourt PFS, Camargos PAM. Aspiração de corpos estranhos. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 78:9-18.
6. Sousa STEV, Ribeiro VS, Menezes Filho JM, Santos AM, Barbieri MA, Figueiredo Neto JA. Aspiração de corpo estranho por menores de 15 anos: experiência de um centro de referência do Brasil. *J BrasPneumol*. 2009;35:653-9.
7. Figueiredo RRR, Azevedo AA, Kós AOA, Tomita S. Complicações de corpos estranhos em otorrinolaringologia: um estudo retrospectivo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74:7-15.
8. Martins CBG, Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *CadSaúde Pública*. 2008; 24:1983-90.
9. Vieira LJES, Araújo KL, Abreu RNDC, Lira SVG, Frota MA, Ximenes LB. Repercussões no contexto familiar de injúrias não-intencionais em crianças. *Acta Sci Health Sci*. 2007; 29:151-8.
10. Martins CBG, Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):1983-1990, set, 2008.
11. Higuchi O, Adachi Y, Ichimaru T, Asai M, Kawasaki K. Foreign body aspiration in children: A nationwide survey in Japan. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009; 73:659-61.
12. Gonçalves MEP, Cardoso SR, Rodrigues AJ. Corpo estranho em via aérea. *Pulmão*. 2011; 20:54-8.

13. Sousa STEV, Ribeiro VS, Menezes Filho JM, Santos AM, Barbieri MA, Figueiredo Neto JAA. Aspição de corpo estranho por menores de 15 anos: experiência de um centro de referência do Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(7):653-659.
14. Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros, por SILVA, Jr. J. B. & Toro-Ocampo, H. Brasília, 2005. Série B. Textos Básicos de Saúde.
15. Ramos MB, Fernández-Villar A, Rivo JE, Leiro V, García-Fontán E, Botana MI, et al. Extraction of airway foreign bodies in adults: experience from 1987-2008. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2009;9(3):402-5.
16. Rosa TG, Vargas MLCV, Babinski MA, Impagliazzo SP, Loayza AC, Sabrá AC. Incidência de aspiração de corpo estranho por crianças atendidas na emergência do hospital infantil Ismelia da Silveira. *Acta Scientiae Medica* 2009; 2(2): 76-84..
17. Rosa TG, Vargas MLC, Babinski MA, Impagliazzo SP, Loayza AC, Sabrá AC. Incidência de aspiração de corpo estranho por crianças atendidas na emergência do hospital infantil Ismelia da Silveira. *Acta Scientiae Medica*. 2009; 2:76-84.
18. Cutrone C, Pedruzzi B, Tava G, Emanuelli E, Barion U, Fischetto D, et al. The complimentary role of diagnostic and therapeutic endoscopy in foreign body aspiration in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75:1481-5.
19. Higuchi O, Adachi Y, Adachi YS, Taneichi H, Ichimaru T, Kawasaki K. Mothers' knowledge about foreign body aspiration in young children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013; 77:41-4
20. Vieira E, Cabral MJ, Gonçalves M. Perfuração esofágica na criança: casuística de um serviço de cirurgião pediátrica. *Acta Med Port*. 2013; 26:102-6.

Recebido em: 16.07.2015

Aprovado em: 03.08.2015

CONHECIMENTO DOS PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER ACERCA DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

KNOWLEDGE PARENTS OF CHILDREN AND TEENS WITH CANCER ABOUT CHEMOTHERAPY TREATMENT

Artigo Original

Zulmira de Oliveira Castro¹

Luciana Kelly Ximenes dos Santos²

Maria do Carmo de Oliveira Citó³

Larissa Leite Pereira⁴

RESUMO

Objetivou-se identificar o conhecimento dos pais de crianças e adolescentes com câncer acerca do tratamento quimioterápico. Estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foi realizado no Centro Pediátrico do Câncer em Fortaleza-CE. A maioria eram crianças entre 01 e 10 anos de idade, diagnosticadas, a maioria, com leucemias (26,7%) e tumor de Willms (20%). Foi relatado pelos pais que 90% das crianças apresentaram reações adversas. As mais comuns foram: gastrintestinais, cutâneas, que ocorrem durante a administração e a queda de cabelo. Quanto ao recebimento das orientações do tratamento e suas possíveis reações, 90% dos pais afirmaram ter tido alguma orientação e 10% informaram não ter recebido orientação. Os profissionais que mais forneceram as informações acerca do tratamento quimioterápico aos pais foram os profissionais médicos (66,7%). Conclui-se que os pais estão sendo pouco informados acerca da doença de seu filho e do tratamento no qual ele está sendo submetido.

Palavras-chave: Neoplasias; Quimioterapia; Saúde da Criança.

ABSTRACT

The objective was to examine the procedure adopted for fixing the endotracheal tube in patients admitted to intensive care unit. Exploratory descriptive study with quantitative study in four intensive care units of a public hospital in Fortaleza, Ceara. The sample consisted of 50 nurses. Data were collected from September to November 2010 with a questionnaire, analyzed statistically. The ethical aspects were considered. The most common material used for fixing the tube was the sticking plaster, being exchanged during the patient hygiene (74%), with the participation of two people (94%). The changing position of the tube was raised by 68% of the participants; most do not usually check the pressure of the cuff. As for learning about the procedure, 52% learned in practice under the supervision of another professional. The study enabled the knowledge about the procedure, allowing the development of protocols.

Keywords: Neoplasms; Drug Therapy; Child Health.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Fanor Nordeste (FANOR).

² Enfermeira. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Enfermagem da Fanor.

E-mail: lucianaximenesufc@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Farmacologia pela UFC. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada do Ceará (FIC).

⁴ Enfermeira. Graduada pela FANOR.

INTRODUÇÃO

A neoplasia cancerígena não é uma doença de etiologia única e isolada, mas pertence a um grupo de patologias distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e diagnóstico. Em relação à fisiopatologia, trata de um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Esta célula forma um clone, se prolifera, e ignora os sinais de regulação do crescimento no ambiente subjacente a célula⁽¹⁾.

O número de casos dessa doença tem aumentado bastante nos últimos anos, torna-se cada vez mais grave e acomete várias faixas etárias. Destaca-se a população infantil, onde tem se apresentado com formas agressivas e de difícil tratamento⁽²⁾. O câncer infantil se manifesta, assim como no adulto, com uma proliferação desordenada e descontrolada de células anormais e pode atingir e comprometer tecidos e órgãos⁽³⁾. São estimados 9.000 novos casos de câncer infanto-juvenil no Brasil por ano⁽⁴⁾.

O diagnóstico da doença compreende uma fase dolorosa, de angústia e de incerteza tanto para os familiares como para a criança e (ou) adolescente, pois surge o medo da morte e a preocupação com o futuro. Durante décadas o câncer vem sendo estigmatizado devido ao sofrimento que causa ao enfermo e a família. Nos dias atuais, é visto como uma doença que gera sofrimento, dor, frustração e, ainda, uma desestruturação na família, pois requer uma adaptação dos seus membros para cuidar do indivíduo enfermo.

Nesse contexto, também conta-se com o apoio adequado da equipe multiprofissional, não só para a criança e o adolescente, como também, para os familiares. As informações acerca da doença, nesse momento, são de grande relevância para os familiares, pois poderá minimizar os sentimentos vivenciados nesse momento, levando-os a ajudar, colaborar e participar do tratamento. Estes passam a compreender melhor a agressividade da doença e do tratamento que na maioria das vezes desencadeia várias reações nas crianças, como: estresse, ansiedade, choro, irritabilidade, apatia e as reações adversas comuns do tratamento como a quimioterapia.

Apesar dos avanços e o surgimento de agentes antineoplásicos mais específicos e modernos, os quimioterápicos na sua grande maioria não são seletivos, pois atingem tanto células malignas como células benignas do organismo. Por conta da toxicidade dos antineoplásicos surgem os efeitos colaterais esperados pela equipe de saúde durante o tratamento que são: náuseas e vômitos, lesão de esôfago, fraturas, desnutrição, desequilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico, que muitas vezes levam à recusa do paciente a continuar os ciclos do tratamento quimioterápico⁽⁵⁾. No entanto, existem também, os efeitos que variam de acordo com o sistema afetado. Durante esta fase surgem muitas dúvidas com relação ao tratamento e aos efeitos colaterais muitas vezes desconhecidos pelos pais que não sabem como agir diante de tal fato

Diante do exposto, o estudo foi realizado com o objetivo de identificar o conhecimento dos pais de crianças e adolescentes com câncer acerca do tratamento quimioterápico.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa. O pesquisador observa e explora aspectos de uma situação. Pesquisas descritivas objetivam, sobretudo, o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos⁽⁶⁾.

Realizado na Unidade de Quimioterapia-Dia, parte do Centro Pediátrico do Câncer (CPC), o qual pertence ao Hospital Infantil Albert Sabin, hospital com nível de atenção terciária especializado no atendimento a criança em Fortaleza-Ceará.

A amostra foi constituída por 30 pais de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico-dia (ambulatorio) e que aceitaram livremente participar da pesquisa, durante o período de estudo. O período do estudo foi de setembro a outubro de 2011.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada e um questionário. Os dados foram organizados em tabelas e avaliados mediante o programa NSEXCE, informando a frequência das variáveis analisadas.

Os participantes que aceitaram participar foram esclarecidos sobre os objetivos estabelecidos da pesquisa e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e recebeu parecer favorável sob o nº 043/2011.

RESULTADOS

A faixa etária dos pais do estudo variou de 19 a 44 anos, sendo que a mais prevalente foi a de maiores de 35 anos correspondendo a 40% (12) da amostra, seguida da faixa etária de 26 a 35 anos com 36,7% (11) e da faixa etária de 18 a 25 anos com 23,3% (07).

Em relação a faixa etária e sexo das crianças em estudo, observou-se que houve igualdade na distribuição da amostra em relação ao sexo, correspondendo a 50% (15) da amostra para ambos. A faixa etária das crianças variou de 01 a 14 anos de idade, sendo a faixa etária mais prevalente de 04 até 10 anos com 43,30% (13) da amostra, seguida da faixa etária de 01 até 03 anos com 30% (9) e da faixa etária acima de 11 anos com 26,7% (8).

Os principais cânceres que acometeram os pacientes do estudo foram as leucemias com 26,70% (8) dos casos, tumor de Willms com 20% (6), linfomas com 10% (3), tumor cerebral com 3,4% (2) e rhabdomyosarcoma com 3,4% (2). Durante a entrevista, 36,5% (9) dos pais afirmaram não saber qual tipo de câncer acometeu seus filhos como mostra a tabela 1.

Quando interrogados em relação ao tratamento que a criança ou adolescente estava fazendo, todos os pais rela-

Tabela 1. Tipos de Câncer mais prevalentes entre as crianças e adolescentes em tratamento Quimioterápico no Centro Pediátrico do Câncer. set-out/2011 em Fortaleza-CE.

PRINCIPAIS CÂNCERES	N	%
Leucemias	08	26,7
Tumor de Willms	06	20,0
Linfomas	4	2,1
Tumor cerebral	2	1,1
Rabdomiosarcoma	03	1,1
TOTAL	30	100,0

taram saber qual o tratamento recebido pela criança, porém quando interrogados sobre o quimioterápico utilizado, nenhum dos entrevistados soube informar pelo menos o nome do medicamento.

O principal tipo de tratamento informado pelos entrevistados foi a quimioterapia, correspondendo a 86,6% (26) dos tratamentos utilizados. Sendo que, um (01) paciente estava em tratamento conjunto de radioterapia e quimioterapia, um (01) em terapia conjunta de quimioterapia e cirurgia e um (01) em quimioterapia, radioterapia e cirurgia.

No estudo, a grande maioria dos pais relatou presença de reações adversas aos quimioterápicos em seus filhos, durante a quimioterapia, correspondendo a 90% (27) da amostra.

Para melhor compreensão das diferentes reações adversas encontradas, as mesmas foram divididas em: reações do trato gastrointestinal, reações cutâneas, reações durante a administração e outras reações como, cefaléia, febre e tonturas, como mostra a tabela 2.

Houve uma grande variedade de reações adversas gastrointestinais, sendo as mais comuns, vômitos com 63% (17), náuseas com 37% (10), diarreias com 14,8% (4), e a dor abdominal com 3,7% (1). As reações adversas cutâneas mais comuns foram: mucosite com 14,8% (04), o prurido com 7,4% (02), o eritema com 3,7% (01) e as alterações da cor da pele com 3,7% (01).

Durante a administração dos quimioterápicos também foram encontrados: febre com 63% (17), calafrios 22% (06), hipotensão 3,7% (01), convulsão 3,7% (01), e reação extra-piramidal e dor durante a infusão, também com 7,4% (02) dos casos cada, queda de cabelo 55,5% (15), fadiga 14,8% (04), tonturas 11% (03), cefaléia 7,4% (02), anemia

3,7%(01), anorexia 3,7% (01) e hematúria com 3,7% (01) dos casos.

Tabela 2. Caracterização das Principais Reações Adversas das Crianças em Tratamento Quimioterápico no Centro Pediátrico do Câncer. Set – Out/2011 em Fortaleza-CE.

REAÇÕES ADVERSAS	N	%
Náuseas	10	37
Vômitos	17	63
Diarréia	04	14,8
Dor abdominal	01	3,7
Mucosite	04	14,8
Eritema	01	3,7
Prurido	02	7,4
Alteração da cor da pele	01	3,7
Hipotensão	01	3,7
Febre	17	63
Calafrios	06	22
Convulsão	01	3,7
Reação extra-piramidal	01	3,7
Dor na infusão	02	7,4
Queda de cabelo	15	55,5
Tontura	03	11,0
Fadiga	04	14,8
Cefaléia	02	7,4
Anemia	01	3,7
Anorexia	01	3,7
Hematúria	01	3,7
TOTAL	93	100%

Outro questionamento foi acerca da reação dos pais diante das reações adversas, questionando-os sobre o que faziam quando a criança apresentava alguma reação adversa. 36,7% dos pais disseram que levam a criança diretamente para o hospital, 30% disseram não fazer nada diante de uma reação adversa, 26,7% mencionaram que administram medicamentos que são prescritos pelo médico caso a criança apresente reações adversas e 6,6% disseram ter outros tipos de atitudes como, por exemplo, alimentar a criança diante de algumas reações gastrointestinais como náuseas.

Os profissionais que mais forneceram as informações acerca do tratamento quimioterápico foram os profissionais médicos correspondendo a 66,7% da amostra (20). Os enfermeiros ficaram em segundo lugar com 13,3% (4) da amostra, e outros profissionais como psicólogo e assistente social ficaram responsáveis por 10% (3) cada. Encontrou-se ainda que 10%(3) dos pais afirmaram não receber nenhum tipo de informação acerca do tratamento de seus filhos como mostra a tabela 03.

Tabela 3. Caracterização do Profissional que forneceu informações acerca do Tratamento Quimioterápico no Centro Pediátrico do Câncer. Set - Out. 2011 em Fortaleza-CE.

INFORMAÇÃO	N	%
Enfermeiro	04	13,3
Médico	20	67,7
Outro profissional	4	2,1
Não recebeu informação	03	1,1
TOTAL	30	100%

DISCUSSÃO

As neoplasias acometem faixas etárias cada vez mais jovens. Tais enfermidades ao atingir as crianças trazem consigo limitações na capacidade funcional e requer adaptações especiais. Estas são caracterizadas pelo comprometimento biológico e tratamento de longa duração em alguns casos sem possibilidade de cura. Essa situação desperta sentimentos na família, sobretudo nas mães, como medo, raiva, ansiedade, culpa e sofrimento, alterando a dinâmica familiar⁽⁷⁾.

Nesse contexto, a família é envolvida e afetada pelas consequências da doença. Além disso, destaca-se os problemas financeiros e emocionais, um estreitamento das relações, incluindo as conjugais de pais e mães das crianças. Nas relações conjugais de pais de crianças com câncer, é comum que a mãe seja o principal membro da família que se ausenta do lar durante o processo saúde-doença, podendo

isto afetar os componentes da família, principalmente os outros filhos e o esposo⁽⁷⁾.

No presente estudo a maioria correspondeu a crianças nas idades entre 01 a 10 anos. Na literatura verificou-se que, algumas leucemias acometem crianças com idade entre 02 a 10 anos de idade, tendo estas um melhor prognóstico do que aquelas que são acometidas antes dos 12 meses de idade. Essa mesma enfermidade também tem um pior prognóstico em indivíduos do sexo masculino, sendo a mais frequente entre o público infantil⁽⁸⁾.

Os cânceres como as leucemias, tumores cerebrais, linfomas e Tumor de Wilms são os que mais acometem as crianças, sobretudo o sexo masculino. A faixa etária mais frequente é a de meninos acima de 01 ano e com maior incidência nas idades entre dois e seis anos, apresenta um melhor prognóstico nas crianças diagnosticadas com idade entre dois e nove anos do que as com idade antes de dois anos e após os 10 anos. O tumor é, praticamente, o único tumor maligno que afeta os rins na infância. Esse, também é denominado de nefroblastoma e pode estar associado a anomalias congênitas. Já os tumores cerebrais são mais prevalentes em crianças com idade inferior a 15 anos de idade⁽⁹⁾.

Os principais tratamentos utilizados para o câncer são quimioterapia, radioterapia e cirurgia, em alguns casos essas modalidades terapêuticas são utilizadas separadamente, e em outros podem ser adotadas em combinações de duas modalidades e até três modalidades. O tratamento de escolha irá depender do estágio clínico. Em relação aos cânceres infantis, a quimioterapia é um dos principais componentes terapêuticos, pois a maioria das neoplasias da infância é sensível a essa modalidade terapêutica⁽³⁾.

Independente do tipo de câncer, na infância, nota-se que a cada dia a sobrevivência desse grupo aumenta, devido ao surgimento de novas modalidades terapêuticas, dos novos métodos de detecção precoce e investigação clínica. Os cânceres infanto-juvenis, quando diagnosticados e tratados precocemente em centros especializados suas perspectivas de cura são de aproximadamente 80%⁽¹⁰⁾.

As reações adversas irão depender do tipo de tratamento e do tipo de câncer. Existem alguns tratamentos que possuem reações específicas na qual depende do tipo de quimioterápico e fase de ação dos mesmos, no caso dos cânceres existem reações próprias da neoplasia que dependerá do tipo de câncer e qual sistema afetado.

Os efeitos colaterais jamais devem ser despercebidos ou ignorados pelos profissionais de saúde devendo ser detectados e tratados o mais precocemente, pois muitos desses efeitos podem ser nocivos fazendo com que o paciente ou os familiares interrompam o tratamento, dependendo do sistema afetado e a severidade dos efeitos colaterais.

Os agentes quimioterápicos alquilantes agem alterando as cadeias de DNA e interferindo na replicação atuando em todas as fases celulares, sendo os efeitos colaterais mais significantes, os do sistema reprodutor, trato gastrintestinal e sistema hematopoiético. Os agentes quimioterápicos classificados como antimetabólitos agem bloqueando a produção de enzimas para a síntese de DNA e interrompem a formação da dupla hélice do DNA ou interpõem-se entre as cadeias de DNA e RNA. Seus principais efeitos tóxicos são significantes no sistema hematopoiético e gastrintestinal⁽¹¹⁾.

Os agentes quimioterápicos antimitóticos agem na fase da mitose, interfere na formação do fuso mitótico. São substâncias derivadas de plantas, ou sintéticas e semi-sintéticas. Também fazem parte desse grupo os agentes topoisomerase-interativos. Essas substâncias causam efeitos tóxicos como alopecia, neuropatia periférica, constipação, íleo paralítico, dentre outros. Existem ainda, os antibióticos antitumorais que inibem a síntese de ácidos nucleicos, DNA e RNA, e impedem a duplicação e separação das suas cadeias. Os efeitos colaterais significativos acometem os sistemas hematopoiético, reprodutor, gastrintestinal e cardíaco em alguns casos⁽¹¹⁾.

Como citado anteriormente, todos os agentes quimioterápicos agem inibindo a cadeia do DNA ou RNA em alguma fase da sua divisão e replicação. E a maioria deles não apresenta ação específica, podendo agir em qualquer fase da divisão celular e em todos os tipos de células. Isto é uma característica que leva os quimioterápicos a apresentarem uma série de reações adversas, que causam desconforto e podem desestimular o tratamento para o câncer.

Assim, faz-se necessário que os pais das crianças em tratamento quimioterápico saibam identificar estas reações, e o tipo de conduta que deve ser realizada diante de um efeito causado pelo medicamento. Este conhecimento acerca das reações adversas irá auxiliar na melhora da qualidade de vida das crianças durante a quimioterapia, pois os pais estarão auxiliando os profissionais que prestam o cuidado.

Sabe-se que a orientação sobre o tratamento quimioterápico é relevante. Esclarecer as vias de administração, os tipos de medicações utilizadas e suas possíveis reações adversas, é considerado fator positivo para que dúvidas, mi-

tos, fantasias e ilusões sejam esclarecidas, além disso, estas fazem com que os familiares se envolvam mais no tratamento de seus filhos e contribuam para diminuir o desconforto causado pelo câncer e seu tratamento. A abordagem a família deve ser realizada de forma clara e simples, para que haja uma melhor compreensão tanto por parte da criança ou adolescente como dos familiares, favorecendo a prática de ensino-aprendizagem⁽¹²⁾.

