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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 8 - Número 3 - 2016



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 Línea para Revistas Científicas de America Latina, El Caribe – España y Portugal - Dados: www.latindex.unem.mx

BDEF

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

Dorindaia 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 Valdès – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

1927

Editorial

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes

Artigos Originais

1929

Programa de Hipertensão de uma Unidade Básica de Saúde: avaliação da estrutura, processo e resultado
Hypertension Program at a Basic Health Unit: structure, process and result assessment

Lia Maristela da Silva Jacob, Jennara Cândido do Nascimento, Joselany Áfio Caetano, Tâmara Gomes de Oliveira Bastos, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Ticyanne Soares Barros e Maura Cristiane e Silva Figueira.

1936

Estigma social em indivíduos com sequelas da hanseníase

Social stigma in individuals with aftereffects of leprosy

Sandra Valéria dos Santos Oliveira, Ana Débora Assis Moura, Adriano de Souza Rodrigues, Emília Soares Chaves Rouberte, Guldemar Gomes de Lima e Cristiane Nascimento de Aguiar Rodrigues.

1943

Acidentes de trabalho com Auxiliares e Técnicos de Enfermagem:
um olhar para a categoria de riscos biológicos

***Occupational accident with nursing assistants and technicians:
a view from the biological hazard category***

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Maria Daniele de Vasconcelos Coelho, Francisco Diogenes dos Santos, Amélia Romana Almeida Torres, Maria Socorro Carneiro Linhares e Eliany Nazaré Oliveira.

1950

Incidência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva de doenças infecciosas

Pressure ulcer implications on a unit of intensive care of infectious diseases

Elizabeth Mesquita Melo, Maria da Conceição Almeida Barros, Adna Ribeiro Braquehais, Vlândia Teles Moreira, Dayllanna Stefanny Lopes Lima Feitosa, Emanuela Silva Oliveira, Francisca Eriene Maia, Lorena Naiane de Araújo Fernandes, Nicole Silva França e Raffaella Pereira de Souza Costa.

1955

Percepção de enfermeiros sobre aplicabilidade de instrumento de
rastreamento do uso de álcool em pré-natal

Nurses' perception on applicability of alcohol use screening tool in prenatal care

Inácia Ribeiro de Castro, Priscila Bandeira Falcão, Lucília Maria Nunes Falcão, Simone Paes de Melo e Francisca Lucélia Ribeiro de Farias.

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigos de Revisão

- 1960** A vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica: dificuldades e desafios
The experience of nurses in the process of organ donation in death brain : difficulties and challenges
Erlaine Ritti de Oliveira e Sabrina Cristina Cantarino Fernandes.
- 1967** Análise da produção científica sobre a assistência do enfermeiro no perioperatório de prostatectomia
Analysis of scientific production on perioperative nursing care of prostatectomy
Bárbara Maria Martins Carvalho, Albertina Antonielly Sydney de Sousa e Kariane Gomes Cezario.
- 1974** Abordagem grupal na estratégia saúde da família
Group approach in the family health strategy
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante, Maria Adelane Monteiro da Silva, Ângela Maria Alves e Souza, Maria Socorro Araújo Dias e Antônio Reginaldo Parente.
- 1980** Sentimentos e experiências de Crianças e Adolescentes com diabetes Mellitus: uma revisão integrativa
Feelings and experiences of teens with diabetes mellitus: an integrative review
Anna Thayrine Sales Gomes, Midian da Rocha Medeiro e Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra.
- 1983** Institucional
- 1984** Palavra do Presidente
- 1985** Notícias
- 1996** Normas de Publicação

EDITORIAL



Dra. Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes

Coordenadora do Gabinete de Apoio à Mobilidade e Intercâmbio Institucional.

Membro efetivo do Conselho Geral da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Membro da Unidade de Investigação da ESEP (UNIESEP) – Unidade científico-pedagógica:

enfermagem desenvolvimento e profissão (EDP).

Membro do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS)

Na sociedade assiste-se à procura incessante das novas tecnologias, sobretudo, da tecnologia móvel, como meio de acesso à informação e interatividade entre as pessoas. Recorda-se que, se apontava para o mundo, no final de 2014, uma média de dois aparelhos para cada nove pessoas. Assiste-se, no período pós-2015, ao aumento significativo da utilização e acessibilidade das tecnologias de informação e comunicação e das TICs e acredita-se no seu papel fundamental para a concretização dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”. Este fato tem revolucionado os mais diferentes setores da sociedade, desde o comércio à indústria, passando pelo mundo financeiro, comunicação, entre muitos outros.

A saúde, no século XXI enfrenta novos desafios para a manutenção da sua consolidação e visibilidade profissional, de entre eles, destaca-se a incorporação de ferramentas tecnológicas e/ou a informatização clínica, que se coloquem ao serviço dos profissionais da saúde como meios para alcançar as metas propostas no Desenvolvimento do Milênio e as solicitações dos clientes dos

serviços de saúde, em função dos mandatos sociais e das matrizes profissionais e conceptuais das profissões da saúde.

As tecnologias aplicadas à saúde tornam, sem dúvida, visíveis os aspectos da saúde relevantes para a prática clínica, quer no contexto hospitalar quer no comunitário, permitindo a mensuração das intervenções realizadas pelos enfermeiros ao longo da sua atuação, o que torna visível e mensurável os ganhos em saúde dos indivíduos e populações. Deste modo, tornam-se ferramentas influenciadoras das decisões políticas, de acordo com as tendências emergentes das mudanças nos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros.

Os desafios que as novas tecnologias colocam aos enfermeiros, nos dias de hoje, são múltiplos e dos quais se destaca a adesão à inovação de forma contínua, a quebra do “status-quo”, a manutenção do processo de humanização quer do ensino-aprendizagem quer da relação profissional com o cliente dos cuidados de enfermagem, seja ela o indivíduo, a família ou a comunidade. ●

PROGRAMA DE HIPERTENSÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

HYPERTENSION PROGRAM AT A BASIC HEALTH UNIT: STRUCTURE, PROCESS AND RESULT ASSESSMENT

Artigo Original*

Lia Maristela da Silva Jacob¹

Jennara Cândido do Nascimento²

Joselany Áfio Caetano³

Tâmara Gomes de Oliveira Bastos⁴

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁵

Ticyanne Soares Barros⁶

Maura Cristiane e Silva Figueira⁷

RESUMO

Objetivou-se avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde no Município de Fortaleza/CE, utilizando para tal a caracterização da estrutura, processo e resultado. O estudo foi composto por triangulação, onde foram adotadas diferentes estratégias metodológicas para avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma UBS, a partir da análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando os três pilares básicos da avaliação tradicional. O atendimento dispensado pela unidade, de uma forma geral, ainda apresenta algumas deficiências que prejudicam o alcance da excelência em serviço. Em sua maioria, estão relacionadas ao tempo de espera para marcação e realização das consultas e ao quanti-

tativo de profissionais insuficiente para o atendimento. Conclui-se que é importante ter um referencial teórico para avaliação de serviço de acompanhamento a pacientes portadores de doenças crônicas, tal como a hipertensão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Hipertensão.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the primary care of hypertensive patients at a Basic Health Unit in the city of Fortaleza, Brazil, using the structure, process and outcome characterization. The study was composed by

* Trabalho realizado pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPFA).

¹ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joselany@ufc.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁵ Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Docente do curso de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional – Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR.

⁶ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁷ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas.

triangulation, where different methodological strategies were adopted to evaluate the primary care of hypertensive patients of a UBS, based on the structure, process and outcome analysis, considering the three basic pillars of the traditional evaluation. The service provided by the unit, in general, still presents some deficiencies that undermine the scope of excellence in service. Most of them are related to the waiting time for marking and conducting the consultations and the insufficient number of professionals to attend. It is concluded that it is important to have a theoretical framework for evaluation of follow-up service to patients with chronic diseases, such as hypertension.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Hypertension.

INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) atua entre os sujeitos e o *Sistema Único de Saúde* (SUS). Ela tem suas ações pautadas na prevenção e tratamento de doenças, e na redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a saúde, guiando-se pelos princípios e diretrizes propostas nos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*⁽¹⁾.

Dentre as suas propostas, merece destaque a criação das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que facilitaram o atendimento da população, oferecendo uma gama de serviços voltados às suas necessidades de saúde vigentes ou potenciais. A prática assistencial é desvinculada do modelo meramente curativo e hospitalocêntrico, centrando-se em ações de promoção da saúde (PS), prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes nas coletividades⁽²⁾.

Nesse contexto, o atendimento ao portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) destaca-se nos serviços de saúde, uma vez que muitos dos seus fatores de risco são passíveis de modificação, tornando esse agravo evitável ou, quando já instalado, controlável.

A HAS apresenta alta prevalência, baixo controle e é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública⁽³⁾. Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento pode ser influenciada, ou mesmo afetada, por diversos fatores relacionados ao usuário, ao tratamento, à doença, aos profissionais de saúde e aos serviços, assim como também ao meio social e cultural do usuário e família⁽⁴⁾.

Desse modo, a atenção básica é fundamental ao manejo satisfatório da hipertensão, objetivando minimizar possíveis complicações e reduzir os índices de mortalidade ocasionados por regime terapêutico inadequado.

As informações provenientes desse atendimento são importantes para tecer inferências acerca da qualidade do cui-

dado dispensado, sendo, portanto, imprescindíveis para o alcance da excelência em serviço. Infelizmente, em nosso país, estudos que visem avaliar a qualidade desses serviços são escassos, em sua maioria limitam-se a descrever características da atenção médica, tais como cobertura, número de consultas realizadas ao mês e distribuição de medicamentos. Enfim, analisam somente o quantitativo de procedimentos executados, sem considerar a qualidade da assistência prestada.

No entanto, uma metodologia de avaliação que possibilite apreender elementos do processo de trabalho que envolve o atendimento dos indivíduos de risco, aqui representados pelos portadores de HAS, é pertinente. Assim, o referencial teórico de Donabedian⁽⁵⁾, que tem recomendado a análise da estrutura, do processo e do resultado para avaliar a qualidade dos serviços, foi escolhido para guiar este estudo. De acordo com esse referencial, por estrutura se entende não apenas a infraestrutura, mas também a organização do serviço como um todo; já a dimensão do processo abrange todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde com os usuários; e o resultado é o reflexo de todas essas ações.

Autores⁽⁶⁻⁷⁾ têm utilizado esse referencial para nortear o desenvolvimento de seus estudos, uma vez que há uma crescente preocupação em avaliar melhor os serviços ofertados à nossa população, almejando a sua melhoria em todas as dimensões.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma UBS no Município de Fortaleza, utilizando para tal a caracterização da estrutura, processo e resultado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo composto por triangulação, onde foram adotadas diferentes estratégias metodológicas para avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma UBS, a partir da análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando os três pilares básicos da avaliação tradicional⁽⁵⁾. Como aspectos organizacionais, foram privilegiados: a estrutura dos serviços, o processo de trabalho, a equipe técnica multiprofissional, os dados produzidos, o processo de atendimento, a relação com a rede de serviços assistenciais (referência e contrarreferência) e a relação dos profissionais com os usuários.

Os dados foram coletados por meio de informações relativas ao atendimento dos hipertensos naquele serviço. Para tanto, elaborou-se um roteiro de observação de campo e dois roteiros de entrevista semiestruturada. Nas observações de campo, foram investigados itens como: planta física (acabamento e instalações sanitárias); recursos materiais (avaliação dos consultórios, instrumentos e equipamentos disponíveis);

registros nos prontuários e observação do atendimento do profissional ao paciente hipertenso.

Para avaliação da estrutura, utilizaram-se a entrevista com o coordenador da UBS e observação participante. Foram investigados aspectos relativos à planta física (acabamento e instalações sanitárias); recursos humanos (lotação, capacitação e política de pessoal); recursos materiais (avaliação dos consultórios, instrumentos e equipamentos disponíveis); normas, atividades e procedimentos (condições organizacionais da assistência ao portador de HAS e atividades de educação em saúde). A coleta de dados referente à estrutura foi realizada durante o mês de agosto de 2008.

A dimensão do processo foi avaliada em dois momentos: durante o atendimento do profissional ao paciente hipertenso e, posteriormente, através da observação dos registros nos prontuários, utilizando-se instrumento padronizado, especialmente elaborado para a extração das informações.

Dessa maneira, oito consultas foram observadas e os itens investigados dizem respeito ao posicionamento do profissional em relação ao paciente. Aspectos como a forma de atendimento, flexibilidade para ouvir queixas e responder dúvidas, qualidade das orientações dispensadas, dentre outras, são de suma importância para a compreensão da dimensão do processo.

Cada prontuário gera um conjunto de dados caracterizado por itens, constituindo áreas específicas de análise. O levantamento de dados objetiva verificar a identificação presente em todos os impressos utilizados, registros de exame físico e entrevista, com levantamento de problemas e identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). O acompanhamento da equipe multiprofissional visa a verificação das anotações realizadas por toda a equipe de saúde, as ações cuidativas e possíveis intercorrências. Procedimentos e exames realizados objetiva a verificação de peso, Pressão Arterial (PA), exames realizados e registros de procedimentos executados. Prescrição executada refere-se à verificação das prescrições de medicamentos, e demais cuidados prescritos.

A amostra foi composta por 42 indivíduos inscritos no Programa de Hipertensão e com pelo menos duas consultas médicas no seguimento programático. Esses pacientes foram acompanhados nas consultas pré-agendadas com a equipe de enfermagem e submetidos à entrevista. O roteiro empregado para tal fim contemplou a percepção do usuário sobre o serviço, tendo por base seus princípios organizacionais; as relações com os profissionais e a rede de serviços de saúde; a efetividade do atendimento; a satisfação com a prática do aconselhamento e a importância da existência do serviço. Ressalta-se que, durante a visita domiciliar, foram encontradas algumas limitações que dificultaram a execução das atividades, tais como mudança de endereço e a difícil localização das residências.

Por fim, os dados foram organizados e analisados de maneira descritiva, de acordo com as fases do processo de avaliação de Donabedian⁽⁵⁾ e, também, com base na literatura pertinente ao tema.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP⁽⁶⁾. A coleta de dados foi realizada após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob o nº 017/2005.

RESULTADOS

Avaliação da estrutura

A unidade estava em funcionamento havia 11 anos, em dois turnos, e possuindo vínculo com o SUS referente a um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e uma instituição privada. Possui fácil acesso, localizada em uma área urbana cobrindo uma população de 14.800 habitantes, existindo uma área de abrangência definida para o atendimento.

A dinâmica de atendimento iniciava-se com a chegada do usuário e a busca do seu cadastro na unidade. Uma vez localizado, ele era encaminhado para a triagem e depois para o setor competente. Após a consulta, seu retorno já era agendado e, no caso dos hipertensos, esse tempo variava de 7 a 30 dias. Para assistir a toda demanda de atendimento ao hipertenso, o serviço contava com uma equipe composta por seis médicos e quatro enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: dois médicos e uma enfermeira permaneciam na unidade para os atendimentos semanais, perfazendo uma carga horária de 20hs; os demais estavam inseridos na ESF, perfazendo 40hs semanais.

Em se tratando da disponibilidade de medicamentos e suprimentos mínimos necessários ao atendimento e ao tratamento da hipertensão, constatamos que o esquema básico para terapia combinada era ofertado pela farmácia da instituição conveniada à UBS. Já as atividades de educação em saúde eram executadas por uma equipe multiprofissional, representada pelos alunos dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, odontologia e psicologia.

Dentre as deficiências no atendimento ao hipertenso, foi observado que a UBS contava apenas com quatro balanças e quatro kits contendo um estetoscópio e um esfigmomanômetro do tipo aneróide, além de não haver blocos de receituários padronizados. Esses aparelhos tinham manutenção a cada 20 dias, quando uma empresa terceirizada realizava os reparos necessários. Outro aspecto relevante diz respeito à ausência de instrumento para a avaliação do serviço pelo usuário, impossibilitando que a clientela emitisse opinião acerca da estrutura da instituição e do atendimento dispensado pelos profissionais, dificultando o alcance da excelência em serviço.

Diante de tal realidade reforça-se a necessidade de estudos de cunho avaliativo, como forma de diagnosticar as reais condições de funcionamento das UBS, não só no que diz respeito à sua dimensão física, como na atenção dispensada aos usuários. Ressalta-se que a deficiência em qualquer uma dessas dimensões compromete o manejo adequado da HAS.

Avaliação do processo

Levando em consideração os altos índices estatísticos de prevalência da HAS em nosso país, foi investigado o manejo dos profissionais em relação a essa patologia, tanto do ponto de vista farmacológico como não farmacológico, com o intuito de orientar a difusão de conhecimentos e reduzir os altos índices de morbidade e mortalidade que a doença acarreta.

Dentre os profissionais acompanhados no atendimento ambulatorial, apenas seis registravam nos prontuários dados relacionados à idade, sexo, peso, tabagismo, presença de outras doenças crônicas, os resultados dos exames laboratoriais relevantes para diagnosticar e controlar a HAS (creatinina, uréia e hemograma completo) e a conduta realizada.

Reconhecendo a importância da aferição e do registro do IMC, da circunferência abdominal e da PA para a avaliação do paciente hipertenso, procuramos identificar durante as consultas se os profissionais realizavam tais condutas. Em relação aos dois primeiros indicadores, apenas um profissional realizava tal registro. Já a PA foi aferida e registrada em quatro consultas, e estes dados eram relativos à PA ortostática, em apenas uma consulta houve o registro e a aferição da PA na posição sentada.

Antes de o paciente ser encaminhado ao consultório ele tinha os sinais vitais aferidos e registrados por técnicos de enfermagem. Usualmente a medida da PA, na unidade, era feita utilizando-se esfigmomanômetro aneróide, obtida com o paciente sentado, após 2 a 5 minutos de repouso, e registrada para comparação subsequente. Durante a consulta só quatro profissionais verificam novamente esses valores a fim de observar alterações ou incoerência de aferição, porém, percebemos que apenas um profissional seguiu a técnica corretamente. Os parâmetros menos considerados durante a execução da técnica foram: explicar o procedimento ao paciente, orientando para que não falasse e ficasse relaxado, pelo menos, 5 minutos; indagar se o mesmo estava com a bexiga cheia, se tomou café, fumou, ou ingeriu bebida alcoólica havia menos de 30 minutos; e observar se o paciente estava com as pernas cruzadas.

A medida da PA, quando realizada de forma adequada, trás grandes benefícios ao paciente. Nas últimas décadas houve grandes avanços no diagnóstico, no tratamento, no conhecimento da epidemiologia, resultando em maiores benefícios para o paciente. No entanto, é imprescindível que as medidas

sejam precisas, utilizando-se técnicas acuradas, para o alcance de bons resultados⁽⁹⁾.

Quanto ao exame físico, analisamos ainda se o profissional investigava a respeito das eliminações intestinais e da acuidade visual dos clientes, considerando tais informações necessárias ao rastreamento de outras patologias. Apenas dois profissionais realizaram essa investigação, comprometendo a prevenção de complicações agudas e crônicas mediadas pela HAS.

Em se tratando da interação profissional/paciente, percebemos uma boa relação entre as partes. Ao iniciarem a consulta, os profissionais se identificavam, chamavam o paciente pelo nome e questionavam se havia alguma queixa no momento, fazendo perguntas gerais e específicas, ficando bem acessíveis para esclarecerem as dúvidas do usuário.

O plano terapêutico aplicado a cada paciente foi elaborado de acordo com a sua condição de saúde (sintomatologia e evolução da doença). Todavia, todos os profissionais prescreveram dieta alimentar, exercício físico pelo menos três vezes por semana e medicação específica para o grau de hipertensão do paciente. No prontuário ficou o registro do fármaco em uso e o seu aprazamento.

Avaliação do resultado

A organização dos cuidados dirigidos aos portadores de hipertensão envolve o acompanhamento pela equipe da ESF e atendimento em grupo de cunho educativo e vivencial. Na consulta inicial, eram abordados assuntos relativos à hipertensão e fatores de risco para doença cardiovascular. Em seguida, o usuário era inserido em uma rotina de acompanhamento por enfermeiros, onde eram solicitados exames complementares anuais, além de uma avaliação completa com o objetivo de detectar possíveis complicações.

Entre os entrevistados, 33 (78,6%) eram do sexo feminino e 9 (21,4%) do masculino; com idades variando entre 30 e 59 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 22 (52,3%) entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, 3 (7,1%) o ensino médio completo e 14 (33,3%) eram analfabetos, semelhante ao encontrado por Giroto⁽¹⁰⁾. A renda familiar predominante em 23 pacientes (54,7%) foi de até um salário mínimo, o que, de acordo com os mesmos, dificultava a adoção de uma dieta balanceada. A maioria, 28 pacientes (66,6%), era natural de Fortaleza. Em relação ao estado civil e com quem cohabitavam, 25 (59,5%) eram casados e 22 (52,3%) moravam com o cônjuge e os filhos.

Diversos serviços estavam à disposição na UBS e frequentemente eram utilizados pelos hipertensos, tais como: rastreamento e controle do diabetes, exames de prevenção ginecológica, prevenção de câncer de próstata, consultas de clínica

geral, vacinação, verificação da P.A, consultas odontológicas e administração de medicamentos.

Sabemos que a frequência de verificação da PA é muito importante para a monitoração eficaz dos valores pressóricos do hipertenso. Sendo assim, foi investigada a frequência com que essas verificações eram realizadas e constatou-se que 23 (54,7%) pacientes realizavam tal conduta apenas durante as consultas.

Em relação à marcação das consultas, 22 (52,3%) responderam não sentirem dificuldades, pois estas eram agendadas pelos profissionais ainda no momento da consulta; 10 (23,8%) consideraram o número de profissionais insuficiente; e 33 (78,6%) afirmaram que os profissionais da UBS eram atenciosos.

Quando investigados sobre o uso dos medicamentos, a maioria informou os medicamentos prescritos e os horários. Porém, na avaliação dos níveis pressóricos dos 42 entrevistados, 19 (45,2%) estavam com os níveis tencionais oscilando entre 140-159 mmHg na pressão sistólica e 90-99 mmHg para a pressão diastólica. Considerando as recomendações do Ministério da Saúde⁽³⁾ para diagnóstico e classificação da HA, a maioria dos usuários apresentavam HA estágio I. A adesão ao tratamento supracitado, em nossa população, ainda não é ideal. Condutas como o uso moderado de sal e a restrição de gordura vegetal não eram praticados por 20 usuários (47,6%). Já a ingestão de café foi relatada por 41 (97,6%) como sendo superior a três vezes ao dia; o uso de adoçantes não era realizado por 32 pacientes (76,1%); e 22 (52,3%) não consumiam carnes brancas. Em relação à atividade física, apenas 11 (26,1%) realizavam caminhadas diárias.

DISCUSSÕES

A qualidade da estrutura disponibilizada para o atendimento na rede básica de saúde influencia diretamente o desenvolvimento das atividades que visam à saúde das coletividades. Quando falamos em estrutura, nos referimos não apenas aos recursos físicos, mas também aos recursos humanos, materiais e financeiros⁽⁵⁾. Desse modo, a deficiência quantitativa ou qualitativa em qualquer dos itens supracitados comprometeria o alcance da excelência em serviço.

A estrutura física deve ser planejada de modo a permitir o atendimento rápido da população, bem como a evitar a disseminação de infecções e ser confortável e suficiente, para o período de espera e da consulta propriamente dita⁽¹¹⁾. Além desse aspecto, os insumos devem ser suficientes para o atendimento da demanda, e neles se incluem desde impressos, até equipamentos e medicações. Em nossa avaliação, constatamos a ausência de instrumentos padronizados para a prescrição, o que comprometeu o atendimento dispensado aos usuários do

serviço, uma vez que os profissionais interrompiam a consulta para buscar papel simples, improvisando um receituário.

Problemas no cumprimento de normas técnicas por parte dos profissionais, a não realização de trabalhos educativos, falta de equipamentos e outros insumos, deficiências na notificação de dados e dificuldades no processo de trabalho dos profissionais são pontos que persistem e que são, de forma evidente, impeditivos para uma adequada atenção à saúde⁽¹²⁾.

Já a dimensão processo refere-se às atividades que envolvem os profissionais e os usuários. Representa um aspecto importante, pois o processo de utilização dos serviços de saúde também é resultante da interação do indivíduo e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde⁽¹³⁾. Isto significa dizer que a adesão ao tratamento e a continuidade das consultas são diretamente influenciadas pelo grau de relacionamento firmado entre o profissional e o usuário. Uma boa relação entre os mesmos é uma ferramenta preciosa para o manejo satisfatório de pacientes hipertensos de difícil controle⁽¹⁴⁾. Ela deve permitir a participação ativa dos sujeitos no processo de construção das abordagens que viabilizem a sua saúde⁽¹⁵⁾.

Na instituição pesquisada, as ações de controle de DCV e, mais especificamente, aquelas relacionadas ao controle da HAS seguiam a padronização do Ministério da Saúde, que estabelece a adoção de estratégias de atenção integral, focadas na prevenção de complicações. A aferição da PA era realizada pelo menos duas vezes e em dias diferentes, para os indivíduos acima de 20 anos, assim como a investigação de hábitos, tais como a alimentação, seguindo o preconizado pelo MS⁽¹⁶⁾. A alimentação saudável deve estar fundamentada no consumo de alimentos de origem vegetal (frutas, legumes, verduras e cereais integrais), óleos vegetais – em substituição a manteiga e outras fontes de gordura, carnes brancas e consumo moderado de bebidas alcoólicas⁽¹⁷⁾. Vale ressaltar que esses cuidados devem ser associados a outros, tais como a abstenção do álcool e de tabaco, realização de exercícios físicos regulares, gerenciamento do estresse e comparecimento às consultas subsequentes, para a obtenção de resultados satisfatórios.

As ações de ES podem ser compreendidas como sendo uma alternativa para conduzir os indivíduos a adotarem posturas favoráveis à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS⁽¹⁸⁾. É um processo dinâmico, que tem como objetivo a capacitação de pessoas em ações voltadas a indivíduos ou grupos, em busca da melhoria das condições de saúde da população⁽¹⁹⁾. Lembrando que, nesse processo, cada um tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas sobre como ter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a ES num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada. Observa-se que a unidade avaliada realizava essas ações de maneira inadequada,

pois as orientações eram pontuais, ou seja, a cada consulta, não oferecendo uma continuidade dessas ações.

Os aspectos relacionados à satisfação dos usuários em relação ao serviço podem ser interpretados como resultado. A avaliação do serviço pelos usuários gerou várias sugestões. Dentre elas, as mais citadas estavam relacionadas ao horário das consultas, à dificuldade para marcação, quantidade de profissionais que realizavam o atendimento, longo período de espera e filas. Vale ressaltar que todos os pacientes relataram que, depois do convênio firmado entre a universidade e a prefeitura, a disponibilização dos medicamentos melhorou bastante. Eles relataram ainda sentir dificuldade para realizar a verificação da PA fora da unidade, por questões relacionadas a tempo (deslocamento até a UBS) e ao dinheiro (as farmácias cobravam para verificar a PA). Estudo⁽²⁰⁾ realizado aponta as dificuldades financeiras como barreira ao acesso dos usuários aos serviços para os quais são encaminhados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da estrutura, processo e resultado de uma UBS, na atenção aos portadores de hipertensão, evidenciou as seguintes deficiências na estrutura: falta de banheiro na maioria dos consultórios; falta de sala disponível para atividades de educação em saúde; e espaço inadequado para o acolhimento. Quanto aos recursos humanos, faltava um funcionário administrativo para auxiliar os profissionais de saúde, o que afetava a dinâmica do serviço. Nos recursos materiais, faltava instrumento de registro padronizado, o que dificultava o acompanhamento sistemático da evolução do paciente, por meio da coleta e da análise de dados obtidos em cada con-

sulta. Outro ponto importante foi a identificação de técnica inadequada para a aferição da pressão segundo os parâmetros preconizados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão.

Na revisão dos prontuários dos pacientes, observamos substancial ausência de informações relacionadas aos procedimentos realizados durante a consulta. Tais como a falta de registro de fatores de risco, dos resultados dos exames, IMC e circunferência abdominal, PA e exame físico completo.

Acerca dos resultados, a população estudada aderiu inadequadamente à terapêutica não medicamentosa, além de não realizar com frequência a verificação da PA. Também se constatou a presença de fatores socioeconômicos desfavoráveis, aumentando a vulnerabilidade desses pacientes à ocorrência e agravamento de DCV.

Avaliando o atendimento dispensado pela unidade, de uma forma geral, alguns problemas ainda prejudicavam o alcance da excelência em serviço. Em sua maioria, estavam relacionados ao tempo de espera para marcação e realização das consultas e quantitativo de profissionais insuficiente para o atendimento.

Pode-se concluir que é importante ter um referencial teórico para avaliação de serviço de acompanhamento a pacientes portadores de doenças crônicas, tal como a hipertensão. O serviço estudado não se apresentava totalmente satisfatório nos parâmetros investigados, mas possuía todas as diretrizes para prosseguir, e com excelência, mediante maior disponibilidade dos profissionais de saúde e mais envolvimento de toda a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria executiva. Departamento de apoio à descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl. 1): 1-51.
4. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. Cienc Cuid Saude. 2012 Jul-Set; 11(3): 581-587.
5. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: University Press; 2003.
6. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. [periódico na internet]. Cad. Saúde Pública 2001 [citado 2009 ago 13] 17(1):131-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
7. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação do processo. Cad Saúde Publica. 2006; 22(1):173-79.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

9. Geleilate TJM, Coelho EB, Nobre F. Medida casual da pressão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(2): 118-122.
10. Girotto E, Andrade S, Cabrera M, Ridão E. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família - *Acta Scientiarum. Health Science.* 2009; 31(1):77-82.
11. Bertussi DC, Oliveira MSM, Lima JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Júnior L, organizadores. *Bases da saúde coletiva.* Londrina: Ed. UEL; 2001. p. 133-43.
12. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005; 5(2): 229-40.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad de saúde pública.* 2004; 20 suppl 2:190-98.
14. Geleilate TJM, Nobre F, Coelho EB. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras de hipertensão.* 2008; 15(1):10-16.
15. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
16. Ministério da Saúde (BR). *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev. RENE.* 2008; 9(1):60-68
19. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2): 254-62.
20. Oliveira MM, Coimbra VCC, Kantorski LP, Jardim VMR, Heck RM, Ceolin T. Acesso dos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(1):30-6.

Recebido em: 09.06.2016

Aprovado em: 20.06.2016

ESTIGMA SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DA HANSENIASE

SOCIAL STIGMA IN INDIVIDUALS WITH AFTEREFFECTS OF LEPROSY

Artigo Original

Sandra Valéria dos Santos Oliveira¹
Ana Débora Assis Moura²
Adriano de Souza Rodrigues³
Emília Soares Chaves Rouberte⁴
Guldemar Gomes de Lima⁵
Cristiane Nascimento de Aguiar Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivou-se conhecer a experiência e descrever os sentimentos de pessoas com sequelas da hanseníase. Estudo qualitativo, realizado com dezessete pacientes de um centro de convivência de Maracanaú-CE-Brasil. A coleta de dados foi realizada em novembro de 2010 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo. Verificou-se que os sujeitos eram, na sua maioria, do sexo masculino, maiores de 50 anos e analfabetos. Sentiam-se isolados, abandonados pela sociedade, família e pelos amigos. Relataram mudanças de vidas após o diagnóstico da doença, pois foram encaminhados para as colônias, afastando-se do convívio familiar. As sequelas provocaram medo e rejeição das pessoas. Concluiu-se que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, poderá difundir entre a população e os doentes, informações sobre a hanseníase, a fim de reduzir o estigma, o preconceito e os conhecimentos incorretos a respeito da enfermidade.

Palavras-chave: Hanseníase; Preconceito; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

It was aimed to learn about the experience and describe feelings of people with sequelae of leprosy. Qualitative study carried out with seventeen patients of a Daycare Center of Maracanaú-CE-Brazil. Data collection happened in November 2010 through a route of semi-structured interviews and data were subjected to content analysis. It was verified that the subjects were mostly male, over 50 years old and illiterate. They felt isolated, abandoned by society, family and friends. They reported life changes after diagnosis of the disease because they were sent to the colonies, away from family. The sequelae caused fear and rejection of people. It was concluded that health professionals, especially nurses, can spread among the population and patients, information on leprosy to reduce stigma, prejudice and misconceptions about the disease.

Keywords: Leprosy; Prejudice; Health Education; Nursing.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Integrada Grande Fortaleza (FGF).

² Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES) – Buenos Aires/Argentina. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora Técnica das Ações de Imunizações da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Município de Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: anadeboraam@hotmail.com

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela UFC. Atua na Secretaria de Saúde de Fortaleza-CE. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira.

⁵ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁶ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UFC.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, de transmissão aérea, foi denominada por muitos séculos de lepra, sendo arraigado ao seu nome o preconceito e a discriminação daqueles indivíduos que a desenvolveram⁽¹⁾.

A generalizada falta de informação, as incapacidades físicas, as limitações das atividades físicas e psicológicas fizeram com que a hanseníase evoluísse historicamente através dos caminhos do estigma e do preconceito. Apesar do desenvolvimento científico e da descoberta de que havia um agente causador, o que comprovou seu caráter infectocontagioso, os indivíduos acometidos pela hanseníase continuaram sofrendo estigma e preconceito. Por esse motivo, surge a teoria de que o isolamento do doente eliminaria o mal, incentivando a adoção do modelo de tratamento baseado no carceramento, ou seja, no isolamento em grandes instituições de saúde⁽²⁾.

Estas instituições foram responsáveis por um tratamento excludente ao longo dos séculos, e trouxeram como consequência a produção de uma imagem de “horror à doença”, tendo como consequência um profundo estigma social ao simples contato com o doente, uma vez que este apresentava em geral lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades. Esta desfiguração do “leproso” provocou horror ao doente, à doença e até mesmo aos seus familiares⁽¹⁾.

O estigma é entendido como a desqualificação e à marginalização social, em função, principalmente, das deformidades físicas do paciente. Uma vez que um indivíduo é estereotipado com tal título social, que significa impor-lhe uma marca que, de certo modo, o reduz a uma condição inferior ao padrão mínimo atribuído à condição humana, restaria a ele duas possibilidades: ou de se adequar ao papel marginal a ele designado ou tentar “encobrir” as marcas que caracterizam o estereótipo estigmatizante^(3,4).

Nas instituições de carceramento, o estigma, o medo e o preconceito eram fatores negativos, inclusive na contratação de recursos humanos. Assim, os próprios internos se tornavam funcionários e cuidadores dentro das instituições. Dessa forma, os doentes se tornavam cuidadores e trabalhadores da enfermagem. Em geral, os internos não tinham escolha, eram simplesmente direcionados para os serviços e obrigados a trabalhar para se manter financeiramente⁽²⁾.

Nos últimos anos vêm sendo elaborados planos, metas e estratégias para se alcançar a eliminação da hanseníase, isto é, chegar a uma taxa de prevalência menor que um caso por dez mil habitantes. O tratamento com a poliquimioterapia (PQT), o tratamento supervisionado, e a ampliação da atenção a estes pacientes, através da descentralização do atendimento para as Equipes de Saúde da Família (ESF), vem conseguindo reduzir as taxas de prevalência e incidência da doença no país⁽⁴⁾.

No Brasil, observa-se que nem mesmo os avanços relativos à facilidade de acesso ao tratamento ambulatorial oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conseguiram mudar a

situação desvantajosa do país, que continua ocupando o segundo lugar no ranking mundial em novos casos de hanseníase⁽⁵⁾. Dentre os fatores que impedem o alcance desta meta está a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta), responsável por fonte de contágio na população. É preciso quebrar a cadeia de transmissão da doença por meio do diagnóstico precoce de todos os casos e implantar o tratamento imediato com a poliquimioterapia⁽⁴⁾.

Além disso, o conhecimento da condição de portador de hanseníase desencadeia nos indivíduos preocupações e mudanças significativas em sua vida pessoal, principalmente relacionadas à família⁽⁶⁾.

Quando não tratada, as sequelas podem ser desfigurantes, mutilantes e incapacitantes, desencadeando, na maioria das vezes, transtornos de ordem multidimensional. Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento do portador na sociedade, fazendo com que se instale o isolamento social e familiar do portador da doença.

Este estudo objetivou conhecer a experiência de vida de pessoas que residem em um Centro de Convivência para sequelados de hanseníase e descrever seus sentimentos frente às questões sociais e familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa, de natureza fenomenológica, uma vez que buscou compreender a vivência de indivíduos sequelados pela hanseníase. A fenomenologia opera por meio do método que investiga a experiência humana, no sentido de compreendê-la, e não de explicá-la. Importa ver o fenômeno da forma como ele se mostra na experiência vivida pelos sujeitos, os significados que os fenômenos têm para quem os vivencia e que sentidos tais significados apontam no existir humano⁽⁷⁾.

Realizada em um centro de convivência, no município de Maracanaú – Ceará – Brasil. Durante muitos anos, o local onde hoje funciona o Centro de Convivência funcionou como um hospital colônia, onde era preponderante o isolamento social como única forma de cuidado. A instituição foi fundada na década de 1940 para atender ao modelo de isolamento compulsório. No final da década de 1960, foi implantada no Brasil a extinção do modelo de colônia. Porém, somente na década de 1990 é que a colônia passou a usar o nome de Centro de Convivência. Como os pacientes haviam perdido todos os laços familiares pelos longos anos de confinamento, teve-se a preocupação de inserir novamente essas pessoas na sociedade, uma vez que elas haviam ficado excluídas por muitos anos. Com este intuito, o Governo do Estado do Ceará adotou a medida de criar o Centro de Convivência.

O Centro de Convivência é um local fechado, com grande área arborizada, onde existem quartos individuais e enfermarias para pacientes que necessitam de cuidados de enfermagem. Atualmente, moram no local, 17 pessoas portadoras de sequelas da doença.

O estudo foi realizado com toda a população da instituição referida, ou seja, 17 pessoas com sequelas de hanseníase que residem na instituição. Utilizou-se a letra E para designar os entrevistados – E1... E17.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada. Para evitar perda dos seus conteúdos, estas foram gravadas em meio magnético. Foram reunidas pelo entrevistador várias questões para abranger as áreas de pesquisa, procurando encorajar os sujeitos a falar livremente sobre os assuntos propostos. A entrevista foi realizada no próprio Centro de Convivência, em local acordado com o sujeito: em seu quarto ou em outro local de preferência do entrevistado. Foi realizada de maneira individualmente, em local reservado.

Foram usadas três etapas para a análise dos dados: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas; e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural. Essas finalidades são complementares e os dados são divididos em categorias para que possam estabelecer classificações⁽⁸⁾. As categorias trabalhadas foram: o significado da hanseníase; mudanças de vida após o diagnóstico de hanseníase; aparência física versus preconceito/estigma; relacionamento com familiares e amigos.

Após a autorização do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, a coleta de dados foi iniciada. O projeto de pesquisa foi aceito sob Protocolo de nº 283/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

O estudo teve a participação de todos os moradores do Centro de Convivência, totalizando 17 pessoas. Destes, doze são do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Esse número nos mostra a predominância do sexo masculino.

A doença tem maior incidência em homens, embora nos últimos anos a diferença entre os sexos tenha diminuído⁽⁹⁾. Na mesma linha, outros autores concordam que a hanseníase é realmente mais frequente no sexo masculino e que o fator determinante é a maior exposição masculina⁽¹⁰⁾.

A idade dos entrevistados variou de 51 a 82 anos. A faixa etária dos indivíduos se explica pelo fato de que todas são oriundas das antigas colônias. Essas pessoas foram submetidas ao regime de isolamento compulsório na década de 1950.

O fim do isolamento compulsório foi oficialmente firmado em 1958, em Tóquio, no VII Congresso Internacional de Leprosos. No Brasil, o fim do isolamento, oficialmente, se deu em 1962, sendo que somente passou a ser implantado, de fato, em 1967, no Estado de São Paulo⁽¹¹⁾.

Com a extinção do modelo de colônias no Brasil, os sujeitos da pesquisa já moravam em leprosários há alguns anos. Consequentemente, haviam perdido seus laços familiares.

Isso explica a criação dos Centros de Convivências em todo o país, bem como a faixa etária encontrada.

Com relação à escolaridade, três possuem o ensino fundamental completo, três possuem ensino fundamental incompleto e onze são analfabetas. O grau de analfabetismo é consequência principalmente do grande estigma gerado em relação à doença. Com isso, não se conseguia encontrar recursos humanos para manter a educação dos doentes, devido ao pânico de se adquirir a doença⁽¹²⁾.

O estado civil dos pesquisados foram de dez viúvos sete solteiros. Os que se casaram tiveram seus matrimônios “arranjados” na colônia. Dentre alguns regulamentos encontrados na colônia havia a necessidade de aprovação do responsável pela instituição para o namoro entre os pacientes, quando surgiam as paqueras entre os portadores.

Os médicos que assistiam os pacientes interferiam nos relacionamentos das colônias, na tentativa de regular o cotidiano institucional, cumprindo a política de saúde pública da época⁽¹³⁾. Neste sentido, tanto os casamentos quanto os filhos que viriam com a união dos doentes eram regulamentados através de um decreto criado à época. De acordo com o referido decreto, os “hansênicos” menos acometidos pela doença tinham direito a uma casa para morar com as esposas e os filhos. Estes eram acompanhados regularmente, fazendo os exames necessários. Já os doentes impossibilitados de receber alta casavam-se, mas continuavam morando na colônia. Quando surgiam os filhos, estes eram levados para morar nos educandários, longe dos pais.

Como não tiveram oportunidades de trabalho nem formação profissional, proveniente de uma pensão especial, a única renda mensal dessas pessoas é um benefício especial adquirido por lei. As pessoas atingidas pela hanseníase e submetidas ao isolamento e internação compulsória em hospitais-colônias têm direito a requerer a pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível. Este é um direito reconhecido pelo Governo Federal, que sancionou a Medida Provisória nº. 373/07, convertida na Lei 11.520/2007⁽¹⁴⁾.

O significado da hanseníase

Ao serem indagados sobre o significado da doença, os moradores do Centro de Convivência demonstraram ter conhecimento acerca da hanseníase, fizeram referências às várias denominações da patologia e relataram o significado a respeito do imaginário que a hanseníase ocupa.

“É uma doença que mata você mesmo lhe deixando vivo. É uma doença desgraçada que acaba com a vida de qualquer pessoa. Quando eu vim pra essa colônia, eu tinha doze anos de idade. Hoje, tenho 82 anos. Minha família toda era doente, tinha morfêia: minha avó, meu avô, meu pai, minha mãe e dois irmãos meus” [E 1].

“É uma doença que aleija a pessoa, deixando cicatrizes em todo o nosso corpo. Dizem que ela tem cura,

mas não tem não, se tivesse eu não estava assim desse jeito. Quando eu comecei a fazer o tratamento, eu só tinha manchas dormentes no corpo, e aí eu vim pra cá e comecei a fazer o tratamento. Mesmo assim estou com as minhas mãos desse jeito” [E 3].

“Eu já sabia da doença, mas não sabia que era assim, não sabia que seria preciso sair da minha casa e vir pra cá. Não sabia que o fato de ter uma doença me faria ser esquecido pela minha família e isolado pela sociedade” [E 6].

“Já disseram aqui pra gente sobre isso. É uma doença que afeta os nervos e que, mesmo com o tratamento e cura da doença, ela pode deixar sequelas” [E 9].

“Sei que começa com manchas avermelhadas ou brancas na pele e sei também que, nos locais dessas manchas, a gente não sente nada, perde a sensibilidade no local” [E 11].

“Era uma doença que você tinha que se isolar das pessoas pra não transmitir pra ninguém. Quando você tinha essa doença, ninguém queria ficar perto de você por medo de adquirir também. Eu lembro que ali (aponta em direção ao prédio antigo) era o convento. Lá, ninguém poderia colocar nem a mão no portão, as freiras só faltavam bater em nós. Se fosse preciso ir lá, tínhamos de ficar gritando no portão sem nem poder encostar até que viesse uma pessoa lá de dentro. Hoje muita coisa já mudou, nem chamam mais de lepra (demonstra-se feliz com a mudança da nomenclatura). Hoje até existem alguns direitos especialmente pra nós que fomos acometidos pela hanseníase” [E 15].

É possível observar que os pacientes demonstram ter conhecimento da doença e é notória a ênfase dada à marginalização que eles adquiriram pelo fato de portar a doença. Já marcados fisicamente pela hanseníase, são marcados também pela marginalização.

A doença foi relatada como incurável, pelo fato de ter deixado sequelas. No entanto, sabe-se que a cura existe, porém quando há demora em iniciar o tratamento, pode ocorrer um comprometimento neural, desencadeando as sequelas. No caso do entrevistado E3, na ocasião do diagnóstico da hanseníase, a única forma de “tratamento” na época era o isolamento compulsório e isso somente servia para segregá-lo do meio social com o intuito de quebrar a cadeia de transmissão. Quando surgiu o tratamento com a PQT, na década de 1980, é que se começou o tratamento de pessoas acometidas há anos. O período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi suficiente para as sequelas se instalarem.

Nas últimas décadas, entre os grandes avanços no controle da hanseníase, está a implementação dos esquemas de tratamento com a citada PQT, salientada como um dos mais expressivos avanços. Após a introdução desta terapia medica-

mentosa tem-se associado a ela uma significativa diminuição da ocorrência de incapacidades⁽¹⁵⁾.

O entrevistado E1, hoje com 82 anos, foi retirado do seu lar na adolescência, quando tinha doze anos, ou seja, vive institucionalizado há 70 anos. Passado esse tempo, ele ainda lembra com emoção dos familiares. Após a verificação da doença nessa família, a institucionalização em leprosários diferentes acarretou a perda do laço familiar. A sociedade frente à possibilidade de contágio da doença e perda da saúde, estética e beleza, acabou legitimando o uso do afastamento institucionalizado, mesmo que essa medida representasse a “morte” para o doente e sua família⁽²⁾.

Ao recordar o passado, E15, muito comovido, relata ter vivenciado experiências jamais esquecidas por ele: o tratamento que recebia das freiras. O que o sujeito relata corrobora com o estudo⁽¹⁾ em que afirma a existência, dentro das instituições, de diferenças no “tratamento” entre aqueles que não apresentavam sinais evidentes da doença daqueles que já tinham lesões leprosas e deformidades graves. Os mais debilitados eram os mais estigmatizados, chamados pejorativamente de “ferro velho”. Os doentes mais debilitados ficavam em enfermarias isoladas, mais restritas, sendo cuidados por outros doentes que se apresentavam em melhores condições e que se dispunham a ajudar.

A família dos portadores de hanseníase os abandonava em leprosários. Quando não havia instituições hospitalares para acolher os doentes, estes permaneciam em suas residências, só que em pequenas casas ou quartos construídos de maneira separada, para que pudessem ficar ali. Os doentes recebiam refeições, roupas e medicamentos de forma que não saíssem do seu espaço para não correr o risco de contaminar os demais familiares⁽¹⁾.

Os entrevistados E9 e E11 demonstraram ter mais conhecimento da doença. Tal conhecimento pode estar relacionado ao fato destes fazerem parte do grupo que possuem o ensino fundamental completo, o acesso à leitura pode ter beneficiado um maior conhecimento em relação a hanseníase.

Considerada um problema de saúde pública, a hanseníase gera marginalização social, sobretudo devido às deformidades físicas geradas no paciente⁽¹⁶⁾. Essa marginalização foi favorecida pela segregação dos pacientes de seu meio familiar e da sociedade⁽¹⁷⁾. Tal fato comprova a aceitação do papel estigmatizante da doença, que apesar do avanço da ciência, medidas de exclusão continuaram a ser praticadas em nome da defesa do bem-estar coletivo.

Mudanças de vida após o diagnóstico de hanseníase

Por ser uma doença que exigia o isolamento das vítimas do meio social, as maiores mudanças ocorridas na vida dos indivíduos acometidos pela hanseníase, diz respeito à perda do convívio familiar.

“Sair da casa dos meus pais foi a pior dor da minha vida. Eu era criança, tinha apenas nove anos de idade. Mesmo assim, fui arrancado dos braços da minha mãe. Eu só sabia chorar!” [E 8].

“Sim, muitas mudanças aconteceram. Eu era da polícia e, quando descobri a doença, tive que sair diretamente do quartel pra essa colônia. Saí algumas vezes daqui, mas lá fora não podia levar a mesma vida de antes. Daí, tive de voltar...” [E 9].

“A maior mudança que eu considero foi o fato de que a minha família me esqueceu aqui. Esqueceram que eu sou irmão deles, da infância que passamos juntos, simplesmente me excluíram do meio deles. Isso dói tanto que você não pode imaginar” [E 11].

“Essa doença me tirou do convívio com a minha família, essa foi a maior mudança” [E 13].

As falas retratam que as maiores mudanças que ocorrem na vida das pessoas estão relacionadas com o afastamento do convívio com os familiares. Nota-se que as vítimas da doença fazem referências às mutilações corporais, mas não deixam de dar ênfase a perda do contato com a família. Para fins de tratamento, essas pessoas foram retiradas de seus lares, e a maioria delas ainda eram crianças. Tudo isso contribuiu para uma ruptura violenta patrocinada pela ciência e pela lei da época.

Não nos cabe julgar de maneira radical as lentas etapas da ciência em tempos passados. Por outro lado, não se pode silenciar às cenas dramáticas de lágrimas sufocadas, nem tão pouco ao choro infortável das crianças que ficaram sem o colo da mãe⁽¹⁾. Segundo o mesmo autor, as pessoas doentes eram internadas à força bruta em regime de isolamento compulsório, buscadas pela polícia sanitária: “uma tragédia humana”.

O confinamento obrigatório contribuiu para que as pessoas perdessem a identidade familiar, as referências de origem, as raízes da terra natal. Com isso, adveio o fantasma arrasador do preconceito, as limitações culturais que fecham horizontes, a falta de formação profissional, traumas emocionais, dificuldades de aprendizagem, analfabetismo, estigmatização gerada pelas sequelas da falta de tratamento e a rejeição social.

Aparência física versus preconceito/estigma

Por ser uma doença estigmatizante, com história de incapacidades, perdas de membros e fácil transmissão, o impacto provocado pela doença, sem dúvida, interfere no cotidiano das pessoas, pois a condição do doente já é, por “pré-conceito”, marcada por sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais, além de preconceito social.

“Sofro sim. São poucas as vezes em que saio do Centro de Convivência. Quando isso ocorre, percebo que as pessoas ficam olhando e apontando em minha direção” [E 2]. [Sequelas do paciente: pé amputado e perda de olho direito].

“Uma vez eu parei em uma casa e pedi um copo com água. Quando eu terminei de tomar a água e fui entregar o copo, a senhora que me atendeu disse: ‘leve esse copo pro senhor ficar bebendo água’. Aquela senhora ficou com medo de pegar no copo que eu havia tomado água! Ela poderia ter recebido o copo de volta e depois jogado fora, mas nem isso ela quis” [E 3] [Sequelas do paciente: septo nasal perfurado e dedos em garra].

“É nítido os gestos que fazem, eu sinto que é comigo. Às vezes, ouço o sussurro das pessoas se referindo a mim” [E 5]. [Sequelas do paciente: perna direita amputada e dedos em garra].

“Quando vou ao banco receber meu benefício, todas as pessoas se afastam e ficam me olhando” [E 8]. [Sequelas do paciente: os dois pés e uma das mãos amputados].

“Eu trabalhava como vigia quando descobri a doença e falei pro meu patrão. Aí, o filho dele me pediu ajuda pra subir na bicicleta e eu ajudei, segurando-a. No outro dia, a mãe do menino pediu pra que eu nunca mais tocasse em nada do garoto, pois o pai dele havia comprado um litro de álcool pra banhar a bicicleta. Eu baixei a cabeça com lágrimas descendo no rosto e nunca mais voltei lá. Essa cena, eu nunca vou esquecer” [E 10]. [Sequela do paciente: dedos da mão amputados].

Percebe-se que os indivíduos acometidos pela hanseníase que apresentam algum tipo de sequela, vivenciaram algum tipo de discriminação relacionada à sua aparência física. Os depoimentos apresentados revelam que os portadores de hanseníase representam a doença pelos sinais aparentes provocados pela moléstia.

Muitas vezes a aparência física provoca atitudes de especulações, curiosidades e preconceito no outro. A doença impede as pessoas, independentes de gênero, de viverem situações comuns, pois as marcas deixadas são reforçadas pela sociedade. Assim, a experiência de contrair a doença, vem sendo associada aos estigmas que são imputados aos portadores⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a exclusão, o medo, o preconceito e a discriminação se encontram enraizados na construção social da hanseníase, e são fatores que mesmo nos dias atuais, dificultam o portador no enfrentamento da doença e no convívio com os demais. Portanto, compreende-se que é necessário resgatar sua autoestima, recuperar seus vínculos e reintegrá-los à sociedade⁽⁹⁾.

O estigma que acompanha a doença desde os tempos mais remotos continua fazendo parte do psiquismo dos indivíduos portadores, sendo evidenciado um claro preconceito existente no modo pelo qual os indivíduos vêem a si mesmos e são vistos pelos demais⁽¹⁸⁾. Muitos portadores que descobrem a doença nos dias de hoje preferem buscar tratamento em outros centros de saúde distantes de seus bairros ou até mesmo em outras cidades vizinhas para não sofrerem especulações.

Isso acontece porque o indivíduo acometido pela doença teme o drama social que pode sofrer.

Esses fatores interferem diretamente na continuidade da cadeia de transmissão, que é desencadeado pelo estigma da doença, sendo o grande responsável pelo não alcance da meta estabelecida pela OMS: taxa de prevalência menor que um caso para cada dez mil habitantes. O Brasil apresentou coeficiente de prevalência de 2,02 casos por dez habitantes no ano de 2006⁽¹⁹⁾. Esse número deixou o país em segundo lugar no mundo em números absolutos da doença, perdendo apenas para a Índia.

Relacionamento com familiares e amigos

A sociedade como um todo não sabe lidar com a pessoa acometida pela hanseníase. Com isso, os familiares e amigos, ao descobrirem um portador de hanseníase no seu meio, acabam por abandoná-los, o que os deixa ainda mais fragilizados. Este fator dificulta a sua recuperação, pois gera instabilidade emocional.

“Não tenho mais família. Minha irmã me trouxe pra cá e, depois disso, nunca ninguém veio aqui me visitar. Ela me liga raramente. Estão falando que os pacientes daqui vão ter que ir pro Centro de Convivência Antônio Diogo e outros vão ter que voltar pras suas casas. O meu nome está na lista das pessoas que vão ter que voltar pra casa, mas nem sei pra onde vou. Acredito que a minha família não vai me querer de volta...” [E 4].

“A minha família sumiu depois de abandonar-me aqui. Alguns já morreram e outros que estão vivos simplesmente me evitam...” [E 12].

“Não há relacionamento nenhum com a minha família. Meus familiares e amigos são apenas as pessoas que convivem no Centro de Convivência comigo” [E15].

“Nenhum de meus familiares, quando descobriram minha doença, quis mais ficar perto de mim. Meus irmãos pegavam em mim com a ponta dos dedos...” [E 17].

Percebe-se nos relatos que os pacientes não receberam apoio de familiares e amigos, este fato pode estar relacionado ao fato destes não estarem preparados para enfrentar o estigma junto ao doente. Nesses casos, parece existir uma lacuna entre familiares, amigos e o doente. Talvez, se fosse dada a oportunidade de esclarecimento sobre a hanseníase para os familiares e amigos, este abandono não aconteceria.

Durante as entrevistas foi relatado por alguns participantes do estudo que existe a possibilidade dos pacientes menos acometidos pelas sequelas e que tiverem famílias, voltarem para o convívio familiar. Diante dessa possibilidade de voltar para casa, foi percebida certa insegurança em relação ao “novo”. Afinal, como diz a fala do E 15, a família desses pacientes, na realidade, é formada pelos integrantes do Centro de Convívio. A convivência de longo prazo criou-lhes um vínculo fraternal difícil de ser quebrado.

O indivíduo com hanseníase, muitas vezes, escolhe não falar para os familiares, amigos e colegas de trabalho sobre sua enfermidade, por medo de ser discriminado⁽¹⁷⁾. Tal atitude reforça o preconceito e a desinformação acerca da doença. Outro autor⁽¹⁸⁾ corrobora com esta afirmação e descreve que o indivíduo com diagnóstico de hanseníase se intimida ao receber a notícia e acaba internalizando a necessidade de esconder o fato para os demais. Com isso, passa a sentir o peso do estigma, mesmo tendo conhecimento de que se trata de uma doença curável e não transmissível nos dias atuais.

A família é uma união da sociedade em que as pessoas estão ligadas por laços afetivos e interesses comuns, dentro da qual se dá a estruturação da reprodução e da produção. Quando um de seus membros é ameaçado por uma doença, é na família que encontrará suporte para enfrentar o sofrimento⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muitos anos não houve uma política voltada para a educação dos indivíduos acometidos pela hanseníase. O preconceito e as dificuldades enfrentadas para a inserção no meio social podem ser amenizados mediante à adoção de práticas educativas pelos serviços de saúde e de ações voltadas para o diagnóstico precoce e a prevenção de incapacidades.

A evolução da ciência originou a cura da doença, mas o estigma ainda se faz presente na sociedade atual. Entretanto, o papel do enfermeiro é fundamental neste processo, pois a inserção de ações de educação em saúde em sua prática contribui com a adesão ao tratamento e com a gestão da doença, quebrando a cadeia de transmissão, reduzindo a incidência de novos casos e diminuindo a taxa de prevalência.

A promoção e a implementação de ações educativas, por meio de mídias protagonizadas pelos profissionais de saúde e da educação, bem como, representantes de associações de bairros, são elementos importantes para difundir a informação. Esta deve atingir não apenas os indivíduos acometidos pela hanseníase, mas também a sua família e comunidade como um todo.

Dessa maneira, pode-se diminuir o estigma, o preconceito e os conhecimentos distorcidos acerca dessa enfermidade. A dimensão sociocultural da hanseníase é um desafio para os profissionais de saúde, e também para a sociedade. Mesmo com a evolução da medicina, da terapêutica empregada, com a alteração da nomenclatura da doença para atenuar o estigma, não se conseguiu dissuadir os conceitos mais arcaicos sobre a hanseníase, sejam na sociedade ou entre os doentes.

REFERÊNCIAS

1. Borenstein MS, Padilha MI, Costa E, Gregório VRP, Koerich AME, Ribas DL. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940 – 1960). *Rev Bras Enferm*, 2008, 61(esp): 708-12.
2. Boti NCL, Aquino KA. A via sacra da Hanseníase de Veganin. *Rev Bras Enferm*, 2008, 61(esp): 676-81.
3. Silva Júnior FJG da, Ferreira RD, Araújo OD de, Campelo SM de A, Nery IS. Assistência de enfermagem ao portador de hanseníase: abordagem transcultural. *Rev Bras Enferm*, 2008, 61(esp): 713-17.
4. Dias RC, Pedrazzani ESilva. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. *Rev Bras Enferm*, 2008, 61(esp): 753-56.
5. Pereira SVM, Bachion MM, Souza AGC de, Vieira SMS. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 2008, 61(esp): 774-80.
6. Helene LMF, Rocha MT. Identificação de alguns problemas psicossociais em portadores de hanseníase utilizando para análise os recursos da informática. *Rev Esc Enf USP*. 1998, 32(3): 199-207.
7. Martins J, Bicudo MAV. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. 2ª ed. São Paulo (SP): Centauro; 2006.
8. Minayo MC de S, Deslandes S Ferreira, Otávio Neto C, Gomes R. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. 2004. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes.
9. Oliveira MHP de, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo do gênero. *Cad Saúde Públ*. 1998, 14(1): 51-60.
10. Lima HMN, Sauaime N, Costa VRL da, Coelho Neto GT, Figueiredo P de MS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Brasil Clin Med*. 2010. 8(4): 323-7.
11. Mizzuno DA. O homem paciente da hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal. Tese de Mestrado. Universidade Évora, Portugal, 2008.
12. Gusmão APB, Antunes MJM. Ter hanseníase e trabalhar na enfermagem: história de lutas e superação. *Rev Bras Enferm*. 2009, 62(6): 820-4.
13. Borges VT. Casamento, maternidade e viuvez: memórias de mulheres hansenianas. *Rev Bras História*. 2007. 27(54): 109-125.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e direitos humanos. Direitos e deveres dos usuários do SUS. Série F, 1ª Ed. 2008.
15. Virmond M, Vieth H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. *Rev Medicina*. Simpósio: Hanseníase. 1997. 30: 358-63.
16. Pires J de O, Cruz Neto LR, Silva Júnior AJ da, Vera I. Relato de experiência: busca ativa de comunicantes intradomiciliares de portadores de hanseníase. Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 2009, 8870-72.
17. Queiroz M, Carrasco MA. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Cad Saúde Públ*. 1995, 11 (3): 479-90.
18. Baialardi KS. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. *Rev Hansenologia Internacional*. 2007, 32(1): 27-36.
19. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenaca, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm*, 2008, 61 (esp): 701-7.