Ressalta-se, ainda, que é essencial que pacientes e familiares sejam informados quanto à doença e seu tratamento, pois na maioria dos casos os fármacos utilizados no tratamento quimioterápico causam efeitos colaterais de modo que, quando bem orientados quanto aos efeitos desses fármacos estaremos melhorando a qualidade do tratamento e diminuindo o risco de abandono do tratamento⁽¹³⁾.

O estudo destaca que o enfermeiro corresponde a 13,3% dos profissionais que orientam os pais em relação à quimioterapia. Este resultado mostra que pode haver um maior envolvimento da enfermagem, em fornecer orientações acerca do tratamento quimioterápico. O enfermeiro tem participação fundamental em ações de prevenção e controle do câncer tendo como função prestar assistência a pacientes com câncer durante a fase de diagnóstico, tratamento e reabilitação além de desenvolver ações de educação em saúde que contribuem para um melhor prognóstico da doença^(10,14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pais ainda estão sendo pouco informados acerca da doença que acometeu seus filhos, do tratamento ao qual ele será submetido e de como ele deve reagir durante as reações provenientes tanto da própria doença como do tratamento.

O profissional de enfermagem tem papel fundamental enquanto educador tanto do paciente como de seus familiares, pois ele é capaz de orientar acerca do tratamento e das reações adversas do tratamento quimioterápico, sobretudo as reações que oferecem maior risco e exigem hospitalização.

Conclui-se, portanto, que o âmbito onde ocorre o tratamento contra o câncer infantil ou de adolescentes deve ser permeado por estratégias educacionais que permitam uma orientação e o esclarecimento acerca das particularidades da doença.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 11a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico Precoce do Câncer na criança e no adolescente. Instituto Nacional do Câncer. Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Lemos FA, Lima RAG, Mello DF. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2004; 12(3):485-493.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de câncer. – 3a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. p.371-556.

- [acessado em 26 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap7.pdf>.
5. Ballatori E, Roila F. Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(46):1-11.
 6. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto alegre: Artmed; 2004.
 7. Silva FM. As repercussões do câncer infantil na relação conjugal dos pais. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto (SP) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde Pública; 2008.
 8. Lorenzi TF. Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica. 3a ed. Rio de Janeiro: Medicina Científica; 2003.
 9. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML (eds). Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 7a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
 10. Costa JC, Lima RAG. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2002; 10(3):321-333.
 11. Mohallem AGC, Rodrigues AB (orgs). Enfermagem oncológica. Barueri, SP: Monole, 2007.
 12. Salles, PS.; Castro, RCBR. Validação de material informativo à pacientes em tratamento quimioterápicos e aos seus familiares. *Revista Escola de Enfermagem*. São Paulo, 2010; 44(1):182-189.
 13. Almeida EPM, Gutierrez MGR, Adami NP. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2004; 12(5):760-766.
 14. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2006; 14(4):614-619.

Recebido em: 20.06.2015

Aprovado em: 15.07.2015

PERCEÇÃO DO PACIENTE APÓS O TRANSPLANTE RENAL

PERCEPTION OF THE PATIENT AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Artigo Original

Jamille Almeida Maia de Freitas¹

Rita Mônica Borges Studart²

Patrice Vale Falcão Gomes³

Tatiana de Medeiros Colleti Cavalcante⁴

RESUMO

O estudo objetivou compreender a percepção do paciente após o transplante renal. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa realizado em uma unidade de transplante em Fortaleza com dez pacientes em pós-operatório. Foram excluídos os pacientes em situações de intercorrências clínicas e em pós-operatório imediato. Os dados foram coletados durante o mês de julho de 2015, organizados em categorias, a partir da análise temática de conteúdo. Cinco pacientes encontravam-se na faixa etária entre 23 a 39 anos, sendo oito homens e duas mulheres, a maioria eram católicos, que dialisaram de nove meses a quatro anos. A análise permitiu identificar as categorias: sentimentos vivenciados frente ao diagnóstico da doença renal; alterações vivenciadas na mudança da rotina após o transplante; enfrentamento das dificuldades relacionadas à doença e ao tratamento; sentimentos vivenciados frente as mudanças após o transplante; orientações pré-transplante e cuidados após o transplante.

Palavras-chave: Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica; Transplante de Rim.

ABSTRACT

The study aimed to understand the perception of patients after renal transplantation. It is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach carried out in a transplant unit in Fortaleza with ten patients after surgery. We excluded patients in situations of clinical complications and early postoperative period. Data were collected during the month of July 2015, organized into categories, from the thematic content analysis. Five patients were in the age group between 23 to 39 years, eight men and two women, most were Catholics who dialyzed nine months to four years. The analysis identified the categories: feelings experienced when diagnosis of renal disease; changes experienced in changing the routine after transplantation; face the difficulties related to the disease and treatment; feelings experienced front changes after transplantation; pre-transplant care guidelines and after transplantation.

Keywords: Nursing; Renal Insufficiency; Chronic; Kidney Transplantation.

¹ Enfermeira Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UNIFOR. E-mail: monicastudart@hotmail.com.

³ Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

⁴ Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é o resultado final da perda gradativa da função renal. Poucos sintomas correm antes que o paciente tenha perdido mais de 75% da capacidade de filtração glomerular, a partir de então, o parênquima normal remanescente sofre deterioração progressiva e os sinais e sintomas pioram, à medida que a função renal diminui⁽¹⁾.

O crescimento mundial do número de pacientes com DRC tem alcançado proporções epidêmicas nas últimas décadas. Os pacientes em estágio final da doença, somente sobrevivem com a utilização de terapias de substituição renal (diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante). A hemodiálise (HD) é a terapia mais utilizada no início do tratamento especialmente no período emergencial⁽²⁾.

O tratamento para o portador de DRC inclui várias modalidades, tais como: diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), hemodiálise (HD) e transplante renal (Tx). Esses tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, porém, nenhum deles é curativo e imperativo que seja diagnosticado o mais precocemente possível⁽³⁾.

O uso das terapias de substituição renal torna-se necessário quando os rins não são mais capazes de remover produtos de degradação, manter eletrólitos e regular o balanço hídrico. Esse processo pode ocorrer rapidamente ou estende-se por um longo período de tempo⁽²⁾.

O transplante renal é um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um rim saudável de uma pessoa para outra com doença renal terminal. O objetivo é compensar ou substituir a função que o órgão doente não pode mais desempenhar, este procedimento pode ocorrer com doador vivo ou falecido⁽⁴⁾.

Nesse contexto, esse transplante tem o melhor custo efetividade para o tratamento da doença renal, pois a média para o paciente em HD por ano é dez vezes maior, incluindo o uso dos imunossuppressores. Destaca-se que o transplante renal não proporciona a cura da doença. O paciente transplantado necessita de cuidados para o resto de sua vida⁽⁵⁾.

Os fatores de risco, os sinais e sintomas relacionados às principais complicações do transplante renal a que os pacientes estão expostos são: infecções e rejeição do órgão. O transplante provoca impacto na vida das pessoas, melhora sua qualidade, livra das limitações da diálise, todavia, não promove a cura, o paciente não deixa de ser renal crônico⁽⁶⁾.

O paciente transplantado necessita de um monitoramento clínico minucioso multiprofissional. São pacientes graves, com instabilidade hemodinâmica, exigindo uma rotina de atendimento diferenciado onde os exames diagnósticos e laboratoriais são frequentes, geralmente diários e a avaliação hemodinâmica é uma atividade desempenhada por todos os profissionais da equipe⁽⁶⁾.

Contudo, mesmo com um transplante bem sucedido, após a alta e com o enxerto funcionando, o paciente continua a viver com a doença crônica. Consultas hospitalares com regularidade são necessárias e podem gerar estresse, especialmente nos primeiros seis meses, quando são mais frequentes e pode ocorrer nova internação.

O interesse por esse assunto surgiu a partir do convívio com pacientes portadores de DRC após um transplante renal, onde foi percebido uma variedade de sentimentos relacionados a nova condição de tratamento. Com isso instigou uma curiosidade para pesquisar esses sentimentos mediante a percepção deles.

A relevância deste estudo baseia-se no fato de trazer subsídios à prática profissional no cuidado à saúde dos pacientes submetidos ao transplante renal. Compreender a experiência de adoecimento de pessoas onde coexistem duplas necessidades de saúde tais como as decorrentes de lesão renal crônica e transplante.

Esse estudo beneficiará os profissionais de saúde para um maior embasamento técnico e científico com o intuito de reconhecer as necessidades dos pacientes, e também, subsidiar a equipe multiprofissional para condutas adequadas e direcionadas.

Diante do exposto o estudo objetivou compreender a percepção do paciente após o transplante renal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Realizado em uma Unidade de Transplante de um hospital estadual de saúde, localizada em Fortaleza-Ceará, Brasil.

Os sujeitos da pesquisa foram dez pacientes transplantados renais internados no referido hospital, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar no pós-operatório mediato de transplante renal; ser maior de 18 anos e encontrar-se em condições adequadas para responder à entrevista. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: apresentar distúrbios mentais psiquiátricos; encontrar-se em situações de intercorrências clínicas e estar em pós-operatório imediato.

Os dados foram coletados durante o mês de julho de 2015, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado com questões abertas, contendo dados de identificação relacionados à experiência dos pacientes transplantados frente à experiência que vivenciaram após um transplante renal. Os que responderam, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se a análise temática de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas que visa obter por meio de procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo

das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às situações⁽⁷⁾.

Dessa forma, os depoimentos foram lidos de forma exaustiva, na tentativa de levantar indicadores que levem a inferência acerca da temática pesquisada. As unidades significativas emergentes dos depoimentos foram organizadas em categorias e analisadas segundo a literatura inerente ao tema⁽⁸⁾.

Foram seguidos os princípios éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades quatro referências básicas: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e os deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, aprovado com o protocolo nº 754462.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes foram caracterizados para uma melhor avaliação do contexto da pesquisa. Cinco pacientes encontravam-se na faixa etária acima de 23 a 39 anos, e os outros cinco na faixa etária de 46 a 65 anos.

No que diz respeito ao sexo, oito eram homens e duas mulheres, sendo a maioria dos pacientes de religião católica e procedentes de Fortaleza. Quanto à ocupação, dois pacientes eram motoristas, dois vendedores, quatro aposentados, um agricultor e um desempregado.

Relacionado ao tempo de diálise sete fizeram hemodiálise no espaço de tempo compreendido entre nove meses a dois anos e três fizeram durante quatro anos. Quanto ao tipo de acesso para diálise: três iniciaram com fístula e depois trocaram para cateter, e sete iniciaram com o cateter e mudaram para a fístula.

A leitura dos depoimentos levou a identificação de pontos de destaque com posterior classificação em categorias pré-determinadas, segundo os objetivos propostos no estudo, as quais estão descritas a seguir.

Sentimentos vivenciados frente ao diagnóstico da doença renal

Essa categoria ilustra os sentimentos manifestados pelo paciente no momento em que ele é informado sobre sua situação, ou seja, que é portador de doença renal crônica e que a doença exigirá mudanças em diversos aspectos do seu cotidiano.

Lá no hospital conversava com um e com outro, assistia TV para ver se o tempo passava mais rápido, mas sempre pensava como ia ser quando saísse de alta (E1).

Acreditava que com a hemodiálise que podia ficar vivo, mas pensava... depois do tratamento é que vou saber se vou dialisar em clínica ou transplante. Essa foi a orientação do médico (E5).

A doença renal crônica traz consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo, a partir do diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas, as quais acarretam alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não somente relacionadas ao paciente como também à família⁽⁹⁾.

Desse modo, é importante a incorporação dos indicadores psicossociais na avaliação dos pacientes, definição de tratamento e na análise da eficácia da terapêutica. Na busca de uma maior qualidade e humanização no atendimento, assim como de uma maior eficácia, a saúde mental se constitui num elemento crucial para o sucesso da reabilitação do paciente nefropata⁽¹⁰⁾.

O suporte emocional direcionado aos pacientes promove informação, que se traduz na orientação recebida por meio de pessoas especializadas num determinado assunto. A troca de experiência com pessoas que vivenciaram ou estão vivenciando a mesma situação também parece contribuir para a aceitação da doença e do tratamento. Esse momento de descoberta leva o paciente a manifestar sentimentos de conflito e medo, os quais estão ligados à incerteza.

(...) foi mais perturbado, me separei na época, houve a separação, e tive o apoio dos amigos, principalmente dos médicos daqui (E3).

Se não fosse os meus familiares e amigos me estimulando, eu não teria chegado até aqui (E8).

O medo é um sentimento presente entre os pacientes no momento da descoberta da doença, o que pode ser justificado pelo estigma que a doença renal ocasiona, principalmente pela necessidade do paciente realizar um tratamento condicionado a uma máquina, para sua sobrevivência.

O sujeito imerso nesse novo mundo “o dos doentes” depara-se com diversos problemas emocionais que, associam-se, dentre outros aspectos, à manifestação de uma ameaça à integridade de seus rins e à tomada de consciência da dependência ao tratamento e à possibilidade da morte⁽¹¹⁾.

A prevalência de depressão é maior nessa população, particularmente em tratamento dialítico crônico⁽¹²⁾ mas há poucos relatos sobre maior índice de desesperança e tentativas de suicídio⁽¹³⁾. Devido à forte influência dos referidos sintomas na qualidade e expectativa de vida dos portadores de DRC, entendemos a importância de se compreender melhor esses fenômenos com o intuito de embasar futuras intervenções que auxiliem essa população no enfrentamento da doença.

Alterações vivenciadas na mudança da rotina após o transplante

A principal alteração evidenciada foi a necessidade de modificar a rotina das atividades profissionais, pois os mesmos se viram obrigados a interromper suas atividades, o que se apresenta como uma dificuldade. Pode-se inferir, que o fato de não

poder realizar todas as atividades domésticas anteriormente realizadas, é apresentado como uma mudança significativa na vida dos pacientes, pois os tornam, a seu ver, limitados, em decorrência da doença e do tratamento.

Antes eu não tinha tempo disponível para planejar nada, porque eu estava condicionado dia sim dia não preso aquela máquina, agora não, eu já posso até viajar (E6).

Uma prisão o tratamento, uma dependência dos outros para sobreviver (E10).

Na realidade, as pessoas submetidas à hemodiálise preocupam-se com problemas muito reais, geralmente sua condição clínica é imprevisível e sentem muitas reações adversas ao tratamento, a maioria apresenta depressão por viver como um doente crônico e ter medo de morrer⁽¹³⁾.

Essa modalidade terapêutica apresenta-se como um evento inesperado pelo paciente, que o remete a uma relação de dependência a uma equipe especializada, a vários medicamentos diários e, principalmente, à dependência a uma máquina para sobreviver⁽¹⁴⁾.

Um ponto que merece destaque é a dificuldade na adesão dos pacientes às mudanças nos hábitos alimentares, representando uma dificuldade para os mesmos.

A minha alimentação hoje está condicionada a dieta da nutricionista. As vezes não é o que eu desejo comer, mas tenho que seguir da forma que ela passa. (E6)

É, hoje eu não como coisa oleosa, pois pode prejudicar (E3).

Compreendi que essa doença não tem cura e mesmo após o transplante ainda não vou poder comer de tudo (E9).

Pelo menos hoje posso beber água a vontade (E7).

A ingestão hídrica é uma orientação muito difícil de ser seguida, ao considerar que a necessidade fisiológica de “tomar água” parece ficar ainda mais forte quando há necessidade de restrição. Neste contexto, é válido destacar⁽¹⁵⁾ que os portadores de nefropatia crônica devem ter uma eficiente adesão ao tratamento, especialmente o dietético e o farmacológico, com o intuito de estabilizar a doença e evitar o surgimento de complicações.

O paciente portador com DRC se vê obrigado a adquirir novos hábitos de alimentação, a ingerir medicamentos diários e a realizar um tratamento que exige tempo e o remete a uma realidade de dependência^(14,15).

Enfrentamento das dificuldades relacionadas à doença e ao tratamento

Essa categoria possui o intuito de explorar os mecanismos de enfrentamentos utilizados pelos pacientes diante do diagnóstico da doença renal crônica, bem como frente à indicação do tratamento.

No enfrentamento das dificuldades inerentes à doença e ao tratamento, os pacientes costumam apegar-se à religião, como uma forma de obter forças para seguir adiante e esquecer um pouco as adversidades referentes à situação.

“Naquele momento eu só rezava pedindo saúde (E7).”

A religião representa um suporte para a resolução e aceitação das alterações e problemas decorrentes da doença renal e do tratamento hemodialítico. Em um estudo com pacientes renais crônicos, identificaram a importância da fé em um ser superior como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos, que não podem ser modificados⁽¹⁰⁾.

O desabafo sobre as complicações da doença está explicado no depoimento a seguir, sendo, porém, ao mesmo tempo minimizado pela crença e fé do paciente, fazendo-o agradecer pela vida.

Eu rezava e ficava pensando que o tratamento ia fazer eu durar muito tempo ainda (E8).

É importante que o paciente mantenha sua vida social sem alterações, para a melhor adaptação a nova situação de vida, uma vez que a doença irá acompanhá-lo continuamente.

Comecei a trabalhar em casa fazendo pinturas, faço uma caminhada. E assim vou vivendo arrumo algo para distrair (E2).

Apesar do impacto ocasionado pela doença, mesmo com o transplante, a situação também possibilita o estreitamento das relações sociais e familiares do paciente, propicia, muitas vezes, a manifestação de sentimentos e o aprofundamento de amizades. Este fato pode representar um suporte para o paciente, pois ele se sente amparado afetivamente.

“Hoje brinco e cuido da minha netinha. passeio nos finais de semanas (E3).”

O acúmulo de ocupações desenvolvidas pelas pessoas, de modo imperceptível, a distanciando-as, tanto do que se refere aos relacionamentos sociais, como dos familiares. Os momentos de trocas afetuosas e comunicações empáticas ficam reduzidos⁽¹⁷⁾. Nesse contexto, as crises representam oportunidades de redimensionamento e crescimento entre as pessoas.

Sentimentos vivenciados frente as mudanças após o transplante

A manifestação de sentimentos positivos é um fator importante para o paciente, apesar de, geralmente, estarem associados ao medo de confrontar a doença e o tratamento, ambos considerados fatores de dificuldades para o paciente:

No início achei ruim, mas vi que não era nenhum bicho de sete cabeça e que eu aceitando o tratamento seria mais fácil para mim (E3).

Penso em seguir em frente e me organizar para continuar vivendo bem (E4).

É conveniente reforçar que o tratamento dialítico traz melhora física, entretanto causa um turbilhão de sentimentos que são fontes de desequilíbrio emocional, passando por vários estágios desde a rejeição até a adaptação, de forma individual, com mudanças no estilo de vida de cada um. A presença da doença crônica provoca desgaste emocional nos pacientes, o que os obriga a tratamentos definitivos, como a terapia medicamentosa. Esta exerce controle, manutenção vital, estresse e adaptação na vida⁽¹⁸⁾.

Orientações pré-transplante

As orientações fornecidas no pré-transplante foram compreendidas de maneiras diferentes. As mais presentes referem-se as mudanças na alimentação, higiene e terapia medicamentosa.

(...) sobre alimentação, não pegar peso, não estar fazendo esforço. E, antes eu comia quase tudo né, eu comia as comidas gordurosas (E2).

Eu não tive tempo de assistir nada de pré-transplante, mas só que eu participei depois, e tem o livrinho que explica tudo (E4).

Eu assisti as palestras, e várias consultas e exames, e as palestras foram orientadas como seria a recuperação (E8).

Entendi, usar máscara, se por acaso estiver alguém gripado ficar reservado, sempre tomar o remédio a vida toda para não rejeitar os rins (E10).

Pode-se inferir, a partir das colocações, que o fato de não poder realizar todas as atividades de uma vida normal, apresenta-se como uma mudança significativa na vida dos pacientes, pois os tornam, a seu ver, limitados, em decorrência da doença e do tratamento.

Na realidade, as pessoas submetidas ao transplante preocupam-se com problemas muito reais, geralmente sua condição clínica é imprevisível e sentem muitas reações adversas ao tratamento medicamentoso, mas a esperança de um dia melhor está sempre presente.

Cuidados após o transplante

Essa categoria busca explorar as mudanças presentes no dia-a-dia dos pacientes associadas ao transplante renal. Destaca-se a exposição a temperaturas quentes, hábitos alimentares, contato com pessoas doentes, dentre outras.

(...) ainda assim é melhor do que ficar preso naquela máquina. A higiene é o principal. Aí a medicação que no início era bem controlada, depois você acha que vai ficando bom e vai se soltando um pouco. E hoje eu não como coisa oleosa, porque me prejudica (E3)

Não deixar de tomar o remédio, não pegar muito sol quente, não fazer extravagância (E5).

A gente só pode comer mais frango, essas coisas (E6).

Evitar pessoas doentes perto de mim, porque depois do transplante a gente fica muito fraco. (...) não comer alimentos inadequados, beber bastante líquido, fazer exercício. Eu como muito chocolate, mas estou parando, não quero mais comer (E7).

Posso viajar, mas sempre com cuidado para não adoecer (E9).

Percebe-se que os sentimentos relacionados aos cuidados pós transplante são expressados de formas diferentes. As limitações que o transplante impõe configuram-se geralmente com a privação de algo que eles gostavam de fazer e que deverão evitar. Porém, percebesse ainda a adesão que esses pacientes fazem para ter uma vida saudável após o transplante.

A qualidade de vida tornou-se um importante indicador de resultados para a DRC nas últimas duas décadas⁽¹⁰⁾ e tem sido utilizada como preditor de agravos em saúde e de mortalidade, bem como em análises econômicas de intervenções em saúde, subsidiando a tomada de decisões.

Estudo mostra que a qualidade de vida (QV) dos pacientes em terapia renal substitutiva é comprometida e que pacientes transplantados tem melhores índices de QV que pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. Mostram ainda que fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos exercem impacto considerável sobre a QV⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível conhecer por meio deste estudo as percepções dos pacientes quanto ao diagnóstico da doença renal crônica, o quanto a família e os amigos são relevantes nesse momento. Relatou-se a mudança da alimentação e a implementação de hábitos saudáveis após o transplante e a importância das orientações sobre os cuidados no pré-operatório.

Os pacientes são ao serem submetidos ao transplante passam por uma série de mudanças como: hábitos alimentares, higiene, momentos de lazer, até a realização do transplante, mas que o medo do tratamento e do desconhecido levou a sentimentos ambíguos.

O tratamento da hemodiálise limita o paciente no que refere a manutenção das atividades profissionais, pois exige dedicação ao tratamento. Este requer disciplina e disponibilidade, o paciente precisa comparecer à clínica em média três vezes por semana, permanecendo quatro horas por sessão e desse modo foi forte a expressão de liberdade após um transplante.

REFERÊNCIAS

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan, 2010.
2. Medeiros AJS, Medeiros, EMD. A assistência de enfermagem prestada no tratamento hemodialítico promovido junto ao portador de insuficiência renal crônica - Uma revisão de literatura. REBES (Pombal - PB, Brasil). 2013; 3(2): 13-17.
3. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J Bras Nefrol. 2011;33:93-108.
4. Lucena ADF, Echer IC, Assis MCSD, Ferreira SAL, Teixeira CDS, Steinmetz QL. Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE. Recife. 2013;7(esp): 953-959.
5. Hurtado A, Palacios AM, Figueroa J, Gonzales-Polar J, Kaluguina de Yrigoin A, Lopera MT. Níveis de hemoglobina em pacientes em hemodiálise a nível del mar y a mayor altitud, y surelación com La calidad de vida. RevSoc Peru Med Interna 2013; 26(4): 171.
6. Machado EL, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(3): 1981-1992.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
8. Turato ER. Tratado da metodologia clínico-qualitativa. 8ª. ed. São Paulo: Vozes; 2010.
9. Abreus IS, Santos CBD. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. Rev. enferm. UERJ, 2013; 21(1):95-100.
10. Almeida AM. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. J Bras Nefrol. 2003;25(4):209-14.
11. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Filho FL, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. J. Bras. Nefrol. 2013;35(2):79-86
12. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres, KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. Rev Saúde Pública. 2012;46(4):617-23.
13. Condé SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG, et al. Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease. J. Bras. Nefrol. 2010;32(3):242-248
14. Centenaro CA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2010; 15(Supl 1): 1881-1885.
15. Alvares J et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. Ciênc. saúde coletiva . 2013;18(7):1903-1910.
16. Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. J. Bras. Nefrol. 2011;33(1):93-108
17. Melo EM, Silva RM, Almeida AM, Fernandes AFC Rego CDMR. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de câncer de mama. Enfermería Global. 2007; 1(10): 1-10.
18. Scatolin BE, Vechi AP, Ribeiro DF, Bertolin DC, Canova JCM, Cesarino C, Ribeiro RCHM. Atividade de vida diária dos pacientes em tratamento para DRC. ArqCiênc Saúde, São Paulo. 2010; 17(1): 15-21.
19. Andrade SV, Sesso R, Diniz DHMP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. J. Bras. Nefrol. 2015;37(1):55-63.

Recebido em: 21.05.2015

Aprovado em: 19.06.2015

CONSULTÓRIO DE RUA: NOVA FORMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE

OFFICE OF STREET: A NEW WAY TO HEALTH CARE

Artigo Original

Adriano Rodrigues Souza¹
Ana Paula Pereira Oliveira²
Larissa Teles Farias³
Mila Cavalcante Colares⁴
Aline Rodrigues Feitoza⁵

RESUMO

Objetivou-se descrever o processo de implantação do consultório de Rua de Fortaleza sob a ótica dos trabalhadores atuantes. Para que o projeto esteja disseminado entre a sociedade e o público acadêmico. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na cidade de Fortaleza, na Secretaria Executiva Regional II, composta por 21 bairros e bastante habitada por moradores de rua. Os resultados que surgiram a partir do levantamento de dados mostraram carência nos serviços relacionados como CAPS, Unidades Básicas de Saúde que mantenham interação dinâmica com o projeto. Pode-se evidenciar a insatisfação dos profissionais por diversos motivos, como a ausência de cuidados e a carência de investimentos ao serviço. Ao concluir percebeu-se que o CR é um programa novo, mostrando-se necessário e eficaz a população de rua. Os profissionais necessitam aprimorar a qualidade da

assistência, elaborando medidas dinâmicas de aproximação e de atividades que beneficiarão os usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental; Pessoal de Saúde; Moradores de Rua.

ABSTRACT

The objective was to describe the implementation process of Street's office in Fortaleza from the perspective of active workers, so that the project is spread between the society and the academic public. Descriptive study with a qualitative approach, held in Fortaleza - CE, Brazil, at Secretariat Executive Regional II, composed of 21 districts and inhabited by homeless people. From the survey data, it was found a shortage in related services such as Psychosocial Care Center, Basic Health Units that maintain dynamic interaction with the project. Professional dissatisfaction was evident for various

¹ Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva da UNIFOR. Assessor técnico da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. E-mail: adrianorsouza@gmail.com

² Enfermeira do Hospital Municipal da Prefeitura Municipal de Caucaia. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Experiência na área de atuação com moradores de rua, onde atuou no consultório de rua de Fortaleza-Ce.

³ Discente de Enfermagem da UNIFOR. Monitora do módulo de Bases Teórica e Prática em Cuidar III. Membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva da UNIFOR

⁴ Discente de Enfermagem da UNIFOR. Membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva da UNIFOR.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

reasons, such as lack of care and lack of investment in the service. In conclusion, the Street office is a new program, being necessary and effective to the street population. Professionals need to improve the quality of care, developing dynamic rapprochement measures and activities that will benefit users.

Keywords: Mental Health; Personal Health; Homeless People.

INTRODUÇÃO

Há décadas, vivenciam-se situações de exclusão, seja por classe social, cor, idade ou condutas não aceitas pela sociedade. Este problema assola a população mundial e torna a vida humana cada vez mais difícil no planeta. As consequências sociais e sanitárias encontram-se entre as principais exclusões registradas na atualidade.

Essa situação pode ser constatada nas grandes metrópoles, onde homens, mulheres, crianças e, em alguns casos, famílias inteiras habitam em ruas e viadutos como se fossem residências próprias. Em Fortaleza, Ceará, a quinta maior capital do Brasil, não é diferente, apesar de ser conhecida pelas belezas naturais que atraem diversos turistas, é também marcada pelos contrastes sociais, dos quais diversos indivíduos sem qualquer expectativa de sobrevivência usam do expediente de pedinte ou cometem pequenos furtos, de modo a aliviar a fome ou na tentativa de manter os vícios.

Nesse contexto, a população de rua tem apresentado elevações significativas. Em um mapeamento realizado na cidade de Fortaleza, em 2008, pela Secretaria Estadual do Trabalho e Desenvolvimento Social, foram encontradas 504 pessoas em situação de rua, onde 27,3% destas, eram crianças e adolescentes. Por ser crescente o número e pelo fato de essa população não procurar ou estar alheio aos serviços públicos básicos, como educação, assistência social e saúde, o governo constitui políticas públicas de atenção a esta comunidade⁽¹⁾.

Assim, para conhecer as políticas públicas direcionadas a este público e aprofundar o conhecimento sobre esta população, ao estudar a situação de saúde, destaca-se a estratégia do Consultório de Rua (CR) como política implantada em algumas capitais brasileiras, no intuito de proporcionar medidas de assistência no próprio espaço de rua. Este programa é desenvolvido em cidades como Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e, recentemente, em Fortaleza (CE), com a finalidade de prevenir, promover, prestar cuidados básicos de saúde e, ainda, facilitar o acesso de moradores de rua a serviços básicos de saúde.

O CR surge como um projeto que produz intervenções à população considerada como moradores de rua. Engloba as redes de saúde e relações intersetoriais, nas quais realizam intervenções para terapêutica singular à pessoa/coletivo em situação de rua. Entretanto, diante das dificuldades dessas redes, sempre em movimento e a construir-se, o consultório, além de prestar serviço de atenção aos moradores de rua, torna-se excelente instrumento de problematização dos modos de cuidado, e prioriza a assistência em saúde⁽²⁾.

O projeto traz consigo medidas de pronto atendimento para os problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas ou álcool. Este desenvolve ações de cuidados básicos, realiza busca ativa e traça para os usuários planos de intervenções psicossociais e educativos. O atendimento é prestado com prioridade, mas não exclui outras faixas etárias, crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco, tendo em vista a iniciação cada vez mais precoce destas no consumo de substâncias entorpecentes, o que pode gerar no futuro repercussões graves⁽³⁾.

A redução de danos é entendida como um conjunto de estratégias direcionadas para minimizar as consequências adversas do uso exagerado de álcool e drogas. A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e os direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para pessoa, família e sociedade⁽⁴⁾.

Outra questão importante trabalhada pela redução de danos é a disseminação de vírus, como HIV e hepatite, que devido à troca de seringas para manipulação das drogas injetáveis entre essas pessoas, favorece maior proliferação dos vírus⁽⁵⁾.

Esse trabalho ainda pouco desenvolvido no Brasil, no início, era dependente de Organizações Não Governamentais, sendo hoje, em alguns estados e municípios, amparados por leis que legalizam a prática e, passou também a ser financiado pelo Ministério da Saúde. É composto por coordenadores e agentes que desempenham as atividades com os usuários, denominados de "*redutores de danos*".

Os redutores dividem as tarefas em meio à comunidade, realizam a busca ativa e ações educativas, focando, principalmente, em doenças, como a Aids e Hepatite B, evidenciando sintomas, formas de transmissão e prevenção. Uma das formas preventivas usadas pelos agentes é a indução à prática de não compartilhar seringas, com isso há distribuição desse material, juntamente com cachimbos e preservativos⁽⁵⁾.

Na tentativa de incrementar atividades rotineiras nas ações destes redutores de danos, o Ministério da Saúde lançou a proposta dos CR. Atividade iniciada em Salvador, nos anos de 1990, idealizada pelo sociólogo Antonio Nery Alves Filho, proliferou-se em espaços inusitados, perdurando-se por cinco anos (1999-2004) nas ruas de Salvador, tentando levar à população que peregrinava pelas ruas o acesso a algum serviço de saúde. Recentemente, essa ideia foi reimplantada e passou a ter reconhecimento e apoio financeiro do governo, assim como a implantação em outras capitais, como em Fortaleza-CE⁽⁶⁾.

Embora haja imensa necessidade de programas e ações para beneficiarem essa população, há escassez de atividades para tal. Mesmo quando existe o apoio de leis, ou assumido como política pública, há ainda a árdua tarefa que exige de componentes a criatividade, o esforço conjunto e a flexibilidade nos prazos de implementação⁽⁷⁾.

Envolvidos nesta perspectiva e tomados pela referida problemática, despontaram-se as indagações: como ocorreu a implantação do CR em Fortaleza-CE? Como se encontra seu funcionamento? Qual o perfil dos profissionais atuantes? Que característica apresenta? Para responder aos questionamentos, objetivou-se descrever o processo de implantação do consultório de Rua de Fortaleza sob a ótica dos trabalhadores atuantes.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza qualitativa. Este verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números⁽⁸⁾.

Realizou-se na cidade de Fortaleza, localizada na região Nordeste, com população estimada em 2.447.409 milhões de habitantes⁽⁹⁾. É considerada a quinta maior capital do Brasil, está subdividida em regionais, para melhor atender aos seus moradores, descentralizando alguns serviços, como educação, segurança, saúde dentre outros. São seis regionais, em que cada uma delas encontra-se um número de bairros.

A primeira equipe do CR de Fortaleza foi implantada na Secretaria Executiva Regional II, que compreende 21 bairros. É a regional de maior poder aquisitivo, com grande adensamento comercial e de serviços, é responsável por uma significativa arrecadação municipal. Contudo, possui uma grande população que é considerada como moradores de rua, desse modo foi a escolhida para ser a pioneira do projeto.

Compuseram o estudo oito integrantes do consultório, destes, três eram coordenadores. Como o Consultório de Rua é um projeto em implantação considerou-se como critério de inclusão: integrar a equipe de profissionais responsável pelo funcionamento ou coordenação do projeto. Para preservar o anonimato os participantes foram definidos com a letra "E" seguida do numeral arábico correspondente a ordem das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2011, por meio de levantamento não estruturado de documentos que descreviam a implantação do CR. Em seguida, realizou-se a leitura e análise da documentação encontrada, seguindo ordem cronológica. Na segunda etapa da coleta, aplicou-se uma entrevista semiestruturada com os membros da equipe e gestores idealizadores deste projeto. Estas foram gravadas e a análise dos dados ocorreu por meio de agrupamentos de categorias, que posteriormente foram confrontadas com a literatura condizente ao assunto.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Fortaleza, conforme parecer nº 374/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da criação a primeira experiência

Tendo como base o Consultório de Rua (CR) de Salvador, o Ministério de Saúde propôs, em 2009, a implantação do CR em outras capitais. Passando, assim, a utilizar-se desse serviço como alternativa para abordagem e atendimentos aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços de saúde da rede⁽⁶⁾.

Com isso, as cidades interessadas em participar necessitavam atingir o perfil exigido, que constava de: população acima de 300.000 mil habitantes, unidade com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), grupos de vulnerabilidade entre outros e, ainda, elaborar um projeto a ser enviado ao Ministério da Saúde. Inicialmente, foram 14 projetos aprovados, sendo Fortaleza uma das contempladas.

Na capital cearense, o projeto teve início no começo de 2010, com a sua fase inicial de estruturação, através de atividades extracampo, como as práticas e estratégias de ação (definição da área de atuação, estudo sistematizado do território de intervenção, caracterização do público-alvo e demandas e levantamento das especificidades locais), as oficinas e a capacitações dos profissionais que iriam trabalhar nesse projeto. Esse treinamento teve como proposta inicial apresentar a metodologia que seria utilizada no projeto, e ainda realizar um plano de mapeamento e assistencial que posteriormente seria cumprido pelo programa.

Após serem todos os detalhes ajustados à equipe, composta então por psicólogo, técnico de enfermagem, redutores de danos e motorista, teve-se o primeiro contato com o campo de trabalho e os usuários em julho de 2010. Em 2011, uma das autoras deste trabalho participou das atividades do CR. Acompanhou a equipe do Consultório de Rua em um dia de trabalho, neste dia, estiveram trabalhando um psicólogo, uma redutora de danos, um auxiliar de enfermagem e um motorista, logo se teve a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento do trabalho destes, com intuito de conhecer a rotina e a atividade desempenhada pelo serviço.

No mesmo dia, encontrou-se no parque das crianças e seguiu-se por uma rota pré-estabelecida pela equipe, denominada de Rota Centro, tida como uma das mais críticas, pelo fato de abrigar um grande número de pessoas. A mesma engloba ruas do centro da cidade, pontos estratégicos, como Praça Dragão do Mar, Ferro de Engomar (Avenida Beira Mar) e Praça do Ferreira, pontos que concentram grande número de pessoas residindo ou frequentando lugares hostis que causa receio em quem ainda pouco conhece e que chama atenção pelas condições desfavoráveis de moradia. Por fim, visitou-se a casa da sopa, ponto de apoio às pessoas em situação de rua, lá recebem roupas, tomam banho e se alimentam. É mantida por religiosos e é tida como uma ferramenta importante para o CR, uma vez que facilita o contato entre os mesmos.

Durante o percurso, a autora se deparou com histórias e situações distintas, sempre observando a insatisfação de muitos em estarem vivendo em condições desfavoráveis e, ao mesmo tempo, o sentimento de escravidão que a droga e o álcool causam, não permitindo que haja libertação. Foram depoimentos que chocaram, acerca do efeito da droga, de como ela mata os companheiros de rua, o afastamento de casa, da família, enfim da vivência árdua na rua.

Na continuação do dia, novos fatos foram ocorrendo, novas abordagens, tanto pelo CR à população como vice-versa. Encaminhamentos aos serviços de saúde foram realizados, fato que era para ser tido como progresso se não fosse pela dificuldade encontrada por eles em chegarem a esses serviços, pelo fato de o posto mais próximo encontrar-se em reforma e pela distância de outras unidades, o que acarretava a desistência em procurar as unidades.

Foi possível a observação de todo o trabalho do Consultório de Rua, inclusive os riscos, ao qual a equipe estava exposta e, ainda, as dificuldades que necessitavam driblar para realização dos procedimentos. Eram pessoas difíceis de lidar, as quais exigem paciência e habilidade em comunicação. Foi notório que aos poucos o CR vinha tornando-se comum entre essas pessoas, sendo satisfatório para muitos que usufruíram do serviço em algum momento.

Porém, em 2014, ao realizar novo levantamento de dados, foi possível observar modificações estruturais ocorridas após a mudança de gestão. Atualmente, encontra-se em funcionamento apenas uma equipe de Consultório de Rua, composta por dois profissionais de nível médio, um educador social e um condutor e dois profissionais de nível superior, um terapeuta ocupacional e um psicólogo, configuração que atende aos requisitos da modalidade I da portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, que define a organização e as diretrizes de funcionamento desse serviço⁽³⁾.

Contudo, trata-se de um programa novo, ainda falho como qualquer outro, que requer ajuste. Esse é um fato notório quando se observa a insuficiente interação entre o CR e os serviços de saúde, questão que mais interfere no desempenho do programa que tem dificuldades em obter êxitos nos encaminhamentos realizados, às vezes pela distância, outras pela carência de atendimento, pelo fato de muitos moradores de rua não portarem documentos, sendo assim impedidos de receberem atendimento nos postos e hospitais. Outro fator importante refere-se aos riscos os quais esses profissionais estão expostos, trabalham desprovidos de quaisquer equipamentos de proteção individual, como luvas, máscaras, enfim, fato que deve ser considerado pelo contato com pessoas que podem ser portadoras de inúmeras doenças facilmente transmissíveis.

Consultório de Rua: desafios e obstáculo no dia a dia

Os maiores desafios e obstáculos enfrentados pelos profissionais do CR relacionam-se à abordagem ao usuário, ao próprio campo de trabalho, à deficiência de interação entre o CR e

outros serviços de saúde, à valorização do profissional que se encontra no campo e a problemas de gestão.

Na abordagem realizada pelos profissionais do CR, devem-se ressaltar as condições de vida de usuários de substâncias psicoativas. Considerar razões, crenças, visões de mundo que o sustentam, valores, ritos, estilos de vida e heterogeneidade dos modos de consumo⁽¹⁰⁾.

Ao ultrapassar esses obstáculos, o CR segue seu trajeto, na tentativa de enraizar-se como política de benefício à população de rua, tornando-se mais conhecido e, ao mesmo tempo, mais acessível, ganhando aos poucos o reconhecimento dos usuários. Mesmo que, para isso, tenham que ultrapassar as barreiras que dificultam esse processo intervenção.

O plano de cuidados proposto pelos profissionais do CR pode ser desenvolvido com o auxílio dos pacientes, valorizando a participação destes no atendimento, preservando os limites deflagrados por estes frente às sugestões viáveis para veracidade do contexto em que estão introduzidos⁽¹¹⁾.

A intervenção com as crianças e os adolescentes em situação de rua é desafiadora e exigem dos profissionais e técnicos constantes reflexões e envolvimento com o contexto de atuação⁽¹²⁾. Com isso a abordagem acontece de maneira gradual, com intuito de se adquirir a confiança do usuário de forma natural.

A abordagem é sempre muito complicada, porque às vezes a gente não sabe como o usuário está (E1).

O espaço e o usuário são sempre observados, tem-se a ideia sobre a condição do e sua possível aceitação.

A abordagem é muito devagar, tenta primeiramente conhecer. Ela é feita de dois ângulos, o local e a pessoa, então quando pensamos em lugar, pensamos em como vamos chegar naquele lugar, como a nossa presença, vai ser vista por eles e a gente vai entrar como alguém que já faz parte do fluxo daquele lugar e o nosso contato com essas pessoas vai a partir da nossa presença (E4).

Apesar de se tomar todos os cuidados, às vezes não é possível a aproximação, muitas vezes por esses usuários não reconhecerem o verdadeiro propósito do programa e confundirem as ações, como por exemplo, pensarem que o veículo do consultório tem o dever de transportá-los, ou que os profissionais podem realizar atendimento clínico no próprio espaço de rua. Fato que corrobora com a fala ao questionar o participante acerca da satisfação do usuário com o projeto CR.