Recebido em: 12.06.2016

Aprovado em: 29.06.2016

ACIDENTES DE TRABALHO COM AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: UM OLHAR PARA A CATEGORIA DE RISCOS BIOLÓGICOS

OCCUPATIONAL ACCIDENT WITH NURSING ASSISTANTS AND TECHNICIANS: A VIEW FROM THE BIOLOGICAL HAZARD CATEGORY

Artigo Original

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹

Maria Daniele de Vasconcelos Coelho²

Francisco Diogenes dos Santos³

Amélia Romana Almeida Torres⁴

Maria Socorro Carneiro Linhares⁵

Eliany Nazaré Oliveira⁶

RESUMO

Objetivou-se descrever a epidemiologia dos acidentes de trabalho por material biológico, com auxiliares e técnicos de enfermagem. Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, realizado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Sobral – Ceará, Brasil, durante o período de maio 2014 a janeiro de 2015, com 351 casos notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Os resultados mostram o tipo de exposição e as circunstâncias do acidente: 80% ocorreram por exposição percutânea; 81,7% por material orgânico, com sangue; 27% por administração parenteral de medicamentos. O principal agente foi a agulha com lúmen, 71,8%. Quanto ao uso de EPI, 65% usavam luvas e 55% máscara no momento do acidente. O estudo revela que os trabalhadores de enfermagem estão expostos/vulneráveis a riscos biológicos, durante seu processo de trabalho, por condicionantes relacionados às condições de trabalho e do modo como esses profissionais se previnem.

Palavras-chave: Epidemiologia Descritiva; Saúde do Trabalhador; Acidentes de Trabalho; Enfermagem.

ABSTRACT

The research aimed to describe the epidemiology of occupational accidents due to biological material, with nursing assistants and technicians. This is an epidemiological, descriptive and retrospective study conducted at the Worker's Health Reference Center (CEREST) in the city of Sobral - Ceara, Brazil, during the period from May 2014 to January 2015, with 351 cases reported in the National Notifiable Diseases System (SINAN). The results show the type of exposure and the circumstances of the accidents, 80% occurred due to percutaneous exposure; 81.7% were caused by organic material with blood; 27% by parenteral administration of drugs; and in 71.8% the main agent which caused the accident was the needle with lumen. Considering the use of EPI, 65% wore gloves and 55% mask at the time of the accident. The study revealed that nursing workers are exposed and vulnerable to biological hazards during the process of work due to the working conditions.

Keywords: Epidemiology, Descriptive; Occupational Health; Accidents, Occupational; Nursing.

¹ Enfermeiro. Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: rosemironeto@gmail.com

² Enfermeira. Bacharel pela UVA.

³ Enfermeiro. Graduação em Enfermagem pela UVA.

⁴ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UVA.

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁶ Enfermeira. Doutorado em Enfermagem em Enfermagem pela UFC.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de acidentes de trabalho por exposição a material biológico é mundialmente recorrente entre os trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde, tendo em vista as peculiaridades dos procedimentos realizados durante o cuidado à clientela e as condições em que esse trabalho é executado.

Neste sentido, o acidente de trabalho com material biológico é caracterizado pelo “contato direto com fluidos potencialmente contaminados, podendo ocorrer de duas formas específicas: (a) inoculação percutânea, provocada por objetos cortantes e/ou perfurantes, ou (b) por contato direto com a pele e/ou mucosa, com o comprometimento de sua integridade após arranhões e/ou cortes, ou por dermatites”⁽¹⁾.

Assim, a exposição a fluidos potencialmente contaminados é preocupante, tendo em vista a quantidade de patógenos a que esses trabalhadores estão sujeitos quando acometidos por esse tipo de acidente de trabalho. Estima-se que cerca de vinte tipos de patógenos diferentes possam ser transmitidos por meio do acidente de trabalho com material biológico, destacando-se como principais os vírus da Hepatite C (HCV), da Hepatite B (HBV) e da Imunodeficiência Humana (HIV), o que congrega um grave problema de Saúde Pública no Brasil^(2,3).

Além disso, pontua-se o risco de adoecimento do trabalhador, o que pode acarretar prejuízos tanto para este, quanto para a instituição, que deverá arcar com os custos trabalhistas e previdenciários. O trabalhador acidentado poderá interromper suas atividades laborais, além representar um evento traumático-físico e/ou psicológico pela espera de resultados de exames sorológicos. A possibilidade de soroconversão do trabalhador e de seus pares por exposição gera sentimentos de angústia, medo e preocupação quanto ao adoecimento próprio e possível contaminação familiar^(3,1).

Dentre os trabalhadores da saúde, merecem atenção os da área da Enfermagem, a exemplo dos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, por estarem mais vulneráveis a acidentes por exposição a material biológico. Esses profissionais representam o maior grupo ocupacional dentro de uma instituição de saúde, tendo contato com a clientela, acúmulos de funções, maior quantitativo de procedimentos e manipulação de fluidos corporais e, portanto, mais susceptíveis a acidentes com material biológico⁽⁴⁾. Tendo em vista esse contexto de atuação profissional, objetivou-se descrever a epidemiologia dos acidentes de trabalho com material biológico com auxiliares e técnicos de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, desenvolvido no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Sobral – Ceará, Brasil. Foi realizado durante o período de maio 2014 a janeiro de 2015, com 351 casos de acidentes de trabalho com auxiliares de enfermagem e técnico de enfermagem notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), entre 1º de janeiro de 2009 a 31 de

dezembro de 2013, dos 47 municípios que compõe o referido CEREST, pertencentes às Microrregiões da Saúde de Acaraú, Camocim, Crateús e Sobral, da Macrorregião da Saúde de Sobral, com uma população geral de 1.299.780 habitantes⁽⁵⁾. Os acidentes estão assim distribuídos por ano de ocorrência: 2009 – 58 (17%); 2010 – 71 (20%); 2011 – 75 (21%); 2012 – 61 (17%); 2013 – 86 (24%) (Sobral, 2014).

Os dados foram organizados por meio de planilhas eletrônicas, geradas pelo sistema TabWin32, versão 3.6b, e exportados para os programas Excel 2007. Foram eliminados os registros de casos duplicados de um mesmo evento, assim como as incongruências de base consideradas, a exemplo dos erros de digitação. Os dados foram processados a partir das seguintes categorias de variáveis, extraídas da “Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico”: sexo, raça, escolaridade, zona de moradia, situação no mercado de trabalho, tempo de trabalho na ocupação, circunstância do acidente, agente e tipos de equipamentos de proteção individual (EPI). Em seguida, esses dados foram sistematizados e apresentados em forma tabular, com cálculos dos números absolutos e frequências percentuais simples dos eventos estudados, com a estratificação do uso de EPI (luvas, máscara e óculos) pela circunstância do acidente.

Durante o desenvolvimento do estudo, foram observados os aspectos éticos e legais da pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com protocolo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob CAE Nº 47808515.4.0000.5053, sendo aprovado pelo parecer Nº 1.344.066. Ressalta-se que este trabalho é um recorte da pesquisa intitulada “Doença, labor e trabalho no Semiárido Cearense: avaliação do perfil dos acidentes e da mortalidade por causas relacionadas ao trabalho na Zona Norte do Ceará, 2009 a 2015”. Para a realização da pesquisa, após articulação com o CEREST, obtivemos autorização por escrito da diretoria da instituição, por meio do Termo de Fiel Depositário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta o perfil sócio demográfico dos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem que sofreram algum tipo de acidente de trabalho com exposição a material biológico.

O maior número dos acidentes com material biológico ocorreu com os profissionais do sexo feminino (296 – 84,0%), o que corrobora com os achados disponíveis em outros estudos^(6,7), os quais apontaram a predominância do sexo feminino sendo acometido por esse tipo de acidente. Tal fato pode ainda estar condicionado à relação histórica entre a mulher e o cuidado, assim como sua atuação na Enfermagem, profissão predominantemente feminina; muito embora essa conjuntura já venha mudando ao longo dos anos.

Tabela 1. Dados sócio demográficos de auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem vítimas de acidentes com material biológico. CEREST Sobral – Ceará, Brasil, 2009 a 2013.

| CATEGORIAS | N | % |
|--|------------|--------------|
| SEXO | | |
| Feminino | 296 | 84,0 |
| Masculino | 55 | 16,0 |
| Total | 351 | 100,0 |
| FAIXA ETÁRIA (ANOS) | | |
| Menos de 20 | 19 | 5,0 |
| 20 - 34 | 228 | 65,0 |
| 35 - 49 | 95 | 27,0 |
| 50 - 64 | 9 | 3,0 |
| Total | 351 | 100,0 |
| RAÇA/COR | | |
| Parda | 287 | 81,9 |
| Branca | 50 | 14,2 |
| Preta | 8 | 2,2 |
| Indígena | 1 | 0,3 |
| Ignorando/Em branco | 5 | 1,4 |
| Total | 351 | 100,0 |
| SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO | | |
| Empregado registrado | 254 | 72,5 |
| Servidor Público Estatutário | 28 | 8,0 |
| Cooperativado | 15 | 4,5 |
| Empregado não registrado | 14 | 4,0 |
| Trabalho Temporário | 11 | 3,0 |
| Servidor Público Celetista | 8 | 2,0 |
| Outros | 21 | 6,0 |
| Total | 351 | 100 |

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). SINAN, 2014 (Sobral, 2014).

A feminilização na Enfermagem brasileira e mundial não é um fenômeno novo, pois, historicamente, é uma profissão exercida majoritariamente por mulheres⁽⁸⁾. Parece-nos que isso decorre de uma determinada concepção que entende as atividades de cuidado como uma característica supostamente inata, própria à natureza das mulheres. À mulher são delegadas funções de cuidar desde a maternidade até a criação dos filhos, resultante de uma construção social das distinções sexuais, que dão significado às relações de poder entre os homens e mulheres⁽⁸⁾.

Em relação à faixa etária, observou-se que os acidentes ocorrem com maior frequência na faixa etária de 20 a 34 anos (228 - 65%), seguida pela faixa etária, de 35 a 49 anos (95 - 27%). A maior ocorrência desse tipo de acidente entre a faixa etária de 20 a 34 anos de idade pode estar implicada ao novo perfil da enfermagem, constituída por adultos-jovens e sem experiência profissional, já que, muitas vezes, trata-se da atuação no mercado de trabalho de muitos desses profissionais. Acredita-se ainda que com o passar dos anos esses profissionais vão adquirindo experiência e sendo mais cautelosos na condução do processo de trabalho, adotando medidas de segurança como, por exemplo, o uso de EPI. Os resultados deste estudo são similares aos encontrados em estudo realizado em Pelotas⁽⁶⁾, o qual identificou a predominância de acidentes na faixa etária de 21 a 30 anos de 53,9%. Os autores associam ainda a maior ocorrência de acidentes nessa faixa etária, à presença de estudantes e profissionais jovens, inexperientes, já que, geralmente, encontram-se em início de carreira, apresentando, muitas vezes, insegurança na realização das técnicas⁽⁶⁾.

Quanto à faixa etária de menores de 20 anos (19 - 5%), vê-se um baixo índice de acidentes, possivelmente em razão da legislação profissional, que somente permite a qualificar nos cursos técnicos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem sujeitos com mais de 18 anos. Como os cursos têm duração de 18 meses, essas pessoas conseguem concluir sua formação profissional com 20 ou mais anos.

Estudo realizado com 1.215 profissionais de enfermagem no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo apontou que 636 profissionais sofreram acidentes de trabalho com material biológico. Desse total, 182 não procuraram atendimento no serviço especializado⁽⁹⁾. Tal estudo mostrou ainda a predominância do sexo feminino, faixas etárias prevalentes de 30 a 39 anos de idade e de 40 a 49 anos, e a categoria de auxiliares de enfermagem sendo os mais envolvidos nos acidentes⁽⁹⁾.

Quanto à raça/cor da pele, há um registro elevado de acidentes entre os que se declararam pardos (287 - 81,9%), indo ao encontro dos resultados de um estudo realizado em Teresina - Piauí⁽⁷⁾, onde 82% dos acidentados se autodeclararam pardos. Outro estudo acerca do perfil dos acidentes de trabalho na zona norte do Ceará evidenciou que 92,7% das pessoas acidentadas se autodeclararam pardas⁽⁹⁾. Já em relação à situação no mercado de trabalho, a categoria com maior número de registro de acidentes é a de empregados registrados (254 - 72,5%), segui-

Tabela 2. Evidencia as diferentes formas de exposição a material biológico pelos trabalhadores da Enfermagem.

| VARIÁVEIS | N | % |
|---------------------------|------------|--------------|
| TIPO DE EXPOSIÇÃO* | | |
| Percutânea | 280 | 80,0 |
| Pele íntegra | 63 | 18,0 |
| Mucosa | 19 | 5,0 |
| Pele não Íntegra | 15 | 4,0 |
| MATERIAL ORGÂNICO | | |
| Sangue | 287 | 81,7 |
| Fluído com sangue | 20 | 5,7 |
| Líquido pleural | 3 | 0,9 |
| Soro/plasma | 2 | 0,6 |
| Outros | 12 | 3,4 |
| Ignorado/Branco | 27 | 7,7 |
| Total | 351 | 100,0 |

*n > que 351 por conta das várias possibilidades de exposição

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). SINAN, 2014 (Sobral, 2014).

do pela categoria de servidor público estatutário (28 – 8,0%). Isto demonstra que a maior parte dos trabalhadores acometidos por acidente por material biológico está com situação regular, o que garante que esses trabalhadores tenham seus direitos previdenciários garantidos, caso adoeçam.

Na “Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil”, desenvolvida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁽¹⁰⁾, foi feita uma amostra com de 35.916 profissionais de enfermagem para um universo de 1.545.102 profissionais, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Quanto auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem a pesquisa aponta o seguinte perfil: sexo feminino, 85,1%; no tocante a cor/raça, 44,5% denominaram-se pardos, 37,6% brancos, 12,9% pretos, 1,8% amarelos e, 0,6% indígenas⁽¹⁰⁾. Tais dados se assemelham com os encontrados nesta pesquisa.

As exposições percutâneas (280 – 80,0%) e em pele íntegra (63 – 18,0%) foram as mais frequentes entre os trabalhadores acometidos por acidentes de trabalho com material biológico. Resultado semelhante a esses foram verificados em estudo realizado em um hospital público do estado do Paraná, onde os tipos de exposição mais frequentes entre os 1.217 acidentes registrados no SINAN foram os percutâneos e em pele ínte-

gra⁽³⁾. Identificou-se ainda que o sangue foi o material ao qual os trabalhadores ficaram expostos no acidente (287 – 81,7%), o que condiz com a frequência encontrada em estudo realizado em Votuporanga-São Paulo. Tal estudo revelou que 98,0% dos trabalhadores acidentados foram expostos a sangue, sendo que 73,7% é relativo a um hospital filantrópico de grande porte e 26,3% ocorreram em uma entidade privada. Pode-se atribuir esse dado também ao fato do sangue estar presente na maior parte dos procedimentos invasivos realizados pela equipe de Enfermagem, sendo o responsável pela maior ocorrência de contaminação.

Vale ressaltar que os materiais perfuro-cortantes foram os principais responsáveis pelas lesões percutâneas e, consequentemente, por contaminação por exposição a sangue e fluidos com sangue. Como demonstram Lima et al.⁽⁶⁾ em seu estudo, onde 82,2% das exposições a material biológico ocorreram por meio de lesões cutâneas com perfuro-cortantes, sendo 35,1% durante a realização de procedimentos e 21,7% por recapagem de agulhas.

Os resultados apontam a necessidade de uma política de educação permanente de abordagem de temas referentes ao cuidado no manuseio desse tipo de material pela equipe de Enfermagem. É necessária ainda a implementação de tecnologias que visem à segurança dos trabalhadores em suas atividades laborais, em especial na condução de material perfuro-cortante, conforme a Norma Regulamentadora de Nº 32, que trata “da implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde”⁽¹¹⁾.

O contato com sangue deve ser encarado como situação de risco-emergente, tendo em vista sua gravidade e maior risco de soroconversão por patógenos como o HIV e o HBV, veiculados no sangue. A profilaxia pós-exposição deve, portanto, ser iniciada nas primeiras horas após o acidente, se necessária.

As características do modo de exposição do profissional de Enfermagem ao material biológico, durante um acidente de trabalho, envolvem, principalmente, a circunstância do acidente, o agente e o uso ou não de EPI. Tais características referentes a este estudo podem ser visualizadas na Tabela 3.

A circunstância mais comum dos acidentes por material biológico ocorreu via administração parenteral de medicamentos (95 – 27%), com a associação das técnicas de administração de medicação endovenosa (46 – 13,0%), intramuscular (28 – 8,0%), subcutânea (21 – 6,0%), seguido do descarte inadequado no chão de Resíduos Sólidos (37 – 10,5%). As demais circunstâncias em que ocorreram os acidentes por material biológico se devem a procedimentos básicos, tanto em áreas clínicas quanto cirúrgicas, a exemplo de instrumentais perfuro-cortantes utilizados durante as atividades assistenciais em equipe ou no cuidado direto ao cliente.

Em estudo realizado no CEREST de Ribeirão Preto⁽¹³⁾, apontou os seguintes resultados: 41,8% dos casos de acidentes ocorreram durante a realização de punção venosa, administração de medicamentos e testes de glicemia; 22,2% durante a execução

Tabela 3. Descrição dos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, segundo as categorias de exposição ao material biológico. CEREST Sobral – Ceará, Brasil, 2009 a 2013; número total com estratificação por uso de EPI.

| CATEGORIAS | USO DE EPI | | | | | | | |
|--|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | LUVAS | | MÁSCARA | | ÓCULOS | |
| | | | N | % | N | % | N | % |
| CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE | | | | | | | | |
| Administração de medicação endovenosa | 46 | 13,0 | 21 | 6,0 | 18 | 5,1 | 4 | 1,1 |
| Descarte inadequado no chão | 37 | 10,5 | 25 | 7,1 | 25 | 7,1 | 5 | 1,4 |
| Administração de medicação Intramuscular | 28 | 8,0 | 14 | 4,0 | 11 | 3,0 | 0 | 0,0 |
| Punção não especificada | 28 | 8,0 | 19 | 5,4 | 17 | 4,8 | 2 | 0,7 |
| Procedimento cirúrgico | 24 | 6,8 | 23 | 3,5 | 21 | 6,0 | 7 | 2,0 |
| Administração de medicação subcutânea | 21 | 6,0 | 14 | 4,0 | 16 | 4,6 | 1 | 1,1 |
| Dextro | 19 | 5,4 | 15 | 4,2 | 9 | 2,7 | 0 | 0,0 |
| Descarte inadequado de lixo | 12 | 3,4 | 7 | 2,0 | 4 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| Punção coleta | 11 | 3,0 | 9 | 2,7 | 4 | 1,1 | 4 | 1,1 |
| Reencape | 11 | 3,0 | 8 | 2,3 | 3 | 0,9 | 0 | 0,0 |
| Manipulação de caixa pérfuro-cortante | 9 | 2,7 | 4 | 1,1 | 3 | 0,9 | 0 | 0,0 |
| Procedimento laboratorial | 9 | 2,7 | 9 | 2,7 | 5 | 1,4 | 1 | 1,1 |
| Lavagem de material | 8 | 2,3 | 6 | 1,7 | 4 | 1,1 | 3 | 0,9 |
| Lavanderia | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Outros | 73 | 20,8 | 47 | 13,4 | 46 | 13,1 | 5 | 1,4 |
| Ignorado/Branco | 13 | 3,7 | 7 | 2,0 | 6 | 1,7 | 1 | 1,1 |
| Total | 351 | 100,0 | 228 | 100,0 | 193 | 100,0 | 33 | 100,0 |
| AGENTE | | | | | | | | |
| Agulha com lúmen (luz) | 252 | 71,8 | | | | | | |
| Lâmina/lanceta (qualquer tipo) | 26 | 7,4 | | | | | | |
| Agulha sem lúmen/maciça | 15 | 4,3 | | | | | | |
| Intracath | 7 | 2,0 | | | | | | |
| Vidros | 5 | 1,4 | | | | | | |
| Outros | 36 | 10,3 | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 10 | 2,8 | | | | | | |
| Total | 351 | 100,0 | | | | | | |

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). SINAN, 2014 (Sobral, 2014).

Tabela 4. Tipologia dos equipamentos de proteção individual utilizados pelos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem na hora do acidente. CEREST Regional de Sobral – Ceará, Brasil, 2009 a 2013.

| TIPO DE EPI | SIM | | NÃO | | IGNORADO/BRANCO | |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE | | | | | | |
| Luva | 228 | 65,0 | 113 | 32,2 | 10 | 2,8 |
| Avental | 63 | 18,0 | 268 | 76,3 | 20 | 5,7 |
| Óculos | 33 | 9,4 | 299 | 85,2 | 19 | 5,4 |
| Máscaras | 193 | 55,0 | 145 | 41,3 | 13 | 3,7 |
| Protetor Facial | 9 | 2,6 | 313 | 89,2 | 29 | 8,2 |
| Bota | 24 | 6,8 | 297 | 84,6 | 30 | 8,6 |

Fonte: Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). SINAN, 2014 (Sobral, 2014).

de atividades de higiene e conforto do cliente, organização da unidade, manipulação de sonda vesical e gástrica, aspiração de vias aéreas e manipulação de frascos coletores de urina e secreções; 14,4% ocorreram durante os procedimentos realizados na sala cirúrgica; 2,6% por conta do ato de reencapar a agulha; e 2% por desconectar a agulha da seringa após uso no cliente⁽¹³⁾.

Observa-se ainda na Tabela 3 que o principal agente causador dos acidentes de trabalho com material biológico são as agulhas com lúmen (252 – 71,8%), fato já demonstrado em estudo sobre os objetos que causam os acidentes: as agulhas foram responsáveis por 108 deles (70,6%)¹². Estudo semelhante a este, com dados referentes aos anos de 2003 e 2004, identificou que 77,7% e 88,8% dos agentes causadores, respectivamente, eram as agulhas e os cateteres, responsáveis por lesões com exposição a material biológico, considerados potenciais veículos transmissores de infecções⁽¹⁴⁾.

Na Tabela 4, são demonstrados os tipos de EPI e se este estava ou não sendo utilizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem na hora do acidente.

Notou-se que (228 – 65%) utilizavam luvas, (193 – 55%) máscara e, em menor número, o avental (63 – 18%) e os óculos (33 – 9,4%). O uso de luvas, além de impedir contato de maior quantidade de sangue e outros fluidos corporais com a pele, é extremamente importante para a proteção dos profissionais durante a realização de procedimentos com material perfuro-cortante, visto que a contaminação depende da quantidade e grau de contato com o sangue inoculado⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, estudo⁽¹⁾ mostrou que 72,9% dos acidentados estavam utilizando luvas de procedimento e 68,2% utilizavam o avental. As autoras ressaltam que há uma baixa adesão ao uso do avental por parte dos profissionais. Essa precaução-padrão, porém, é estabelecida pela Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que trata exclusivamente da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde⁽¹¹⁾.

A manipulação frequente de agulhas e outros materiais perfuro-cortantes sem dispositivo de proteção, a não utilização de EPI e o contato com materiais, alimentos e ar contaminados são alguns dos fatores que favorecem a ocorrência de acidentes com exposição a material biológico⁽⁴⁾.

Entende-se, pois, que a utilização de práticas preventivas e de precauções universais, a exemplo dos EPI por trabalhadores da saúde, apresenta várias veredas protecionistas. Dentre estas, podemos citar as seguintes: proteger-se de contaminar e contrair doenças, proteger o cliente de infecções durante a realização das técnicas e procedimentos, contribuir com a higiene dos procedimentos sanitários numa perspectiva estética da Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra a vulnerabilidade dos trabalhadores de enfermagem (auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem) aos acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Tais acidentes ocorrem tanto por comporem a maior força de trabalho em saúde, quanto por estarem mais suscetíveis aos riscos, devido ao seu labor, trabalho e ação durante seu processo de trabalho individual ou coletivo, no cuidado aos sujeitos, famílias e comunidades, seja em um Centro de Saúde da Família, hospital, clínica especializada, até mesmo nos territórios de atuação na Estratégia Saúde da Família, durante uma campanha de multivacinação ou de atualização de cadernetas de vacinas, ou no cuidado com feridas e doentes terminais nos lares.

Entende-se que alguns fatores podem contribuir com a melhoria da qualidade de vida no trabalho e com a redução dos riscos e acidentes de trabalho, principalmente por exposição a material biológico de auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Esses fatores podem ser compreendidos como: o dimensionamento de pessoal de enfermagem, conforme a de-

manda e as necessidades de cada espaço de trabalho, tendo em vista a diminuição da sobrecarga de trabalho desses profissionais; aquisição e oferta de EPI em quantitativo adequado às necessidades e especificidades de cada um dos trabalhadores da saúde, de acordo com o nível de complexidade de cada serviço de saúde; local adequado para processamento e acondicionamento dos resíduos; estabelecer, na instituição, uma política de educação permanente para esses trabalhadores acerca das normas de precaução padrão e manuseio adequado dos EPI; organizar os serviços de saúde para que tenham uma ambiência agradável para o labore dos profissionais de enfermagem; desenvolvimento de consciência e de boas práticas para uma maior adesão dos profissionais para o uso adequado dos EPI por parte de todos os trabalhadores.

Portanto, uma assistência de qualidade, humanizada e segura envolve pelo menos três entes, cada um com suas responsabilidades individuais. Primeiramente, vêm o gestor de sistema de saúde e o gerente de serviços de saúde, que devem garantir a manutenção contínua de equipamentos, materiais e outros insumos, além de quantitativo de pessoal satisfatório que supram às necessidades do serviço, tendo em vista o desenvolvimento das ações de rotina. Em segundo lugar, consta o profissional da saúde, individualmente e em equipe, com a garantia da realização de práticas seguras, com o mínimo de riscos para si e para os sujeitos de cuidado. Por último, está a clientela, que deve buscar mais segurança e proteção durante a realização dos procedimentos e apreender práticas de autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Valim MD, Marziale MHP. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. 2011; 20: 138-146 [especial].
2. Dias MAC, Machado AA, Santos BMO. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico. *Medicina*. 2012; 45(1):12-22
3. Giancotti GM, Haeffner R, Solheid NLS, Miranda FMD, Sarquis LMM. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2014; 23(2):337-346
4. Marziale MHP, Santos HEC, Cenzi CM., Rocha FLR, Trovó MEM. Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores de um hospital universitário. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*. 2014; 18(1):11-16
5. Sobral. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico. Sobral: Secretaria da Saúde; 2014
6. Lima LM, Oliveira CC, Rodrigues KMR. Exposição Ocupacional por Material Biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas – 2004 a 2008. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*; 2011;15 (1):96-102.
7. Santos SS, Costa NA, Mascarenhas MDM. Caracterização das exposições ocupacionais a material biológico entre trabalhadores de hospitais do município de Teresina, estado do Piauí, Brasil, 2007 a 2011. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2013; 22(1):165-170
8. Ximenes Neto, FRG, Costa MCF, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e técnicos de enfermagem na Saúde da Família: perfil sócio demográfico e necessidades de qualificação. *Trabalho, educação e saúde*. 2008; 6(1):51-64
9. Pimenta FR, Ferreira MD, Gir E, Hayashida M, Canini SRMS. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. *Revista da escola de enfermagem USP*, 2013; 47(1):198-204
10. Ximenes Neto FRG, Aurélio DO, Santos FD, Ferreira VES, Pereira RAR, Linhares MSC. Perfil sócio demográfico e trabalhista dos trabalhadores rurais vítimas de acidente no semiárido cearense. *Revista Enfermagem em foco*. 2016; 7(1):56-60.
11. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco*. 2016; 7:11-17 [especial].
12. Brasil. Portaria nº. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma Regulamentadora nº. 32 - Segurança e Saúde no trabalho em estabelecimentos de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2005 Acesso em 28 janeiro 2016, de http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101323B5152AF4497/nr_32.pdf
13. Chiodi MB, Marziale MHP, Mondadori RM, Robazzi MLCC. Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010; 31(2):211-217
14. Marziale MHP, Silva EJ, Haas VJ, Robazzi MLCC. Acidentes com material biológico em hospital da Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho - REPAT. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2007; 32(115):109-119.

Recebido em: 19.06.2016

Aprovado em: 29.06.2016

INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE DOENÇAS INFECCIOSAS

PRESSURE ULCER IMPLICATIONS ON A UNIT OF INTENSIVE CARE OF INFECTIOUS DISEASES

Artigo Original

Elizabeth Mesquita Melo¹
Maria da Conceição Almeida Barros²
Adna Ribeiro Braquehais³
Vlândia Teles Moreira⁴
Dayllanna Stefanny Lopes Lima Feitosa⁵
Emanuela Silva Oliveira⁶
Francisca Erilene Maia⁶
Lorena Naiane de Araújo Fernandes⁶
Nicole Silva França⁶
Raffaella Pereira de Souza Costa⁶

RESUMO

Objetivou-se identificar a Incidência de úlcera por Pressão (UP) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) especializada em doenças infecciosas. Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com a utilização dos prontuários de 51 pacientes da UTI de um hospital público, entre março e abril de 2016, em Fortaleza-Ceará. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com média de idade de 52 anos; 52,9% eram da capital. O principal diagnóstico médico foi a AIDS; 90,2% necessitaram de ventilação mecânica invasiva, drogas vasoativas e sedação/analgesia. A incidência de úlcera na UTI foi de 28,3% e em relação à localização, prevaleceu a região sacra, com 76,5%. Quanto ao desfecho clínico, 64,7% foram a óbito. Enfatiza-se acerca da importância de adotar medidas para prevenção das lesões, favorecendo a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Incidência.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the incidence of Pressure Ulcer (UP) in a specialized Intensive Care Unit (ICU) in infectious diseases. A descriptive, cross-sectional, retrospective, with a quantitative approach, developed using the medical records of 51 patients of the ICU of a public hospital, between march and april 2016, in Fortaleza-Ceará. The majority of the patients were male, with a mean age of 52 years; 52.9% were of the capital. The main medical diagnosis was AIDS; 90.2% invasive mechanical ventilation, vasoactive drugs and sedation / analgesia. The incidence of ulcer in ICU was 28.3% and in relation to the location, prevailed the sacral region, with 76.5%. Regarding the clinical outcome, 64.7% died. Emphasizes the importance of adopting measures to prevention of injuries, favoring the quality of care provided to the patient.

Keywords: Pressure Ulcer; Nursing Care; Intensive Care Units; Incidence.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Coordenadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Assistência de Enfermagem a Pacientes críticos (GEPAEPC). E-mail: elizjornet@yahoo.com.br

² Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. Discente do Curso de Especialização em Terapia Intensiva/UNIFOR.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Docente da UNIFOR.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Instituto Dr. José Frota/Fortaleza-Ceará. Docente da UNIFOR.

⁵ Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC)/UNIFOR.

⁶ Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista PAVIC/UNIFOR.

INTRODUÇÃO

O número de pacientes que desenvolvem lesões de pele após longo período de internação tem despertado a preocupação dos profissionais de saúde, dos pesquisadores e dos serviços de saúde, por tratar-se de um problema que, geralmente, pode ser evitável, além de acarretar inúmeras consequências⁽¹⁾.

O desenvolvimento de lesão de pele, resultando em Úlcera por Pressão (UP), acarreta desconforto físico, aumenta o risco de complicações e prolonga a hospitalização. Assim, essas lesões constituem alvo de preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde⁽²⁾.

A UP é uma área localizada de morte celular que ocorre em proeminências ósseas expostas à pressão por um período suficiente de tempo para causar isquemia tecidual. O principal fator para desenvolver a úlcera é a pressão exercida sobre um capilar, entre o arcabouço ósseo e uma superfície, ocasionando a morte do tecido⁽³⁾.

Existem indivíduos vulneráveis à formação de UP, como aqueles com comprometimento da percepção sensorial, em uso de sedação, os comatosos ou, ainda, aqueles submetidos à cirurgia de grande porte e em restrição mecânica⁽⁴⁾.

A incidência de UP eleva-se em pacientes internados em Unidade e Terapia Intensiva (UTI), em decorrência de sua gravidade, imobilização no leito, uso de sedação/analgesia, complicações da doença de base, dentre outros fatores.

Devido à criticidade dos pacientes internados em UTI, os mesmos apresentam instabilidade hemodinâmica, limitação de atividade e mobilidade, uso de sedativos, alteração do nível de consciência e uso de drogas vasoativas, os quais são considerados fatores que elevam o risco para o desenvolvimento de UP⁽⁵⁾.

A UTI compõe um setor com a finalidade de receber pacientes em estado crítico, sejam clínico ou cirúrgico. Essa unidade tem como objetivo, ofertar segurança a pacientes clinicamente instáveis, por meio de uma vigilância contínua e rigorosa, através do uso de equipamentos com suporte tecnológico avançado⁽⁶⁾.

A ocorrência de UP em pacientes, durante a internação em UTI, é considerada um indicador negativo da qualidade da assistência prestada, visto que a adoção de estratégias preventivas pode evitar e reduzir esse problema⁽⁷⁾.

Torna-se um grande desafio a adoção de estratégias de prevenção da UP em uma UTI. É essencial educar e conscientizar os profissionais, em especial os que compõem a equipe de enfermagem, da importância de ações para a prevenção das úlceras, contribuindo para a redução das complicações e do tempo de internação hospitalar.

É de extrema importância identificar o panorama da ocorrência de UP em UTI, visando à adoção de estratégias reais para redução dessa problemática, tais como: implementação de escalas de predição de risco da UP, uso de superfícies de contato que reduzam a pressão e curativos especiais.

O estudo é relevante por seu potencial de fornecer subsídios para fomentar discussões sobre a ocorrência de UP em UTI, considerando as rotinas de saúde instituídas. Ademais, também irá permitir maior sensibilização dos enfermeiros sobre a importância de adoção de medidas preventivas para esse agravo.

Diante do exposto, o estudo objetiva identificar a incidência de úlcera por pressão em uma UTI especializada em doenças infecciosas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma UTI inserida em um hospital público, especializado em doenças infecciosas. A instituição é classificada como de atenção secundária e médio porte. A UTI possui oito leitos e recebe pacientes com o perfil da instituição ou não, procedentes desta ou encaminhada de outras instituições.

A população do estudo foi composta pelos pacientes internados na UTI durante o período de janeiro a julho de 2014, com um total de 198 pacientes, sendo a amostra constituída por 51 pacientes, definida com base nos critérios de inclusão: apresentar uma ou mais UP; e ter permanecido pelo menos 48 horas internados na unidade. Como critérios de exclusão, citam-se: apresentar lesão por pressão na ocasião da admissão; e inexistência de dados que indiquem a ocorrência da úlcera na evolução de enfermagem.

Para selecionar o tamanho final da amostra optou-se por amostragem intencional não probabilística, a qual pressupõe que o pesquisador tem conhecimento sobre a população em estudo, podendo selecionar propositalmente, os sujeitos que se mostram em condição de participar do mesmo⁽⁸⁾.

Os dados foram coletados no período de março a abril de 2016, a partir dos prontuários dos pacientes, no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), utilizando-se um roteiro estruturado. Os resultados foram expostos em tabelas e gráfico.

O estudo fundamentou-se na resolução nº466/2012 que trata de pesquisas em seres humanos⁽⁹⁾. É oportuno salientar que o estudo faz parte de um projeto guarda-chuvas, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição, com o nº037/2011.

RESULTADOS

Os dados coletados possibilitaram a visualização de determinadas características epidemiológicas e clínicas dos pa-

cientes inseridos no estudo, bem como o conhecimento sobre a incidência de UP na referida UTI.

A tabela 1 demonstra a distribuição dos pacientes no que se refere ao sexo, procedência e diagnóstico médico que indicou a internação na UTI.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo o sexo, procedência e diagnóstico médico. Fortaleza, 2015.

| VARIÁVEIS | N | % |
|--------------------|-----------|------------|
| SEXO | | |
| Masculino | 37 | 72,5 |
| Feminino | 14 | 27,5 |
| PROCEDÊNCIA | | |
| Capital | 27 | 52,9 |
| Interior | 24 | 47,1 |
| DIAGNÓSTICO | | |
| Aíds | 22 | 43,2 |
| Pneumopatias | 14 | 27,4 |
| Cardiopatias | 03 | 5,9 |
| Meningite | 03 | 5,9 |
| Tétano | 02 | 3,9 |
| Calazar | 02 | 3,9 |
| Outros | 05 | 9,8 |
| Total | 51 | 100 |

No que se refere ao sexo, notou-se maioria do sexo masculino, representado por 37 pacientes (72,5%), enquanto 14 (27,5%) eram do sexo feminino, sendo a média de idade 52 anos. Não foram observadas variações importantes em relação à procedência, tendo em vista que 52,9% eram provenientes da capital e 47,1% do interior do estado.

Dentre os diagnósticos médicos, houve prevalência da aids, com 22 pacientes (43,2%). Em seguida, têm-se: pneumopatias, com 14 (27,4%); cardiopatias, com três (5,9%), sendo o mesmo percentual com meningite. Foram encontrados ainda dois pacientes (3,9%) com tétano e dois (3,9%) com calazar. Outros diagnósticos identificados (9,8%) incluíram: seqüela de acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda e leptospirose.

Os pacientes internados em UTI comumente necessitam de diversos suportes, os quais contribuem para a melhora do seu

quadro clínico e conseqüente recuperação. Assim, foi levantado o uso de ventilação mecânica invasiva, drogas vasoativas e sedação/analgesia entre os pacientes, conforme ilustrado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo o uso de ventilação mecânica invasiva, drogas vasoativas e sedação/analgesia. Fortaleza, 2016.

| VARIÁVEIS | N | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| USO DE VENTILADOR MECÂNICO | | |
| Sim | 46 | 90,2 |
| Não | 05 | 9,8 |
| USO DE DROGAS VASOATIVAS | | |
| Sim | 41 | 80,4 |
| Não | 10 | 19,6 |
| USO DE SEDAÇÃO/ANALGESIA | | |
| Sim | 41 | 80,4 |
| Não | 10 | 19,6 |
| Total | 51 | 100 |

A grande maioria usou suporte ventilatório invasivo (90,2%), fato associado, também, ao grande número de pacientes admitidos na UTI com diagnóstico de pneumopatias.

A respeito do suporte de drogas vasoativas, a grande maioria (80,4%) foi submetida ao uso de tais drogas, sobressaindo-se a noradrenalina, que foi utilizada pela maioria dos pacientes. Quanto ao uso de sedação/analgesia, verificou-se um percentual elevado de pacientes (80,4%) que necessitou do uso desses fármacos.

Destaca-se que a incidência de UP é determinada pelo número de casos novos em uma população de risco, em um determinado período de tempo, através da fórmula: Índice de incidência = Número de casos novos na UTI no período especificado, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco no mesmo período, multiplicado por 100.

Desse modo, a incidência de UP na UTI enfocada no estudo, foi de 28,3%, levando em conta o total de 180 pacientes expostos ao risco de desenvolver a lesão durante a permanência na unidade.

Um ponto investigado no estudo foram os principais locais de desenvolvimento da UP, como demonstrado no gráfico 1.

Em se tratando dos locais mais acometidos pela úlcera, na maioria dos pacientes (76,5%) foi a região sacra, seguindo-se a região glútea e calcâneos, com 9,8% cada e a região occipital com 5,9%.

Gráfico 1. Distribuição dos pacientes segundo os locais da UP. Fortaleza, 2016.

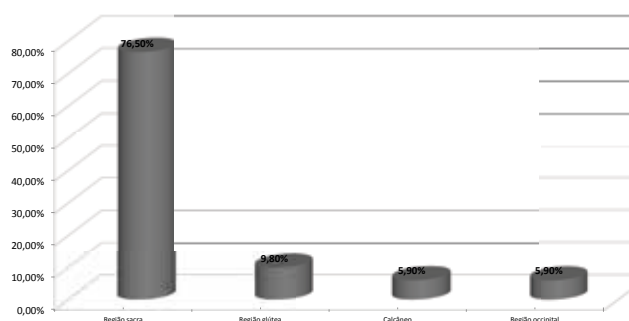
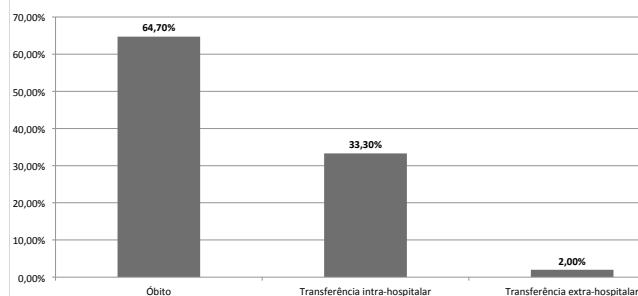


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes segundo o desfecho clínico. Fortaleza, 2016.



O gráfico 2 expõe os resultados associados ao desfecho clínico dos pacientes.

Grande parte dos pacientes (64,74%) evoluiu para óbito. Por outro lado, 33,3% tiveram transferência intra-hospitalar e apenas 2% foram encaminhados para uma UTI externa.

DISCUSSÃO

Notou-se, em relação ao perfil do paciente, maioria do sexo masculino (72,5%). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos prospectivos internacionais, realizado em UTI, em que a maioria dos pacientes com UP era do sexo masculino⁽¹⁰⁾.

A média de idade encontrada foi de 52 anos. Resultados divergentes detectaram prevalência de pacientes internados em UTI com idade acima de 60 anos⁽¹¹⁾. A divergência com os dados encontrados reflete o tipo de cenário investigado, visto que uma UTI de doenças infecciosas é específica, não abrangendo todas as patologias e enfocando especificamente doenças que acometem geralmente pacientes mais jovens.

No que se refere à procedência, não houve muita diferença, tendo em vista que 52,9% eram advindos da capital, enquanto 47,1% do interior do estado. Tal fato pode estar relacionado à instituição possuir caráter de referência em doenças infecciosas, o que leva à busca por atendimentos englobando cidades do interior do estado.

Os diagnósticos médicos podem indicar o nível de gravidade do paciente, potencializando o risco de desenvolvimento de lesões. Nesse estudo verificou-se como doença mais prevalente

a AIDS, seguida das pneumopatias, cardiopatias, meningite, tétano e calazar. Estudo anterior realizado em uma UTI identificou como doenças prevalentes a hipertensão arterial e o acidente vascular encefálico⁽¹²⁾.

A divergência dos dados do presente estudo pode ser justificada como o reflexo do hospital em que o mesmo foi desenvolvido, referência em doenças infecciosas, sendo admitidos, dessa forma, em seu quantitativo maior, pacientes portadores dessas doenças.

O desenvolvimento da UP pode estar relacionado ao uso de ventilação mecânica (VM), visto que a mesma impossibilita a alimentação via oral, provocando muitas vezes déficits nutricionais que influencia o surgimento de úlceras, bem como pela maior restrição do paciente ao leito.

Sob essa ótica, ressalta-se que a grande maioria dos pacientes (90,2%) necessitou do uso de VM. Tais achados corroboram pesquisa que caracterizou os pacientes com UP internados em uma UTI, em que as autoras identificaram que 92% dos pacientes foram submetidos ao uso de suporte ventilatório invasivo⁽¹³⁾.

Quanto às drogas vasoativas, a grande maioria dos pacientes fez uso, constituindo um dos fatores de risco mais frequentes no desenvolvimento de UP, em virtude de serem pacientes que muitas vezes exigem menos mobilização, pelo grau de instabilidade¹⁴. Além do mais, caso a classe das drogas seja a das vasoconstrictoras, estas diminuem a circulação de sangue e oxigênio em determinadas áreas, potencializando o risco de desenvolvimento da úlcera.

Outro fator relacionado à UP é o uso de sedação/analgesia, haja vista que o paciente apresentará alteração na sensibilidade, o que concorrerá para o desenvolvimento de lesões, uma vez que o mesmo não poderá demonstrar o incômodo em relação à posição, ou a presença de dor em determinado local, bem como, aumento da imobilidade física. Desse modo, no presente estudo, 80,4% usaram tais medicamentos. É válido ressaltar a comprovação do uso de sedação relacionada ao desenvolvimento de úlcera por pressão⁽¹⁵⁾.

Os analgésicos são drogas que provocam redução dos estímulos naturais de mudanças de posições ao incômodo e conseqüente redução do alívio à pressão, facilitando, assim, o desenvolvimento da lesão⁽¹⁶⁾. Assim, a percepção sensorial é importante, pois quando a mesma é afetada, o paciente diminui a capacidade de identificar desconforto ou a dor.

O presente estudo verificou uma incidência de UP de 28,3% na UTI em questão, podendo ser considerada alta, quando comparada aos resultados observados em outra pesquisa, a qual demonstrou uma incidência de 11,0%⁽¹⁷⁾. No entanto, essa realidade também deve ser observada do ponto de vista de gravidade dos pacientes, do tempo de permanência na UTI, das comorbidades, dentre outros fatores.

Em relação à localização da UP, constatou-se prevalência da região sacra (76,5%), assemelhando-se aos achados de outros estudos⁽¹⁸⁻⁹⁾.

Quanto ao desfecho clínico, grande parte dos pacientes foi a óbito (64,7%), considerando a gravidade dos mesmos, em sua maioria portadora de complicações associadas à doença de base. Esse resultado é reforçado por outro estudo que evidenciou que 57,6% dos pacientes evoluíram para o óbito⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito do estudo foi identificar a incidência de UP em uma UTI de doenças infecciosas. No entanto, foi possível traçar o perfil dos pacientes, sendo notado que a maioria era sexo masculino, com a média de idade de 52 anos, com procedência tanto da capital quanto do interior.

Quando ao diagnóstico médico que indicou a internação na UTI, houve predominância da AIDS, seguida da pneumopatias. A grande maioria utilizou VM, drogas vasoativas e sedação/analgésia.

Os resultados demonstraram uma incidência de UP entre os pacientes da referida UTI de 28,3%, predominando como local de desenvolvimento da úlcera a região sacra. Destaca-se como principal desfecho clínico entre os pacientes o óbito, não se podendo fazer uma associação da presença da UP com o óbito, a julgar que os pacientes eram portadores de doenças graves, predominantemente de caráter infeccioso, com complicações associadas.

É de extrema importância identificar o perfil de pacientes acometidos por UP em UTI, para subsidiar conhecimentos e informações necessárias para criação de estratégias que visem à redução desse agravo.

Nesse contexto é necessário sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de adotar medidas para prevenção das lesões, favorecendo a qualidade da assistência prestada à população.

REFERÊNCIAS

1. Iron G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: 2013.
3. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos, FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev Esc Enferm USP [on line]. 2011; [cited 2016 Feb 17]; 45(2):313-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200002
4. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.
5. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem [on line]. 2008; [cited 2016 Mar 18]; 16(6):973-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600006&script=sci_abstract&tlng=pt
6. Viana RAPP. Sepsis para enfermeiros - As horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico. Porto Alegre: Artes médicas; 2009.
7. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. Rev Latino-Am Enfermagem [on line]. 2010; [cited 2016 Feb 13]; 18(6):1203-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ed., Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Informe Epidemiológico SUS. 2012, 3:67-35.
10. Georges B, Conil JM, Dubouix A, Archambaud M, Bonnet E, Saivin S.; et al. Risk of emergence of Pseudomonas aeruginosa resistance to lactam antibiotics in intensive care units. Crit care med [on line]. 2006; [cited Abr 2016 10]; 34(suppl. 6):1636-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16557152>
11. Feijó CAR, Leite FOJ, Martins ACS, Furtado AHJ, Cruz LLS, Meneses FA. Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário brasileiro. Rev. Bras. Ter. Intensiva. [on line]. 2006; [cited Jun 2016 19]; 18(Suppl 1):18-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2006000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev Gaúcha Enferm [on line]. 2011; [cited May 2016 15]; 32(1):143-50. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16059/12419>
13. Melo EM, Nogueira DGR, Lima MA. Caracterização das úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. Revista Estima. 2014; 12(3):50-7.
14. Sousa PRA, Sousa MFS, Barros IC, Bezerra SMG, Sousa JERB, Luz MHBA. Avaliação de risco para desenvolvimento de Úlceras por Pressão em pacientes críticos. Rev Enferm UFPI. 2013; 2(1):9-15.
15. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. Rev Eletr Enf [on line]. 2008; [cited Mar 2016 18]; 10(3):733-46. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf
16. Vieira CPB, Sá MS, Madeira MZ, Luz MHB. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. Rev Rene. 2014; 15(4):650-8.
17. Campanili TCF, Santos VLCC, Strazzeiri-Pulido KC, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. Rev esc enferm USP [on line]. 2015; [cited Feb 2016 14]; 49(1):7-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0007.pdf>
18. Silva MLN, Caminha RTO, Oliveira SHS, Diniz ERS, Oliveira JL, Neves VSN. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. Rev Rene. 2013; 14(5):938-44.
19. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. Rev Eletr Enf [on line]. 2010; [cited Dec 2015 11]; 12(4):719-26. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a18.pdf

Recebido em: 03.07.2016

Approved em: 20.07.2016

PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE APLICABILIDADE DE INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO DO USO DE ÁLCOOL EM PRÉ-NATAL

NURSES' PERCEPTION ON APPLICABILITY OF ALCOHOL USE SCREENING TOOL IN PRENATAL CARE

Artigo Original

Inácia Ribeiro de Castro¹

Priscila Bandeira Falcão¹

Lucília Maria Nunes Falcão²

Simone Paes de Melo³

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias⁴

RESUMO

Objetivou-se avaliar a percepção de profissionais de saúde sobre a aplicabilidade de instrumento de rastreamento de álcool (T-ACE) no contexto da atenção básica, para mulheres acompanhadas no pré-natal e contribuir com condutas e orientações aos profissionais de saúde para um rastreamento mais específico do uso de álcool. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, realizado no período de abril de 2016, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Foram selecionados 7 enfermeiros, os quais, após treinamento na aplicação do instrumento T-ACE para gestantes durante consultas de pré-natal, foram entrevistados sobre sua percepção em relação ao instrumento. Conclui-se, com base nos relatos dos enfermeiros, que é possível a inserção desse instrumento de rastreamento na rotina do pré-natal, desde que seja realizado um treinamento específico anterior.

Palavras-chave: Alcoolismo; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the perception of health professionals about the applicability of an alcohol-screening tool (T-ACE) in the context of basic care for women with prenatal care and to contribute to the conduct of health professionals. More specific use of alcohol. This is a qualitative study, conducted in April 2016, in a Primary Health Care Unit, located in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Seven nurses were selected, who, after training in the application of the T-ACE instrument to pregnant women during prenatal consultations, were interviewed about their perception regarding the instrument. Based on the nurses' reports, it is concluded that it is possible to insert this screening instrument in the prenatal routine, provided that previous specific training is performed.

Keywords: Alcoholism; Pregnancy; Prenatal Care; Nursing.

¹Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: inacia_ribeiro@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Epidemiologia. Docente da UNIFOR.

³Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente da UNIFOR.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, diante da emancipação feminina e na luta pela igualdade de direitos, a mulher vem assumindo novos papéis na sociedade e isto tem mudado seus hábitos de vida, dentre eles o aumento do consumo de álcool. De acordo com pesquisa do Ministério da Saúde realizada em 2014, 16,5% dos adultos a partir dos 18 anos de idade, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, disseram consumir bebidas alcoólicas de forma abusiva no mês antes da entrevista. Essa proporção foi maior na população de 25 a 34 anos (23,2%), em homens (24,8%) quando comparado às mulheres (9,4%) e entre a população com maior escolaridade (19,5%) com 12 anos ou mais anos de estudo⁽¹⁾.

O consumo de álcool traz maiores efeitos nocivos às mulheres do que aos homens. As mulheres, devido seu metabolismo mais lento, absorvem até 30% a mais do álcool consumido. Entre as gestantes que ingerem álcool, o feto está sujeito às mesmas dosagens ingeridas pela mãe, pois o álcool atravessa a barreira placentária. Assim, devido à maior lentidão do metabolismo e eliminação fetal, o líquido amniótico fica impregnado de álcool não modificado (etanol) e acetaldeído (metabólito do etanol), ocasionando um tempo de exposição maior do feto a esses produtos⁽²⁾.

O etanol produz diferentes efeitos no organismo. Entre eles, induz a formação de radicais livres de oxigênio que são capazes de danificar proteínas e lipídeos celulares, aumentando a apoptose e prejudicando a organogênese. Além disso, inibe a síntese de ácido retinóico, que é uma substância reguladora do desenvolvimento embrionário. Tanto o etanol quanto o acetaldeído têm efeitos diretos sobre vários fatores de crescimento celular, inibindo a proliferação de certos tecidos⁽³⁾. Por este motivo, e de acordo com várias pesquisas, não existe uma dosagem tolerável que se possa ingerir durante a gestação, pois o mínimo percentual de álcool já é suficiente para causar alterações no bem-estar fetal. Sendo assim, o ideal é a abstinência alcoólica durante o período gestacional, pois o feto está sujeito às mesmas dosagens maternas⁽⁴⁻⁸⁾.

Devido essa exposição fetal ao álcool, podem ocorrer várias alterações físicas, comportamentais e mentais. As principais alterações encontradas em recém-nascidos vão desde o baixo peso ao nascer, perímetro cefálico abaixo do esperado, déficit de crescimento, má formações congênitas do coração, retardo no desenvolvimento, da genitália, palato e rins, até a ocorrência da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)⁽⁹⁾.

Os Distúrbios do Espectro da Síndrome Alcoólica Fetal (DESAF) incluem a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), os Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool e as Desordens de Neurodesenvolvimento Relacionados ao Álcool. Todos apresentam sua sintomatologia própria e comprometimento fetal variados. A SAF é uma embriofetopatia que se origina devido ao consumo de álcool durante a gravidez, expondo o desenvolvimento do embrião e o feto a um amplo espectro de alterações⁽¹⁰⁾. É caracterizada por anomalias craniofaciais típicas, deficiência de

crescimento, disfunções do sistema nervoso central e várias malformações associadas.

Existem vários instrumentos de rastreamento para a detecção do uso ou abuso de álcool. Dentre eles, os principais são: AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), o T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut-down and Eye-opener*) e o CAGE (*Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener*) (CAGE)⁽¹¹⁾. O T-ACE, desenvolvido por Sokol e Claren^(12,13), em 1989 e validado para língua portuguesa em 2002 por Fabbri⁽¹³⁾ foi o instrumento escolhido para este estudo. Nesse estudo, o objetivo do T-ACE foi identificar casos de risco para o desenvolvimento da Síndrome Alcoólica Fetal, avaliando a tolerância do álcool em gestantes admitidas em ambiente hospitalar para o parto.

Os enfermeiros que trabalham na atenção primária têm um papel de alta relevância na identificação de possíveis fatores de risco à gestação, visto serem os profissionais que primeiro entram em contato com as gestantes, quando de sua visita inicial à Unidade de Saúde e início do pré-natal. A partir do estudo de Fabbri⁽¹³⁾, questionou-se a aplicabilidade do instrumento no contexto da Atenção Básica. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a aplicabilidade do instrumento T-ACE no contexto da Atenção Básica para mulheres acompanhadas no pré-natal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Executiva Regional VI, na cidade de Fortaleza/Ceará, escolhida por oferecer serviço de pré-natal de risco habitual.

Primeiramente, foram identificados enfermeiros exercendo atividades de realização de pré-natal junto a Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) da Secretaria Executiva Regional VI que aceitaram participar no estudo. Em seguida, foi oferecido um treinamento a esses profissionais em como utilizar o questionário T-ACE durante a consulta de pré-natal. Os enfermeiros aplicaram o instrumento T-ACE em mulheres grávidas que comparecessem à primeira consulta de enfermagem do pré-natal, visto que nesta consulta ocorre a anamnese completa da paciente e a identificação de riscos para alguma complicação durante a gestação.

Para a avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a aplicação do instrumento T-ACE, foi realizada uma entrevista utilizando um questionário semi-estruturado com perguntas sobre a percepção, avaliação e importância do instrumento T-ACE. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise do conteúdo, utilizando a metodologia de Bardin⁽¹⁴⁾.

A sigla do instrumento T-ACE tem como significado "T-tolerance", "A-annoying", "C-cutdown" e "E-eyeopener", que significam: T- nível de tolerância ao álcool; A- sentir-se agredido pela crítica dos outros; C- desejo de interromper o consumo; E- necessidade de beber pela manhã para sentir-se melhor. Para pontuação, considera-se de zero a dois pontos para a primeira questão e um ponto para as questões subsequentes. A pontua-

ação máxima é de cinco pontos e o limite para considerar um caso como positivo para o T-ACE são dois pontos⁽¹⁵⁾. Com essa classificação, o enfermeiro rastreia o consumo de álcool pela gestante durante a realização do pré-natal.

Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos e legais, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, sendo-lhes solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob nº do parecer 1.498.061.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Aceitaram participar do estudo sete enfermeiros, com idades variando de 34 a 51 anos, e com 12 a 25 anos de conclusão do curso de graduado. O tempo de serviço destes profissionais na instituição variou de 6 meses a 12 anos. Em se tratando das pós-graduações que haviam concluído, foram nas áreas de saúde da família, enfermagem do trabalho, emergência em saúde pública, vigilância sanitária e obstetrícia. Em relação ao instrumento T-ACE, todos mencionaram nunca haver empregado este instrumento de rastreamento em sua rotina de trabalho.

De acordo com a descrição das entrevistas por meio da transcrição e documentação das falas, foram analisadas todas as respostas, e em seguida classificadas por categorias. Para manter o anonimato, os enfermeiros foram nomeados pela letra E seguida dos numerais de 1 a 7. Foram identificados três núcleos temáticos: qualidades e fragilidades do instrumento T-ACE, sentimentos dos profissionais frente ao uso do T-ACE e como melhorar a aplicabilidade do T-ACE na atenção básica.

Qualidades e fragilidades do instrumento T-ACE

A maior parte dos enfermeiros, ao mencionar sua opinião sobre o instrumento, mencionou sua rapidez e a boa possibilidade de inserção na consulta de pré-natal, sem grandes transtornos.

“Eu achei que é um instrumento de fácil, tranquilo e de rápida aplicação, não tive dificuldade para aplicá-lo.” (E4).

“Considero rápida, não atrapalhando a consulta, portanto não encontrei problemas na aplicação.” (E7)

Pesquisa anterior realizada por Costa et al. sobre o instrumento T-ACE, encontrou resultado semelhante quando refere que “sua grande vantagem é a possibilidade de ser aplicado em dois minutos de conversa, sendo apropriado para rotina e prática nos serviços de obstetrícia e ginecologia”⁽¹⁶⁾.

A persistência e a rapidez desse instrumento o tornam um excelente meio de rastreamento, pois através das perguntas

abordadas ele tenta de formas variadas que a gestante admita a ingestão e/ou abuso de álcool.

“Esse instrumento é bem direto e ele é bem insistente, são cinco perguntas, se ela não responder na primeira, na segunda e até no final elas acabam respondendo se bebem ou não. Gostei do instrumento pela insistência, porque ele vai bem em cima, insiste para ver se ela realmente diz.” (E3)

Estudo de Caley et al declara que a aplicação do questionário T-ACE é mais eficiente que a anamnese convencional para identificar gestantes usuárias de álcool. De fato, com a utilização desse instrumento, o diagnóstico precoce favorece a intervenção e cria possibilidade de acesso a serviços especializados de tratamento e alternativas de enfrentamento a uso de drogas de abuso na gestação, evitando e/ou amenizando complicações maternas e neonatais⁽¹⁷⁾.

Sobre a viabilidade desse instrumento como parte da rotina de pré-natal houve discordância de sua aplicabilidade por um profissional.

“É importante, o problema é que ele já tem tanta burocracia, eu vejo que ele é altamente importante, mas eu não sei se ele teria essa viabilidade, embora seja muito prático, não sei se poderia ter espaço e ser inserido no cartão da gestante, mas é importante sim.” (E2)

A subjetividade, característica peculiar da relação profissional-paciente, cede lugar à objetividade racionalizadora. Obedecendo às novas normas administrativas, os profissionais da saúde são compelidos a adotar atitudes que mais os assemelham a técnicos burocraticamente controlados do que profissionais que detêm autonomia técnica. Preenchendo fichas, prontuários e seguindo as normas preestabelecidas pela administração, eles acabam por se aproximar das características de um “despachante” da saúde⁽²³⁾.

Essa rotina burocrática acaba tomando conta da maior parte do tempo dos profissionais que poderiam ser utilizados para assistência e maior cuidado ao paciente. Nessa lógica, apesar de identificar a pertinência e vantagem do instrumento no rastreamento do uso de álcool, prefere não modificar a rotina já preestabelecida por ele ou pela Instituição.

Sentimentos dos profissionais frente ao uso do T-ACE

Ao abordarmos o que os enfermeiros sentiam frente ao T-ACE, a maioria mencionou que esse questionário foi importante para instigá-los, a ter um olhar mais crítico sobre o tema, que às vezes é abordado bem superficialmente nas consultas de pré-natal.

“É importante porque é uma coisa que a gente sabe a repercussão que pode causar na vida da gestante e da criança, os riscos que elas se expõem durante o pré-natal e a gente não aborda, assim a gente aborda de forma superficial. E esse instrumento instiga o profissional a fazer mais perguntas, ele faz com que a gente pergunte coisas que em um pré-natal normal do dia-a-dia eu não realizo.” (E6)

Observa-se que o enfermeiro E6 ao declarar que o instrumento o instigou a ter uma maior atenção sobre o abuso de álcool na gestação, mostra que gerou uma consciência maior do problema do uso de álcool entre gestantes, fazendo com que estivesse motivado a buscar mais conhecimento e o impulsio-nasse a dar o melhor de si no cuidado à gestante.

O mesmo profissional também evidencia que o instrumento T-ACE fez com que ficasse atento, para nas consultas subse-quentes, acompanhar o uso de álcool nas gestantes atendidas.

"(...) uma paciente que deu T-ACE positivo me instigou a ter uma maior atenção e olhar crítico para essa ges-tante nas consultas subsequentes. Aí sempre na consul-ta com ela eu pergunto: ainda bebe? Para acompanhar a continuidade." (E6)

O enfermeiro, juntamente com os demais profissionais de saúde, desempenha importante papel na detecção e acompa-nhamento do uso de álcool durante a gestação(18). Sabe-se que a partir de um olhar crítico acerca da realidade em que as ações são realizadas, é que o enfermeiro torna-se capaz de in-tervir e modificar algo que não esteja em conformidade com a saúde do paciente. Dessa forma, o ato de cuidar deve ter uma visão holística e individualizada para a assistência ao paciente, abordando todas as suas dimensões, sejam elas pessoais, so-ciais e/ou econômicas(19).