O CR é satisfatório, mesmo que não totalmente, porque os usuários ainda têm uma visão errônea, que o CR pode aplicar injeção, ceder a COMBI para eles dormirem ou ainda que eles podem ser deslocados para um serviço que não está dentro do programa (E2).

Contudo, várias aproximações são possíveis e passivas, sendo o CR, muitas vezes, procurado pelos usuários motivados pela curiosidade de saber o que é e o que faz. E ao conhecerem

seus propósitos, passam a se relacionar com as ações e, muitas vezes, demonstrar interesses.

Outro problema relevante vivido pelos profissionais do CR refere-se à carência de retaguarda, ou seja, de serviços relacionados como CAPS, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Asilos que mantenham interação dinâmica com o projeto. A distância dos serviços também é tida como empecilho, pois acaba por dificultar a ida desse paciente ao serviço de saúde.

A gente precisa de serviços mais próximos, acredito que trazendo um CAPS efetivamente para essa regional porque aqui sim é onde se tem a maior concentração dessa população, a distância para gente hoje é um grande problema, como também o comprometimento dos profissionais dos serviços em conhecer também o nosso público (E3).

A pouca interação interfere diretamente na assistência aos pacientes, influenciando nos encaminhamentos realizados, ou seja, dificuldade que acaba por gerar outra. Considerando que a aproximação e o convencimento desses pacientes a aceitarem serem encaminhados são tarefas difíceis, a vedação desse atendimento nas unidades de saúde torna as ações ainda mais complicadas, pois será difícil, senão impossível, o paciente que se dispôs a ir receber atendimento, depois de negado, aceitar uma nova ação.

A articulação dos profissionais, a parceria dos mesmos, que estão nas unidades, para obter resultado melhor, é de grande importância (E4).

A presença de uma equipe multiprofissional à rua parece ser a possibilidade mais viável de se alcançar este público⁽¹²⁾. A exposição a riscos diários também caracteriza um desafio vivido por estes profissionais. Riscos oferecidos, tanto pelo espaço hostil em que desenvolvem as atividades como pela falta de medidas preventivas, como utilização de luvas, máscara, uma vez que há contato direto com esses pacientes, em que, muitas vezes, se desconhece a real história, assim como, não se sabe quais enfermidades podem ter. Isso faz com o que os profissionais fiquem expostos a doenças que podem ser facilmente transmitidas pelo ar ou pelo contato direto.

Somos profissionais que estamos na ponta, certo. Estamos nos infiltrando na vida do outro, nunca nos deparamos com uma questão de violência, mas não estamos livres disso, já que lidamos com um público difícil (E3).

O paciente também pode oferecer riscos pela forma que vive e por diversas vezes se apresentar diante da equipe, demonstrando comportamento violento e imperioso, tendo os profissionais que serem maleáveis para se sobressaírem de tais situações.

Sugestões e propostas para evolução do CR

Muitas são as necessidades apontadas pela equipe, assim como as sugestões, que incluem: modificações estruturais, retaguarda em saúde, identificação dos profissionais (crachá, farda, colete etc.), um novo CR, como também seu reconheci-

mento como uma política pública em saúde. A retaguarda em saúde, por sua vez, foi a mais enfatizada das mudanças, fato compreendido quando se presume que essa retaguarda dará a chance de romper o isolamento com os outros setores.

O CR teria uma maior força e segurança, trabalhando ligado diretamente a algumas unidades de saúde, essa retaguarda era importante para gerar mais resultados bons (E4).

Os CRs são equipamentos de saúde com potência para promover articulações na rede intersetorial, uma vez que ao atuar na ponta com um público com especificidades tão complexas, com queixas e demandas múltiplas. Devido a isso, necessitam constituir alianças com outros setores da saúde para garantir a retaguarda dos encaminhamentos. Para tanto, torna-se necessário romper com o isolamento entre o setor saúde e o CR, conquistando efetivamente parcerias eficazes e resolutivas, e que de fato atendam às necessidades da população⁽⁴⁾.

A valorização do profissional foi outro aspecto mencionado ao longo do estudo, em que se pôde evidenciar a insatisfação por diversos motivos, como a ausência de cuidados e a carência de investimentos em uniformes, crachás apropriados ao serviço.

O reconhecimento e o investimento são essenciais. Até agora, a gente trabalha e não tem um crachá, uma farda, um sapato (E2).

Essa é uma questão que, apesar de simples, deve ser considerada, pois valoriza o profissional, promove conforto e identifica os mesmos. O uso de roupas adequadas ao projeto resulta também em uma exposição positiva e, consequentemente, em uma publicidade mais abrangente do CR, na tentativa de tornar o serviço mais conhecido.

O acompanhamento regular psicológico e clínico se faz necessário à equipe, uma vez que se deparam com questões difíceis, conflitos intensos que apesar de fazerem parte da história de terceiros, podem afetar psicologicamente esses profissionais que trabalham na tentativa de solucionar tais conflitos.

Acho que a valorização desse profissional é importante, não só a questão financeira, mas questões mesmo de você ter cuidados para com eles, porque ele está na ponta, ele está se infiltrando na vida do outro, vivendo também o problema do outro (E2).

O reconhecimento do CR como política pública em saúde é algo bastante estimado e esperado pela equipe. Com essa medida, prevê-se a real inserção do consultório na rede de saúde, o que consequentemente o tornaria mais “forte” dentro do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa CR está, aos poucos, se instalando e fazendo parte da vida dos moradores. Apesar das difíceis abordagens, este foi reconhecido por parte dos usuários. Destacaram-se pontos deficitários, requerendo transformações, como a ausência de interação entre as equipes de saúde, o que pode

afetar o êxito no atendimento do usuário; a pouca valorização do profissional do consultório, onde se destacou a falta de diálogo com a gestão, a necessidade de equipamentos de proteção e cuidados com a saúde dos profissionais atuantes.

Esse é um programa novo e perpassa por um processo de aprimoramento de suas atividades, isso faz com que muitos sejam os questionamentos de melhorias. Contudo, é um serviço que se mostra necessário e eficaz para investir na população de rua. O programa, muitas vezes, é reconhecido como uma ponte aos serviços de saúde que antes pareciam não integrar a rotina dos mesmos.

Os profissionais necessitam aprimorar a qualidade da assistência prestada, através da implementação de medidas

dinâmicas de aproximação e de atividades que beneficiem os usuários.

Dentre estas medidas, sugere-se a realização de campanhas de imunização, de encaminhamentos para realização de exames preventivos, bem como, a integração da rede de atenção à saúde com o CR mediante a criação de fichas de referência e contrarreferência e designação de unidades específicas para o atendimento das demandas do CR.

Conclui-se, que a qualificação constante destes profissionais retrata fator importante, podendo ser realizada através de oficinas e troca de experiências com outros consultórios implantados e que tenham obtido êxitos em medidas implantadas.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Estadual do Ceará. Diagnóstico Sócio econômico de Crianças, Adolescentes e Adultos Moradores de Rua na Cidade de Fortaleza. Fortaleza: UECE; 2008.
2. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio, LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):251-60.
3. Ministério da Saúde (BR). III chamada para seleção de projetos de consultórios de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional Antidrogas. Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Nardi HC, Rigoni RQ. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol Estud*. 2005; 10(2):273-82.
6. Oliveira MGP. Consultório de rua: relato de uma experiência [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2009.
7. Delbon F, Da Ros V, Ferreira EMA. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. *Saude Soc*. 2006; 15(1):37-48.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros dados do censo 2010 [Internet]. [citado em 2011 abr 27]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados.
10. Pacheco, MEAG. Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. *Rev Psicol*. 2014; 26(1):43-58.
11. Pacheco MEAG. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2013.
12. Santana JP. Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua: objetivos atribuídos por seus dirigentes e pelos jovens atendidos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

Recebido em: 03.06.2015

Aprovado em: 17.06.2015

A PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE AOS EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PRODUCTION OF NURSING FRONT TO ADVERSE EVENTS IN INTENSIVE CARE UNITS: A LITERATURE REVIEW

Artigo Revisão

Nayara Marques da Silva¹

Wesley Henrique Bueno de Camargo²

Renata Moraes Alves³

Cleiton José Santana⁴

RESUMO

Nos serviços de saúde, a segurança é um requisito básico para a qualidade do cuidado. O cuidado seguro resulta de ações corretas dos profissionais de saúde, uso adequado de equipamentos, processos de trabalho e sistemas adequados dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Objetivou-se conhecer a publicação científica brasileira sobre a atuação da enfermagem frente às ocorrências iatrogênicas em pacientes internados em Unidades de terapia intensiva. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico dos estudos indexados de 2001 a 2014, dentro desta temática, nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDEF. As iatrogenias mais frequentes encontradas foram ocasionadas por: Falha humana e falta de equipamentos/recursos materiais. A educação continuada e as capacitações aos profissionais de saúde, somado ao cuidado humanizado foram definidas como fatores indispensáveis para qualidade do cuidado em pacientes graves.

Palavras-chave: Doença Iatrogênica; Terapia Intensiva; Enfermagem.

ABSTRACT

The attention to health, safety is a basic requirement for the quality of care. The care in surance results both from right actions of healthcare professionals, as appropriate processes and systems within the Intensive Care Units (ICU). In order to characterize the available research on the role of nursing in front of adverse events in sand aiming to describe the factors that favor the occurrence of iatrogenic, a literature of the last14 years was carried out within this thematic in LILACS databases, SCIELO and BDEF. The most frequent iatrogenic found in the databases were caused by: Human Error and lack of equipment/material resources. Continuing education and training for health professionals, coupled with humanized care were defined as essential factors for quality of care in critically ill patients.

Keywords: Iatrogenic Disease; Intensive Care; Nursing.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Pitágoras de Londrina.

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Especialista em Abordagem Enfermagética no tratamento de Feridas pela Universidade Católica de Lisboa.

³ Enfermeira do SAMU Regional Londrina. Docente da Faculdade Pitágoras de Londrina. Mestra em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁴ Enfermeiro do SAMU Regional Londrina. Docente da Faculdade Pitágoras de Londrina. Mestre em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: cleisantana@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia intensiva (UTI) é caracterizada como uma assistência de nível terciário, que visa os atendimentos a pacientes que necessitam de cuidados críticos dentro do sistema de saúde, presta assistência à pacientes de distintos setores dentro de um hospital. Por se tratar de um setor onde são realizados procedimentos complexos apresenta um elevado número de eventos iatrogênicos⁽¹⁾.

Em estudo anterior⁽²⁾, a gerência de qualidade nas instituições empresariais, de modo geral, e nas de saúde, em particular, destaca como princípios básicos: o atendimento à clientela com o fornecimento de bens e de serviços que promovam a sua satisfação ou a ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a qualidade e segurança pretendidas. Diante disso, pode-se afirmar que a ocorrência de eventos iatrogênicos no decorrer da assistência ao paciente, transgride como um importante princípio, podendo, inclusive, colocar em risco a vida do cliente/paciente.

Ocorrência iatrogênica é um “evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, consequente ou não de falha do profissional e que compromete ou tem o potencial de comprometer a segurança do paciente”. As ocorrências iatrogênicas, ocorrências adversas ou fatores iatrogênicos são termos utilizados como sinônimos, sendo também definidos como eventos potencialmente prejudiciais relacionados às intervenções daqueles que prestam cuidados aos pacientes⁽³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.

Em uma pesquisa realizada pela ANVISA a Segurança do Paciente não é nada mais que a redução dos atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente, sendo eles, identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Acredita-se que desenvolver pesquisa com o foco na atuação do enfermeiro frente às ocorrências iatrogênicas com pacientes em UTI's é imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhorar a qualidade do atendimento no serviço. Este estudo justifica-se, sobretudo, pela importância de preparar a equipe para ministrar uma assistência adequada e reconhecer quais os fatores relacionados as ocorrências iatrogênicas podem minimizar as mesmas proporcionando um atendimento com qualidade.

Desse modo, o presente estudo apresentou a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica brasileira sobre

a atuação da enfermagem frente às ocorrências iatrogênicas em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva?

Assim o objetivo foi conhecer a publicação científica brasileira sobre a atuação da enfermagem frente às ocorrências iatrogênicas em pacientes internados em Unidades de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura em três bases de dados: Scificitelectroniclibrary online (SCIELO) Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências de saúde (LILACS) e base de dados de enfermagem (BDENF). Os critérios para inclusão definidos para seleção dos artigos deste estudo foram: artigos publicados em português; encontrados na íntegra e que retratam a temática, publicados e indexados nos últimos 14 anos, ou seja, publicações de janeiro o ano de 2001 a dezembro de 2014.

Para nortear o estudo, foram formulados os seguintes questionamentos: 1) Quais as iatrogenias mais frequentes nas Unidades de Terapia Intensiva?; 2) Quais são as implicações emocionais aos profissionais de enfermagem decorrentes das iatrogenias? 3) Que fatores favorecem a ocorrência de eventos adversos? 4) Quais as condutas a serem tomadas frente à uma iatrogenia?

Para facilitar a coleta de dados das pesquisas indexadas, elaborou-se um instrumento que permite subsidiar o estudo, identificando os seguintes aspectos: identificação do artigo, dos autores e as características dos trabalhos.

Após a extração e organização dos dados, os resultados foram agrupados e, posteriormente, foram construídas categorias que permitiram destacar pontos relevantes sobre o enfrentamento da enfermagem frente aos eventos adversos. Ressalta-se que a coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Na presente revisão foram analisados 16 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, referente às doenças iatrogênicas em terapia intensiva e bem como as condutas da equipe de enfermagem.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos legais estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de revisão bibliográfica dispensa o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa foram agrupados em duas categorias, sendo elas denominadas:

- Caracterização das publicações
- Iatrogenias em Unidade de Terapia Intensiva: conhecer para evitar

Caracterização das publicações

Em relação à formação do primeiro autor dos artigos analisados, oito (50%) dos dezesseis artigos foram realizados por profissionais enfermeiros, percebendo-se, desta forma, um envolvimento dos profissionais de enfermagem diante desta temática (QUADRO 1).

Quadro 1. Distribuição da profissão do primeiro autor dos estudos. Londrina, 2015.

PROFISSÃO	Nº	%
Médico Geral	3	18.75
Enfermeiros	8	50
Não identificados	5	31.25
TOTAL	16	100

Fonte: SILVA, 2015.

Quadro 2. Distribuição dos artigos segundo ano de publicação. Londrina, 2015.

ANO	Nº	%
2001	2	12.5
2002	2	12.5
2003	1	6.25
2005	1	6.25
2005	1	6.25
2007	1	6.25
2008	2	12.5
2009	2	12.5
2010	1	6.25
2011	1	6.25
2013	2	12.5
TOTAL	16	100

Fonte: SILVA, 2015.

Quanto à distribuição dos artigos segundo ano de publicação observa-se que houveram dois artigos publicados em 2001, 2002, 2008, 2009 e 2013, e um artigo publicado nos demais anos e nenhum no ano de 2014 (QUADRO 2).

Iatrogenias em Unidade de Terapia Intensiva: conhecer para evitar

Em relação as contribuições dos artigos analisados estão descritas as principais e mais frequentes doenças iatrogênicas, os fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos adversos e o conhecimento dos profissionais de enfermagem e as condutas diante de atos iatrogênicos.

Objetivando identificar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem dentro da temática "Evento Adverso e UTI", no período de junho de 2009 a março de 2010, no qual participaram 68 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem de diferentes hospitais da rede pública e privada onde todos atuavam em unidades de cuidados intensivos, pós-operatório de cirurgia cardíaca, unidades coronarianas e emergência constataram que a falta de conhecimento acerca do que é um evento adverso em saúde ainda se faz presente. Somente 14% dos participantes já ouviram falar sobre evento adverso durante seus cursos de formação, em que pese o fato de 41% da amostra estudada ter sido composta por profissionais com menos de um ano de formação⁽⁶⁾.

As iatrogenias ou afecções iatrogênicas define-se como decorrentes da intervenção médica, correta ou não e justificada ou não, da qual resultam consequências prejudiciais ao paciente, tendo em vista que as iatrogenias podem ser diminuídas com a monitorização adequada ou podem ser rotuladas como agravante esperado, sendo assim, o respeito pelo ser humano deverá sobrepor à conduta do profissional, para não incrementar com procedimentos e atos o já pesado fardo de sofrimento do paciente criticamente enfermo⁽⁷⁾.

Nas últimas décadas, observou-se um grande avanço no desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. No entanto, as pessoas ainda estão sujeitas a múltiplos riscos quando submetidas aos cuidados de saúde, sobretudo, no âmbito hospitalar. A divulgação de problemas relacionados a segurança do paciente fez com que as organizações de saúde e seus diferentes níveis de gestão, pesquisassem suas causas e propusessem medidas com a finalidade de conscientizar os profissionais, diminuindo os riscos de incidentes⁽⁸⁾.

O marco mundial para o movimento de segurança do paciente foi a publicação, em 1999, do relatório "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro". Este aborda os erros relacionados com a assistência à saúde, e foi constituído a partir dos resultados de estudos que revelaram a crítica situação da assistência à saúde nos Estados Unidos. Os dados apontaram que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morrem em consequência dos eventos adversos⁽⁹⁾.

Diante disso, ocorreu o envolvimento e mobilização de várias organizações e programas, surgindo diversas campanhas e ações voltadas para a segurança do paciente com abrangência internacional. Dentre elas, destacam-se a Organização Mundial de Saúde, *The Joint Commission* (TJC) e a *Joint Commission International* (JCI), importantes órgãos certificadores de qualidade e segurança hospitalar, que em 2005 foram designadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como os primeiros centros colaboradores para as soluções na segurança do paciente. Estes órgãos criaram campanhas, programas e projetos para a promoção da segurança do paciente, cujas iniciativas têm servido de base para que organizações de abrangência nacional, em diversos países, desenvolvam estratégias semelhantes^(9, 10).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tem atuado na área de segurança do paciente, principalmente, com a criação do projeto Hospitais Sentinela no ano de 2001. Este projeto tem como finalidade ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde. Aborda três áreas distintas: a fármaco vigilância, a hemovigilância e a tecnovigilância⁽¹¹⁾.

Em abril de 2013, a ANVISA e o Ministério da Saúde (MS), mediante a portaria nº 529 de 1º de abril, lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cuja finalidade é prevenir e reduzir a ocorrência de eventos adversos nos serviços públicos e privados do país. Para tanto, estes órgãos tornaram obrigatória a criação de Núcleos de Segurança do Paciente com o objetivo de aplicar e fiscalizar regras sanitárias e protocolos de atendimento que previnam as falhas na assistência⁽¹²⁾.

Apesar dos esforços empreendidos, ainda há deficiência nas informações sobre a ocorrência de incidentes e os fatores causais dos eventos adversos. Esta lacuna impede o conhecimento, a avaliação e a discussão sobre as consequências destes eventos e prejudica a ação dos gestores para a realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras, com o intuito de minimizar sua ocorrência e, como consequência, melhorar a assistência⁽¹⁰⁾.

Dentre os diferentes cenários no ambiente hospitalar, a unidade de Emergência é considerada um ambiente de alto risco para a ocorrência de incidentes e eventos adversos. Este fato ocorre devido a diversos motivos, entre eles: a complexidade da condição clínica dos pacientes, a dificuldade de acesso à história clínica, as mudanças frequentes no seu estado geral, a alta rotatividade, superlotação, sobrecarga de trabalho, volume restrito de recursos, número limitado de profissionais, não valorização do profissional, falha de comunicação e supervisão, pelo manuseio de aparato tecnológico e medicamentos de alto risco⁽¹³⁾.

Referente à presença de fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas, os mais comuns estão relacionados à inexperiên-

cia profissional, falta de atenção e desconhecimento técnico-científico dos integrantes da equipe, quantidade insuficiente de profissionais e problemas inerentes aos materiais e equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico, deixando evidente a existência de um amplo leque de fatores, das mais diferentes naturezas, envolvidos na gênese das ocorrências⁽¹⁴⁾.

Assim, destaca-se, ainda, como eventos adversos, a prevalência daqueles relacionados à medicação, seguido de eventos adversos variados, tais como: lesões decorrentes do uso de sondas e cateteres, retiradas não programadas de tubos, cateteres e drenos, exteriorização de sondas nasoenterais e nasogástricas, flebite, infiltração de acessos venosos, queda e falha na rede de vácuo. Depois destes, os eventos mais relatados se referiam à infecção nosocomial, úlcera por pressão, erro na técnica de procedimento diagnóstico ou terapêutico⁽¹⁵⁾.

Em um estudo, no qual a amostra foi constituída por 148 enfermeiros que atuavam em UTIs adulto (76,7% do total existente nas UTIs), no qual o perfil foi quase exclusivamente do sexo feminino (94,5%) de sete hospitais do Município de São Paulo, sendo cinco instituições públicas e duas privadas, enfatiza-se que um dos eventos adversos mais comuns, são os ocasionados com medicações, no qual a mesma define que a administração de medicamentos no hospital é uma das principais responsabilidades do enfermeiro e dos demais integrantes da equipe de enfermagem a ele subordinado⁽¹³⁾.