"A primeira consulta de pré-natal é muito cheia de re-ceios e nesse primeiro momento é aquele contato ini-cial do profissional com o usuário, então para que o pré-natal ocorra adequadamente é preciso que ele tenha a questão da empatia porque ele vai ter uma continuidade de 3 em 3 meses com o enfermeiro, mas assim, às vezes, nesse primeiro momento eu percebo que algumas delas ficam um pouco receosas, elas ficam com vergonha de dizer, de se abrir e a partir do momento que você vai conversando, vai até aproximando sua linguagem da dela para se fazer entender." (E6)

Como o abuso de álcool é um assunto muito invasivo e mui-tas gestantes têm receio em admitir seu uso, o profissional deve utilizar como ferramenta de trabalho a empatia, como facili-tadora do rastreamento de álcool nas consultas de pré-natal. Desse modo, fazendo com que o profissional se sensibilize e se coloque no lugar delas, livre de julgamentos e críticas, para que assim a mulher sinta-se mais à vontade para conversar sobre o assunto e o bem estar da gestante seja sua prioridade.

A empatia é uma habilidade social multidimensional, que torna o indivíduo capaz de compreender sentimentos, necessi-dades e perspectivas de alguém, expressando esse entendimen-to de modo que o outro se sinta compreendido e validado(20).

O sentimento de empatia engloba componentes cogniti-vos, afetivos e comportamentais. O cognitivo é configurado pela adoção da perspectiva do outro, isto é, a capacidade de interpretar e compreender os sentimentos e pensamentos de alguém. O afetivo expressa uma tendência a experimentar si-

nais de simpatia e de compaixão pelos outros, além de preocu-pação genuína com o bem-estar do outro. O comportamental caracteriza-se por comunicar, de forma verbal e não verbal, um reconhecimento explícito dos sentimentos e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que ela se sinta realmente com-preendida(8).

No contexto assistencial da atenção básica, a comunicação deve servir para veicular informação, valores e emoções(21).A partir desta ferramenta, o enfermeiro deve atuar utilizando-a como forma de conhecer melhor a história de cada gestante, todos os seus hábitos, suas percepções em relação ao estar grá-vida e que perspectivas possuem na gravidez e após. Com isso, o profissional detecta com mais facilidade os riscos sociais, físi-cos, comportamentais que essa mulher possa apresentar.

A relação interpessoal é muito significativa para a gestante. Durante a gravidez ocorrem muitas mudanças e medos a serem enfrentados e poder contar com um profissional da saúde que a apoie nessa fase, traz benefícios terapêuticos, aumentando sua autoestima e empoderando-a para o autocuidado.

A investigação do uso de álcool durante a assistência pré-natal oferece vários benefícios à mãe, ao feto e à família, uma vez que a mãe com uso de álcool que foi identificada precoce-mente e assistida poderá retirar suas dúvidas e ter o conheci-mento concreto das consequências que seu filho poderá sofrer ao ser exposto ao álcool. Desse modo, poderá ser sensibilizada, refletir sobre esse ato e obter ajuda especializada para a elimi-nação ou redução do consumo de álcool(22).

Como melhorar a aplicabilidade do T-ACE na atenção básica

Observou-se que a confirmação do consumo de álcool na gestação nem sempre é fácil, provavelmente, pelo constrangi-mento da mulher em informar o uso, pelo despreparo do profes-sional para investigar adequadamente ou valorizar as queixas compatíveis com o hábito de beber. Desse modo, solicita-se aos profissionais de saúde sugestões de possíveis ações relaciona-das ao uso do T-ACE, para melhorar o rastreamento do uso de álcool na gestação. Dentre as sugestões, destacaram-se:

"A sugestão que dou é que é um questionário que de-veria estar no cartão de pré-natal, ou então, colocar na rotina do profissional, para ele insistir mais com essa temática, e beber socialmente? E no final de semana? E isso serviu para abrir mais o olhar do profissional em relação ao álcool durante a gestação." (E3)

"Só uma observação na questão que pergunta da quan-tidade que bebe, talvez se questionasse mais qual essa quantidade, o volume, poderia acrescentar aqui." (E5)

"Além de aplicar em consultas, poderia tentar colocar em trabalhos de grupo com gestantes." (E7)

"Eu fico pensando que deveria ter um checklist, por-que é tanta coisa que a gente tem que perguntar duran-te o pré-natal que às vezes é aquela consulta tão me-cânica que às vezes passa e o instrumento é importante

nesse aspecto. E ele faz com que a gente pergunte coisas quem em um pré-natal normal do dia-a-dia eu não realizo.” (E6)

O *checklist* é um instrumento que, em uma consulta de pré-natal, auxilia na organização daquilo que precisa ser perguntado ou verificado, funcionando como um guia para suporte durante as consultas. Por se tratar de momento em que se necessita abordar muitos tópicos em pouco tempo. Desse modo, um instrumento que orientasse o passo-a-passo auxiliaria o profissional a não esquecer nenhum assunto, dentre eles e muito importante, o uso de álcool na gestação.

A atuação do enfermeiro na atenção básica vai muito além da parte assistencial, ele age principalmente como promotor de saúde, um educador. Assim evidencia-se a importância da assistência de enfermagem ao pré-natal com qualidade, na medida em que se constitui um momento de educação em saúde, como o de orientar e promover a conscientização das gestantes sobre as possíveis implicações de hábitos não recomendáveis na gestação. Este deve ser aproveitado para implementação de programas educativos, como discussões em grupo, dramatizações de situações cotidianas, relato de experiências, entre outros, com o fim maior de promover a saúde das gestantes por meio da educação e aconselhamento⁽¹⁶⁾.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro⁽²⁴⁾. Entender como as pessoas se comportam em situações de saúde-doença e estimulá-las para mudanças, quando necessárias, são relevantes para a promoção da saúde⁽²⁵⁾. O Enfermeiro deve o com-

prometimento para encaminhar essa gestante para um pré-natal de alto risco e acompanhar como está evoluindo a gestação, garantindo que a gestante tenha todos os cuidados necessários sua saúde e a do seu bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro é um profissional de saúde que atua como agente promotor da saúde e do bem-estar dos seus pacientes e durante o acompanhamento de pré-natal se torna o profissional que está em contato direto com a gestante e tem como papel estar atento a possíveis riscos à saúde materna e fetal. O presente estudo evidencia que a detecção precoce facilita o diagnóstico e o tratamento específico para essas mulheres, de forma mais rápida, prevenindo ou amenizando complicações materno-fetais.

Assim, no contexto da atenção ao pré-natal, é importante a identificação precoce dos fatores de risco para possíveis complicações de uma gravidez. A utilização do instrumento T-ACE mostrou-se adequada como um instrumento de rápida aplicação que promete ser bastante insistente em rastrear o uso de álcool entre as gestantes e dando resultados mais fidedignos do que uma única pergunta abordada no cartão da gestante, que é a forma como vem sendo investigado até então.

Conclui-se, com base nos relatos dos enfermeiros, que é possível a inserção desse instrumento de rastreamento na rotina do pré-natal, desde que seja realizado treinamento anterior com os profissionais de saúde para minimizar sentimentos conflitantes na utilização do instrumento. A prática de enfermagem necessita da incorporação de novos saberes que possam direcionar a assistência de enfermagem à dignidade do ser cuidado e melhoria na qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília (DF): MS; 2015.
2. Chaudhuri JD. Alcoholanddevelopingfetus: a review. Med. Sci. Monit. 2000; 6(5):1031-1041.
3. Riley EP, Thomas JD, Goodlett CR, Klintsova AY, Greenough ET, Hungund BL, et al. Fetal alcohol effects: mechanisms and treatment. Alcohol Clin. Exp. Res. 2001; 25(5 suppl ISBRA): 110s-116.
4. Kline J, Levin B, Stein Z, Susser M, Warburton D. Epidemiologic detection of low dose effects on developing fetus. Environ Health Perspect 1981; 42:119-126.
5. Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. Rev. Brasileira Ginecol. Obstet., São Paulo, 2005; 27(7):376-381.
6. Oliveira TR, Simões SMF. Esc. Etilismo na gestação: um estudo exploratório. Anna Nery Ver Enferm, 2007; 11(4): 632 - 638.
7. Mesquita MA, Segre CAM. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. Ver Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(1): 63-77.
8. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA, Behr H, Hiley A. Alcohol use and pregnancy: improving identification. Obstet. Gynecol. 1998; 91(6): 892-898.
9. Ribeiro EM. Síndrome Alcoólica Fetal: Revisão. Revisões e Ensaios, São Paulo. 1995, 1(17): 47-56.
10. Botella HC. Alcohol y neuropsicología. Transtornos adictivos, Castellón, 2003; 5(3): 256-268.
11. Souza LHRF. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. Rev. Bras Ginecol. Obstet., Minas Gerais, 2012; 7(34):296-303.
12. Gouveia PB, Souza SND, Haddad MCL, Mello DF. Avaliação do consumo de álcool entre gestantes cadastradas no sistema de atenção primária de saúde. Cogitare Enferm, Londrina, 2010; 4(15): 624-630.
13. Fabrí CE. Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE). 2001. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ref. Type: Thesis/Dissertation
14. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
15. Fabrí CE, Furtado EF, Laprega MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. Rev. Saúde Pública 2007; 41(6):979-984.
16. Costa TS, Vasconcelos TC, Sousa LB, Bezerra CP, Miranda FAN, Alves SCS. Percepções de adolescentes grávidas acerca do consumo de álcool durante o período gestacional. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas. (Ed. Port.) Ribeirão Preto, 2010; 6(1).
17. Caley LM, Kramer C, Robinson LK. Fetal alcohol spectrum disorder. Journal of the School Nursing, Silver Spring. 2005; 21(3): 139-146.
18. Machado, MH. Trabalhadores da saúde: um bem público. Saúde em Debate 48, 1995; 54-57.
19. Veiga KCG, Fernandes JD, Sadigursky D. Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):322-5.
20. Mariza CR, Peron NB, Cornélio MM, Franco GR. Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da Empatia em estudantes da psicologia. Est. pesquisa. Psicol., Rio de Janeiro. 2014; 14(3): 914-932.
21. Kestenberg CCF. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 out/dez; 21(4):427-33.
22. Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saúde 2010; 34(1):86-91.
23. Oliveira TR, Simões SMF. Esc. Etilismo na gestação: um estudo exploratório. Anna Nery Ver Enferm, 2007; 11(4): 632 - 638.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): 2012.
25. Souza LB, Aquino OS, Fernandes JFP, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular. Rev. Enferm UERJ. 2008; 16: 107-12.

Recebido em: 13.07.2016

Aprovado em: 30.07.2016

A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: DIFICULDADES E DESAFIOS

THE EXPERIENCE OF NURSES IN THE PROCESS OF ORGAN DONATION IN DEATH BRAIN : DIFFICULTIES AND CHALLENGES

Artigo de Revisão

Erlaine Ritti de Oliveira¹

Sabrina Cristina Cantarino Fernandes²

RESUMO

Objetivou-se identificar a vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. O processo de doação de órgãos está permeado por questões que envolvem a moral humana. Torna-se um processo complexo que remete ao conhecimento técnico-científico, à subjetividade e à relação com pacientes e familiares heterogêneos em conceitos, crenças e atitudes, num tempo muito curto e de grande complexidade. Muito mais do que informar sobre o estado do paciente potencial doador, ou sobre o processo de doação de órgãos, é essencial que os enfermeiros, exatamente por estarem mais próximos da família, estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares. Diante das evidências, acredita-se que esta pesquisa contribua com reflexões e conhecimentos que permitem a identificação e das dificuldades no processo de doação de órgãos.

Palavras-chave: Doação de Órgãos; Enfermagem; Morte Encefálica.

ABSTRACT

Identify the experience of nurses in the organ donation process in brain death emphasizing the difficulties and challenges that may impact on the process of donation and transplantation. This is a systematic review of the literature. The process of organ donation is pervaded by issues involving human morality. It is a complex process that leads to technical-scientific knowledge, subjectivity and the relationship with patients and heterogeneous family of concepts, beliefs and attitudes, in a very short time and very complex. Much more than inform the potential donor patient's condition, or the process of organ donation, it is essential that nurses, just because they are closer to the family, are available and open to realize the needs of the family. Based on this evidence, it is believed that this research contributes with ideas and knowledge that enable the identification and difficulties in the organ donation process.

Keywords: Organ Donation; Nursing; Brain Death.

¹ Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho. Enfermeira assistencial no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Pronto Socorro, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Especialista em urgência e emergência. Enfermeira assistencial no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus- JF- MG- Brasil. E-mail: sabrinaccf08@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é um componente integral da prática moderna de cuidados de saúde, pode ser considerado como o melhor tratamento para pacientes com disfunção terminal de órgãos⁽¹⁾. Recorre-se ao transplante quando nenhum outro tratamento pode manter seguramente a vida do paciente com uma doença terminal. Para que este seja realizado, é necessário a existência de um doador de órgãos, podendo ser em vida ou post mortem. Este último é mais frequente e deve ser precedida de diagnóstico de morte encefálica (ME)⁽²⁾.

A doação de órgãos é uma atividade social que tem influência direta sobre a prestação de cuidados de saúde. Além disso, o transplante contribui para a redução das despesas de saúde. Os benefícios terapêuticos do transplante não são possíveis sem a colaboração e apoio dos profissionais de saúde, governo e sociedade como um todo, pois representa uma prática complexa que depende de múltiplos fatores, como a legislação⁽³⁾, as atitudes individuais, estruturas sociais, práticas culturais e crenças religiosas⁽¹⁾.

Define-se o processo de doação de órgãos como o conjunto de ações e procedimentos que transforma um potencial doador em doador efetivo. O potencial doador é o paciente com diagnóstico de morte encefálica, no qual tenha sido descartadas contra-indicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos. Esse processo pode demorar horas ou dias, o que pode causar estresse e ser traumático à família e, com isso, comprometer desfavoravelmente o número de doações⁽⁴⁾.

A confirmação do diagnóstico de morte encefálica torna-se um momento bastante difícil para a família. A assistência a pacientes com diagnóstico de morte encefálica caracteriza-se como uma atividade complexa, implementada pela equipe multiprofissional. Destaca-se o papel do Enfermeiro responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador de órgãos e seus familiares, tendo importância fundamental no manejo das repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, na monitorização hemodinâmica. O sucesso do transplante está relacionado à preservação adequada desse potencial doador⁽⁵⁾.

O enfermeiro atua no acolhimento dos familiares oferecendo suporte e informações adequadas e para que possam colaborar com o processo de doação e transplante, se isso for de sua vontade^(4,5).

Médicos e enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais a identificar um doador. Portanto, para ajudar os pacientes com falência de órgãos em fase terminal, é fundamental que eles sejam capacitados sobre a doação de órgãos⁽⁶⁾.

Baseado no pressuposto de que a enfermagem junto a outros profissionais é fundamental no cuidado ao paciente em ME e na doação de órgãos e tecidos, o estudo teve como objetivo identificar a vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica.

METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão de literatura. A busca foi realizada, com base no título dos artigos e nos resumos, foram selecionados todos os trabalhos relevantes para a leitura do texto na íntegra. Também foram examinadas as listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados, a fim de detectar mais artigos importantes na área, que não haviam sido identificados na busca original ou que não constavam nas bases de dados pesquisadas. Uma vez lidos todos os artigos, foi iniciado o processo de redação da revisão.

A pesquisa compreendeu o período abril a agosto de 2015. Os critérios de inclusão de resumos no presente estudo foram: idioma na língua inglesa ou português, textos completo livre em meio eletrônico. Decidimos por pesquisar os trabalhos publicados nos últimos 10 anos (2005 a 2015). Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: forma de publicação que estava disponível somente o resumo.

Para a obtenção dos artigos desta revisão utilizou-se na base de dados Pubmed os descritores: "Brain death" and "Nursing", obtendo 273 publicações, contudo apenas 21 atenderam aos critérios de inclusão. Em seguida, repetiu-se o processo na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), localizando 44 artigos.

A seleção de artigos foi realizada em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram metodologia referente ao tema. Após a leitura dos textos selecionados, 25 estudos fizeram parte da composição do presente trabalho.

RESULTADOS

Foram utilizados 25 artigos de acordo com os critérios de inclusão, dentre eles: estudos epidemiológicos observacionais, experimentais e revisões bibliográficas. Em se tratando dos autores responsáveis pela realização dos estudos, o maioria eram enfermeiros enfermeiros.

No que se refere ao local onde a pesquisa foi realizada a maior parte foram elaboradas na região Sudeste do Brasil, com 12 publicações. Na região Sul foram produzidos dois estudos e nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste contribuíram com quatro publicações. A prevalência de trabalhos oriundos do Sudeste foi semelhante ao encontrado em outros estudos.

Em relação aos tipos de pesquisa, as revisões bibliográficas somaram quatro. Estudos realizados em hospitais, universidades, escolas e outros campos tiveram um total de 10 artigos. Esse predomínio era esperado, pois havendo poucas publicações sobre o tema, como exemplificado pela amostra deste estudo, o número de pesquisas práticas seria superior ao de revisões. Foram analisados, ainda, estudos de outros países, como: Reino Unido, Qatar, e Irã (Tabela 01).

Tabela 1. Demonstrativo dos principais resultados encontrados na área da saúde sobre a vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica.

| AUTORES/ANO | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|---|--|
| Salehi S, Kanani T, Abedi H. (2013) | Os resultados do presente estudo mostrou que os enfermeiros de UTI experimentam um processo difícil e estressante durante o processo de doação de órgãos. |
| Mc Glade D, Pierscionek B. (2013) | Os resultados deste estudo mostram que o conhecimento da doação de órgãos nos estudantes de enfermagem "pode ser substancialmente melhorada e que os seus comportamentos de discussão poderia ser influenciada positivamente pela educação sobre o tema. |
| Sallum, AMC, Rossato ML, Silva SF. (2011) | Considera que, para uma grande parte dos profissionais de saúde, os aspectos de terminalidade, morte-morrer, tanatologia e decisão compartilhada, ainda são questões que necessitam de ampla abordagem, reflexão e discussão no cenário da saúde. |
| Mendes K S, et al. (2012) | Concluiu-se que enfermeiro deve ter conhecimento dos princípios de boas práticas e ter recursos disponíveis para avaliar o mérito, riscos e questões sociais relacionadas aos transplantes. A complexidade desta modalidade terapêutica exige preparo especializado e constante da equipe de profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente. No cotidiano da prática, o enfermeiro é desafiado a prestar uma assistência com qualidade aos pacientes e familiares. |
| Guetti N R, Marques I R. (2008) | A enfermagem pode contribuir através de uma melhor assistência para melhorar o cenário dos transplantes, o qual não é muito favorável no cenário brasileiro. |
| Freire et al. (2014) | Poucas etapas do processo obtiveram respostas superiores a 70,0% e nenhum profissional elencou todas as etapas fundamentais tanto para o diagnóstico de ME, manutenção do PD e as fases que compõem o processo de doação. Evidenciando a falta de conhecimento teórico-prático da equipe de enfermagem pesquisada, demonstrando a necessidade de se investir em estratégias educacionais. |
| Rech TH, Filho EMR. (2007) | Muitos aspectos estão envolvidos na decisão de uma família em doar os órgãos de seus familiares. Técnicas especiais de abordagem e profissionais bem treinados em entrevista familiar influenciam nas taxas de consentimento. |
| Guido LA, et al.(2009) | Os relatos revelaram que o processo de captação de órgãos remete a diferentes situações e emoções, no que se refere à percepção da assistência de enfermagem ao paciente potencial doador de órgãos. Os sujeitos relataram que a assistência a esse paciente é sem distinções, mas reconheciam certa insegurança e despreparo em se tratando de paciente com morte encefálica. |
| Cavalcante L P, et al.(2014) | O estudo conclui que o cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos configura-se como um processo complexo e que requer melhor qualificação e maturidade emocional, nem sempre presente. |
| Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. | Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. |
| Lei Nº 10.211, de 23 de março de 2001. | Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. |

| | |
|---|---|
| Moraes E L, Massarollo M CK B. (2009) | O estudo revelou que os motivos de recusa familiar para doação de órgãos e tecidos estão relacionados à crença, valores e inadequações no processo de doação e transplante. |
| Teixeira RKC, et al. (2012) | O estudo avaliou a influência do conhecimento sobre morte encefálica relacionada à doação de órgãos dos pacientes do Centro de Saúde Escola do Marco, órgão vinculado à Universidade do Estado do Pará. Apenas 19,9% souberam informar o que era morte encefálica, 85,3% acreditavam que o médico pode se equivocar na afirmação do estado de morte encefálica de um paciente e 18,4% confiavam no diagnóstico de morte encefálica. |
| Conselho Federal de Medicina (1997) | Resolução CFM nº 1.480/1997. Critérios para diagnóstico de morte encefálica. |
| Freire ILS, et al. (2014) | Identificar a compreensão da equipe de enfermagem acerca da morte encefálica (ME) e da doação de órgãos e tecidos. Estudo descritivo, quantitativo realizado em seis hospitais de Natal/RN com 68 profissionais de enfermagem. Evidenciou-se falta de conhecimento teórico-prático da equipe de enfermagem, demonstrando a necessidade de se investir em estratégias educacionais. |
| Meneses E A, Souza MF, Baruzzi RM, Prado MM. (2010) | O estudo faz uma análise bioética do diagnóstico de morte encefálica (ME) no contexto da captação de órgãos para transplantes na instituição de referência regional, o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), tendo por base a Resolução 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM), quanto a: i) grau de conhecimento médico; ii) confiabilidade; iii) dificuldades para seguimento; iv) eficácia e segurança; v) adequação da estrutura e dos recursos do hospital para a adoção desses critérios. A pesquisa mostrou baixo índice de doação efetiva (15,8%); significativo índice de recusa familiar (27,2%); outras causas de perda (parada cardiorrespiratória, sorologia positiva etc.), 57%. |
| Cinque VM, Bianchi, ERF. (2010) | Trata-se de um estudo descritivo e quali-quantitativo com o objetivo de identificar facilidades e dificuldades das famílias para a tomada de decisão quanto à doação de órgãos. O altruísmo e a participação de toda a família favorável foram os principais facilitadores (62,50%); as principais dificuldades foram familiares contrários à doação (18,75%) e as dúvidas com relação à morte encefálica (12,50%); a maioria faria a doação novamente (87,50%). |
| Cicolo E A, Roza B A, Schirmer J (2010) | Estudo bibliográfico cujos objetivos foram identificar e caracterizar as produções científicas de enfermagem em doação e transplante de órgãos, no período de 1997 a 2007. Conclui-se que se faz necessário um maior número de estudos científicos, desenvolvidos pela enfermagem de todo o país, sobre os diversos aspectos da doação e transplante de órgãos. |
| Maia BO, Amorim JS. (2009) | Identificar o nível de conhecimento relacionado à morte encefálica entre acadêmicos de Enfermagem e Medicina. Observou-se que 88% dos acadêmicos de Enfermagem e 90% dos acadêmicos de Medicina sabem informar corretamente o conceito de morte encefálica, porém desconhecem sua fisiopatologia. Os resultados do estudo mostraram que os acadêmicos de Enfermagem e Medicina não são preparados na academia para lidar com paciente em morte encefálica em sua futura vida profissional, sendo relevante a inclusão dessa temática nos currículos acadêmicos de Enfermagem e Medicina. |
| Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. (2011) Pereira AW, Fernandes RC, Soler RC. (2009) | Avaliação dos indicadores da efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes nas Unidades da Federação brasileira. Os estados das regiões Sul, Sudeste (com exceção do Rio de Janeiro) e Centro-oeste têm os maiores indicadores. O Estado de São Paulo é o destaque positivo da amostra. Atualmente, constitui material didático imprescindível à formação e treinamento de profissionais da área de transplantes e é referência nacional no estabelecimento de normas e condutas nos procedimentos de captação e retirada de órgãos e tecidos, dentro de princípios éticos, legais e científicos. |
| Amorim VCD, Avelar TABA, Brandão GMON. (2010) | Conhecer a assistência de enfermagem a pacientes em morte encefálica, potenciais doadores de múltiplos órgãos. Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital referência em atendimento de Urgência e Emergência em uma cidade de Goiás. O estudo mostrou que a maioria dos entrevistados não possui conhecimento sobre a fisiopatologia da morte encefálica. A assistência não é otimizada como deveria, e, por vezes, ocorre negligência no cuidado. Outros fatores influenciam no cuidado como: falta de condições de trabalho e educação continuada. |

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Transplantes está fundamentada na Constituição Federal Brasileira de 1988, pela Lei Nº 9434/97 e Lei Nº 10.211/01 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante^(8,9).

As causas de morte encefálica são com frequência em decorrência de acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, trauma crânioencefálico (TCE) e tumores. É fundamental que a enfermagem esteja capacitada para o reconhecimento imediato das disfunções orgânicas que acometem esse seguimento e da importância de uma rápida intervenção⁽¹⁰⁾. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apneia⁽¹¹⁾.

É indispensável à realização de dois exames neurológicos, que devem ser efetuados por dois médicos, um deles obrigatoriamente neurologista ou neurocirurgião, não integrantes da equipe de remoção e transplante, visando avaliar a integridade do tronco encefálico.

É obrigatória também a realização de exame complementar, que detecta a ausência de atividade elétrica e metabólica encefálica ou da perfusão sanguínea encefálica. Quanto aos cuidados relacionados ao potencial doador (PD), esses devem ser desenvolvidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), contar com infraestrutura adequada, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia⁽¹²⁾.

As atividades da equipe de enfermagem envolve a assistência direta ao potencial doador, além de outras que dizer respeito ao atendimento aos familiares e à equipe de saúde em geral, como também dizem respeito à preocupação com os órgãos e com o receptor⁽¹³⁾. O enfermeiro tem um papel fundamental no cuidado com o paciente em ME, não apenas como o coordenador do atendimento, mas também na abordagem às famílias para uma possível doação de órgãos e na humanização dessa assistência⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico de ME e seu conhecimento por parte dos familiares é essencial para a autorização da doação. O protocolo indicado para obter a autorização dos familiares para a doação de órgãos consiste no médico explicar que o paciente está em ME e que este preenche todos os critérios para doação de órgãos, sendo, então, considerado um potencial doador. Após essa primeira abordagem, uma equipe multiprofissional capacitada aborda a família. Tal estratégia de esclarecer os familiares sobre a ME é de fundamental importância para facilitar o processo, já que foi descrito, na literatura, que a desconfiança no diagnóstico correto de ME pela população leiga é um fator limitante para a doação de órgãos⁽¹⁵⁾.

O aumento do número de órgãos captados e a sua qualidade estão relacionados com os cuidados prestados com o doador de múltiplos. O momento da declaração da morte encefálica é crítico, com mudanças drásticas das prioridades de tratamento. O tratamento voltado para a otimização da perfusão cerebral

perde sentido, visto que os objetivos passam a ser a proteção e a perfusão dos órgãos especificamente. A sua prioridade é fornecer um adequado suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados⁽¹⁶⁾.

Baixo número de doadores de órgãos está associado a fatores como à instabilidade metabólica ou instabilidade cardiopulmonar e demora na detecção de morte encefálica. Enquanto isso, um grupo de autores tem enfatizado sobre a posição e o papel vital dos enfermeiros em unidades de cuidados críticos na detecção de potenciais doadores⁽¹⁷⁾.

O suporte clínico ao paciente com diagnóstico de morte encefálica é consideravelmente minucioso e precisa de cuidadores hábeis e experientes tais como enfermeiros e médicos. Neste sentido, um estudo explicou como enfermeiros em unidades de cuidados intensivos podem contribuir visando à preservação dos órgãos (para os destinatários na lista de espera) para fazer um ambiente positivo para a doação de órgãos⁽¹⁷⁾. E com base em estudos^(17,18) as transplantações de órgãos são muitas vezes perdidas por causa de uma gestão inadequada de doadores durante o período crítico e vital de cuidados intensivos.

Estudo realizado no Reino Unido mostra que os enfermeiros comumente apresentam preocupações sobre sua falta de conhecimento e experiência, sentindo-se inseguros no processo da doação de órgãos. Dado o papel fundamental que os enfermeiros desempenham no sistema de doação de órgãos que envolvem um trabalho com potenciais doadores e suas famílias, explicando o processo e obtenção do consentimento, sendo assim necessária uma adequada formação para ajudar os enfermeiros compreender e comunicar o processo da doação de órgãos para os familiares. Tem sido sugerido que as dificuldades em levantar a questão da doação de órgãos pode estar relacionado com a incapacidade dos enfermeiros para incentivar e envolver os familiares no processo⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado foi explorado os pontos de vista de um grupo de médicos e enfermeiros em relação à doação de órgãos e de transplantes no Estado economicamente muito desenvolvido do Qatar num Centro de Trauma e Emergência Departamento de Acidente e na Hamad Medical Corporation, que é um hospital terciário e é responsável pela maioria dos transplantes de órgãos. Os resultados do estudo mostram que, embora os médicos e os enfermeiros tenham um nível aceitável de conhecimento para a doação de órgãos, os médicos mostraram significativamente mais preparados. Os enfermeiros concordaram que eles não tinham informação suficiente sobre a doação de órgãos. Os autores acreditam que um dos motivos do baixo índice de doação de órgãos no Qatar é uma falta de conhecimento entre os profissionais de saúde⁽⁶⁾.

É plausível sugerir que incentivar o enfermeiro desenvolver um relacionamento mais próximo com as famílias e equipando-os com habilidades necessárias sobre a forma de abordar com sensibilidade o tema da doação de órgãos vai permitir a interação de forma mais adequada com a família do paciente com diagnóstico de morte encefálica e obter maior taxas de consentimento para a doação de órgãos⁽¹⁸⁾.

A recusa familiar representa um entrave para realização dos transplantes, em conjunto com outros problemas, como falha na identificação e notificação dos potenciais doadores, bem como o elevado índice de contra-indicação clínica à doação⁽¹⁹⁾.

A assistência prestada ao paciente e família torna-se fundamental o reconhecimento das experiências vividas pelos familiares, expondo a importância da consideração do sofrimento e acolhimento que deve ser realizado pela equipe, em especial, pelo enfermeiro. Fornecer esclarecimento sobre a ME e a transparência no processo de doação gera uma recuperação com menos conflito, reduzindo o estresse e favorecendo a tomada de decisão quanto à doação^(12,20).

Sendo a enfermagem atuante no processo doação-transplante, ela deve ser capaz de suprir as necessidades básicas de um transplante, considerando o grau de complexidade que este envolve, precisando estar muito bem treinada, capacitada e atualizada, acompanhando a evolução tecnológica e científica⁽²¹⁾.