Nesse contexto, em pesquisa realizada pelo Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina - SP, que vistoriou 49 UTIs, em 20% do total existente no Estado de São Paulo foi constatado que embora as instituições públicas de saúde tivessem uma maior disponibilidade de recursos materiais e equipamentos, não procediam a sua manutenção preventiva o que resultava em sucateamento precoce e impossibilidade de uso⁽³⁾.

Desse modo, ressalta-se, a importância da adoção de medidas preventivas para tais eventos, referente à capacitação e treinamento dos profissionais assim como a adequação da infraestrutura da unidade, com vistas a uma assistência de enfermagem com qualidade. Todavia, não basta a melhoria de segmentos isolados na busca de qualidade, mas sim a soma de esforços para o alcance de um objetivo comum, ou seja, a melhoria da assistência, com a aplicação de um cuidado mais individualizado e holístico⁽¹⁴⁾.

Em relação aos sentimentos mencionados pelos enfermeiros diante de uma ocorrência iatrogênica na UTI, demonstram que a ansiedade é o sentimento mais frequente relatado (38,1%), os sentimentos seguintes mais identificados foram a impotência (14,6%), a culpa (12,3%) e a raiva (10,4%). Sendo também capaz de gerar preocupação, insegurança, sofrimento aos profissionais, desespero, desconfiança e medo⁽¹⁾.

Sendo a UTI uma unidade complexa, que abrange diversos profissionais de saúde onde a tomada de decisão deve acontecer com prontidão, ser eficiente e eficaz, espera-se estrutura adequada como suporte para o desenvolvimento de uma assis-

tência segura ao doente crítico. Neste sentido, acredita-se no enfoque de Qualidade Total e de Melhoria Contínua de Qualidade das ocorrências iatrogênicas na UTI⁽²⁾.

As preocupações com a prevenção de riscos, danos e reincidências de ocorrências éticas, podem resultar em motivação para busca da qualidade do cuidado. As atividades educativas voltadas para os profissionais de enfermagem aparecem como fator positivo, capacitando-os continuamente para suas atribuições. Portanto, espera-se que os benefícios da assistência seja uma meta a ser alcançada por todos, como direito do paciente e obrigação dos profissionais e das instituições que se voltam para este fim, sendo assim, ao buscarem prevenir novos eventos adversos relacionados ao paciente, eles também almejam assegurar boa assistência, ausente de riscos e danos^(15,16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A particularidade de setores específicos como a UTI, o qual exige do profissional um saber técnico/científico sobressalente, corrobora para que haja maiores incidências de eventos adversos devido à complexidade da assistência ali prestada.

Os eventos adversos, muitas vezes, estão relacionados com fatores humanos e de infraestrutura. O mais frequente fator humano, decorrente das ações de Enfermagem que implicam em iatrogenia, consiste no erro da administração de medicamentos, mesmo sendo esta uma conduta rotineira da equipe. O investimento em infraestrutura física, material e pessoal pode ser considerada diretamente proporcional a complexidade da assistência.

As ações descritas como eficazes no processo da Enfermagem diante dos eventos adversos, consiste em intensificar os controles, comunicação efetiva dos fatos a equipe médica, a comunicação a chefia de Enfermagem, o cuidado direto do paciente a notificação do evento e o registro em prontuários.

Educação continuada dentro dos estabelecimentos de saúde deve ser adotada como medidas preventivas de atos iatrogênicos tendo em vista que o enfermeiro tem como objetivo, prestar a melhor assistência, levando em consideração a humanização e a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Padilha KG. et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. Rev. Esc. Enferm. USP, 2002; 36 (1): 50-7.
2. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Set./Out. 2001; 9(5): 91-6.
3. Silva SC, Padilha KG. Parada Cardiorrespiratória na Unidade de Terapia Intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. Rev. Esc. Enferm. LISP 2001; 35(4): 360-5.
4. OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura daMS). Organização Mundial da Saúde; trad. SÁNCHEZ, M. N.; DURÁN, A. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. p. 211. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf>. Acesso em: 15 de Maio de 2015.
5. Anvisa. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/category/reprocessamento-de-produtos-para-a-saude>. Acesso em : 25 de Jun. 2015.
6. Silva RCL. et al. Evento adverso em terapia intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online, abr./jun. 2011, 3(2): 1848-55.
7. Canineu R. et al. Iatrogenia em Medicina Intensiva. Rev. Bras. Terapia Intensiva, volume 18 - número. Jan./Mar. 2006.
8. Gomes AQF. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório. 2008. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.
10. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. Revista Eletrônica de enfermagem. Goiânia, v.12, n. 03, 2010. pp.422. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 10 de Maio de 2015.
11. Oliveira RC, Camargo AEB, Cassiani SHB. Estratégias para prevenção de erros na medicação no Setor de Emergência. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.58, n. 04, 2005. p. 399-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400004>. Acesso e: 15 de Maio de 2015.
12. Brasil, (2013a). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 14 de Maio de 2015.
13. Smits M, et al. The nature and causes of unintended events reported at ten emergency departments. BMC Emergency Medicine. London, 2009. pp. 9-16. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-227X-9-16.pdf>>. Acesso em: 10 de Maio de 2015.
14. Padilha KGE, Decesaro MN. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação e UTI: Queda de pacientes. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 1, n. 1, p. 159-162, 1. sem. 2002.
15. Pedreira LC. et al. Evento adverso em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Enferm. Brasília 2013, maio/jun.; 66(3): 429-36.
16. Agnolon AP, Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem em terapia intensiva. Rev. Min. Enf.; 11(2): 155-160. Abr./jun., 2007.

Recebido em: 03.07.2015

Approved em: 17.07.2015

ACESSO E ACESSIBILIDADE AO SISTEMA DE SAÚDE – ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

ACCESS AND ACCESSIBILITY TO HEALTH SYSTEM – THEORETICAL AND CONCEPTUAL ASPECTS

Artigo Revisão*

Bruna Theresa de Sousa Freire¹

Maria Lopes Feitosa¹

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos²

RESUMO

Estudo bibliográfico que analisou os aspectos teórico-conceituais sobre acesso e acessibilidade na literatura disponível no período de 2006 a 2014. Localizou-se 24 artigos publicados em periódicos nacionais. Organizou-se os achados em: convergência entre os conceitos; divergência entre os conceitos; e conceito de acesso com foco na integralidade. Na divergência entre os conceitos, a acessibilidade avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços. O conceito de acesso com foco na integralidade, é alicerçada no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção. Os principais focos dos conceitos de acesso e acessibilidade - oferta e demanda de serviços de saúde, e satisfação das necessidades do usuário norteados pelos princípios do SUS. Estes conceitos convergem no pensamento de alguns autores, e divergem em outros, principalmente em termos de ascendência de um sobre o outro. Sendo assim, essas evidências fortalecem a complexidade dos conceitos analisados.

Palavras-chave: Acesso; Acessibilidade; Sistema de Saúde.

ABSTRACT

Bibliographical study that analyzed the theoretical and conceptual aspects of access and affordability, existing in the available literature from 2006 to 2012. Was located 24 articles published in national journals. Was organized the data in: convergence between the concepts; divergence between the concepts; concept of access and focusing on completeness. In the divergence between the concepts, accessibility advances in scope of the concept of access to services beyond the entrance. The concept of access with a focus on integrity, is based on the principle of equity, establishing paths to universal care. The main focus of the concepts of access and affordability - supply and demand for health services, and satisfaction of user needs guided by the principles of the NHS. These concepts converge at the thought of some authors, and diverge in others. Thus, these evidences strengthen the complexity of the analysed concepts.

Keywords: Accession; Accessibility; Health Systems.

INTRODUÇÃO

O conceito de acesso e acessibilidade ao sistema de saúde mudou ao longo do tempo, tornando-se objeto de debate

* Apoio: Edital Universal/CNPq Processo nº 474772/2011-0. (Obs: Não há conflito de interesses)

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

E-mail: zeliasantos@unifor.br

entre os estudiosos para a garantia da equidade em saúde. De acordo com Sanchez e Ciconelli⁽¹⁾ a definição de acesso à saúde é de difícil mensuração e envolve os aspectos políticos, econômicos e sociais.

Os conceitos de acesso e acessibilidade são utilizados de forma ambígua, entretanto possuem significados complementares. ⁽²⁾A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde, já o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os resultados esperados.

A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada ao sistema de saúde, é uma expressão positiva do acesso. No entanto, a utilização é influenciada também por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas⁽³⁾.

O acesso possui características que facilitam ou dificultam a capacidade de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Essas características podem ser expressas como a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema. Muitas vezes, as barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas de saúde e dos seus serviços⁽⁴⁾.

Acesso aos serviços de saúde foi conceituado como um grau de ajuste entre os usuários e o próprio sistema de saúde⁽⁵⁾. No entanto, o acesso se relaciona com as características de oferta e procura dos serviços, e não se limita à entrada no serviço, mas também abrange a utilização adequada e que responda às necessidades dos usuários em tempo e local apropriados⁽⁶⁾. De acordo com o estudo⁽⁷⁾, acesso é algo complexo, e ocasiona, muitas vezes, o seu emprego de forma imprecisa na sua relação com o uso dos serviços de saúde, além de se perceber uma heterogeneidade na sua conceituação.

A acessibilidade aos serviços de saúde é um componente do sistema para que se efetivem a busca e a obtenção do cuidado⁽⁷⁾. Por isso, Donabedian⁽⁸⁾ menciona duas dimensões para estudo, a acessibilidade sócio-organizacional e a geográfica. A primeira lista os aspectos de funcionamento dos serviços de saúde que interferem na relação dos usuários com os serviços, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento. E a acessibilidade geográfica diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades de saúde⁽⁹⁾. A acessibilidade ao cuidado de saúde é um importante determinante da qualidade deste e o conceitua como a capacidade de obtenção de cuidado de forma fácil e conveniente, quando necessário.

Acesso é um conceito amplo, sua definição é algo em unidade secundária, complexo, ocasionando, muitas vezes, o emprego de forma imprecisa na relação com o uso dos serviços de saúde, além de se perceber heterogeneidade na conceituação⁽¹⁰⁾.

Acesso é categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que

descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde⁽⁹⁾.

A diversidade de abordagens sobre acesso e acessibilidade influenciam na formulação de políticas públicas e na implementação de mudanças no sistema organizacional de saúde.

Então, mediante essa diversidade de conceitos e definições, em que muitos se assemelham e em outros se divergem, optou-se por este estudo, com o objetivo de analisar os conceitos e definições e outras informações relevantes sobre acesso e acessibilidade existentes na literatura disponível no período de 2006 a 2012.

Justifica-se a realização deste estudo em decorrência da necessidade de compreender estas terminologias que integram as políticas públicas de saúde vigentes, principalmente aquelas vinculadas direta e indiretamente ao cerne do Pacto pela Vida, cuja concretude dar-se-á pela consolidação dos princípios do SUS.

METODOLOGIA

Estudo bibliográfico realizado com artigos publicados no período de 2006 a 2012. Justifica-se a opção por este período em detrimento da publicação do *Pacto pela Vida* em 2006, cujo cerne consiste do acesso ou acessibilidade do usuário ao Sistema de Saúde, no qual estão envolvidas de forma articuladas, as três esferas de governo – federal, estadual e municipal.

As fontes foram constituídas por artigos publicados em periódicos nacionais, sendo a consulta realizada nas bases de dados – LILACS, SCIELO e MEDLINE.

A busca foi feita com base nos critérios que ilustram as temáticas recorrentes na literatura, a saber: 1) Unitermos, palavras-chave ou descritores inseridos na BIREME, nos idiomas – português – acesso e acessibilidade; espanhol – acceso e accesibilidad; e inglês – *access* e *accession*, *accessibility*; 2) Leitura dos títulos e resumos, para fins de seleção da publicação na íntegra; 3) Leitura do texto na íntegra, para seleção definitiva de 24 (vinte e quatro) artigos que integraram as fontes do estudo.

A seguir realizou-se leitura e fichamento das publicações, registrando as informações relevantes em uma ficha bibliográfica. Após leitura analítica e sintética, organizou-se as informações em categorias temáticas. A análise procedeu com base nos aspectos positivos e negativos, evidência de contribuições, contradições, pontos de concordância e discordância ou divergências, e elaboração da crítica e/ou desenvolvimento de reflexões.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A fim de possibilitar o processo de análise, organizaram-se os achados sobre acesso e acessibilidade nas seguintes temáticas: convergência entre os conceitos – facilidade na utilização dos serviços pelos usuários e processo de busca e obtenção dos serviços de saúde; divergência entre os conceitos; e conceito de acesso com foco na integralidade.

Convergência entre os conceitos

Acesso e acessibilidade são sinônimos e basicamente significam a facilidade na utilização dos serviços pelos usuários, e processo de busca e obtenção dos serviços de saúde.

Facilidade na utilização dos serviços pelos usuários

Estudo⁽¹⁾ descreve o acesso, como a utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários para alcançar os melhores resultados possíveis em tempo adequado e com qualidade. Ressalta-se⁽¹¹⁾ que a utilização dos serviços de saúde depende de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e da demanda.

O acesso representa o fator que intermedia a relação entre a procura por cuidados de saúde, a partir da percepção de uma necessidade de saúde pelos indivíduos, e a entrada no serviço⁽⁶⁾. O acesso é a oferta de serviços relativa à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Logo, distingue-se a relação entre o funcionamento das unidades e o efetivo acesso às ações e serviços de saúde⁽¹²⁾. Em vista disso, estudo⁽¹³⁾ atenta para a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos geográficos, socioeconômicos, entre outros.

A acessibilidade é considerada como a facilidade de utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem as barreiras porventura existentes⁽⁷⁾. A disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, bem como as características dos recursos que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos usuários potenciais⁽¹⁴⁾.

Contudo, a acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisados à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los⁽¹⁵⁾. Logo, a partir da existência física dos serviços de saúde passam-se a modular a oferta, aspectos relativos com a acessibilidades geográfica, cultural, econômica e organizativa⁽¹¹⁾.

Processo de busca e obtenção dos serviços de saúde

Acesso, no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), se relaciona com a obtenção dos serviços por parte do usuário que busca atendimento para a resolução de suas necessidades em saúde. O atendimento destas necessidades envolve a disponibilidade dos recursos na unidade básica. Entretanto, acesso não se restringe a disponibilização de recursos, pois é um elemento transformador da realidade, abrangendo a dimensão econômica, política e social⁽¹⁶⁾.

O acesso é, também, denominado como “porta de entrada”, o local de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade e, de certa forma, como os caminhos por ele percorridos no sistema na busca da resolução da necessidade⁽¹⁶⁾. Afirma-se que porta de entrada é compreendido como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção a cada novo problema de saúde percebido, é o local de primeiro contato, dentro do sistema de saúde⁽¹⁷⁾. Assim, a obtenção de acesso aos serviços, como a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde⁽¹²⁾.

A acessibilidade se relaciona ao processo propriamente dito de busca e obtenção da assistência, a imagem de confiabilidade se relaciona essencialmente à estrutura dos serviços de saúde (recursos físicos e humanos) e a imagem geral de resolubilidade diz respeito ao resultado, ou seja, ao grau de satisfação que o usuário tem do serviço⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto, a acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado⁽⁷⁾. O acesso é percebido como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades, tem inter-relação com a resolubilidade, e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços⁽¹³⁾.

A garantia de acesso ao serviço de saúde para os usuários, representa a responsabilidade do serviço para com suas necessidades de saúde⁽¹⁸⁾. Contudo, a garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurada tomando como referência a aplicação cotidiana dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da corresponsabilidade e da solidariedade dos entes federados, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários. Ressalta-se que a ⁽⁷⁾implantação do SUS no início da década de 90, foi de importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

A regulação do acesso à assistência tem como objetos, a organização, o controle, o gerenciamento, e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, efetivada pela disponibilização da alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outros que se fizeram necessários⁽²⁰⁾.

Acesso-acessibilidade consiste de uma intenção de acontecer uma revolução pacífica na relação oferta/demanda, além de induzir à constituição de redes assistenciais capazes de dar conta do passivo social em saúde instalado no País, tendo a integralidade como eixo condutor das práticas de saúde e como paradigma assistencial predominante no momento do planejamento dos serviços⁽¹⁶⁾. A Acessibilidade possibilita o ingresso das pessoas ao sistema de atenção à saúde e à continuidade do tratamento⁽²¹⁾.

O acesso real aos serviços de saúde deve ser estabelecido no nível de cada uma das unidades, com a participação efetiva no processo, dos servidores de nível local e da comunidade⁽²²⁾. Esse está relacionado com a capacidade do sistema para corresponder às suas expectativas e necessidades de assegurar o direito à saúde no âmbito das políticas públicas, e deve refletir ainda o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária⁽²³⁾.

Acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção. Pode-se considerar a acessibilidade, como uma relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção, e as capacidades correspondentes da população de superar esses obstáculos⁽²³⁾. É definida como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços⁽²⁴⁾.

Divergência entre os conceitos (ascendência de um sobre o outro)

O conceito de acessibilidade avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois acessibilidade não se restringe à mera disponibilidade de recursos em um determinado momento/lugar ou apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas indica também o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e os serviços utilizados⁽²⁵⁾.

Conceito de acesso com foco na integralidade

O acesso à rede de unidades assistenciais se iniciaria a partir da responsabilização por uma área geográfica adstrita, com cobertura integral de sua população. Essa rede assistencial primária é responsável pela entrada do usuário no sistema. Essa lógica de planejamento considera que o uso dos serviços acontece de forma ordenada, regionalizada e racional. Uma das dimensões que podem garantir o cuidado e o acesso, é a integralidade da assistência⁽²⁶⁾. As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular⁽¹⁶⁾.

Entretanto, o acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Esses constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde⁽²¹⁾.

Concorda-se com o estudo⁽¹²⁾ ao dizer que o acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade; e com os autores⁽²⁷⁾ ao mencionarem que o acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao

SUS na APS, quando associado a presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde.

Contudo, o acesso, o acolhimento e o vínculo visam uma mudança quanto às dificuldades enfrentadas pelas pessoas para chegarem ao local de atendimento, receberem uma informação adequada por parte do serviço de saúde, conseguirem uma consulta e, mediante agendamento, garantirem seu retorno. Com isso,⁽¹⁸⁾ evitar-se-ão determinados aborrecimentos como o fato de dormirem nas filas ou deixarem de ser atendidos.

Para a efetividade do acesso, é primordial que ocorra acolhimento como um dispositivo de resolução de problema de saúde, abarcando recursos humanos, estruturas, materiais e as subjetividades⁽¹²⁾.

Portanto, o acesso engloba inúmeros fatores, que podem ser analisados sob abordagens diversas, que vão do modelo institucional de saúde à prática diária, à satisfação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e às questões geográficas. Enfim, a compreensão e a institucionalização são processos complexos, pela diversidade de variáveis⁽¹⁹⁾. Então, o acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde⁽²⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados de estudo, possibilitaram duas constatações, que se seguem: os principais focos dos conceitos de acesso e acessibilidade; oferta e demanda de serviços de saúde, e satisfação das necessidades do usuário norteados pelos princípios do SUS; o conceito de acesso e acessibilidade convergem no pensamento de alguns autores, e divergem em outros, principalmente em termos de ascendência de um sobre o outro.

O substantivo acessibilidade é empregado, como o caráter ou a qualidade do que é acessível, enquanto utiliza-se, ainda, o substantivo acesso, como ato de ingressar, entrada no serviço. Existem, assim, vários tipos de acessibilidade. Então, após esta revisão sobre os conceitos de acesso e acessibilidade, constatou-se que o conceito é muito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa, e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Mostram que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema, e embora com divergências conceituais e ideológicas, tem predominado a visão de acesso relacionado as características da oferta de serviço, ou seja, o uso de serviços é a sua própria expressão.

Sendo assim, essas evidências fortalecem a complexidade dos conceitos estudados.

REFERÊNCIAS

1. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3): 260-8.
2. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002.
3. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford: University Press; 2003.
4. Travassos C; Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 2(4): 975-86.
5. Penchanski R; Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19 (2):127-40.
6. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008.
7. Cunha ABO; Vieira SL. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-37.
8. Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank: Mem Fund Quart*; 1992.
9. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol: Lab Med*; 1990.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (2): 190-8.
11. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva. 2008; 22(2):19-29, jul/dez.
12. Lima MADS; Ramos DD; Rosa BR., Nauderer TM., Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):12-7.
13. Souza ECF; Vilar RLA, Rocha NSPD; Uchoa AC; Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de saúde pública*. 2008; 24 (1): [on line]
14. Fleury S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicologia e Sociedade*. 2011; 23(4):45-52.
15. Oliveira DC, Sa CP; Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA; Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):1985-20.
16. Jesus WLA; Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(1):161-70.
17. Oliveira LR; Mattos RA; Sousa AIT. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(5):[on line]
18. Coelho MO; Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; set/out; 14(1): 32 (2):154-52.
19. Schwartz TD; Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência e saúde coletiva*. 2010; 15(4); [on line]
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Brasília: MS; 2007.
21. Sousa MF, Hamann EM. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde: 2005 e 2006. *Revista Saúde Coletiva*. 2009; 19 (3); [on line]
22. Vargas AMD; Ferreira EF; MATTOS FF; Vasconcelos M, Drumond MM; Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde e Sociedade*. 2011, 20 (3); [on line]
23. Azevedo A, Costa A. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. *Interface-Comunic., Saúde, Educ*. 2010; 14(2):797-810.
24. Castro SS, Lefèvre F; Lefèvre AMC; Cesar LGC. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(1): 179-97.
25. Arakawa T, Arcênio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Rufino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; jul/ago; 19 (4):[09 telas].
26. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012, 22(1): [on line]
27. Mitre SM.; Andrade EIG; Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. 2012; 17(8): 2071-2085.
28. Travassos T, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Caderno Saúde Pública*. 2007; 23 (10): 2490-2502.
29. Tôrres AKV; Sarinho SW; Feliciano KVO; Kovacs, MH. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2011; 2(4): [on line]

Recebido em: 19.07.2015

Aprovado em: 11.08.2015

ENFERMAGEM BRASILEIRA EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

BRAZILIAN NURSING IN PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Luana Farias Lima¹

Michell Ângelo Marques Araújo²

Natália Parla Rodrigues Batalha Andrade³

Priscila Pereira de Souza Gomes⁴

Edcarla da Silva de Oliveira⁵

Danielle Feitosa Araújo⁶

Vanessa Alves de Araújo⁷

RESUMO

Objetivou-se descrever a produção da enfermagem brasileira em cuidados paliativos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a qual foi norteada, pela seguinte questão: quais as principais atribuições da enfermagem em cuidados paliativos? Utilizamos os seguintes descritores: enfermagem, cuidados paliativos e doente terminal. As bases de dados para a seleção do material foram, SCIELO, BDE-NF e LILACS. A amostra final foi composta por 16 artigos. Os estudos foram categorizados de acordo com o instrumento de Ursi (2005), analisados pelo método de Bardin. Os resultados são apresentados em 09 categorias temáticas: Educação para cuidado; Finitude humana; Assistência holística; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Relaciona-

mento terapêutico; Avaliação da dor; Espiritualidade; Apoio familiar; Assistência domiciliária. É imperativo que a enfermagem delimite e familiarize-se com suas atribuições nessa área para oferecer um cuidado qualificado.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados Paliativos; Doente Terminal.

ABSTRACT

This study aimed to describe the production of Brazilian nursing in palliative care. It is an integrative literature review which was guided by the question: what are the main tasks of nursing in palliative care? We use the following descriptors: nursing, palliative care and terminally ill.

¹ Enfermeira pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS). Especialização em Cuidados Paliativos em andamento pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Residência em Cancerologia em andamento pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). E-mail: farias.lima@hotmail.com

² Enfermeiro pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Enfermeira pela FCRS. Especialização em Enfermagem do Trabalho em andamento pela UECE.

⁴ Enfermeira pela FCRS. Residência em Pediatria em andamento pela ESP-CE.

⁵ Enfermeira pela FCRS. Residência em Saúde da Família em andamento pela ESP-CE.

⁶ Psicóloga pela UNIFOR. Especialização em Saúde Pública em andamento pela UECE. Residência em Cancerologia em andamento pela ESP-CE.

⁷ Farmacêutica pela UNIFOR. Residência em Cancerologia em andamento pela ESP-CE.

The databases for the selection of the material were SCIELO, BDEF and LILACS. The final sample consisted of 16 articles. The studies were categorized according to the Ursi instrument (2005), analyzed by Bardin method. The results are presented in 09 thematic categories: Education for care; Human finitude; Holistic care; Systematization of nursing care; Therapeutic relationship; Pain assessment; Spirituality; Family support; Home care. It is imperative that nursing delimit and become familiar with their duties in this area to offer a qualified care.

Keywords: Nursing; Palliative Care; Terminally Ill.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida mundial, o número crescente de enfermidades crônico-degenerativas e a incidência de doenças infectocontagiosas incuráveis elevam a quantidade de pacientes em estado grave e terminal. Este fato constitui uma realidade que pode ser observada nos serviços de saúde⁽¹⁾.

Nesse contexto, os pacientes fora de possibilidades de cura não recebem assistência merecida devido à ênfase dada aos recursos de cura e na luta contra a morte, com ausência de preparação científica e humanística para enfrentar o fenômeno da morte humana⁽²⁾.

Emerge a necessidade de criar um cuidado destinado a pacientes ao qual a cura não é o objetivo do tratamento haja vista que não pode deter-se a progressão da doença. O Cuidado Paliativo (CP) é definido pela Organização Mundial de Saúde em 2002, como: *uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual*⁽³⁾.

O cuidado presente em todos os atos da enfermagem, na assistência paliativa assume a responsabilidade de dar suporte, amparar e confortar o paciente e sua família, assegurar a autonomia e a dignidade⁽⁴⁾. De acordo com Kóvacs⁽²⁾ os pacientes recorrem com frequência a equipe de enfermagem para expor suas preocupações, dúvidas e questões íntimas uma vez que a classe possui contato mais pontual e constante com paciente e família.

Assim, o enfermeiro, muitas vezes, não se encontra apto para tratar de assuntos que sejam remissivos ao processo de morrer ou a morte. Esta condição, pode intervir na sua relação com o paciente e a família. Então, como os enfermeiros assistem pacientes submetidos aos cuidados paliativos? Quais são as atribuições e/ou funções desses profissionais frente à paciente e famílias que vivenciam a iminência da morte?

Diante do exposto, o estudo objetivou descrever a produção da enfermagem brasileira em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), referenciada pela prática baseada em evidências (PBE) que permite reunir e sintetizar o conhecimento disponível sobre determinada temática e oferecer suporte à tomada de decisões na prática clínica. É delineada por meio de etapas que se interligam e interdependem, seguindo uma ordem pré-estabelecida: estabelecer o questionamento da RI; amostragem de literatura; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos e apresentação/discussão dos resultados^(5, 6).

O estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: qual a atuação da enfermagem brasileira em cuidados paliativos? A busca dos trabalhos foi realizada nas seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO e BDEF. Utilizou-se como descritores: "enfermagem", "cuidados paliativos", "doente terminal".

As pesquisas publicadas em língua estrangeira, editoriais, monografias, dissertações e teses além de artigos, que após a leitura dos resumos não atendessem a perspectiva deste estudo, foram excluídas. A amostra final foi composta por 16 artigos.

Adaptamos o instrumento de categorização dos estudos de Ursi⁽⁷⁾ conforme as particularidades desta pesquisa avaliando-se as singularidades de cada artigo no que concerne a metodologia adotada, resultados e conclusões obtidas possibilitando a análise de conteúdo acerca da atuação da enfermagem em Cuidados Paliativos.

Os estudos inclusos foram julgados criticamente de acordo com análise de conteúdo sugerida por Bardin. Desta, enfatizou-se a análise categorial onde o texto é desmontado em unidades e reagrupado em categorias temáticas que demonstrem suas ideias relevantes⁽⁸⁾.

Apresentação e discussão dos resultados aconteceram de forma dissertativa a partir das sínteses realizadas dos artigos e criação das categorias temáticas, habilitando a revisora a tecer considerações sobre o conhecimento atual da temática pesquisada.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os estudos abordaram uma variedade de assuntos com diferentes trilhas metodológicas, concentrando suas publicações nos últimos seis anos, sendo exceção apenas um trabalho. Para fins didáticos elaboramos um quadro contemplando os autores, ano, periódico, metodologia e foco da pesquisa.

Descrevemos, em seguida, as nove categorias temáticas construídas após análise categorial dos estudos incluídos na revisão integrativa: educação para cuidado; finitude humana; assistência holística; Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); relacionamento interpessoal; avaliação da dor; espiritualidade; apoio familiar e assistência domiciliária.

Quaro 1. Caracterização dos artigos selecionados

AUTORES/ANO	PERIÓDICO	METODOLOGIA	FOCO DA PESQUISA
Araújo e Silva (2007)	Rev Esc Enferm USP	Exploratório-descritivo	Comunicação e relacionamento interpessoal
Avanci et al. (2009)	Esc Anna Nery Rev Enferm	Exploratório-descritivo	Cuidados à criança oncológica
Costa e Ceolim (2010)	Rev Gaúcha Enferm	Revisão integrativa	Cuidados à criança e adolescentes oncológicos
Fonseca e Rebelo (2011)	Rev Bras Enferm	Revisão sistemática	Assistência de enfermagem aos cuidadores do paciente
Silva e Moreira (2011)	Acta Paul Enferm	Descritivo	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Monteiro, Oliveira e Vall (2010)	Rev Dor	Revisão sistemática	Produção científica nacional de enfermagem em cuidados paliativos
Moraes (2009)	O Mundo da Saúde	Revisão sistemática	Cuidados a pacientes terminais
Susaki, Silva e Possari (2006)	Acta Paul Enferm	Exploratório-descritivo	Fases do processo de morrer e comunicação não-verbal
Santos, Pagliuca e Fernandes (2007)	Rev latino-am Enfermagem	Reflexão	Cuidados de enfermagem a partir da Teoria Humanística
Silva (2011)	Rev HCPA	Revisão integrativa	Significados e práticas de espiritualidade
Valente e Teixeira (2009)	Rev Esc Enferm USP	Fenomenológica	Visita domiciliária no processo de terminalidade
Oliveira, Sá e Silva (2007)	Rev Bras Enferm	Descritivo	Autonomia do paciente terminal
Sales e Alencastre (2003)	Rev Bras Enferm	Reflexão	Cuidados paliativos em domicílio
Andrade et al. (2012)	Rev enferm UFPE	Documental	Cuidados paliativos na atenção básica
Carvalho e Lunardi (2009)	Rev latino-am Enfermagem	Exploratório-descritivo	Obstinação terapêutica
Waterkemper, Reibnitz e Monticelli (2010)	Rev Bras Enferm	Relato de experiência reflexiva	Avaliação da dor

Fonte: os autores.

Educação para cuidado

Prestar um cuidado de qualidade exige do indivíduo conhecimento e educação específica para desenvolvê-lo com segurança. A capacitação de profissionais e cuidadores/familiares, deve estar em constante melhora, precisando haver permanentes e contínuas apropriações sobre a assistência proposta ao paciente.

A ausência de formação específica para atuar com pacientes terminais nos cursos de graduação e o enfoque generalista são fatores predisponentes ao atendimento deficiente em cuidados paliativos. As instituições de ensino e saúde precisam promover programas de educação continuada para qualificar e habilitar os enfermeiros, e outros profissionais da saúde, não somente para realizar suas atividades assistenciais como também para se tornarem facilitadores desses conhecimentos especialmente para o paciente e a família⁽⁹⁾.

É essencial a capacitação da família/cuidador uma vez que os deixam aptos a zelar corretamente por seu paciente e aprendem a conviver melhor com a terminalidade⁽¹⁰⁾. São necessários, ainda, treinamentos a respeito de como lidar com as implicações da finitude humana e apreender a filosofia dos cuidados paliativos como subsídios para promover a autonomia do paciente⁽¹¹⁾.

Desse modo, destaca-se que a educação continuada possibilita ao enfermeiro subsidiar sua conduta em conhecimentos técnicos e valores humanos, conferindo à profissão estrutura teórica e psicológica para atuar em benefício do paciente e da família^(9,12).

Finitude Humana

A área da saúde quando visa somente à manutenção da vida percebe a morte, ou sua iminência, como limitação colaborando no despertar de sentimentos complexos e dolorosos para os participantes deste processo: paciente, família e profissionais. Deste modo, deparar-se com doenças incuráveis e não conseguir reverter seu quadro clínico pode despertar sentimentos de derrota e falha na assistência da equipe multidisciplinar^(13,14).

O enfermeiro ao cuidar do outro no final da vida confronta a sua própria terminalidade e suscita sentimentos de impotência, fracasso, culpa, raiva, derrota, ansiedade e angústia. Essas emoções podem influenciar de forma negativa na prática do cuidado tornando-a fria e despersonalizada por meio de mecanismos de defesa^(15,12,16).

Os pacientes, por sua vez, além do medo da morte, ficam assustados com a possibilidade de estarem sozinhos no momento final da vida além de suportar muitos medos:

do sofrimento, do que virá, da dor, da dependência e preocupa-se com o futuro de seus familiares^(17,14).

Em contrapartida, alguns familiares afastam-se do doente por receio de sofrer e sentirem-se impotentes diante o desejo de ter o paciente curado e sadio. Outros assumem uma postura de negação da doença impedindo o diálogo sincero com o paciente, familiares e amigos. Assim sendo, o paciente não encontra liberdade para conversar sobre o processo de adoecimento com aqueles que o rodeiam, temendo magoá-los ou entristecê-los⁽¹⁴⁾.

Consideramos importante, portanto, a difusão e aprofundamento do tema morrer na enfermagem. Acreditamos ser fundamental uma reavaliação nos currículos acadêmicos uma vez que estes demonstram-se insuficientes para uma formação adequada em cuidados paliativos e situações de morrer^(13,15,16,18).

Assistência Holística

Assistir integralmente um paciente sem possibilidades terapêuticas é uma missão árdua e complexa, pois demanda do profissional de saúde competências para cuidá-lo em todas as suas dimensões: biopsicossociais e espirituais. Sobretudo respeitando seus valores e crenças sem infringir a integralidade do ser ou sua individualidade, além de dar o devido suporte à família.

Segundo Avanci et al.⁽¹³⁾ são atribuições da enfermagem, para planejar uma assistência personalizada, promover cuidados de higiene, alimentação, curativos, além de realizar procedimentos e medidas para alívio dos sintomas, incluindo a família em todo processo. Seu objetivo consiste em maximizar o conforto do paciente com consequente aumento da qualidade de vida e morte digna.

O enfermeiro precisa realizar frequentes avaliações sobre a situação clínica e resposta ao tratamento uma vez que o paciente padece de uma grande variedade de sintomas modificando-se constantemente a prioridade quanto ao controle ou alívio destes⁽¹⁴⁾.

A atuação do enfermeiro deve centrar-se no existir pleno do paciente, sempre buscando beneficiá-lo e preservar sua autonomia, sem restringir o homem somente a sua condição de doente. Para cuidar, o profissional precisa conhecer sua história de vida, cultura e modo de viver, apresentando-se disponível e receptivo as aspirações⁽¹⁹⁾.

Para a prestação de um cuidado humanizado que respeite a individualidade de cada paciente sugere-se como atividades: escutá-lo, dialogar sobre seu ponto de vista quanto a morte, expectativa de vida, doença, sintomas ou

sentimentos que o afligem além de oferecer orientações e apoio quando requisitado⁽¹⁸⁾.

Entretanto, a abordagem holística ao paciente pressupõe a presença de uma equipe multiprofissional que corresponda às inúmeras necessidades que, tantas vezes, são tão particulares e merecem o olhar de um especialista. A equipe precisa atuar em comunhão e sintonia, enfocando suas ações em oferecer suporte para paciente e família vivenciarem de maneira mais saudável possível esse processo^(15,14).

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A SAE em cuidados paliativos é pouco utilizada e desvalorizada o que dificulta a organização e eficácia das intervenções. A prática encontra-se fragmentada, sem o uso de um referencial teórico-metodológico próprio. A assistência é pautada no modelo biomédico cartesiano. Esta é entendida, ainda, como um instrumento complicado e complexo, dependente da adesão de todos os profissionais da equipe de enfermagem para sua concretização e aprovação da instituição de saúde em implantá-lo. Todavia, é exequível e contribui em favor da autonomia da classe⁽¹²⁾.

O contexto de imprevisibilidade e instabilidade da condição clínica do paciente, o prenúncio da morte e a variedade de problemas e queixas são indicados como barreiras à implantação da SAE. Para tanto faz-se necessário mão-de-obra qualificada, tempo disponível para desenvolver as fases da SAE, instituir critérios que priorizem dos cuidados imperativos, aptidão em tomar decisões em caráter de urgência exigindo do profissional um acurado raciocínio lógico e dinâmico⁽¹²⁾. Para sua implantação definitiva é preciso desmitificar a percepção dos profissionais, como processo exclusivamente burocrático e, portanto, apenas mais uma função do enfermeiro. Para tanto, necessita-se da inclusão das chefias de enfermagem no desenvolvimento de estratégias institucionais e investimento em educação continuada.

Relacionamento Terapêutico

Os pacientes consideram a relação humana vital para sentirem-se cuidados e respeitados. Apoiam-se nela nos momentos críticos da evolução da doença para alívio de seu sofrimento. Valorizam a conversa e avaliam a postura do enfermeiro para então permitir criação de vínculo. Para tanto, o plano assistencial merece contemplar pequenas atitudes como manter contato visual, respeitar seus valores/crenças, sorrir e dialogar. Entretanto não se pode oprimir os sentimentos dos pacientes e sua expressão, a comunicação jamais deve ser irreal ou falsa⁽¹⁷⁾.

Para Moraes⁽¹⁴⁾, o diálogo exige disponibilidade e preparo dos profissionais, pois geralmente há exteriorização dos medos e receios do paciente e/ou família. Ressalta ser necessário ouvi-lo atentamente sem pré-julgamentos, e se não souber o que dizer evite, pelo menos, usar frases prontas do tipo “não se preocupe, vai passar logo”, pois seu propósito é único: reprimir o paciente e esquivar-se de momentos, no mínimo, delicados.

Alguns pesquisadores enfatizam: a companhia e presença que consolam, o afago que conforta, o escutar que acalma, o olhar e palavra que acolhem, são compreendidos pelos pacientes como muito mais importantes do que qualquer procedimento técnico^(13,14,17).

O cuidado humanizado somente se constrói mediante uma relação verdadeira onde exista diálogo autêntico. A enfermagem prontifica-se em estar presente e disponível para comunicar-se bem como atenta a perceber o que o paciente deseja nesta relação criando ambiente de interação e enriquecimento de ambas as partes⁽¹⁹⁾.

Avaliação da Dor

A prática do enfermeiro vai além de administrar terapêutica medicamentosa, assim, ocupa-se em entender o sofrimento alheio, promover apoio psicológico, mostrar-se solícito a acolher o paciente e compreender a família nesse contexto^(13,15,9,20).

A análise dos sintomas álgico do doente inclui procurar informações quanto à intensidade, duração, características, frequência, fatores desencadeantes e atenuantes da dor. As avaliações precisam ser periódicas para que possibilite a identificação de alterações do estado clínico e prováveis intervenções para contorná-las^(15,9,14).

Segundo Moraes⁽¹⁴⁾ deve-se escolher um método avaliativo que precisa ser utilizado por todos da equipe, esteja ao nível de compreensão do paciente consentindo ao profissional averiguar a eficácia do tratamento empregado e controlar os efeitos colaterais dos analgésicos.

O enfermeiro percebe o fenômeno dor no aspecto físico e psicossocial. Na esfera biológica, está associada com a piora da doença e reflete uma experiência desagradável para o paciente. O sofrimento psicológico está relacionado com a sensação de abandono, medo, angústia, insegurança, desconforto por alteração na autoimagem e dificuldades em adaptar-se as condições impostas pela enfermidade. Na esfera social a dor manifesta-se nos problemas familiares, aspectos socioeconômicos, relacionamentos com os outros, adesão do tratamento e afastamento social e do domicílio⁽²⁰⁾. Sistematizar o conheci-

mento e registrar dados sobre avaliação da dor torna-se essencial para promover cuidado contínuo.

Espiritualidade

A espiritualidade pode ser conceituada como o que move o ser humano adiante impulsionado por questões existenciais e permite à pessoa vivenciar um sentido transcendental da vida em qualquer momento desta. Pessoas em estágio avançado da doença estão mais suscetíveis a refletir quanto à finalidade da vida uma vez que a iminência da morte instiga o homem a pensar sobre suas atitudes e consequências⁽¹⁴⁾.

O enfermo ver como imprescindível, para o seu morrer com dignidade, sentir-se valorizado, compreendido, respeitado e tratado com atenção e bondade. O cuidado espiritual, no entanto, deve ser oferecido em todas as fases do processo de viver e morrer. Esse cuidado também estende-se à família do paciente tanto no decorrer da doença quanto no luto. Ouvir e buscar atender suas aspirações contribui para aliviar seu sofrimento e auxilia no restabelecimento de suas atividades em sociedade⁽²¹⁾.

Moraes⁽¹⁴⁾ ressalta que mesmo que a espiritualidade esteja interligada a religião, o apoio espiritual não deve restringir-se aos aspectos religiosos, pois o primeiro, além de ser mais complexo, envolve outras nuances, independentes de crenças religiosas.

O cuidado espiritual é praticado pela enfermagem através das seguintes ações: estar presente, ao lado do paciente; mostrar-se confiável ao outro para que este fique a vontade para dialogar sobre assuntos que o incomodem ou lhe interessem; apoiá-lo sempre que houver necessidade, incentivar as crenças próprias do doente e deixá-lo praticar sua fé; viabilizar encontros com familiares, amigos e agentes religiosos, se assim for seu desejo. Já que as dimensões do homem são indissociáveis e interdependentes, estaremos a realizar um cuidado espiritual valioso em todas as ações de enfermagem que são desenvolvidas visando a abordagem holística do ser⁽²¹⁾.