A falta de notificação de morte encefálica e as falhas na manutenção dos órgãos para a captação ainda representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Nesse sentido, é necessária uma intensa capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação, na busca de ações para minimizar a perda do potencial doador, buscando aumentar as taxas de doações e reduzir o sofrimento de pessoas em fila de espera⁽²²⁾.

É inegável a contribuição do enfermeiro para o sucesso do transplante. No Brasil, poucas instituições de ensino superior oferecem formação nesta área de conhecimento. É importante que os enfermeiros envolvidos nos transplantes, verifiquem continuamente sua prática profissional, buscando melhorar a assistência de enfermagem prestada a essa clientela. As estratégias de capacitação adotadas têm-se mostrado falhas para sanar as carências existentes, desde o início do processo, que vai do diagnóstico da morte encefálica à abordagem familiar, até a realização do transplante que envolve os cuidados ao receptor no hospital. Esse cenário é compreensível uma vez que, no Brasil, são raras as instituições de ensino superior com disciplina específica de doação e transplante em sua grade curricular⁽²²⁾.

O despreparo da equipe gera estresse profissional, sofrimento familiar, prejudicando a eficácia do processo, sendo fundamental a educação e aperfeiçoamento, buscando evitar tais fatores, além de maximizar a oferta de órgãos e tecidos para transplantes, acarretando benefícios à sociedade⁽¹²⁾.

Estudo desenvolvido com acadêmicos de enfermagem e medicina no Brasil evidenciou uma deficiência de conhecimento destes sobre a ME e seus aspectos, assim como, com os cuidados com o potencial doador, fato este associado às deficiências dos currículos de graduação, o que é preocupante, uma vez futuramente poderão atuar na área de transplantes⁽²³⁾.

A preservação dos órgãos a serem transplantados é competência do enfermeiro, que deve manter-se atualizado sobre todos os aspectos éticos e legais do transplante, e sobretudo por ser parte integrante do processo de doação de órgãos, no-

tificar as Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos (CNN-CDO) sobre a existência de potenciais doadores, procedendo à entrevista com o responsável legal do doador e fornecendo informações sobre o processo^(5, 21).

Limitação nos recursos humanos, materiais e mesmo financeiros são barreiras encontradas no processo⁽²⁴⁾. É preciso sensibilidade, empatia e humanidade para compreender e lidar de forma adequada com os conflitos e o sofrimento humano gerado pelo processo doação-transplante. Quer seja a angústia da perda de um ente querido em morte encefálica ou o sofrimento do candidato ou receptor de transplante que passa por complicações as quais determinam o final da vida^(19,22).

Alguns autores relatam que os principais fatores para a não efetivação da doação e transplante de órgãos e tecidos devem-se ao desconhecimento do conceito de ME tanto pela sociedade quanto pelos profissionais da saúde, a falta de credibilidade dos benefícios da doação e transplante, a recusa dos familiares em aceitar a doação, as dificuldades logísticas, a contra-indicação médica e a parada cardíaca do PD ocasionada pela inadequada assistência prestada na manutenção dos seus órgãos^(22,24,25).

Num estudo buscou os motivos de recusa da doação dos órgãos, foram identificados: a crença religiosa; a espera de um milagre; a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica em a crença na reversão do quadro; a não aceitação da manipulação do corpo; o medo da reação da família; a inadequação da informação e a ausência de confirmação da morte encefálica; a desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos; a inadequação no processo de doação; o desejo do paciente falecido, manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos e o medo da perda do ente querido⁽¹⁴⁾.

A enfermagem além da falta de conhecimento teórico-prático enfrenta muitas vezes, condições precárias e sobrecarga de trabalho que fazem com que a assistência necessária e de qualidade com o paciente em ME seja difícil de ser alcançada. Apesar das dificuldades é evidente que a enfermagem desenvolve um papel fundamental nesse cenário⁽²⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de doação de órgãos é permeado por questões que envolvem a moral humana, sendo compreendido como um processo complexo que além de envolver o conhecimento técnico-científico, à subjetividade e à relação com pacientes, envolve a relação com os seus familiares. Cada família é composta por aspectos heterogêneos em se tratando das crenças, valores e atitudes. Essas ações precisam ocorrer em um curto espaço de tempo, tal fato gera um desgaste na equipe de saúde, sobretudo nos enfermeiros que estão mais próximos dos pacientes e de seus familiares.

O enfermeiro é o profissional que atua no processo de doação de órgãos são constantemente desafiados para a prestação de uma assistência de qualidade. Por conta disso, faz-se necessário ter conhecimento acerca das boas práticas e não

atuar apenas como um informante acerca do estado de saúde do potencial doador. Torna-se essencial que estes profissionais estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares, e ajudá-los a compreender a realidade como ela se apresenta.

Conclui-se, portanto, que a equipe de enfermagem deve englobar no cuidado prestado estratégias educativas, direcionando suas ações para a educação em saúde, e com isso, sensibilizar tanto pacientes quanto familiares.

REFERÊNCIAS

1. McGlade D, McClenahan C, Pierscionek B. Pro-Donation Behaviours of Nursing Students from the Four Countries of the UK. *PLoS One* 2014; 9: 1-18.
2. Teixeira RKC, et al. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica?. *Rev Bras Ter Intensiva* 2012; 24:258-262.
3. Alsaied O, Bener A, Al-Mosalmani Y, Nour B. Knowledge and attitudes of health care professionals toward organ donation and transplantation. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2012; 23:1304-10.
4. Santos M J, Massarollo M C K B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13: 382-7.
5. Cavalcante L P, et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul Enferm* 2014; 27: 567-72.
6. Abdulbari B, Hatem E, Yousuf Al-M. Do We Need To Maximize the Knowledge and Attitude Level of Physicians and Nurses Toward Organ Donation and Transplant?. *Experimental and clinical transplantation* 2008; 4:249-253.
7. Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União (Brasília)* 1997.
8. Lei Nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União (Brasília)* 2001.
9. Sallum AMC, Rossato ML, Silva SF. Morte encefálica em criança: subsídios para a prática clínica. *Rev Bras Enferm* 2011; 64: 600-4.
10. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.480/1997. Critérios para diagnóstico de morte encefálica. *Brasília (Brasil): CFM* 1997.
11. Freire ILS, et al. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. *Rev Enf Global* 2014; 36: 194-207.
12. Guido LA, et al. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17: 1023-29.
13. Moraes E L, Massarollo M C K B. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 16: 458-64.
14. Meneses EA, Souza MF, Baruzzi RM, Prado MM. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. *Ver Bioética* 2010; 18: 397-412.
15. Rech TH, Filho EMR. Entrevista Familiar e Consentimento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2007; 19: 85-89.
16. Salehi S, Kanani T, Abedi H. Iranian nurses experiences of brain dead donors care in intensive care units: A phenomenological study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18:475-82.
17. McGlade D, Pierscionek B. Can education alter attitudes, behaviour and knowledge about organ donation? A pretest-post-test study. *BMJ Open* 2013; 12: 30-3.
18. Guetti N R, Marques I R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2008; 61: 91-7.
19. Cinqe VM, Bianchi, ERF. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. *Cogitare Enferm* 2010; 15:69-73.
20. Cicolo EA, Roza B A, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm* 2010; 63: 274-8.
21. Mendes K S, et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21: 945-53.
22. Maia BO, Amorim JS. Morte encefálica: conhecimento de acadêmicos de enfermagem e medicina. *Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO* 2009; 12:1088-91.
23. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1560-8.
24. Pereira AW, Fernandes RC, Soler RC. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da associação brasileira de transplante de órgãos. *Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO* 2009; 17-87.
25. Amorim VCD, Avelar TABA, Brandão GMON. A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos. *Rev enferm* 2010; 4:221-29.

Recebido em: 05.07.2016

Aprovado em: 10.07.2016

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PERIOPERATÓRIO DE PROSTATECTOMIA

ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ON PERIOPERATIVE NURSING CARE OF PROSTATECTOMY

Artigo de Revisão*

Bárbara Maria Martins Carvalho¹
Albertina Antonielly Sydney de Sousa²
Kariane Gomes Cezario³

RESUMO

Objetivou-se analisar a produção científica acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro no perioperatório do paciente de prostatectomia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura norteada pela pergunta "Quais os cuidados prestados pelo enfermeiro a pacientes com câncer de próstata no perioperatório de prostatectomia?". Os dados foram coletados em agosto e setembro de 2015 no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde: enfermagem; assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem; plano de cuidados de enfermagem; neoplasias de próstata; prostatectomia; assistência perioperatória e cuidados pós-operatórios. Os 11 artigos da amostra revelaram que a maioria dos sujeitos das pesquisas foi composta por pacientes e os temas mais abordados se referiram aos Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao pós-operatório de prostatectomia e às orientações para a alta hospitalar. Conclui-se que ainda há uma lacuna considerável na literatura acerca da assistência de enfermagem ao paciente prostatectomizado, necessitando-se de mais estudos sobre a temática.

Palavras-chave: Enfermagem; Prostatectomia; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Pós-Operatórios.

ABSTRACT

The aim of this study was analyze the scientific literature about nursing perioperative care provided to prostatectomized patients. It is an integrative literature review that had the guiding question: "What are the nursing care provided to patients with prostate cancer in the perioperative prostatectomy?" Data were collected in August and September 2015 on Biblioteca Virtual em Saúde data portal, using the Health Sciences Descriptors: nursing; nursing care; patient care planning; prostatic neoplasms; prostatectomy; perioperative care; postoperative care. The analysis of 11 papers showed that the majority of the participants in the researches were patients, and the most discussed topics referred to Nursing Diagnoses related to the patients' postoperative and care orientations to the patient discharge. There is a still considerable gap in the literature about the nursing care to prostatectomized patient, requiring further studies.

Keywords: Nursing; Prostatectomy; Nursing Care; Postoperative Care.

* Elaborado a partir da monografia de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem Oncológica, da Escola Cearense de Oncologia, defendida em 2015 (36 pg).

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica. Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande-PB, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: albertina_sousa@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A taxa de incidência de neoplasias é cada vez maior, tendo consequências severas sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas, além de impactos socioeconômicos nos países, com destaque para o Brasil⁽¹⁾. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2012 foram registrados 14,1 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo, e um total de 8,2 milhões de mortes decorrentes da doença⁽²⁾.

Dentre os cânceres, os dados mundiais indicam que o de próstata se apresenta como o segundo mais frequente, atrás apenas do câncer de pulmão, tendo-se registrado no ano de 2012 aproximadamente 1,1 milhão de novos casos, sendo 70% destes em países desenvolvidos. A realidade brasileira apontou para 68.800 novos casos dessa doença em 2014, correspondendo a um risco estimado de 70,42 casos novos para cada 100 mil homens⁽²⁾.

O diagnóstico do câncer de próstata pode ser feito pelo toque prostático (TP), sendo este sempre recomendado para definição do tratamento, pelo exame do antígeno prostático específico (PSA) e pelo ultrassom transretal, o qual é recomendado para avaliar a extensão local da doença. Os casos identificados ainda no estágio inicial, em geral não apresentam sintomas, sendo diagnosticados após o teste do PSA elevado. Nos casos em que a doença se encontra em estágio mais avançado, outras partes do corpo podem ser afetadas, com o paciente apresentando disúria, hematúria e dor óssea associada à metástase óssea⁽³⁾.

A idade é considerada o único fator de risco bem estabelecido para a neoplasia de próstata. Segundo dados do estudo de Costa et al.⁽⁴⁾, cerca de 62% dos casos diagnosticados em todo o mundo acontecem com homens com mais de 65 anos, sendo também considerados como fatores de risco o histórico familiar, em 30% a 40% dos casos, e a etnia.

Para o câncer de próstata localizado, o tratamento mais antigo e, ao mesmo tempo, mais eficaz é a prostatectomia radical. Contudo, a intervenção pode apresentar complicações, sendo a mais afliitiva a incontinência urinária, a qual melhora em alguns dias, semanas ou meses na maioria dos casos, não sendo necessária qualquer intervenção. Já em uma pequena parcela de pacientes, isso não acontece, sendo necessária o fortalecimento do assoalho pélvico como uma opção efetiva para tratar a incontinência urinária pós-prostatectomia radical⁽⁵⁾.

Nesse sentido, destaca-se a importância da assistência de enfermagem no contexto do câncer de próstata e, especialmente, no perioperatório de prostatectomia. Por meio do delineamento de um plano de cuidados voltado às necessidades individuais do paciente, considerando os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e familiares, o enfermeiro contribui para o enfrentamento eficaz da doença pelo paciente, bem como facilita o seu autocuidado após a intervenção cirúrgica.

Truppel et al.⁽⁶⁾ destacam o papel do enfermeiro, considerando-o como profissional capacitado dentro da equipe multidisciplinar, com habilidade para oferecer um atendimento de qualidade ao paciente e ao mesmo orientar também os familiar-

res sobre os procedimentos envolvidos no tratamento e intervenção da doença.

Tendo em vista a elevada incidência dos casos de câncer de próstata, além da complexidade dos cuidados de enfermagem pertinentes ao seu tratamento, mais especificamente à prostatectomia, torna-se pertinente oferecer subsídios para que o enfermeiro preste uma assistência individualizada e pautada na qualidade. Desse modo, objetivou-se analisar a produção científica acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro no perioperatório do paciente de prostatectomia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida a partir das seis etapas propostas por Mendes; Silveira; Galvão⁽⁷⁾, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; 3) Categorização dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos; 5) Interpretação dos resultados e 6) Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A pesquisa teve como questão norteadora: “*Quais os cuidados prestados pelo enfermeiro a pacientes com câncer de próstata no perioperatório de prostatectomia?*”, e foi realizada em agosto e setembro de 2015 com o levantamento dos artigos no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde que concentra grande parte das produções científicas na área da saúde e enfermagem. Para a busca dos artigos, utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: enfermagem; assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem; plano de cuidados de enfermagem; neoplasias de próstata; prostatectomia; assistência perioperatória; cuidados pós-operatórios. Como critérios de elegibilidade dos artigos adotaram-se: publicações em português, disponíveis na íntegra e compreendidas no recorte temporal de 2009 a 2015. Foram excluídos os artigos em duplicidade nas bases de dados, teses e dissertações. De um total de 730 artigos encontrados, após a aplicação dos critérios, a amostra do estudo foi composta por 11 artigos.

As informações pertinentes às publicações foram extraídas seguindo uma matriz de coleta de dados previamente elaborada, a qual identificava: título, periódico, ano de publicação, objetivos, tipo e abordagem metodológica, instrumento de coleta e método de análise dos dados, principais resultados, aspectos positivos e negativos e implicações/sugestões para a enfermagem. Da análise dos estudos, realizada por meio de leituras exaustivas e agrupamento dos temas por similaridade de conteúdo, emergiram três categorias temáticas, expostas na discussão.

Por se tratar de uma revisão integrativa a pesquisa não necessitou de apreciação por Comitê de Ética. No entanto, salienta-se que foram resguardados todos os direitos autorais das publicações selecionadas, mencionando-se integralmente todas as fontes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na seleção dos artigos, elaborou-se o Quadro 1 que apresenta a amostra do estudo listada de acordo com o título do artigo, objetivo, periódico e ano de publicação.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados para análise. Fortaleza-CE, 2015.

| N | TÍTULO DO ARTIGO/OBJETIVO | PERIÓDICO/ANO |
|----|---|---|
| 1 | <i>Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados.</i> Apresentar uma reflexão sobre a importância da implementação de cuidados específicos de enfermagem no preparo de pacientes prostatectomizados para a alta. | Ciência, Cuidado e Saúde (2009) |
| 2 | <i>Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar.</i> Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes prostatectomizados com vistas a oferecer subsídios para a elaboração de planos de cuidados para a alta hospitalar. | Revista Eletrônica de Enfermagem (2009) |
| 3 | <i>Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa.</i> Identificar o conhecimento que se tem produzido sobre intervenções de enfermagem, na literatura científica da enfermagem, com vistas ao preparo do paciente prostatectomizado para alta hospitalar. | Acta Paulista de Enfermagem (2010) |
| 4 | <i>Aplicabilidade da classificação das intervenções de enfermagem (NIC) no preparo para a alta de pacientes prostatectomizados</i> Identificar a aplicabilidade da NIC na elaboração de planos de cuidados para alta de pacientes prostatectomizados. | Revista de Enfermagem da UFPE online, (2010) |
| 5 | <i>Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia.</i> Realizar a validação de conteúdo de intervenções de enfermagem identificadas na literatura quanto a adequação para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia. | Texto & Contexto Enfermagem (2011) |
| 6 | <i>Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia.</i> Desenvolver afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes submetidos à prostatectomia utilizando o modelo de sete eixos da CIPE® e validar as afirmativas construídas com a participação de enfermeiros que atuam na referida área. | Revista Eletrônica de Enfermagem (2011) |
| 7 | <i>A teoria de Callista Roy, a NANDA-I e o cuidado ao paciente prostatectomizado.</i> Estabelecer relações entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e os problemas de adaptação segundo o Modelo Teórico de Roy em um paciente prostatectomizado. | Revista de enfermagem UERJ (2012) |
| 8 | <i>Definindo características presentes em pacientes que recebem cuidados no pós-operatório de prostatectomia: um estudo transversal.</i> Identificar as características definidoras presentes nos pacientes em pós-operatório imediato de prostatectomia | Online Brazilian Journal of Nursing (2013) |
| 9 | <i>Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados.</i> Identificar o perfil dos diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional nos pacientes em pós-operatório imediato de prostatectomia e relacioná-los com problemas adaptativos do Modelo de Adaptação de Roy. | Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-RENE (2013) |
| 10 | <i>Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes.</i> Identificar as características definidoras e os fatores relacionados de risco que apresentam associação com os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes prostatectomizados. | Revista Brasileira de Enfermagem (2014) |
| 11 | <i>Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas.</i> Identificar os principais diagnósticos de enfermagem em idosos no pós-operatório de cirurgias urológicas. | Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-RENE (2015) |

Fonte: Dados primários do estudo, 2015.

De acordo com os objetivos dos estudos, identificaram-se essencialmente dois grupos: um relacionado à assistência de enfermagem no preparo para a alta hospitalar de pacientes prostatectomizados; e outro relacionado à aplicação do processo de enfermagem a pacientes prostatectomizados, utilizando-se taxonomias como a da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA I), Nursing Interventions Classification (NIC) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE)®, além do uso de modelos teóricos como o Adaptação proposto por Roy.

Quanto às revistas científicas, observa-se quase todos os artigos(dez) foram publicados em periódicos de enfermagem, e apenas um foi publicado em periódico com enfoque multidisciplinar em saúde. Isso sugere o desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática, sobretudo sob o enfoque multidisciplinar, haja vista que os pacientes precisam de atenção mais plural neste contexto de adoecimento e tratamento.

Por outro lado, pode-se perceber que a temática tem emergido no contexto da prática do enfermeiro, o que contribui para um cuidado baseado nas evidências científicas e aponta para a visibilidade deste profissional no contexto do pós-operatório de prostatectomia.

Em relação ao ano de publicação, observa-se que a grande maioria dos artigos (nove) foi publicada entre os anos de 2009 e 2013, e apenas um foi publicado em 2014 e outro, em 2015. Percebe-se, pois, que esse tema ainda é pouco abordado pelos pesquisadores, sendo necessário um enfoque maior devido à sua relevância para o aperfeiçoamento das técnicas de tratamento, destacando-se a implementação de programas educativos voltados para esclarecimento sobre o diagnóstico e procedimentos pré- e pós-operatórios. Além disso, é importante lembrar que a cada ano mais casos vem sendo diagnosticados, logo é preciso realizar estudos para acompanhar essa tendência, não somente de técnicas de atendimento e tratamento, mas também de conscientização das pessoas sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce.

No que concerne ao tipo de estudo das publicações, seis eram do tipo descritivo, sendo as demais modalidades distribuídas entre metodológica, descritivo de caso clínico, revisão integrativa, revisão bibliográfica e descritiva não experimental. Quanto à abordagem, pouco mais da metade dos estudos (sete) era quantitativa e qualitativa.

Como instrumento de coleta de dados, seis estudos utilizaram o roteiro de entrevista, sendo utilizados também os prontuários dos pacientes, além da realização de exames físicos. Nove estudos foram realizados com seres humanos, sendo que os pacientes compuseram a maior parte dos participantes; apenas um estudo foi realizado com base na literatura científica publicada e outro implicou a participação de peritos em enfermagem.

Na análise dos artigos também foram identificadas as contribuições e implicações dos estudos para a enfermagem, bem como os aspectos positivos e negativos. Dentre os primeiros, podem-se destacar a percepção dos pacientes quanto aos cui-

dados, suas queixas e dúvidas, permitindo-se ao pesquisador aprofundar os conhecimentos sobre esse fenômeno, destacando-se que a maioria da amostra dos estudos foi composta dessa população. Quanto aos aspectos negativos, destaca-se a lacuna na literatura envolvendo além da atuação do enfermeiro, a participação dos outros membros da equipe de enfermagem. A necessidade de mais estudos neste contexto urge pelo fato de a equipe estar mais próxima dos pacientes e conhecer suas realidades mais de perto, podendo sugerir melhorias para atendimento ao paciente candidato à prostatectomia.

Síntese do conhecimento

Com relação à emergência de categorias baseada na análise dos artigos, foram identificadas duas categorias principais para fins de discussão, conforme apresentado a seguir.

Categoria 1: Principais Diagnósticos de Enfermagem identificados no pós-operatório de prostatectomia

Nesta categoria foram elencados pontos relacionados à identificação/levantamento dos diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de prostatectomia. A temática foi abordada pelos artigos de 6 a 11, listados no Quadro 1.

Nascimento et al.8 elaboraram 97 afirmativas de diagnóstico/resultado de enfermagem na Clínica Cirúrgica de um hospital-escola, tendo como participantes da pesquisa 11 enfermeiros, sendo cinco docentes e seis assistentes, que atuavam na clínica cirúrgica. Para construção das afirmativas de diagnósticos e resultados de enfermagem, foi seguida a recomendação do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Além disso, os autores elencaram as respectivas intervenções para cada diagnóstico: (1) Angústia: monitorar o estado emocional do indivíduo; oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem estar; explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais; estabelecer relação de confiança; (2) Bem estar prejudicado: observar sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídio para compreender o estado emocional do paciente e possibilitar-lhe apoio; (3) Deambulação: ajudar a deambulação, ajudar o paciente na deambulação em intervalos regulares, (4) Dor por ferida cirúrgica: avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; avaliar a eficácia das medidas de controle da dor; favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor; (5) Eliminação urinária prejudicada: investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade de eliminação urinária; monitorar o balanço hídrico; (6) Relação sexual prejudicada: orientar para a mudança no padrão da sexualidade; oferecer apoio psicológico ao paciente e ao companheiro; (7) Sono e repouso prejudicado: auxiliar o paciente no controle do sono diurno; discutir com o paciente/família as medidas de conforto técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida; proporcionar um ambiente calmo e seguro.

Ao realizar a pesquisa com os enfermeiros, os autores destacaram o aprendizado positivo, isso porque proporcionou uma melhoria na capacidade de reflexão em relação às críticas,

conduzindo a assistência para uma prática mais científica e ao mesmo tempo menos intuitiva⁽⁸⁾.

Saldanha et al.⁽⁹⁾ identificaram os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional, relacionando-os com os problemas de adaptação da teórica Callista Roy, de um caso clínico de um paciente de 60 anos, hipertenso, ex-tabagista há 22 anos e que realizou ressecção transuretral da próstata, avaliado 25 horas após o procedimento. Os principais diagnósticos e problemas relacionados foram: (1) Dor aguda caracterizada por relato verbal de dor e distúrbio do sono relacionado a agentes lesivos (Modo fisiológico: dor aguda); (2) Ansiedade caracterizada por nervosismo e preocupação relacionados ao estresse e necessidades não satisfeitas (Modo autoconceito: eu pessoal - ansiedade); (3) Constipação caracterizada por dor à evacuação, fezes duras e sangue vivo nas fezes relacionado à ingestão insuficiente de líquidos (Modo fisiológico: constipação); (4) Padrão do sono prejudicado, caracterizado por relatos de dificuldade para dormir ficar acordado (Modo fisiológico: padrão inadequado de atividade e repouso); (5) Risco de volume de líquidos deficiente relacionado à perda de líquido por vias anormais (cateter de demora) e deficiência de conhecimento (Modo fisiológico: desidratação); (6) Risco de quedas relacionado à ausência de material antiderrapante no box do chuveiro, condições pós-operatórias e equilíbrio prejudicados (Modo fisiológico: potencial para lesão).

Em outro estudo realizado com 50 pacientes durante o pós-operatório imediato de prostatectomia, encontrou-se que 34 deles apresentavam problemas relacionados à deambulação, autocuidado, distúrbio do sono, alterações da frequência cardíaca e respiratória, dor, abdome distendido e dificuldade de evacuar, evidenciando as limitações dos pacientes em relação às atividades diárias⁽¹⁰⁾.

Em estudos posteriores, foram identificados como principais diagnósticos de enfermagem de pacientes prostatectomizados: Risco de queda, Deambulação prejudicada; Risco de infecção; Déficit no autocuidado para banho, higienização e vestir-se; Dentição prejudicada; Dor aguda; Integridade da pele prejudicada; Risco de volume de líquidos deficiente; Percepção sensorial visual perturbada; Percepção sensorial auditiva perturbada; Conhecimento deficiente; Insônia; Constipação e Padrão de sono prejudicado⁽¹¹⁻¹³⁾.

Os estudos analisados concordam que a partir da identificação precisa dos diagnósticos de enfermagem durante o perioperatório de prostatectomia, é possível que o planejamento da assistência seja realizado de forma a prestar um cuidado pautado nas necessidades individuais de cada paciente, traduzido na excelência e com vistas a alcançar resultados positivos junto ao paciente.

Ao levantar problemas e traçar um plano de cuidados individualizado, o enfermeiro melhora sua capacidade de reflexão, conduzindo a assistência para uma prática mais científica e ao mesmo tempo menos intuitiva. Apesar da evidente importância da sistematização do cuidado de enfermagem, salienta-se que

além de poucos estudos relacionados a essa temática, poucos buscam pesquisar os conhecimentos dos enfermeiros, de modo a avaliar suas dúvidas e habilidades para então propor melhorias em suas ações.

Os autores também lembram a importância do enfermeiro na prevenção da doença, uma vez que no atendimento rotineiro deve-se abordar e orientar quanto aos fatores de risco, assim como as medidas de prevenção. Reforçam que é preciso que a equipe de enfermagem se preocupe em atender as necessidades dos pacientes, além de buscar assegurar o entendimento dos idosos e de seus familiares, ensinando os procedimentos para o autocuidado.

Categoria 2: Orientações realizadas pelo enfermeiro para a alta do paciente prostatectomizado

Nesta categoria, relacionaram-se os artigos que trataram sobre as principais orientações elencadas por enfermeiros para alta do paciente prostatectomizado. Os artigos 1, 2, 3, 4 e 5 dispostos no Quadro 1 abordaram essa temática.

Por meio de uma revisão de literatura, Viana e Napoleão⁽¹⁴⁾ propuseram trazer uma reflexão sobre os cuidados específicos de enfermagem no preparo dos pacientes prostatectomizados para a alta. Foram listados aspectos relevantes no cuidado, como: informar sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório e sinais e sintomas que requerem a procura do serviço de saúde; cuidados com o cateter urinário e sistema coletor fechado; higiene e cuidados com a ferida cirúrgica; hidratação e nutrição; terapêutica medicamentosa e retorno ao serviço de saúde; atividades; incontinência urinária; e, função sexual.

Em estudo com pacientes entre 50 e 72 anos de um hospital, os principais diagnósticos de enfermagem identificados sobre os cuidados pós-operatórios foram: Conhecimento deficiente (100%), Risco de lesão (100%) e Risco de infecção (100%), Risco de baixa autoestima situacional (37,5%), Ansiedade (12,5%) e Risco de sentimento de impotência (12,5%), evidenciando a necessidade de orientação por parte do enfermeiro⁽¹⁵⁾.

Tais diagnósticos sinalizaram questões envolvendo a reestruturação no retorno ao lar, em que a família assumiria atividades de cuidado; dúvidas quanto às alterações de padrões do paciente, como a eliminação urinária; ansiedade relacionada à crise circunstancial, disfunção sexual e sinais e sintomas esperados, bem como indicativos de recuperação do paciente. Nesse sentido, os autores destacam a importância do ensino quanto aos cuidados com o cateter urinário, e reconhecimento de sinais e sintomas de complicações, sobretudo as relacionadas à infecção, e conduta diante dos mesmos.

Mata e Napoleão⁽¹⁶⁾ obtiveram resultados semelhantes ao analisar as produções científicas sobre as intervenções de enfermagem no preparo do paciente prostatectomizado para alta hospitalar. Conforme elencando no Quadro 2, os autores identificaram as principais categorias de cuidados e suas intervenções.

Quadro 2. Principais resultados das categorias definidas por Mata e Napoleão (2010).

| CATEGORIAS | RESULTADOS |
|---|---|
| <i>Condutas gerais</i> | Importância da comunicação entre enfermeiro, paciente e familiares. |
| <i>Cuidados com o cateter vesical</i> | Orientar o paciente/familiares quanto à necessidade do uso do cateter vesical e seu funcionamento; ensinar os cuidados no esvaziamento da bolsa de drenagem e limpeza externa da bolsa e tubos; orientar e posicionar a bolsa coletora na lateral da cama para maior conforto, ao deitar; fixar o cateter com fita adesiva à prova d'água no abdome ou na face antero-superior da coxa para prevenir tração ou o deslocamento; informar sobre a retirada do cateter: quando, onde e por quem. |
| <i>Prevenção de infecção</i> | Informar sobre sinais e sintomas de infecção do trato urinário; ensinar medidas de redução do risco de infecção urinária; interagir com o paciente, para que descreva os sinais e sintomas de infecção já ensinados; orientar sobre cuidados com a incisão cirúrgica - curativo, remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário; e informar quanto à remoção do curativo da incisão cirúrgica, após 24h do recebimento da alta. |
| <i>Cuidados com a nutrição e hidratação</i> | Orientar sobre o volume de líquido a ser ingerido; estímulo à ingestão de água enquanto a urina se apresentar sanguinolenta; orientação quanto à importância da manutenção da frequência urinária; informação sobre redução ou não ingestão de líquidos que podem causar irritação vesical; orientação sobre o aumento da ingestão de fibras e líquidos para controle da constipação. |
| <i>Retorno às atividades</i> | Orientar sobre a restrição a exercícios vigorosos (dirigir veículos, subir degraus, levantar peso, fazer força e ter atividade sexual); incentivar a caminhar o quanto tolerar em terreno plano; orientar a não fazer força para evacuar; informar a média de retorno ao trabalho após a cirurgia. |
| <i>Cuidados de higiene</i> | A respeito da necessidade do banho diário; recomendar banho de aspersão após 48h da cirurgia; orientar realização da higiene perineal uma vez ao dia ou a cada evacuação, no caso de prostatectomia por via perineal; ensinar cuidados de higiene e da pele, em caso de drenagem ao redor do cateter. |
| <i>Cuidados na administração de medicamentos</i> | Informar ao paciente o uso, se necessário, de emoliente fecal ou laxativo durante as primeiras duas semanas de recuperação; discutir com o paciente o uso de analgésicos orais e antibióticos e orientá-lo sobre o uso e efeitos colaterais das medicações prescritas. |
| <i>Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório</i> | Sangramento que podem ocorrer após a remoção do cateter; sintoma de irritação ao urinar após a remoção do cateter; irregularidade no hábito intestinal; presença de pequenos coágulos na urina; queimação, urgência urinária e/ou frequência no primeiro mês; incontinência urinária temporária, após a remoção do cateter vesical; presença de sangue no sêmen; disfunção erétil e ejaculação retrógrada. |
| <i>Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta</i> | Foram identificadas orientações sobre problemas, como: obstrução vesical, contratura do colo vesical, estreitamento uretral, incontinência urinária; instrução ao paciente para contatar imediatamente o urologista ou enfermeiro especializado, caso ocorra alguma complicação inesperada ou urina com sangramento excessivo, ou coágulos, dor aumentada que não alivia com medicações, edema nos testículos, febre. |
| <i>Ensino sobre exercícios para musculatura pélvica</i> | Orientação do paciente sobre a necessidade de exercícios para a musculatura pélvica e realização diária desses exercícios, que devem ser iniciados durante o período pré-operatório ou no pós-operatório, imediatamente, após a remoção do cateter, para ajudar no controle da incontinência urinária. |
| <i>Cuidados para o controle da dor</i> | Manejo farmacológico e não farmacológico da dor; monitoração do cateter para a não obstrução, o que evita a distensão da bexiga; realização do banho de assento morno ou aplicação de compressa morna na região suprapúbica para aliviar a dor, após a remoção de cateter. |

Fonte: Mata e Napoleão (2010)

Em estudo posterior, avaliou-se a opinião de peritos sobre as intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes prostatectomizados. Todas as intervenções foram validadas e organizadas em 11 categorias: Condutas gerais; Cuidados com o cateter vesical; Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório; Retorno às atividades; Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta; Cuidados com nutrição e hidratação; Prevenção de infecção; Cuidados na administração de medicamentos; Cuidados de higiene; Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas; e Ensino sobre exercícios pélvicos⁽¹⁷⁾.

Os peritos sugeriram exclusões de algumas intervenções semelhantes, assim como o ajuste de algumas redações como, inclusão dos familiares e cuidadores em algumas intervenções e início da redação da frase com um verbo no infinitivo.

Estudo⁽¹⁸⁾ também identificou as intervenções baseadas na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), para a alta do paciente prostatectomizado. Destacaram-se o provimento de informações verbais e/ou escritas aos pacientes e familiares sobre cuidados com o cateter urinário, sinais/sintomas esperados e indicativos de complicação, exercícios da musculatura pélvica, entre outros.

Nesta categoria, observa-se que os estudos elencaram um grande número de intervenções de enfermagem que compõem o rol de cuidados prestados ao paciente candidato à prostatectomia. Apesar do expressivo número de ações a serem implementadas, muitas delas ainda são ressaltadas como não adequadas ao contexto de vida ou enfrentamento da condição pelo paciente, ou seja, não atende às demandas individuais de forma plena. Desta forma, os autores estimulam a realização de novos estudos envolvendo a identificação dos diagnósticos de enfermagem específicos a cada paciente, o delineamento do plano de intervenções baseado na taxonomia NIC e o envolvimento de outros sujeitos no contexto do pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2011 Mar-Abr; 64(2):385-88.
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer - INCA. Câncer. [Acesso em 2015 Mar 02]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
3. Gomes R, Rebello LEFS, Araújo FC, Nascimento EFA. Prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2008 Jan-Fev; 13(1):235-46.
4. Costa MFLL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf. Epidemiol. SUS* [online] 2000; 9(1):44-50. Brasília, v.9, n.1, p.23-41, 2014. [Acesso em 2015 Mar 10]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-1673200000100003&script=sci_abstract
5. Zaidan P, Silva EB. Eletroestimulação, resposta dos músculos do assoalho pélvico e incontinência urinária em pós-prostatectomizados. *Fisioter. mov.* [online]. 2014; 27(1):93-100. [Acesso em 2016 Jul 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v27n1/0103-5150-fm-27-01-0093.pdf>
6. Truppel TC, Meir MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.* 2009 Mar-Abr; 62(2):221-27.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Out-Dez; 17(4):758-64.
8. Nascimento DM, Nóbrega MML, Carvalho MWA, Norat EM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. *Rev. Eletr. Inf. [Internet]*. 2011 Abr-Jun; 13(2):165-73. [Acesso em 2015 Ago 10] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a02.htm>.
9. Saldanha EA, Fernandes MICD; Medeiros ABA; Frazão CMFQ, Costa IA, Lira ALBC. A teoria de Callista Roy, a NANDA-I e o cuidado ao paciente prostatectomizado. *Rev. enferm. UERJ*, 2012 Dez; 20(esp.2):764-70.
10. Saldanha EA, Silva FBBL, Sá JD, Fernandes MICD, Lira ALBC, Lopes MVO. Definindo características presentes em pacientes que recebem cuidados pós-operatória após a prostatectomia: um estudo

Logó, é necessário que o enfermeiro assuma o papel de educador e promova um cuidado baseado na autonomia dos sujeitos e com o envolvimento familiar (sempre que possível), sobretudo no contexto da alta hospitalar. Desta forma, os pacientes de pós-operatório de prostatectomia que recebem a alta hospitalar podem retornar aos seus espaços de vida de forma mais confiante e segura, por se encontrarem informados e orientados quanto às alterações transitórias e/ou permanentes decorrentes da intervenção cirúrgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os objetivos dos estudos analisados foram basicamente formados por dois eixos: aplicação do processo de enfermagem, utilizando-se taxonomias como NANDA, NIC e CIPE, assistência de enfermagem no preparo para a alta hospitalar.

Destaca-se como ponto positivo desta revisão o fato de a maior parte dos estudos terem sido realizados com pacientes, o que permitiu aos autores aprofundar os conhecimentos sobre a assistência de enfermagem no contexto da prostatectomia sob a visão do próprio paciente, sensibilizando o profissional na elaboração de um plano de cuidados individualizado, sobretudo no que concerne aos aspectos subjetivos.

Quanto aos aspectos negativos, salienta-se a lacuna na literatura sobre estudos desenvolvidos com foco no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, destaca-se a importância de novas pesquisas, e com mais periodicidade, para melhor avaliar os conhecimentos e os procedimentos adotados pelos enfermeiros no atendimento desses pacientes, com vistas a alcançar o máximo de resultados positivos. Além disso, é importante destacar que a cada ano o número de casos de câncer de próstata aumenta, logo, os estudos devem acompanhar essa tendência.

- transversal. *Online Braz. J. Nurs [Internet]*. 2013 Set; 12 (2): 442-50. [Acesso em 2015 Ago 10]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4072>
11. Saldanha EA, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Medeiros ABA, Lopes MVO, Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. *Rev. Rene.* 2013;14(4):774-82.
12. Saldanha EA, Medeiros ABA, Frazão CMFQ, Silva VM, Lopes MVO, Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes. *Rev. Bras. Enferm.* 2014 Mai-Jun; 67(3):430-7.
13. Lima WG, Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarenghi RV, Bezerra MLR. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. *Rev. Rene.* 2015 Jan-Fev; 16(1):72-80.
14. Vianna MC, Napoleão AA. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. *Ciênc. Cuid. Saude* 2009 Abr-Jun; 8(2):269-273.
15. Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. *Rev. Eletr. Inf. [Internet]*. 2009;11(2):286-94. [Acesso em 2015 Set 02]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>.
16. Mata LRF, Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. *Acta Paul. Enferm.* 2010;23(4):574-9.
17. Mata LRF, Carvalho EC, Napoleão AA. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. *Texto Contexto - Enferm.* [online]. 2011;20(n.spe):36-44. [Acesso em 2015 Set 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea04.pdf>
18. Napoleão AA, Mata LRF, Viana MC, Rodrigues RL. Aplicabilidade da classificação das intervenções de enfermagem (NIC) no preparo para a alta de pacientes prostatectomizados. *Journal of Nursing UFPE online.* 2010; 4(1). [Acesso em 2015 Set 02]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revista-enfermagem/index.php/revista/article/view/603>

Recebido em: 01.07.2016

Aprovado em: 13.07.2016

ABORDAGEM GRUPAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GROUP APPROACH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Artigo de Revisão

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante¹
Maria Adelane Monteiro da Silva²
Ângela Maria Alves e Souza³
Maria Socorro Araújo Dias⁴
Antônio Reginaldo Parente⁵

RESUMO

O estudo teve como objetivo buscar na literatura da área da saúde estudos abordando a prática de grupos no âmbito da ESF entre os anos 2009 a 2013. Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado a partir de publicações contidas na base de dados da BVS/BIREME e ocorreu no período de abril a setembro de 2016, onde foram selecionadas quinze publicações para a construção da presente pesquisa utilizando os descritores: Estrutura de Grupo, Atenção Primária a Saúde e Promoção da Saúde. A partir da leitura e análise dos artigos selecionados, foram organizadas três categorias: A abordagem grupal como ferramenta de promoção da saúde na ESF; A condução dos grupos na ESF e Experiências de abordagem grupal na ESF. A condução dos grupos no âmbito da ESF se dá por intervenções por meio de grupos psicoeducativos que proporcionam práticas ao autocuidado e ao controle de doenças. A abordagem grupal caracteriza-se como ferramenta da educação no campo da saúde, sob uma perspectiva de promoção, prevenção e controle. Desta forma, diante dos inúmeros benefícios à saúde dos participantes no aspecto biopsicossocial, notou-se a importância das práticas grupais no contexto saúde-doença aos usuários de forma acolhedora e humanizada e a necessidade de se construir vínculos entre equipe de saúde e usuários.

Palavras-chave: Estrutura de Grupo; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to look at the literature of studies addressing health practice groups within the ESF between the years 2009 to 2013 This is a bibliographic study, conducted from publications

contained in the database of the VHL / BIREME and occurred in the period April to September 2014, where fifteen publications were selected for the construction of this search using the following keywords: Framework group, Primary Health Care and Health Promotion Through reading and analysis of selected articles, the study can be organized into three categories: 1) the group approach as a tool for health promotion in the ESF; 2) the leading groups in the FHS and 3) experiences in the FHS group approach. The leading groups within the ESF is given by interventions through psychoeducational groups that provide practical self-care and disease control. The group approach is characterized as a tool of education in the health field, from a perspective of promotion, prevention and control. Thus, causing numerous health benefits of participating in the biopsychosocial aspect, noted the importance of group practices in the context of health and disease to users of welcoming and humane way and the need to build linkages between health staff and users.

Keywords: Group Structure; Primary Health Care; Promotion of Health.

INTRODUÇÃO

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, na década de 90, garantiu a população o direito à saúde de maneira universal, continua, igualitária e gratuita. A partir de então, os serviços de saúde reestruturaram-se e, em 1994, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva de superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema⁽¹⁾.

¹ Enfermeira Tutora do Sistema Saúde Escola de Sobral, Mestre em Saúde da Família- UVA-RENASF. Sobral-CE, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Sobral-CE, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA-CE, Brasil.

⁵ Psicólogo. Doutor em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA-CE, Brasil.

Por conter características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência no país⁽²⁾. O modelo traz a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, trabalha a prevenção das doenças, oferece atenção à saúde através de uma equipe multiprofissional e participação popular, procurando proporcionar assim uma melhoria na qualidade de vida das pessoas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como o pilar da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, seu processo de trabalho deve se caracterizar a partir da Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária^(2,3).

Nesse contexto, os grupos surgem como uma possibilidade de efetivação de práticas que possibilitem ações de promoção da saúde. Tendo em vista o conceito ampliado de saúde, considera-se que a abordagem grupal pode se construir uma estratégia de intervenção eficaz que pode garantir o mínimo que um indivíduo deveria receber para ter condições de conduzir sua própria saúde⁽⁴⁾.

Os grupos de promoção da saúde são vistos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento processual do nível de saúde e condição de vida⁽⁵⁾. Fundamentados no conceito ampliado de saúde, socialmente determinado, contemplando as dimensões biopsicossociais relacionadas a saúde-doença e ao envelhecimento saudável⁽⁶⁾.

A abordagem grupal tem sido utilizada como estratégia para atendimento em saúde desde o início do século XX, por evidenciar que a convivência com outras pessoas com igual condição clínica exerça influência benéfica ao tratamento. Além disso, é o recurso adequado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde^(7,8). O grupo, como ferramenta de intervenção em saúde, pode servir como agente transformador, quando utilizado como espaço para expressão de pensamentos, sentimentos e socialização^(7,9).

Os grupos na ESF passam por algumas dificuldades decorrentes, principalmente, da demanda nos serviços de saúde, mas também, pela falta de planejamento que busque responder as necessidades da população, aos serviços logísticos e à boa prática profissional. Nesse sentido, procurou-se investigar sobre essa condução no contexto da ESF.

A ESF surge com a finalidade de solucionar a crise na saúde coletiva. Mas, será que a saúde no Brasil está conseguindo atender as necessidades inerentes ao processo saúde-doença? O que a produção científica na área da saúde diz a respeito dessa temática no campo da ESF? A abordagem grupal tem sido uma prática desenvolvida no âmbito da ESF? Que tipos de experiências a literatura traz a respeito da prática de grupos na ESF? As atividades grupais desenvolvidas no âmbito da ESF trazem que benefícios aos usuários e comunidade?

O estudo teve como objetivo buscar na literatura da área da saúde estudos abordando a prática de grupos no âmbito da ESF entre os anos 2009 a 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado por meio de pesquisa nas bases de dados: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de abril a setembro de 2014, sendo a busca revisada entre os meses de fevereiro e abril de 2016.

Inicialmente, a pesquisa foi estruturada a partir do método de análise combinatória, formando arranjos distintos entre os descritores: "*Estrutura de Grupo*", "*Atenção Primária à Saúde*" e "*Promoção da Saúde*". Quando se fez a busca utilizando os descritores exatos, de acordo com o DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), não foi possível obter uma amostra satisfatória a fim de responder os questionamentos para este estudo. Portanto, optou-se por realizar buscas entre os descritores separadamente, fazendo apenas o cruzamento entre dois descritores, onde foi possível obter um resultado satisfatório em relação à pesquisa.

A busca se deu a partir do cruzamento dos descritores "Atenção Primária à Saúde" e "Estrutura de Grupo" que obteve 08 (oito) publicações, seguida da busca entre "Promoção da Saúde" e "Estrutura de Grupo" com 15 (quinze) publicações. Tendo em vista que para o termo "grupo" não há um descritor exato e o que se aproxima é "Estrutura de grupo". Decidiu-se fazer uma nova busca utilizando os descritores mais amplos que pudessem contemplar publicações sobre a temática. Ao cruzar os descritores "Atenção Primária à Saúde" e "Promoção da Saúde" encontrou-se 2126 (dois mil cento e vinte seis) publicações.

Neste mesmo sentido, procedeu-se a busca também utilizando palavras-chaves. Ao cruzar as palavras-chaves "Promoção da Saúde" com "Grupo" foram encontrados 239 (duzentos e trinta e nove) publicações e quando cruzou as palavras-chaves "Atenção Primária à Saúde" com "Grupo" obteve 71 (setenta e um) publicações. Desta forma, foram encontrados no total 2459 (dois mil quatrocentos e cinquenta e nove) publicações.

Utilizou-se como critérios de exclusão as publicações que não eram possíveis obter acesso na íntegra, que não continham resumos ou que estes não apresentavam informações suficientes, que não estavam em língua portuguesa, publicações que se repetiam e que não retratava sobre abordagem grupal na ESF.

No intuito de obter uma percepção mais ampla e atual acerca da temática abordagem grupal na ESF, selecionaram-se artigos dos últimos cinco anos (2009 a 2013) que trouxessem informações relevantes à proposta da pesquisa. Os artigos foram procurados na íntegra, lidos e analisados cuidadosamente para ser produzida uma discussão a respeito do tema supracitado.

Na segunda fase da pesquisa, realizada na BVS, foi realizado o cruzamento dos descritores "Promoção da Saúde", "Estrutura de Grupo" e "Atenção Primária", tendo como resultado 1 (um)

artigo e este não contemplava o assunto pesquisado. Após esta etapa, foi realizado o cruzamento dos descritores “Estrutura de Grupo” e “Estratégia de Saúde da Família” ou “Atenção Primária, tendo como resultado 2 (dois) artigos que não estavam disponíveis na íntegra. Em seguida, foi cruzada a palavra chave “Grupo” com o descritor “Estratégia de Saúde da Família” ou “Atenção Primária”, resultando em 162 (cento e sessenta e dois) artigos, sendo filtradas as publicações dos últimos 10 (dez) anos, resultando em 155 (cento e cinquenta e cinco) artigos. Desses, foram excluídos os que não estavam disponíveis na íntegra e os que fugiam à temática pesquisada. Assim, foram selecionados 4 (quatro) artigos relevantes à temática.

RESULTADOS

A partir das publicações selecionadas, destacou-se 09 (nove) que relatam vivências da prática grupal dos profissionais da ESF com usuários. Percebe-se que alguns estudos que destacam a promoção da saúde, os grupos são formados de acordo com a necessidade de cada território, e enfocam situações específicas à cada comunidade. Os sujeitos dos grupos são ouvidos em suas necessidades, experiências, desejos e expectativas, com a finalidade de construir momentos de trocas de conhecimentos e buscando autonomia destes.

Dentre outras abordagens grupais, destaca-se as ações direcionadas nas práticas assistenciais, caracterizadas pelo atendimento de demandas e o repasse de informações aos usuários, não ouvindo as necessidades das pessoas, seus desejos e expectativas, não construindo uma atitude crítica-reflexiva de suas atitudes e modo de viver, portanto não desenvolvendo o empoderamento destas, na busca de mudanças para seu auto cuidado.

Ressalta-se, ainda, a identificação do despreparo dos profissionais da ESF para conduzir grupos. Realizam estes momentos, muitas vezes, de forma empírica, sem referenciais teóricos que direcionem a sua prática, e sem fundamentação em evidências científicas.

Teve-se a necessidade de levantar informações referentes à caracterização dos artigos dos tipos de grupos desenvolvidos na ESF, onde se utilizou um formulário construído pelas autoras, com o intuito de destacar e qualificar as práticas grupais encontrados, apresentado no Quadro 2.

O quadro mostra experiências de dois grupos com pessoas em tratamento de doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes Mellitus e com risco cardiovascular. A realidade destes grupos com esse público é uma frequência nas unidades de saúde da ESF, muitas vezes com atitudes assistenciais e prescritivas. Por não se considerarem as necessidades e vivências dos membros do grupo, os encontros se constituem espaços de participação obrigatória para se manter vinculado ao programa de atendimento ou para o recebimento de benefício⁽²²⁾.

Pode-se observar que um dos grupos trabalha com grupo operativo, com nove usuários de tabaco. A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é

promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações⁽²³⁾.

Verificamos que duas experiências trabalham com grupos de idosos, sendo que em uma delas com 30 idosos. É comum encontrar demanda reprimida para atividades grupais, o que gera um número excessivo de pessoas no grupo, podendo levar à ineficiência do uso da tecnologia, ao descrédito e depreciação dessa prática⁽²²⁾. A outra experiência trabalha com 10 idosos, o que pode potencializar estes espaços, facilitando o diálogo e a troca de experiências entre os participantes.

O artigo que refere a inserção da psicologia na atenção primária, trás uma abordagem de grupos abertos ou fechados que também é uma técnica de abordagem grupal, onde os participantes escolhem a partir do tema onde querem se inserir e permanecem durante todas as discussões.

O artigo de educação permanente na estratégia de saúde da família, relata encontros grupais com a equipe da ESF para análise do trabalho de grupos desenvolvidos com a população. Realizaram-se 26 encontros grupais, abordando a vivência e a coordenação dos grupos e o processo de trabalho em grupos educativos de um serviço escola, demonstrando a necessidade de avanço nos conhecimentos tradicionais.

Um dos artigos trata de um grupo de saúde mental constituído por indivíduos que tiveram internações recorrentes em unidades psiquiátricas e que estavam se restringindo ao uso de medicações, apesar da existência do grupo de saúde mental na ESF em que os mesmos eram inseridos. Assim, o objetivo foi fortalecer o vínculo entre profissionais da unidade com esses pacientes acompanhados, o planejamento e construção de projeto terapêutico coletivo, além de promover um espaço de socialização e terapêutico para os mesmos.

O último artigo trata de uma abordagem realizada com grupos criativos focados, que são grupos organizados em torno de um interesse comum no desenvolvimento de ensino-aprendizado, resultando em um produto artístico. Assim, trabalhou-se com grupos de duas comunidades que se situavam próximas da ESF onde foi realizada a pesquisa.

DISCUSSÃO

Diante das principais discussões trazidas pelos estudos, foi possível constituir três categorias: Abordagem grupal como ferramenta de promoção da saúde na ESF; Condução dos grupos na ESF e Experiências de abordagem grupal na ESF, discutidas a seguir:

Abordagem Grupal como ferramenta de promoção da saúde na ESF

Os artigos apresentam experiências de abordagens grupais como estratégia de promoção da saúde na ESF. Percebe-se nos relatos, a autonomia e mudanças de estilo de vida, como principais contribuições dos grupos.

Quadro 1. Demonstrativo dos estudos encontrados na área da saúde sobre abordagem grupal no âmbito da ESF, nos últimos 10 anos, pela BVS/BIREME.

| TIPO DE ESTUDO | PERÍODO DO ESTUDO | LOCAL DO ESTUDO | TÉCNICAS DE COLETAS | BASE DE DADOS |
|---|-------------------|--|--|---------------|
| Projeto de Intervenção | 2013 | Rede Pública de Saúde de SP. | Implantação de Programa | SCIELO |
| Estudo descritivo com abordagem qualitativa | 2013 | APS de Maringá – PR | Observação participante | SCIELO |
| Estudo descritivo e exploratório | 2013 | UBS de Catalão – Goiás | Observação e intervenção do grupo operativo | SCIELO |
| Relato de experiência | 2012 | UBS de Cafezal – MG | — | SCIELO |
| Estudo descritivo, observacional transversal | 2012 | UBS de Camaragibe – PE | Intervenção multidisciplinar | SCIELO |
| Estudo Transversal | 2012 | Atenção Primária de Saúde na ESF de Contagem – MG | Observação e questionário semiestruturado autoaplicável | LILACS |
| Estudo descritivo e exploratório, abordagem qualitativa | 2011 | UBS de Belo Horizonte – MG | Observação não-participante e entrevista semiestruturada | SCIELO |
| Projeto de intervenção | 2010 | UBS de Belo Horizonte - MG | Oficinas, técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas | SCIELO |
| Estudo Qualitativo | 2010 | UBS de Florianópolis – SC | Observação participante | LILACS |
| Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória | 2010 | UBS dos distritos de e Belo Horizonte MG | Observação não-participante e entrevista semiaberta. | LILACS |
| Pesquisa Qualitativa | 2010 | Distritos Sanitários de Belo Horizonte – MG | Entrevista, grupo focais e observação participante | LILACS |
| Projeto de Intervenção | 2010 | Experiência de extensão universitária junto à atenção básica | Atividades em grupo e observação | SCIELO |
| — | 2009 | Atenção Básica do Rio de Janeiro | — | LILACS |
| Pesquisa exploratória-descritiva | 2009 | Unidades Básicas de Cuiabá- MT | Entrevista semiestruturada | LILACS |
| Artigo de Reflexão | 2009 | Atenção Primária a nível Brasil | — | LILACS |
| Pesquisa Qualitativa | 2009 | ESF de Ribeirão Preto | Investigação e exploração de um tema | SCIELO |
| Estudo descritivo | 2006 | NSFs de Ribeirão Preto - SP | Intervenção grupal | SCIELO |
| Relato de Experiência | 2008 | Marília - SP | Observação através da “técnica de roda” | SCIELO |
| Qualitativo Observacional | 2007 | Rio Grande | Observacional | BDEF |

Quadro 2. Demonstrativo dos tipos de grupos desenvolvidos na ESF a partir dos artigos selecionados.

| TIPO DE GRUPO | PARTICIPANTES | LOCAL DE ENCONTRO | PROFISSIONAIS FACILITADORES E/OU CUIDADORES |
|--|---|--|---|
| Usuários de Tabaco | 09 usuários e membros do Grupo Operativo | ESF | Profissionais do grupo operativo |
| Grupo de Idosos | 30 idosos | ESF | Profissionais do NASF e da Equipe de Saúde da Família |
| Grupo dos portadores de Diabetes Mellitus | 85 profissionais da Saúde de Atenção Primária | ESF | Equipe multidisciplinar e Alunos de graduação. |
| Grupo de Idosos | 10 idosos ligados à USF | ESF | Equipe multidisciplinar |
| Grupo de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 e com risco cardiovascular | — | Centro de Saúde Escola (CS) da UFP-USP | Equipe multidisciplinar e estagiário. |
| Educação Permanente | Profissionais da ESF | ESF | Professores da Escola de Enfermagem |
| Aberto ou fechado | Profissionais da NSF | ESF NSF de Ribeirão Preto | NASFs de Ribeirão Preto Psicólogos |
| Saúde Mental | Usuários da UBS participantes do grupo já existente ou que tiveram várias internações psiquiátricas | ESF | Psicólogos e profissionais da ESF |
| Grupos Artísticos | Integrantes de grupos artísticos comunitários | ESF | Bolsistas de Iniciação Científica |

Evidencia-se que as atividades em grupo ocupam um espaço importante na constituição das redes de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos, reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença. Os grupos contribuem para a melhoria do autocuidado do indivíduo, como expressão de sua autonomia e como ferramenta do cuidado. Consideram ainda, como importante espaço para promoção da saúde e estratégia para facilitar o caminho e desenvolvimento de conhecimentos, potencialidades, e autonomia do indivíduo⁽¹⁰⁾.

Constata-se, que algumas experiências consideram o sujeito como importante ser ativo no seu autocuidado, refletindo suas dificuldades, apropriando-se delas e compreendendo a importância no cuidado com sua saúde para que juntos possam adaptar programas locais para promoção de hábitos de vida saudáveis, atuando sob uma nova perspectiva de estilo de vida. A promoção da saúde está inserida em um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes no âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional, que influencia os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico⁽¹¹⁾.

Condução dos Grupos na ESF

A Educação em Saúde embora envolva conhecimentos e práticas distintas, interligam-se em torno das políticas públicas sociais existentes. Nos artigos, nota-se a necessidade dos profissionais buscarem qualificação frente aos processos que envolvem abordagem grupal, conseqüentemente, à maneira como a teoria

e necessidades dos sujeitos, seriam convertidas em práticas coletivas de educação em saúde realizadas no âmbito da Atenção Básica pelas Equipes de Saúde da Família.

Os estudos evidenciam a importância dos grupos serem conduzidos por uma equipe multiprofissional, desenvolvendo ações de promoção à saúde através de momentos de educação em saúde, configurando-se uma forma estratégica de compartilhar conhecimentos entre comunidade e profissionais, buscando valorizar experiências e incentivando o autocuidado através de discussões dialógicas na busca da mudança no estilo de vida dos participantes. Uma equipe interdisciplinar é baseada em colaboração, cooperação, diálogo e abertura ao outro para compartilhar seus conhecimentos, tornando-o acessível à compreensão dos demais profissionais⁽¹²⁾.

Fica evidente a necessidade dos profissionais realizarem momentos mais dialógicos, pois em alguns estudos as experiências mostram momentos prescritivos e de repasse de informações. Dentre as inúmeras dimensões que englobam a produção científica na área da saúde no âmbito da ESF, a categoria técnico-assistencial é a que mais destacou-se a partir das ações educativas; o acolhimento; o vínculo equipe-profissional com enfoque familiar; a integralidade (promoção, prevenção e recuperação); a prática clínica; a territorialização; o estímulo a autonomia e a participação popular e, por último, o trabalho em grupo.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de que a condução das práticas grupais seja auxiliada por programas e políticas específicas, por exemplo, o Programa de Prevenção de Diabetes Mellitus

(PDM) que é um facilitador nas estratégias para hábitos de vida saudáveis dos portadores da doença⁽¹⁴⁾, mas também, enfatizou-se a importância de haver encontros grupais, pelo menos, a cada quinze dias com intuito de obter melhores resultados e fortalecer o vínculo entre os participantes.

Experiências de Abordagem Grupal na ESF

As experiências que a literatura evidencia acerca das práticas de grupos no âmbito da ESF, são permeadas por práticas educativas realizadas a partir das necessidades apresentadas pela população com foco na promoção da saúde e no controle das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, ainda são realizados grupos em que os profissionais de saúde apenas tentam repassar os conhecimentos.

As abordagens grupais na ESF, geralmente, são apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é formado por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, por discentes e docentes de universidades/faculdades localizadas no território do serviço de saúde. Além destas parcerias, pode-se destacar os programas, planos, políticas que apoiam atividades grupais que buscam atender as situações-problema encontradas, como exemplo. grupos realizados com o objetivo de cessar ou diminuir o uso do tabaco entre jovens e o esclarecimento acerca dos riscos à saúde⁽¹⁵⁾.

A articulação entre as ESF, as universidades/faculdades, e as iniciativas governamentais estimulam a interação ensino-trabalho e favorecendo a prática baseada em evidências dos profissionais de saúde atuantes, além de enriquecer a formação dos estudantes.⁽¹⁶⁾ Com isso, as ações grupais passam a ser realizadas

a partir do diálogo, contribuindo para a formação de uma consciência crítica e reflexiva na população, favorecendo à autonomia e o autocuidado^(14,18).

As abordagens grupais são realizadas no contexto da educação em saúde, realizando práticas coletivas de informação que envolve saúde (informação), doença (procedimentos terapêuticos) e cuidado (convivência e vínculo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades grupais no âmbito da ESF apresenta benefícios no sentido biopsicossocial, tanto destinadas aos pacientes quanto aos profissionais de saúde. A construção dos vínculos de confiança, por meio das práticas dialógicas, são elementos essenciais ao tratamento de doenças, sobretudo as crônicas não transmissíveis.

Os profissionais se sentem desmotivados por não terem tempo de realizar uma capacitação que favoreça uma melhor prática para a abordagem grupal, por referirem uma demanda crescente e diária nas unidades básicas de saúde. No entanto, sabe-se que mesmo com o pouco preparo da equipe de saúde, os momentos de abordagem grupal são inovadores e exigem dos participantes envolvimento para o alcance de um resultado satisfatório.