Apoio Familiar

Há uma mobilização e envolvimento entre os familiares em ajudar ou substituir o doente no desenvolvimento de atividades que outrora realizava por conta própria. Encarregam-se, ainda, de reconhecer sintomas da enfermidade e manejá-las conforme orientação prévia feita pela equipe de saúde^(15,10).

O desempenho correto dessa função é influenciado pelo suporte oferecido pela equipe multidisciplinar, ex-

periência anterior com familiares doentes e relação interpessoal com o paciente. Os cuidadores deparam-se com a responsabilidade de seu papel e os obstáculos que surgem devido a desvios de comunicação com a equipe, sua exclusão na escolha do tratamento dispensado, o cansaço físico e psicossocial advindo de sua função, assim como os sentimentos emergentes com a proximidade da morte do outro⁽¹⁵⁾.

Perante a inegável importância da família/cuidador no desenrolar do processo de morte de modo a torná-la menos dolorosa, é essencial disponibilizar informações, dentre tantas, quanto a seus direitos e opções, aprender a lidar com estresse e questões psicológicas, manter-se saudável e otimista, saber a quem recorrer para tomar aconselhamentos, administrar terapêutica e conhecer aspectos práticos do papel de cuidador. O descanso regular e satisfatório, a contribuição dos familiares e amigos, a divisão de impressões e vivências como aspectos fundamentais para conservar a saúde de quem cuida⁽¹⁰⁾.

As intervenções de enfermagem deverão estar voltadas tanto ao paciente quanto a família, já que esta possui diferentes precisões e aspirações. Reconhecê-las e satisfazê-las, através de relação interpessoal verdadeira, são também o foco dessa profissão⁽¹⁰⁾.

Assistência Domiciliária

O domicílio traduz a realidade vivenciada pelo paciente e família fornecendo subsídios para um cuidado além do técnico-biológico. A assistência domiciliária (AD) torna o cuidado mais humanizado, à medida que, inclui o cotidiano e os hábitos da pessoa e de sua família, além de diminuir as repercussões do internamento hospitalar^(15,18).

Para integrar a AD nos objetivos dos cuidados paliativos requer-se reorganização do sistema de saúde atual, adesão de conhecimentos científicos específicos, apropriação das questões éticas sobre o processo de morte e sobretudo ter cuidadores formais solícitos a disponibilizar assistência global aos indivíduos em estágio final⁽²²⁾.

O paciente beneficia-se desse modelo de cuidado por permiti-lo usufruir do aconchego de sua casa, preservar sua intimidade, voltar à rotina e hábitos, realizar determinadas tarefas. A família pode zelar melhor por seu ente querido realizando seus cuidados de forma tranquila e sente-se feliz por ter seu familiar no ambiente domiciliar. O sistema de saúde, por sua vez, reduz os gastos com internações hospitalares prolongadas e evita-se a utilização de tratamentos dispensáveis⁽²²⁾.

Na perspectiva da AD, a enfermagem articula os conhecimentos técnicos próprios da área associados com

a realidade encontrada e compreende o significado da doença, morte e morrer atribuídos pela família devido a proximidade física e emocional do profissional com a família⁽¹⁷⁾. O enfermeiro avalia a situação clínica do cliente e déficits para autocuidado tendo como meta principal promover sua maior independência ou buscar formas plausíveis de adaptação às limitações impostas pela doença⁽²²⁾.

Assinala-se como barreiras para o desenvolvimento da AD: paciente sob maus-tratos e solicitação da família por cuidados que vão além das possibilidades da atenção primária, levando o profissional a cuidar superficialmente e sem parceria com familiares^(17,22,23).

Inserido no domicílio e respeitando a integralidade do ser, o enfermeiro percebe outras formas de cuidar e visualiza caminhos diferentes para executar seu trabalho em saúde, sem restringir-se ao modelo biomédico curativista^(22,23).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As categorias temáticas apresentam um panorama geral da enfermagem em cuidados paliativos (CP) no país. Evidenciamos que a profissão insere-se em um sistema de saúde que trabalha seguindo os pressupostos do modelo

biomédico curativista, criando empecilhos e inviabilizando as prerrogativas atribuídas pelos CP. Entretanto, acreditamos ser possível a associação deste paradigma com o modelo de cuidado paliativo e promover saúde na (re) construção dos serviços para garantir um atendimento digno a quem o procura.

Os profissionais sentem dificuldade em tratar e consolidar os assuntos discutidos devido a uma diversidade de fatores: esquiva no cuidado do processo de morte/morrer; déficit na abordagem tanto na graduação quanto na educação continuada desse mesmo processo; desgaste diante do trabalho nos serviços de saúde, cuidados emocionais segundo a demanda do paciente/família e enfrentamento ambivalente da terminalidade humana.

Por ser uma área em ascensão no país, a enfermagem ainda não delimitou seu campo de atuação sendo necessário novas pesquisas sobre a temática e capacitações que subsidiem o desempenho da profissão e proporcione um cuidado qualificado.

REFERÊNCIAS

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/bioetica/textos/morte%20e%20o%20morrer/manual%20de%20cuidados%20paliativos.pdf>.
2. Kóvacs MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O Mundo da Saúde. 2010; 34(4): 420-9. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_sau-de/79/420.pdf.
3. World Health Organization. Executive summary: national cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf>.
4. Silva MJP, Araujo MT, Firmino F. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade Enfermagem. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Rev. Einstein. 2010. 8(1):102-106. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.
7. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>.
8. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(4):679-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>.
9. Monteiro FF, Oliveira M, Vall J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Rev Dor. 2010; 11(3):242-48. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>.
10. Fonseca JV, Rebelo T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. Rev Bras Enferm. 2011; 64(1):180-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>.
11. Oliveira AC, Sá L, Silva MJP. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. Rev Bras Enferm. 2007; 60(3): 286-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672007000300007&script=sci_abstract&lng=pt.
12. Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2011; 24(2):172-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>.

13. Avanci BS, Carolindo FM, Goes FGB, Cruz Netto NP. Cuidados Paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(4):708-716. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04>.
14. Moraes TM. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. *O Mundo da Saúde.* 2009; 33(2):231-8. Disponível em: http://www.sao-camilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/231a238.pdf.
15. Costa TF, Ceolim MF. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(4):776-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400023&script=sci_arttext.
16. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):144-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01031002006000200004&script=sci_abstract&lng=pt.
17. Araujo MM, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e otimismo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(4):688-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400018&script=sci_arttext.
18. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3): 655-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300022.
19. Santos MCL, Pagliuca LMF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15(2):1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200024&script=sci_abstract&lng=pt.
20. Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Rev HCPA.* 2011; 31(3):353-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17550>.
21. Sales CA, Alencastre MB. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(5): 566-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672003000500020&script=sci_abstract&lng=pt.
22. Andrade CG, Costa ICP, Costa SFG, Santos KFO, Lopes MEL, Figueiredo DM. Cuidados paliativos na atenção básica: produção científica de enfermagem. *Rev Enferm UFPE.* 2012; 6(2):423-30. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/articulo/.../2764.

Recebido em: 04.08.2015

Aprovado em: 26.08.2015

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM GANGRENA DE FOURNIER: ATUALIZAÇÃO DE SABERES PARA PRÁTICA

THE NURSING CARE OF PEOPLE WITH FOURNIER GANGRENE: KNOWLEDGE UPDATE FOR PRACTICE

Artigo de Atualização

Ronny Anderson de Oliveira Cruz¹
Vannucia Karla de Medeiros da Nóbrega²
Rogério Alves Santana³
Edijane da Costa Santos⁴
Maria da Guia Martins da Silva Ferreira⁵

RESUMO

Objetivou-se sistematizar a partir da literatura nacional e internacional os conteúdos referentes à Gangrena de Fournier resultando na construção de um artigo de atualização que corrobore para o alinhamento e divulgação dos saberes e práticas no tocante aos cuidados de enfermagem. Os dados obtidos foram agrupados em duas categorias: O conhecimento sobre a Gangrena de Fournier para fundamentar uma prática efetiva e a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao cliente acometido por Gangrena de Fournier. A partir deste estudo pode-se observar a importância do diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a assistência de enfermagem com intervenções precisas a fim de obter um melhor prognóstico. Para isso a equipe de enfermagem deverá ter pleno conhecimento da patologia e realizar o

acompanhamento periódico e quando possível com enfermeiro estomaterapeuta.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier; Terapêutica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to systematize from the national and international literature regarding the content Fournier 's gangrene resulting in the construction of an update article to corroborate for alignment and dissemination of knowledge and practices in relation to nursing care.

The data were grouped into two categories: Knowledge about Fournier's gangrene to support

¹ Enfermeiro. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de saúde. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas – GEPEFE-UFPB.

² Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente Substituta da Universidade Federal de Goiás (UFG).

³ Discente de Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau – Unidade João Pessoa (PB).

effective practice and systematization of customer Nursing Care stricken with gangrene of Fournier. Since this study it can be seen the importance of early diagnosis, appropriate treatment and nursing care with precise interventions in order to get a better prognosis. For this the nursing staff must have knowledge of pathology and conduct periodic monitoring and when possible with stoma nurse.

Keywords: Fournier Gangrene; Therapeutics; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A Gangrena de Fournier é uma fasciíte necrosante polimicrobiana que envolve o períneo e/ou genitália externa com sinergismo para parede abdominal. O gerenciamento do tratamento envolve desbridamento cirúrgico urgente que, muitas vezes, precisam ser repetidos, além da monitorização da possibilidade de complicações que podem levar a escrotoectomia total e, menos comumente a penectomia e colostomia⁽¹⁾.

Relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne e referida na literatura com uma rica sinonímia recebeu o nome de Gangrena de Fournier em homenagem ao urologista francês Jean Alfred Fournier que a descreveu com detalhes em dois trabalhos publicados em 1863 e 1864⁽²⁾. Esta caracteriza-se por uma endarterite obliterante, seguida de isquemia e trombose dos vasos subcutâneos que podem resultar em necrose da pele e tecido subcutâneo adjacente, mesmo antes da evidência de eritema, crepitação e formação de bolhas⁽³⁾.

Fournier descreveu três aspectos fundamentais do quadro: início abrupto em homens jovens saudáveis, rápida progressão e ausência de agente causador específico. Apesar do tratamento cirúrgico imediato, a mortalidade permanece elevada e alcança em alguns estudos 30% a 50%, aumentando para até 80% em diabéticos e idosos⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o processo infeccioso localizado na região perineal e adjacências com presença de dor, febre, edema e que pode evoluir para necrose, é um quadro dramático até mesmo para os profissionais da área de saúde. O agravamento das lesões faz com que ocorra a entrada da flora normal da pele e disseminação de bactérias aeróbias e anaeróbias, que colaboram com a redução da concentração de oxigênio nos tecidos, podendo causar isquemia tecidual. Nesta situação, o metabolismo fica prejudicado, o que provoca maior disseminação de microrganismos facultativos, que se beneficiam das fontes energéticas das células, formando gases (hidrogênio e nitrogênio) responsáveis pela

crepitação, demonstrada nas primeiras 48 a 72 horas de infecção⁽⁵⁾.

Uma variedade de microrganismos tem sido encontrada em culturas de secreção das feridas e tecidos em necrose. Observa-se, muitas vezes, uma flora mista, na qual podemos encontrar bactérias Gram negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas*, *Bacteroides*, *Acinetobacter sp*), bactérias Gram positivas (*Estafilococos*, *Streptococos*, *Enterococos*, *Clostridium*) e fungos⁽⁶⁾.

Dados de séries contemporâneas indicam que a síndrome de Fournier tende a afetar pacientes entre a segunda e a sexta décadas de vida, com comorbidades predisponentes, como o abscesso anorretal, diabetes mellitus, alcoolismo, cirrose, desnutrição, obesidade, doença vascular periférica, cirurgias orificiais, vasectomia, trauma perineal, estenose uretral, neoplasia colorretal avançada, neoplasias hematológicas, radioterapia, Human Immunodeficiency Virus (HIV), apendicite, diverticulite aguda, úlcera duodenal perfurada e doença inflamatória intestinal⁽⁷⁾.

É considerado fator positivo quando o tratamento é realizado de forma individualizada com o uso de antibióticos de largo espectro, além da realização de um desbridamento agressivo, cuidado intensivo com as feridas e acompanhamento multidisciplinar com o intuito de oferecer um tratamento efetivo para estes pacientes⁽⁸⁾. Em função da baixa incidência, há uma diversidade terapêutica e uma carência de parâmetros definidos para caracterizar os fatores risco associados e a extensão anatômica do processo infeccioso, o que tem gerado muitas divergências⁽⁹⁾.

A enfermagem tem um papel importante na recuperação do paciente durante todo o tratamento, sobretudo, no que se refere à vigilância dos sinais e sintomas das infecções assim como, também, na realização dos curativos, pois demandam cuidados rigorosos com a técnica asséptica. Além disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que organiza e executa o Processo de Enfermagem é o caminho onde os enfermeiros procuram formas de envolver e educar suas equipes no intuito de assegurar uma prática assistencial que promova um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico⁽⁹⁾.

Nesse interin, a enfermagem vem sofrendo um processo de transformações sobre as práticas e isso tem ocorrido em face dos tempos de mudanças na educação e na sociedade moderna, que passa a exigir dos profissionais competências que estão além da racionalidade técnica⁽¹⁰⁾.

Desse modo, embasado na produção científica nacional e internacional este artigo tem como objetivo atualizar os saberes e prática de enfermagem sobre a Gangrena de Fournier a fim de dar subsídio para um cuidado efetivo aos pacientes acometidos por esta síndrome.

DISCUSSÃO

O conhecimento sobre a Gangrena de Fournier para fundamentar uma prática efetiva

A gangrena de Fournier também é conhecida como fasciíte necrosante, gangrena escrotal, celulite necrosante sinérgica, gangrena sinérgica, gangrena idiopática e gangrena fulminante. Além de acometer a região perineal, genital e anal, pode originar odor intenso e enfisema subcutâneo. É rara, e possui características como o início agudo e a progressão para sepse. Acomete, sobretudo, estruturas genitais face à má higienização desta topografia corporal e/ou pela escassez de acesso a circulação de ar⁽²⁾.

A gangrena de Fournier é considerada uma doença grave por estar com frequência associada à toxicidade e por apresentar rápida evolução. Com o processo infeccioso instalado é possível observar o aparecimento da sintomatologia, a seguir: febre, dor (precoce) e edema. Com a evolução, observa-se a necrose de todo tecido, sendo necessário o seu desbridamento. Essa sintomatologia pode ser causada também devido a traumas, tecido celular frouxo, pequenas infecções, baixa vascularização e trombozes. Acomete tanto homens quanto mulheres, apesar de ser notória a prevalência no sexo masculino, em todas as idades, na proporção de 10 para um. Ressalta-se que não é restrita aos indivíduos jovens, afeta todas as faixas etárias, com média das idades ao redor dos 50 anos⁽¹¹⁾.

A predisposição à gangrena de Fournier está associada a estados de imunossupressão, doenças crônicas, alcoolismo, senilidade, obesidade, anormalidades no sistema urológico e doenças colo-rectais⁽¹²⁾.

Além das regiões supracitadas, a gangrena de Fournier pode surgir após procedimentos cirúrgicos como a implantação de prótese peniana, procedimentos anais e ginecológicos, em caso de orquite, hidrocele, vasectomia e sondagem vesical, além de câncer de bexiga, epididimite, balanite, retenção urinária, entre outras. Existem outras causas predisponentes que podem estar associadas ao aparecimento da patologia, como *diabetes mellitus*, a idade do indivíduo, lúpus, cirrose, hemodiálise, desnutrição, radioterapia, quimioterapia, carcinoma, corticoterapia, alcoolismo, falência renal e

a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ao confirmar o diagnóstico, deve-se dar início imediato ao tratamento. Este tem como base o uso de antibióticos de amplo espectro e precisa ser seguido de modo rigoroso⁽¹³⁾.

O tratamento de urgência é realizado cirurgicamente com o desbridamento do tecido necrosado, requerendo, possivelmente, um novo procedimento cirúrgico. Observa-se, uma crescente taxa de mortalidade quando relacionada à infecção e doenças associadas⁽¹⁴⁾. A base do tratamento é o diagnóstico precoce seguido do desbridamento agressivo. Salienta-se, que os índices de óbitos permanecem elevados, o que direciona alguns autores a tentar identificar e validar fatores que possam estar associados com uma maior taxa de mortalidade⁽¹⁵⁾.

A antibioticoterapia é medida, embora coadjuvante, de fundamental importância no tratamento dos clientes portadores de Gangrena de Fournier. O tratamento deve ser iniciado assim que o diagnóstico for estabelecido. O esquema terapêutico deve ser dirigido no sentido de abranger uma flora polimicrobiana e iniciado em bases empíricas, até obter dos resultados obtidos a partir de material enviado para cultura. Essas circunstâncias, considerando a gravidade da infecção, exigem a adoção de um esquema que propicie cobertura adequada para aeróbios Gram negativos, anaeróbios e estreptococos⁽⁴⁾.

A literatura descreve que se deve considerar a utilização de recursos para o cuidado de feridas de modo a acelerar sua cicatrização e reparação tecidual, bem como, que esses recursos estejam associados a um processo multifatorial e de caráter multidisciplinar. Torna-se fundamental a integração da equipe multiprofissional, sobretudo, em casos complexos como o da Gangrena de Fournier, visto que inúmeros fatores contribuem consideravelmente para melhora ou piora do prognóstico. Trabalhar adequadamente a nutrição, as doenças pré-existentes e dar suporte psicológico são pequenos pontos de importantes resultados na construção do processo de cura e reabilitação. Não obstante, as sequelas são inevitáveis e a qualidade de vida desses pacientes fica prejudicada em menor ou maior grau⁽¹⁶⁾.

Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente acometido por Gangrena de Fournier

A enfermagem tem como fundamento principal o cuidado e enquanto ciência possui longa história embasada no conhecimento de teorias e métodos, assim como na ação prática, onde o fazer encontra espaço no exercício de sua arte, campo de aplicação de sua prática⁽¹⁷⁾.

A essência da profissão efetiva-se no processo de enfermagem, é um instrumento que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional e que a operacionalização evidencia a contribuição da enfermagem na atenção a saúde da população aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional⁽¹⁸⁾.

O cuidar de feridas sofreu uma evolução histórica e que ainda se encontra em transformações, característico do desenvolvimento científico e tecnológico do qual estamos vivenciando, não findando modos de avaliação, técnicas e coberturas diferentes ou diferentes formas de correlacioná-las. Além disso, o enfermeiro deve estar em constante processo de atualização, para se apropriar de conhecimentos relacionados à assistência de enfermagem, adequar-se às suas finalidades essenciais e motivar-se na busca da melhoria da qualidade⁽¹⁶⁾.

A existência de um protocolo institucional no tratamento de feridas contribui na prestação dos cuidados, sendo que sua ausência não caracteriza um entrave para a avaliação da ferida e conseqüentemente os cuidados direcionados, como, por exemplo, a escolha dos agentes tópicos e das coberturas a serem utilizadas. Realizar a SAE, composta por cinco pilares: anamnese, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados esperados e avaliação dos resultados, possibilitam elaborar um plano de ação direcionado e eficaz, sendo o diagnóstico o norteador da prestação dos cuidados⁽¹⁹⁾.

O tratamento tanto clínico, quanto o cirúrgico devem ser imediatos e o procedimento cirúrgico é indispensável, incluindo também a oxigenoterapia hiperbárica e os triglicerídeos de cadeia média, como o óleo de girassol enquanto terapias complementares. Como medida adjuvante, também está indicado o suporte nutricional, a aplicação dos hormônios do crescimento, que têm o potencial de promover a cicatrização mais rápida da ferida. Também é indicado o uso de papaína, que ajuda no desbridamento, combate à infecção e aceleração da cicatrização, a depender de sua concentração⁽¹⁴⁾.

As condutas de enfermagem devem estar relacionadas aos cuidados com a ferida, aparecimento de novas áreas de necrose e sinais de infecção, administração da antibioticoterapia, monitoração da glicemia, sinais vitais e de sepse, uso de colchão piramidal, mudança de decúbito, nutrição equilibrada rica em fibras, cuidados com os acessos venosos, exercícios físicos de amplitude equilibrados e orientação ao paciente e/ou familiares sobre a patologia, cuidados adequados com a ferida e a

manutenção da saúde física e psicológica para um bom prognóstico clínico⁽²⁰⁾.

As principais hipóteses diagnósticas de enfermagem segundo a NANDA internacional são: integridade tissular prejudicada, risco de infecção (generalizada), dor aguda, risco de glicemia instável, nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, constipação, deambulação prejudicada, conforto prejudicado, distúrbio na imagem corporal, risco de sentimento de impotência, disfunção sexual⁽²¹⁾.

O papel do enfermeiro na prestação de seus cuidados pode ser determinante para boa evolução no tratamento da Gangrena de Fournier⁽²¹⁾. Ressalta-se a importância do enfermeiro conhecer os produtos disponíveis no mercado para escolha da melhor cobertura, além da segurança e entendimento sobre o processo cicatricial e os fatores que o interferem, objetivo somente alcançado com a busca de qualificação técnica e científica⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gangrena de Fournier apesar de sua gravidade ainda apresenta-se como uma temática pouco explorada no âmbito da saúde, em especial na área de enfermagem. No entanto, os pacientes continuam sofrendo devido ao caráter agressivo e de evolução rápida da doença. Com isso torna-se imperativo a necessidade de novas iniciativas de investigação para que se possa otimizar as estratégias de prevenção e tratamento.

As terapias de base utilizadas no tratamento da Síndrome de Fournier são antibioticoterapia, desbridamento, estabilização hemodinâmica e hidroeletrolítica. Já as adjuvantes são: oxigenação hiperbárica; pressão à vácuo; enxerto; retalho fasciocutâneo; colostomia; cistostomia; mel; carvão ativado; colagenase; açúcar; papaína e suporte nutricional.

Um diagnóstico precoce, o tratamento cirúrgico e medicamentoso adequado e a assistência de enfermagem com intervenções precisas garantem um melhor prognóstico e para isso a equipe de enfermagem deverá ter pleno conhecimento da patologia, o acompanhamento periódico de preferência com enfermeiro estomaterapeuta com vistas a analisar a evolução clínica da patologia e atendimento especializado ao cliente com perda da integridade cutânea.

REFERÊNCIAS

1. Sliwinski A, Kavanagh LE, Bolton D, Lawrentschuk N, Crock JG. Fournier's gangrene - delayed pedicle flap based upon the anterior abdominal wall. *Int Braz J Urol*. 2014;40(3):423-426.
2. Godoy CB, Cassitas MF. A síndrome de Fournier. Relato de caso. *Rev Med Res*. 2014;16(1):49-50.
3. Mehl AA, Filho DCN, Mantovani LM, Grippa MM, Berger R, Krauss D, et al. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. *Rev Col Bras Cir*. 2010;37(6):435-441.
4. Cardoso JB, Féres O. Fournier's Gangrene. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(4):493-9.
5. Cavalini F, Moriya TM, Pelá NTR. Síndrome de Fournier: a percepção do seu portador. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(2):108-14.
6. Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Correa LD, Silva EC, Dornelas GV, et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(4):600-604.
7. Batista RR, et al. Síndrome de Fournier secundária a adenocarcinoma de próstata avançado: relato de caso. *Rev Bras Colo-proctol*. 2010;30(2):228-231.
8. Candelária PAP, Klug WA, Capelhuchnik P, Fang CB. Síndrome de Fournier: análise dos fatores de mortalidade. *Rev Bras Colo-proctol*. 2009;29(2):197-202.
9. Ramalho Neto JM, Fontes WD, Nóbrega MML. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):535-542.
10. Brito KKG, Sousa MJ, Sousa ATO, Meneses LBA, Oliveira SHS, Soares MJGO. Feridas crônicas: abordagem da enfermagem na produção científica da pós-graduação. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(2):414-21.
11. Barreda JT, Scheiding MM, Fernández CS, Campaña JMC, Aguilera JR, Miranda EF, et al. Gangrena de Fournier: estudio retrospectivo de 41 casos. *Cir Esp*. 2010; 87(4):218-23.
12. Barbosa KKS, Silva JM, Grangeiro ES, Freitas FFQ, Moreira GAC. Proposta de um plano de cuidados de enfermagem para clientes com síndrome de Fournier. *Facene/Famene*. 2010;8(1/2):53-58.
13. Raya-Cruz M, Ferullo I, Arrizabalaga-Asenjo M, Nadal-Nadal A, Díaz-Ansolín MP, Garau-Colom M, et al. Infecciones de piel y partes blandas en pacientes hospitalizados: factores epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y pronósticos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014; 32(3):152-9.
14. Santos ÉI, Vale ALVV, Reis ICPM, Neves PB, Pontes CM, Camara SGC. Evidências científicas brasileiras sobre gangrena de Fournier. *Rev Rene*. 2014;15(6):1047-1055.
15. Júnior RM, Melo AR, Oliveira HFL, Cardoso SMO, Lago CAP. Fosseite necrosante cérvico-facial torácica odontogênica. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011;77(6):805-5.
16. Ferreira, M.A. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2011;15(4):664-66.
17. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.
18. Santos AA, Silva FCL, Souza KRF, Póvoas FTX, Bastos MLA, Lúcio IML. AS-SIATÊNCIA DE Enfermagem a puérpera com Fosseite Necrotizante; Relato de experiência. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(4):1248-53.
19. Cordeiro TMS, Freitas GB, Braga VS, Reis TS, Castro TVB. Síndrome de Fournier: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2014;4(4):262-263.
20. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA internacional; tradução Garcez RM. Porto Alegre: Artmed; 2010.
21. Vallejo AC, Carrasco LG, Fernández MAM. Utilización de um sistema de derivación fecal en una paciente que desarrolla una fascitis necrotizante de la zona génito-perineal en una unidad de traumatología. *Enfermería Clínica*. 2010;20(6):370-373.
22. Magela SG, Arbage CC. A aplicabilidade da hidrofibra com prata em lesão provocada pela Síndrome de Fournier: Relato de experiência. *Nursing*. 2008;11(127):566-570.

Recebido em: 20.07.2015

Aprovado em: 10.08.2015

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2015



Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

Presidente do Coren-CE
 Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da
 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

A Enfermagem brasileira está unida na luta pela valorização e reconhecimento profissional. O Sistema Cofen/Conselhos Regionais tem levantado essa bandeira e trabalhado sem cessar junto às frentes parlamentares, para a aprovação das 30 horas para a Enfermagem e a definição do piso salarial da categoria.

No site do coren: www.coren-ce.org.br é possível acompanhar como andam as tramitações na câmara federal. Queremos convidá-los a participar ativamente, acompanhando as matérias e divulgando em suas redes sociais.

A Enfermagem hoje no país é composta por um quadro de 80% de Técnicos e Auxiliares e 20% de Enfermeiros. A conclusão é da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. O estudo foi realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e apoio dos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Resultados também apontam um desgaste profissional em 66% dos entrevistados e grande concentração da Força de Trabalho na Região Sudeste (mais da metade

das equipes consultadas). O maior levantamento de dados sobre uma categoria profissional já realizado na América Latina é inédito e abrange um universo de cerca de 1,8 milhão de profissionais.

A pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem, realizada em todos os estados da Federação, inclui desde profissionais no começo da carreira (Auxiliares e Técnicos, que iniciam com 18 anos; e Enfermeiros, com 22) até os aposentados (pessoas de até 80 anos).

Os dados foram coletados no estado do Ceará, ouvindo Auxiliares, Técnicos e Enfermeiros, num total de mais de 56 mil profissionais. A enfermagem hoje no nosso estado é composta por um quadro de 75% de Técnicos e Auxiliares e 25% de Enfermeiros.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem.

A pesquisa com enfoque no Ceará, já está disponível no site do Coren-CE. ●

O COREN-CE E O “PACTO POR UM CEARÁ SAUDÁVEL”



O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, participou de reunião, durante a tarde deste dia 10 de Agosto, no Palácio da Abolição, com o Governador do Estado do Ceará, Camilo Santana, e com vários presidentes de Conselhos, de sindicatos e entidades representativas dos movimentos sociais, como o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará; também com representantes do Ministério Público, Secretários de Estado, entre outros, para discutirem as bases de uma política interinstitucional maior, que perpassasse as fronteiras da gestão tradicional da saúde para construir um pacto Estadual.

Ao se pronunciar o Governador refletiu sobre os fatores presentes na sociedade e que influenciam não só o processo saúde-doença, mas também os que se incorporam no seu processo de gestão e determinam a eficiência, o sucesso ou o fracasso da condução das ações desenvolvidas no setor para que o empenho de Estado chegue ao usuário. Daí a necessidade de envolver na solução dos problemas todos os atores do processo, do desenrolar uma demanda ao assistir ou construir uma política para o setor.

O Presidente do Coren-CE iniciou sua fala lembrando que no dia 17 de Julho o Conselho de Enfermagem apresentou, através de uma pesquisa científica realizada pela FIOCRUZ, toda a realidade que ocorre com essa categoria que representa cerca de 70% da força de trabalho do SUS, que tem seu vínculo empregatício precarizado, que se submete a jornadas de trabalho ainda tão



extensas e estressantes; e que, além disso, sempre se apresenta, como agora, para oferecer melhor qualidade na assistência à população.

Osvaldo Albuquerque cumprimentou Cabeto Martins, indicado para Coordenar o Comitê de Governança, desejando sucesso e sabedoria para conduzir a construção dos programas do “Pacto Por um Ceará Saudável”, e afirmou que o Conselho Regional de Enfermagem do Ceará é parceiro entusiasta desse processo, pois sabe que a melhoria das condições da saúde no Estado vão refletir obrigatoriamente nas condições de trabalho e desempenho dos profissionais de Enfermagem. ●

ABERTURA DO 18º CBCENF EMOCIONA O PÚBLICO



A abertura do 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos Enfermagem, em João Pessoa reuniu as delegações de todos os estados do País, em uma noite memorável.

O presidente do Cofen Manoel Neri destacou em sua fala de abertura que: “O congresso além de difundir conhecimento e integrar saberes, é uma demonstração consisa da importância da Enfermagem.

O presidente do Coren-PB, Ronaldo Beserra e anfitrião do congresso, agradeceu as presenças e destacou as principais lutas da categoria.

Com capacidade para 3 mil pessoas, o teatro Pedra do Reino, no Centro de Convenções, recebeu com um espetáculo de cultura e arte a abertura do maior evento anual de Saúde da América Latina. Ainda no lobby do teatro, os congressistas foram recepcionados com música de Jurandyr do Sax. Aquecendo o público, o grupo folclórico Flor de Lírio homenageou a Enfermagem e a cultura paraibana: “Vocês são artistas do cuidado”.

Em 2015, os estandes dos Conselhos Regionais foram customizados, em





um grande arraial, que remete ao São João de Campina Grande (PB), o maior do Brasil. Em sua 18ª edição, o CBCENF se debruça sobre o tema Desafios Emergentes da Enfermagem Brasileira, incluindo intensa programação científica, com conferências, cursos, painéis, apresentações de experiências exitosas, *e-posters* e lançamentos de livros, atividades simultâneas diversificadas, com encontros e audiência pública.

DELEGAÇÃO DO CEARÁ

Conselheiros, funcionários e colaboradores do Coren-Ce se emocionaram quando a delegação cearense foi anunciada em prosa e verso que destacaram a beleza de suas praias, o verde do seu mar e a cultura brasileira presenteada com escritores como José de Alencar e Raquel de Queiroz.

STAND DO COREN-CE

O Stand do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, ganhou destaque e foi mais uma vez um dos mais procurados pelos congressistas do Cbcenf. O Quis, jogo de perguntas sobre especialidades na Enfermagem causou uma grande interação e rendeu prêmios aos participantes. ●

PROFESSORA MARIA EURIDEA DE CASTRO RECEBE PRÊMIO ANNA NERY



Uma noite marcada pela emoção e reconhecimento, pontuou a solenidade de entrega do prêmio Anna Nery de Enfermagem, em João Pessoa (PB). Outorgado em 2012, o prêmio Anna Nery é uma honraria concedida pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, à profissionais que tenham se destacado e/ou contribuído para o desenvolvimento da Enfermagem no âmbito da assistência, da administração, do ensino, da pesquisa ou da organização civil da categoria profissional, como forma de expressar o reconhecimento da profissão pelos bons serviços prestados.

Entre as personalidades agraciadas com a comenda em forma de medalha, está a professora Maria Euridéa de Castro, que recebeu o prêmio das mãos da Conselheira Federal do Cofen, Mirna Frota e do presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, em cerimônia prestigiada por autoridades e representantes da enfermagem brasileira. O presidente do Coren-CE, destaca a homenagem, como justo reconhecimento tendo em vista a participação ativa da professora Euridéa de Castro,



nas lutas pela valorização e crescimento dos Profissionais de Enfermagem.

Maria Euridéa de Castro, possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1972). Atualmente é enfermeira do Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Atuação no ensino de graduação em Semiologia e Semiotécnica e o processo de cuidar; Ética e Legislação em Enfermagem. Coordena e ministra aulas no Curso de Especialização em Enfermagem em Estomatoterapia. ●

PRESIDENTE DO COREN-CE EMPOSSA NOVA COMISSÃO DE ÉTICA DO IJF



O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, empossou a nova gestão da Comissão de Ética do Instituto Dr. José Frota. A solenidade ocorreu no auditório do Hospital, com a presença do Superintendente, Walter Frota e da superintendente adjunta, Joana Angélica Maciel.

Assumem a Comissão de Ética do IJF, Soraya Maria Bezerra e Azevedo (Presidente), Morgana Nazareth Porfírio de Souza (Vice), Sônia Maria Coelho Reginaldo (Secretária), Edna Pontes dos Reis, Maria Núbia Mendes de Oliveira, Mônica Chaves Ferreira Gondim, Mafra Muniz Ferreira, Joyce Maria Soares Mota, Daiana Feitosa Quirino. Na suplência estão Vlândia Teles Moreira, Vera Lúcia Candido Rocha, Elza Maria Rocha, Ivonete Silva de Lima, Márcia Vital da Rocha, Dra. Fábria Maria de Souza, Gêmea de Jesus Milhomem Costa, Maria Elisângela de Oliveira Menezes, Tânia Maria Maia de Sousa.



“Este é um momento muito importante para o nosso hospital”, disse o superintendente do IJF, Walter Frota que destacou a importância dos profissionais da Enfermagem, que compõem o maior número de contratados da unidade e a força de trabalho deles para o funcionamento do hospital.

O presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque enalteceu a instalação da Comissão de Ética, bem como, das parcerias com as comissões instituídas nas unidades de saúde. ●

OFICINA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO ALINHA AÇÕES DO REGIONAL



Conselheiros e funcionários do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, participaram da Oficina de Planejamento Estratégico, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem, na sede do Coren-CE.

Durante a programação, Marcelo Persegona tratou de metodologia no Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, realizou Oficina criativa e sensibilização, construção coletiva, Oficina de Planejamento, Aplicação da Matriz Gravidade, Urgência e Tendência – GUT para priorização de Iniciativas Estratégicas e Elaboração de Planos de ação.

“O princípio que norteia a Metodologia Gestão Estratégica Orientada para Resultados – GEOR é o de alavancar, em curto prazo, a capacidade de produzir e medir benefícios relevantes para a sociedade, no nosso caso, para a Enfermagem brasileira”, pontuou Persegona. ●



COMISSÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO COREN-CE VISITA SUBSEÇÃO DE LIMOEIRO DO NORTE

Conselheiras que integram a Comissão de Planejamento Estratégico do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará visitaram a sede da Subseção que atende a região Vale do Jaguaribe, em Limoeiro do Norte.

Conselheiras Maria Dayse Pereira e Ana Lúcia de Assis, buscaram informações sobre as atividades realizadas pela Subseção com o objetivo de desenvolver e implantar a Gestão Estratégica Institucional, possibilitando assim diretrizes que nortearão o funcionamento do Conselho com excelência e foco nos profissionais inscritos.

A Comissão de Planejamento Estratégico foi criada pela atual gestão (2015-2017). As visitas já incluíram as subseções Norte (Sobral) e Subseção Cariri (Crato), além dos setores na Sede, em Fortaleza. ●



COREN MÓVEL LEVA ATENDIMENTO AO INTERIOR DO ESTADO



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará tem entre suas ações o Projeto COREN Móvel, que tem a missão de prestar atendimento descentralizado aos profissionais tanto na capital, como no interior.

O COREN Móvel é um *motorhome* que funciona como escritório itinerante, para atendimento aos profissionais de enfermagem.

O Coren tem levado ações descentralizadas a vários municípios realizando negociação de anuidades, refinanciamento de débitos decorrentes de créditos vencidos, orientação para procedimento de inscrição de pessoa física e jurídica, bem como, normas que discorrem sobre a Enfermagem. ●

COREN PRESTIGIA SOLENIDADE DE CONCLUSÃO DA 1ª TURMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA



A solenidade de encerramento e entrega de certificados da primeira turma do Curso de Especialização em Terapia Intensiva para Fisioterapeutas e Enfermeiros da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), foi prestigiada por diversas autoridades e contou com apoio do Conselho Regional de Enfermagem – Coren-CE.

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, foi representado pelo conselheiro Antonio Mendonça que destacou a importância do ato solene. “Aqui eles dão um passo definitivo para o futuro profissional. O Coren apoia e incentiva o aprimoramento contínuo da profissão. A Enfermagem evolui numa dinâmica admirável. Nos contenta ver a busca e o partilhar do aprendizado”, destacou Mendonça.

A Supervisora do Ceats, Fátima Elias, falou dirigindo-se aos concludentes: “Essa é apenas uma etapa que vocês finalizaram, a próxima e mais importante está por vir e eu espero que vocês aproveitem tudo que foi aprendido durante o Curso e que possam compartilhar com a sua equipe e paciente”.



A Especialização em Terapia Intensiva é coordenada pelo Ceats da ESP/CE e teve suas atividades iniciadas em fevereiro de 2014, com aulas teóricas que ocorreram em Fortaleza e Sobral simultaneamente. O Curso teve como órgão financiador o Ministério da Saúde e Governo do Estado do Ceará e foi estruturado de forma a estimular os participantes a desenvolverem competências acerca do enfoque na Terapia Intensiva englobando conhecimentos, habilidades e atitudes. ●

DESCONTO DE 60 ATÉ 100% EM JUROS E MULTAS PARA INSCRITOS NO COREN-CE



Negociar ou renegociar os débitos junto ao Conselho com descontos que podem variar de 60 a 100% sobre multas e juros*. Estas são as vantagens apresentadas aos inscritos do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará que desejam quitar débitos e ter a situação regular junto a Autarquia.

De acordo com a resolução Cofen Nº 481/2015 [2], lançada no final de maio, o inscrito pode negociar débitos de anuidades até o ano de 2014, multas ou re-financiar parcelamentos já existentes anteriormente e que tenham sido cancelado até 31 de dezembro de 2014. Para participar é necessário que o inscrito compareça ao setor de negociação do Coren-CE e solicite o termo de adesão ao Refis 2015. Também é necessário que o inscrito já tenha pago a anuidade de 2015 ou esteja pagando de forma parcelada para aderir ao Programa.

Entre outras vantagens ao inscrito que adere à negociação do Programa estão:

- Regularização da situação junto ao Conselho;
- Possibilidade de participar dos cursos gratuitos do Napen;
- Descontos de 60% até a retirada total dos juros e multas de todos os débitos;
- Convênios com diversas instituições;
- Parcelamento em até 12x (desde que a parcela mínima seja de R\$ 50,00).

Vale ressaltar que o inscrito tem até o mês de novembro deste ano para aderir o Programa e poder estar em dia com sua situação junto ao Conselho.

De acordo com a Legislação que rege a profissão e a criação dos Conselhos, o profissional que possui débito junto ao Conselho está com a situação irregular na Profissão e não poderá emitir a Certidão Negativa, principal documento solicitado pelas empresas e por concursos públicos para assumir no momento da contratação do profissional. ●

* os descontos sobre multas e juros seguem regra apresentada na Resolução 481/2015 [2]

COFEN REALIZA CURSO DE PROCESSO ÉTICO NO COREN-CE



O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen realiza de 29/09 a 01 de outubro, o Curso de Processo Ético, no auditório do Coren-CE, voltado para Conselheiros e funcionários da Autarquia. O objetivo é uniformizar os procedimentos a serem tomados por todos os Conselhos Regionais em relação à instrução em processo ético.

Durante a capacitação, a discussão de temas como: admissibilidade, instrução e julgamento dos processos nas 1ª e 2ª instâncias, inclusive com elaboração de pareceres e demais documentos necessários.

Para o presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque, a oportunidade de ampliar o conhecimento sobre a legislação que regulamenta a profissão, evidencia o compromisso do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais com a categoria de Enfermagem.

Participam como instrutores, o procurador do Cofen, Fabricio Macedo que coordenou a Comissão de Reformulação do Código de Processo Ético e as colaboradoras, Julita



Feitosa (vice-presidente do Cofen Gestão 2009/2012) e Rejane Veloso (Ex-Conselheira do Coren-PI).

O curso de atualização conta ainda, com a participação de membros da Comissão de Ética do Coren-CE, coordenada pela Enfermeira Viviane Mamede. ●

COREN REALIZA OFICINA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, por meio do Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem, realizou junto aos Enfermeiros Responsáveis Técnicos das instituições de saúde do Estado a participarem da OFICINA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM realizado no dia 20 de agosto, no auditório da sede do COREN-CE em Fortaleza.

O evento teve como objetivo instrumentalizar e capacitar Enfermeiros Responsáveis Técnicos na elaboração do dimensionamento de quadro de profissionais de enfermagem e foi ministrado pela enfermeira Cleide Mazuela, Coordenadora da Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. ●

“ A função administrativa do enfermeiro está prevista na Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o seu exercício profissional. O artigo 11 define que cabe privativamente ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”.

Cleide Mazuela

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

Artigo Original: Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Artigo de Revisão: Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

Atualidade: Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

Resenha: Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedentes por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

titucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal⁽⁷⁾.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador⁽¹⁻⁵⁾.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”^{1:30-31}.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: *primeira nota, **segunda nota, ***terceira nota.

Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.
3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

POR CORREIO COMUM: ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

POR E-MAIL: retep@coren-ce.com.br ●