Conclui-se, portanto, que o enfermeiro enquanto educador em saúde exerce um papel fundamental para que a abordagem grupal seja um espaço privilegiado para a constituição e ampliação de vínculos afetivos, espaço de ensino-aprendizagem com a conscientização e reflexão dos sujeitos para o desenvolvimento do autocuidado, pois fortalece o potencial reflexivo, crítico e criativo destes.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4a Edição. Brasília: MS; 2007. (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).
4. Munari DB, Furegato AR. Enfermagem e Grupo. 2ed. Goiânia: AB editora; 2003.
5. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: projeto Epidoso. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):793-7.
6. Munari DB, Lucchese R, Medeiros M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção à portadores de doenças crônicas. Ciência, Cuidado e Saúde. [Periódico na internet] 2009 [citado em 2010 out 10];8. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuid-Saude/article/view/9742/5545>.
7. Pereira JM, Helene LMF. Reeducação alimentar e obesidade: relato de experiência. Revista Espaço para a Saúde [periódico na internet] 2006 [citado em 2010 set 12]; 2:32-8. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaudefv7n2/Reeducacao_alimentar.pdf.
8. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em Saúde: o trabalho de grupo em atenção primária. Rev. APS [periódico na internet] 2009 [citado em 2009 set 12]; 12(2):221-27. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewPDFInterstitial/330/205>.
9. Santos LM, Rosa MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condição de vida e saúde. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(2):346-52.
10. Lefevre, F; Lefevre, A.M. Promoção da Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
11. Monteiro, M.A. Abordagem grupal para promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Ceará. 2005.
12. Barros CR, Cezaretto A, Salvador EP, Santos TC, Ferreira SRG, Siqueira-Catania A. Implantação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013; 57/1.
13. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do assistencial. Comunic Saúde Educ 2005; 9(16): 39-52.
14. Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus (DM). Acta Paul Enferm. 2010; 23(6):751-6.
15. Lucchese R, Vargas LS, Teodoro WR, Santana LKB, Santana FR. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 20(4):918-26.
16. Teixeira, S. Lessa, JKA, Xavier, LPZ, Costa, MFM, Rabelo, NDB, Menzel, HJ, Barreto, AD, Silva, AFR, Oliveira, BKS, Silva, CAC, Gomes, FS, Ireno, GM, Braga, IR, Guerra, LMM, Teixeira, MO, Moreira, PHV, Santos, WJL. O PET-Saúde no Centro de Saúde Cafezal: promovendo hábitos saudáveis de vida. Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM).36(1supl.1):183-186;2012.
17. Combinato DS, Dalla Vecchia M, Lopes EG, Manoel RA, Marino HD, Oliveira ACS, Silva KF. "Grupos de Conversa": Saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. Psicologia & Sociedade; 22(3):558-568,2010.
18. Liliam BS. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família 2010. p.57.
19. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção Básica. Série Pactos pela Vida. 2006. Vol.4. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicados/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acessado em: 24 de agosto de 2014.
20. _____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Cad.1. A implantação da Unidade de saúde da família.
21. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
22. MUNARI, D.B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a Portadores de doenças crônicas. Cienc Cuid Saude 2009; 8 (suplem.):148-154.
23. BASTOS, A.B.B.I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicólogo informação, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

Recebido em: 07.08.2016

Aprovado em: 17.08.2016

SENTIMENTOS E EXPERIÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FEELINGS AND EXPERIENCES OF TEENS WITH DIABETES MELLITUS: AN INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Anna Thayrine Sales Gomes¹

Midian da Rocha Medeiros²

Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra³

RESUMO

Objetivou-se descrever a produção científica acerca dos sentimentos e experiências vivenciadas por crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus. Os dados foram coletados em outubro de 2014. Foram pesquisados artigos publicados entre 2005 e 2014, nas bases LILACS, SciELO, MEDLINE, a partir dos descritores Diabetes Mellitus; Criança; Adolescentes; Emoções. Os resultados evidenciaram que crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus sofrem um impacto nas dimensões biológicas e psicossociais advindo dos desafios diários gerados pela doença. O presente estudo evidencia a necessidade de um cuidar holístico dirigido a este público de modo a melhorar a assistência à criança e ao adolescente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Crianças; Adolescentes; Emoções.

ABSTRACT

This study aimed to describe the scientific production about the feelings and experiences of children and adolescents with diabetes mellitus. Data were collected in October 2014. We searched articles published between 2005 and 2014, in the LILACS, SciELO, MEDLINE, from Diabetes Mellitus descriptors; Child; adolescents; Feelings. The results showed that children and adolescents with diabetes mellitus suffer an impact on biological and psychosocial dimensions arising out of the daily challenges posed by the disease. This study highlights the need for a holistic care directed at this audience in order to improve assistance to children and adolescents.

Keywords: Diabetes Mellitus; Child; Adolescent; Emotions.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome endócrino-metabólica que se caracteriza pelo aumento da glicose circulante no sangue resultando em hiperglicemia. Relaciona-se diretamente com a deficiência na produção de insulina, devido à falta desta ou pela incapacidade

de exercer sua função no organismo com sucesso⁽¹⁾. O diabetes representa um problema de saúde pública de elevada magnitude que requer cobertura eficiente e qualificada dos serviços públicos de saúde para satisfazer as necessidades dos clientes⁽²⁾.

Atualmente, o DM é uma das doenças crônicas mais prevalentes durante o período da infância. O mau controle da doença ocasiona uma série de complicações agudas e crônicas que podem ser evitadas através do acompanhamento pela equipe de saúde e da participação ativa do paciente e de sua família no seu tratamento diário⁽³⁾.

Estudos recentes realizados pela International Diabetes Federation revelaram que 70.000 crianças desenvolvem DM tipo 1 a cada ano, e cerca de 200 crianças desenvolvem a doença a cada dia. No Brasil, existem, atualmente, cerca de 5 milhões de portadores de diabetes, dos quais cerca de 300 mil são menores de 15 anos de idade⁽⁴⁾.

As limitações experimentadas pela criança com diabetes são inúmeras e provocam vários sentimentos, como o medo e a insegurança, e atitudes que vão do conformismo ao autocuidado⁽⁵⁾. Salienta-se que as emoções geradas na criança frente ao enfrentamento da doença crônica são semelhantes às emoções vivenciadas por pessoas em outras faixas etárias. Dentre esses sentimentos destacam-se a negação, a minimização da doença, raiva e frustração pela limitação da patologia, sintomas depressivos, culpa, procura de soluções impossíveis, dentre outras⁽⁶⁾.

O diabetes tipo I, muitas vezes, desenvolve-se em crianças que ainda não possuem habilidades cognitivas e maturidade emocional que permitam o planejamento e a tomada de decisões sobre os ajustes do seu plano terapêutico⁽⁷⁾. Por tratar-se de uma doença crônica, que requer acompanhamento contínuo e sistemático, exige uma série de rotinas terapêuticas, podendo levar a pessoa a apresentar dificuldades, destacando-se entre esses desafios o seguimento do plano alimentar e aceitação do esquema insulínico⁽⁸⁾.

Estudos apontam que estas dificuldades são ainda mais evidentes quando se trata do período da adolescência, pois existem

¹ Enfermeira. Pós-Graduada em Saúde Pública e Saúde da Família pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).

² Discente do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). E-mail: luizaluana@yahoo.com.br

transformações físicas e emocionais características dessa fase da vida. É um período de revisão, questionamento de valores e instauração da identidade. Com o diabetes, esses conflitos parecem se intensificar e a doença passa a ser vista como repressora. Para o adolescente, qualquer atitude contrária a esses novos valores é, pois, vista como autoritarismo, algo que o reprime. Nesse contexto, o diabetes é sentido como algo que muda sua vida e o discrimina das outras pessoas⁽⁸⁻⁹⁾.

A depressão tem uma porcentagem significativamente alta entre adolescentes com DM tipo 1⁽¹⁰⁾ e tanto ela quanto problemas com autoestima têm um impacto negativo na adaptação ao diabetes e controle da patologia⁽¹¹⁾.

Assim, percebe-se que o diagnóstico de DM em crianças e adolescentes está associado a um impacto psicológico, sendo necessário um olhar holístico e um cuidado integral e humanizado por parte de uma equipe multiprofissional. É necessária também a colaboração da escola e principalmente o apoio familiar.

Dessa forma, torna-se indispensável entender os anseios, as privações e as dificuldades vivenciadas por esses clientes. Tais questionamentos têm como finalidade a aquisição de novos conhecimentos que possam colaborar para construção de planos de cuidados centrados na criança, no adolescente e em seus familiares e apoiados nos pressupostos da integralidade e da humanização da assistência à saúde.

Diante de tais considerações, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento científico produzido acerca dos sentimentos e experiências vivenciadas por crianças e adolescentes portadores de DM?

Na busca por aquisição de conhecimentos científicos que possibilitem uma reflexão acerca do cuidado oferecido a crianças e adolescentes com diabetes mellitus, este estudo tem como objetivo descrever a produção de conhecimento existentes na literatura científica sobre os sentimentos e experiências vivenciadas por crianças e adolescentes portadores de DM.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este método de pesquisa permite que estudos anteriores sejam sumarizados e conclusões sejam instituídas a partir da avaliação crítica de diferentes abordagens metodológicas. O seu objetivo é sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de uma problemática específica a partir da síntese ou análise dos resultados dos estudos, com propósitos teóricos e/ou interencionistas⁽¹²⁾.

Para realização desta revisão integrativa, foram observadas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹³⁾.

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2014, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, utilizando para a busca dos artigos os seguintes descritores contidos nos Descritores em Ciências da Saúde

(DeCS): Diabetes Mellitus; Criança; Adolescentes; Sentimentos. Como estratégia de busca os descritores foram combinados da seguinte forma: Diabetes Mellitus AND Criança AND Sentimentos; Diabetes Mellitus AND Adolescentes AND Sentimentos.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados nesta pesquisa foram: estudos completos publicados em português entre os anos de 2005 a 2014, que abordavam os aspectos emocionais e as experiências de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus e que fossem estudos de natureza qualitativa.

Foram excluídos estudos que não se enquadraram no recorte temporal, que abordavam outros assuntos diferentes do que foi estabelecido pela questão norteadora, que estavam em outras línguas. Os que foram encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez e estudos duplicados também foram eliminados. A coleta de dados se operacionalizou mediante a utilização de um instrumento que foi aplicado a cada artigo, o qual contemplou: as informações relativas aos autores, título do artigo, periódico e ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo e os principais resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Empregando a estratégia de pesquisa anteriormente descrita, foram encontrados 176 artigos nas bases de dados, dos quais, 14 se encontravam repetidos, 147 foram rejeitados por não estarem na língua portuguesa, 8 artigos foram rejeitados por não responderem à pergunta norteadora estabelecida inicialmente. Ao final, a amostra do presente estudo foi composta por sete artigos científicos. A partir da análise dos estudos incluídos nessa revisão constatou-se que o diagnóstico de DM está associado a um impacto físico, psicológico e social para criança e para o adolescente portador da doença.

O DM tipo 1 é uma das doenças crônicas mais comuns na infância e uma das que mais exige adaptação nos campos psicológico, social e físico, tanto por parte da criança como dos familiares⁽¹⁴⁾. Ter que aprender a conviver com a doença e seguir seu tratamento, muitas vezes, é visto como algo que o torna diferente dos demais indivíduos da sua idade. Não é fácil para uma criança na fase inicial da doença ver seus colegas se alimentar com o que ela não pode comer. Da mesma forma que não é fácil para um adolescente viver com a exigência diária para manter um controle terapêutico rigoroso. Salienta-se, assim, a importância do convívio com a família e com os amigos como uma forma de amenizar e ajudar a superar os desafios diários que a doença impõe.

As crianças referem-se ao diagnóstico do DM como um momento doloroso, difícil de entender e de acreditar⁽¹⁵⁾. A revolta é um sentimento muito comum entre as crianças diabéticas, e que pode acontecer tanto na fase após o diagnóstico como acompanhá-lo por mais tempo. Ela perde a paciência e chega a sentir raiva da insulina, do tratamento e da dieta. Ela também convive com o medo do preconceito, do isolamento por parte de outras pessoas da sua idade, por isso não fala para todas as pessoas sobre seu diagnóstico⁽¹⁶⁾.

O adolescente, geralmente, tem mais dificuldades para aceitar a doença, quando comparados a crianças, pois, enquanto estas ainda são dependentes dos cuidados dos pais ou responsáveis, os adolescentes são chamados a responsabilizar-se pela própria saúde. Sua

imaturidade pode revelar-se no momento em que tem que assumir alguns cuidados, como por exemplo, a administração de medicamentos e seguimento de uma dieta⁽¹⁷⁾.

Além da imaturidade e das dificuldades na aquisição do autocontrole, as mudanças hormonais também podem fazer com que a incumbência do controle da taxa de glicose no sangue seja ainda mais difícil durante este período⁽⁹⁾. Torna-se difícil e estressante para os adolescentes seguirem rigorosamente o tratamento para o controle metabólico do DM1. Estes estão vivenciando uma etapa da vida em que gostam de sentirem-se iguais aos seus pares e buscam constantemente viver dentro dos padrões normais de saúde expressos pela sociedade⁽¹⁸⁾. Conviver com DM1 faz o adolescente experimentar sentimentos de perda, ansiedade, medo, revolta, impotência e desconforto. Entretanto, são conscientes de que para sobreviver precisam rever seu padrão de vida e, para isso, buscam a auto superação, aceitação e resignação. Porém, tais vivências mostram-se diferentes conforme a maturidade de cada adolescente, a fase da doença e o contexto de vida⁽¹⁹⁾. Comumente os adolescentes reclamam de suas atividades diárias, como horários para estudo e outros compromissos. Quando se considera o contexto do adolescente diabético é ainda mais complicado conseguir administrar todas as exigências do tratamento, que afeta sua liberdade pela dependência em cumprir as normas e restrições necessárias para manter o controle da doença⁽²⁰⁾.

No que se refere à convivência com os amigos, os adolescentes diabéticos salientam a importância de serem aceitos e incorporados ao grupo. Entretanto, ressaltam que esse fator pode influenciar positivamente ou negativamente no controle doença. Para isso, precisam ter maturidade para assumir as consequências de suas atitudes e decisões. O grupo de amigos é um espaço onde os adolescentes partilham segredos e experiências. Geralmente, a cobrança em relação aos cuidados com o diabetes não está presente neste espaço e não haverá reprovação de suas atitudes se ele fizer algo que não está de acordo com as normas. Sendo assim, é comum o adolescente quebrar algumas regras quando está acompanhado dos amigos, uma vez que adotar comportamentos semelhantes da maioria do grupo é uma forma de incorporar-se a ele⁽²⁰⁾.

O suporte dos amigos é relevante para auxiliar o adolescente a enfrentar e conviver com a doença⁽²⁰⁾. Apesar de destacarem algumas dificuldades, especialmente no convívio com amigos e na incorporação das exigências do tratamento na sua rotina, afirmam que essas tais barreiras podem ser ultrapassadas quando possuem

o apoio dos familiares e de amigos dispostos a ajudar, principalmente quando o adolescente tem consciência sobre seu problema e está disposto a enfrentá-lo⁽²⁰⁾.

A análise das literaturas evidenciou, ainda, uma carência de políticas públicas de saúde voltadas para os portadores de DM jovens. Assim sendo, este público, embora apresente características peculiares à fase de vida em que se encontra, é tratado como os demais portadores de DM pertencentes a outras faixas etárias, não sendo considerados seus medos, angústias e frustrações por terem a doença e por não poderem levar uma vida como os demais indivíduos de sua idade, tendo muitas vezes que assumir um autocuidado mais cedo que os outros. Por outro lado, o convívio com os amigos e a família é visto como uma válvula de escape frente ao sofrimento e aos desafios que esta doença traz aos seus portadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos estudos, contactou-se que crianças e adolescentes sofrem um impacto nas dimensões biológicas e psicossociais advindo dos desafios diários gerados pela doença. Dessa forma, faz-se necessário à implementação de planos de cuidados centrados na criança e no adolescente portador de diabetes mellitus apoiados nos pressupostos da integralidade e da humanização da assistência à saúde. Receber o diagnóstico de DM ainda durante a infância e a adolescência significa ter algumas restrições que exige mudanças rigorosas nos hábitos de vida, hábitos esses que muitas vezes são vistos como repressores, como o fato de não poder alimentar-se da mesma maneira que o colega se alimenta, ou ainda por ter que seguir um rigoroso tratamento farmacológico diariamente.

Percebe-se uma deficiência no que diz respeito a estudos sobre essa temática na literatura brasileira, visto que a maioria dos estudos encontrados datava de 10 anos ou mais. Em virtude disso, recomenda-se a realização de novos estudos sobre o assunto, afim de que possam viabilizar a reflexão sobre a temática. Nesse contexto, evidencia-se a educação em saúde como uma ferramenta de fundamental importância para promover o aumento da autonomia dos clientes juvenis para o autocuidado, afim de que se possam evitar as complicações agudas e crônicas que são produzidas pela doença. Além disso, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos aos sentimentos e experiências deste público e de seus familiares por meio de uma escuta sensível as suas necessidades biológicas e psicossociais.

REFERÊNCIAS

1. Faeda A, Leon CGRMP. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59(6):818-821.
2. Pereira LP, Guedes MUC. Dificuldades de mães de adolescentes diabéticos tipo 1 no acesso ao atendimento de saúde. Rev. Rene. 2013; 12(3):487-493.
3. Vasconcelos LB, Adorno J, Barbosa MA, Sousa JT. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. Rev. Eletrônica Enferm. (online). 2000; 2(2).
4. International Diabetes Federation. Today's children to bear brunt of diabetes epidemic USA; 2006 [cited 2007 Jul]. Available from: <http://www.idf.org/node/1350>.
5. Kovacs ACTB. Trabalhando as necessidades especiais de crianças e jovens diabéticos. [dissertação]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2001.
6. Cruz M, Rocha MCD, Silva MFP, Castelli M. Criança e doença fatal - Assistência Psicorreligiosa. São Paulo: Sarvier; 1984.
7. Golden MP. Special problems with children and adolescents with diabetes. Prim Care. 1999; 26(4):885-93.
8. Fialho FA, Dias IMVA, Nascimento L, Motta PN, Pereira SG. Crianças e adolescentes com diabetes mellitus: cuidados/implicações para a enfermagem. Rev. Baiana Enferm. 2011; 25(2):145-154.
9. Vieira MA, Lima RAG. A criança e o adolescente com doença crônica e seu desenvolvimento: implicações para o cuidado de enfermagem. In: Galvão MAM, organizadora. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiro(as). Curitiba: UFMG; 2006.
10. Kanner S, Hamrin V, Grey M. Depression in adolescents with diabetes. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2003; 16(1):15-24.
11. Schiffrin A. Psychosocial issues in pediatric diabetes. Curr Diab Rep 2001; 1(1):33-40.
12. Mendes KDS, Silveira RCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8:102-6.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Gonçalves VN, Oliveira SKM, Ribeiro AR, Lage AMV. A experiência da criança com diabetes: pesquisa qualitativa e interativa em saúde por meio do sociodrama. Rev. bras. psicodrama [online]. 2014; 22(1): 43-53.
16. Moreira PL, Dupas G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2006; 14(1): 25-32.
17. Alencar DC, Lima ACS, Almeida VCF, Sampaio KJAJ, Damasceno MMC, Alencar AMPG. Sentimentos de adolescentes com Diabetes Mellitus frente ao processo de viver com a doença. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013; 66(4): 479-484.
18. Fragoal LVC, Araújo MFM, Lima AKG, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(3).
19. Almino MAFB, Queiroz MVQ, Jorge MSB. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(4).
20. Ferreira LE, Zanatta EA, Brum MLB, Nothhaft SC, Motta MGC. Diabetes mellitus sob a ótica do adolescente. Cogitare Enferm. 2013; 18(1):71-7.

Recebido em: 10.07.2016

Aprovado em: 20.07.2016

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2016



Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

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

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, o aprimoramento das atividades que englobam o profissional de Enfermagem tem sido uma das ferramentas mais eficazes para o desenvolvimento do ser e caminho para novas conquistas. É através da busca contínua do conhecimento que cada profissional amplia suas possibilidades de engrandecimento técnico-científico e pessoal.

A cada edição, a Revista Tendências da Enfermagem Profissional - ReTEP, vem consolidando entre a categoria, um espaço de reconhecimento e compartilhamento de saberes. É, outrossim, uma fonte de pesquisa institucional, correlatando as ações que o Coren-CE vem desenvolvendo em benefício dos seus inscritos.

Muito nos compraz, em compartilhar que esse último trimestre, alcançamos vitórias exemplares no que diz respeito ao cumprimento e observância da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. A procuradoria jurídica do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, acompanhando as demandas do Departamento de Fiscalização tem sido combativa principalmente no que diz respeito a presença obrigatória dos enfermeiros e responsáveis técnicos nas unidades de saúde. Além de denúncias que são verificadas, as diligências programadas tem alcançado eficácia no âmbito territorial e com apoio logístico das subseções do Coren, que aportam como unidades descentralizadas do exercício de fiscalização.

Somente neste último trimestre, por exemplo, a justiça determinou que 8 municípios cearenses adotassem medidas urgentes para garantir a presença dos profis-

sionais de Enfermagem em hospitais municipais que descumpriam resoluções que protegem enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. As ações são resultado do trabalho realizado pelo DEFIS – Departamento de Fiscalização do Coren-CE e empenho conjunto com a Procuradoria Jurídica do regional, garantindo condições legais aos profissionais e oportunidade para a categoria.

Outro grande aliado da categoria, tem sido o Ministério Público que através da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública de Sobral no Ceará, determinou que as 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde do município de Sobral atendessem imediatamente as recomendações do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE, detectadas através de fiscalização do exercício profissional.

Tantas ocorrências levaram a Gestão do Coren-CE a reunir os representantes da Secretaria Municipal de Saúde da capital com a equipe de fiscalização do regional, representantes do Ministério Público, Sindicato dos Enfermeiros, profissionais do Programa Saúde da Família-PSF, para debater o processo da construção da atenção primária à saúde em Fortaleza.

Sabemos que é uma longa caminhada, mas vislumbramos na participação de todos, a construção de caminhos que garantam aos profissionais da saúde, qualidade e condições de trabalho dignas, justas e compatíveis com o comprometimento das funções que exercem. O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, luta pela melhoria e crescimento de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. ●

NAPEN CAPACITA PROFISSIONAIS NA CAPITAL E EM CANINDÉ

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, por meio do Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem, realizou o CURSO CENTRO CIRÚRGICO E CENTRAL DE MATERIAL: CAPTAÇÃO E IMPLANTE DE ÓRGÃOS, no auditório da sede do COREN-CE em Fortaleza.

Ministrado pela professora Rita Mônica Borges Stuard, o curso capacitou os participantes nos temas: Gestão de qualidade e indicadores assistenciais no CC e CME; Sistema de barreira estéril; Segurança do paciente; Evento adverso em CME; Processo saúde-doença do trabalhador em bloco cirúrgico; Máquina de perfusão pulsátil; Desinfecção, esterilização e aspectos de microbiologia e Captação e implante de fígado e rim.

EM CANINDÉ

O Município de Canindé/CE recebeu o CURSO ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, realizado no auditório do Centro de Treinamento (Convento dos Frades).



Ministrado pela Professora Julyana Freitas, o evento contou com o apoio do Hospital Sociedade Hospitalar São Francisco de Canindé e teve como objetivo capacitar os profissionais no atendimento a vítimas em Parada Cardiorrespiratória e Cerebral através do Suporte Básico e Avançado de Vida, bem como na assistência ao paciente no contexto das emergências traumáticas mediante a aplicabilidade de protocolos internacionais adequados à realidade nacional. ●

DIA NACIONAL DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

Neste 12 de julho, os conselhos de Enfermagem comemoram 43 anos. Você, profissional, é parte desta história.

A Enfermagem é uma profissão regulamentada. Isto significa que o exercício, desde a formação profissional às competências e áreas de atuação, é regido por lei. A fiscalização do exercício profissional é a função primordial dos Conselhos de Enfermagem, criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Nossa missão é fiscalizar e normatizar o exercício profissional. A normatização que defendemos busca também preservar e melhorar as condições de trabalho.

Os Conselhos de Enfermagem fiscalizam as condições de assistência, o dimensionamento profissional e zelam pela valorização profissional. Apoiamos a luta pela jornada de 30h semanais, pelo piso salarial nacional e pela formação presencial e de qualidade.



Não se faz Saúde de qualidade sem excelentes profissionais, e a Enfermagem representa mais da metade dos recursos humanos em Saúde no Brasil. Melhorar as condições de trabalho daqueles que estão 24h nas unidades de Saúde, cuidando dos brasileiros, é melhorar a Saúde de todos. ●

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO DO COREN-CEARÁ TEM ATUAÇÃO FIRME



O Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Coren-Ce tem tido uma atuação firme no disciplinamento e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem no estado, legitimando assim um dos preceitos basilares da atividade do do Conselho Regional de Enfermagem.

Os resultados comprovam. Em julgamento de Ação Civil Pública promovida pelo Conselho, a Justiça Federal condenou os municípios de Coreaú, Irauçuba, Ipú e Uruoca, a manter em seus hospitais e demais unidades de saúde municipais, pelo menos 1 (um) enfermeiro habilitado para a atividade de responsável técnico pelo serviço de enfermagem, ao longo de todo o período de funcionamento.

Outro exemplo se deu no Hospital Municipal Dr. João Elisio de Holanda, em Maracanaú, onde, ao detectar irregularidades em relação ao grande déficit de profissionais de Enfermagem em todos os setores, o DEFIS acionou o Ministério Público Estadual para a adoção de medidas legais cabíveis.

Fato similar foi percebido no Hospital Maternidade Zilda Arns Neumann, o Hospital da Mulher, em Fortaleza., e devidamente denunciado. Porém, neste caso ainda persistem fragilidades no vínculo empregatício dos profissionais contratados pela Prefeitura da capital. Atento, o Coren-Ce participa ativamente de reuniões e audiências, ocasião em que destaca a urgência por concursos públicos na saúde. “O concurso público é o primeiro passo para a desprecarização do trabalho dos profissionais de Enfermagem no Sistema Único de Saúde”, observa o presidente do Coren-CE, Dr. Osvaldo Albuquerque.

Denúncias podem ser feitas no link:
<http://www.coren-ce.org.br/ouvidoria> ●



RENOVE SUA CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL



Os profissionais de Enfermagem inscritos no Coren-CE precisam renovar a Carteira de Identidade Profissional no prazo definido na Resolução Cofen nº 475/2015.

A Resolução Cofen nº 475/2015 estabelece a obrigatoriedade aos profissionais de Enfermagem de renovação da Carteira de Identidade Profissional, conforme datas e prazos estabelecidos no texto publicado em 13 de janeiro de 2016.

Para requerer a substituição da carteira, o profissional deverá regularizar sua situação financeira e cadastral junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. É possível emitir boletos, realizar acordo e atualizar os dados no CANAL DE AUTOATENDIMENTO (<http://www.coren-ce.org.br/autoatendimento-coren-ce>) no site do Coren-CE.

A renovação em 2016 abrange as carteiras emitidas até 31/12/2011. Se a sua carteira foi emitida a partir de 2012, aguarde o prazo de validade de 5 anos, a contar da data de emissão.

Já os profissionais que participaram do recadastramento (2007-2010) devem considerar as informações contidas na Carteira de Identidade Profissional, mesmo que o documento não tenha sido retirado no Coren-CE.

Já as carteiras emitidas a partir de 1º de janeiro de 2011 têm validade de 5 anos, a contar da data da emissão. Confira maiores informações no site: <http://www.coren-ce.org.br/anuidade> ●

ATENÇÃO PARA OS PERÍODOS DE RENOVAÇÃO CONFORME RESOLUÇÃO COFEN 475/2015:

| FINAL DA INSCRIÇÃO | VALIDADE | MÊS DE RENOVAÇÃO |
|--------------------|------------|------------------|
| 1 | 31.01.2016 | Janeiro |
| 2 | 29.02.2016 | Fevereiro |
| 3 | 31.03.2016 | Março |
| 4 | 30.04.2016 | Abril |
| 5 | 31.05.2016 | Mai |
| 6 | 30.06.2016 | Junho |
| 7 | 31.07.2016 | Julho |
| 8 | 31.08.2016 | Agosto |
| 9 | 30.09.2016 | Setembro |
| 0 | 31.10.2016 | Outubro |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Documento de identidade com validade nacional. Profissionais estrangeiros deverão apresentar obrigatoriamente o RNE – Registro Nacional de Estrangeiros;
- Comprovante de alteração de nome, se for o caso (certidão de casamento ou averbação de divórcio);
- Comprovante de residência atualizado ou declaração de residência firmada pelo profissional no momento do requerimento;
- Fotografia: o profissional deve levar uma foto 3x4 colorida, recente, com fundo branco e sem uso anterior.

MP NOTIFICA 12 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SOBRAL APÓS DENÚNCIA DO COREN-CE

O Ministério Público através da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública de Sobral no Ceará, determinou que as 12(doze) Unidades Básicas de Saúde do município de Sobral atendam imediatamente as recomendações do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE, detectadas através de fiscalização do exercício profissional.

As ações foram realizadas pelo Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Coren-CE em parceria com Ministério Público Estadual e resultaram na recomendação de um Enfermeiro Responsável Técnico para cada unidade de saúde e consecução de Anotação de Responsabilidade Técnica. Em caso de descumprimento, a gestão municipal pode sofrer pena de responsabilização administrativa (proibida administrativa) e criminal (prevaricação).

O Ministério Público recomendou ainda a publicação de portaria normalizando a prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelo profissional enfermeiro de acordo com a Lei 7498/86 e a classificação de risco rea-



lizada somente por enfermeiros no âmbito da equipe de Enfermagem.

O Coren-CE parabeniza a atuação veemente do Promotor de Justiça de Sobral, Plínio Augusto Almeida Pereira e o trabalho realizado pelos fiscais da Subseção Noroeste, Maria de Lourdes Albuquerque e José Passos.

Para Osvaldo Albuquerque, presidente do Coren-CE a parceria com o MP tem trazido excelentes resultados para valorização da categoria. O Gerente do DEFIS, Adailson Vieira declarou que mais ações estão sendo realizadas e que serão alvo do Ministério Público. ●

ANUIDADES PENDENTES CHEGOU O REFIS 2016

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, informa aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, que estão com o pagamento de anuidades em atraso junto ao Coren-CE, a possibilidade da quitação de débitos pelo Programa de Recuperação Fiscal (Refis 2016).

Instituído pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o Refis prevê o pagamento das anuidades atrasadas até 31 de dezembro de 2015 com descontos de multas e juros, que podem chegar a 100% para pagamento à vista.

O ingresso no REFIS Enfermagem – 2016 dar-se-á por opção escrita do profissional de enfermagem que se encontrar em situação regular com o pagamento de sua anuidade de 2016, que fará jus a regime especial de consolidação e parcelamento dos débitos fiscais.

Os débitos existentes em nome do optante serão consolidados tendo por base a data da formalização do pedido de ingresso no REFIS Enfermagem – 2016 e poderão ser:

1. Parcelados até o número máximo de 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas;
2. Reduzidos progressivamente os encargos moratórios de acordo com o número de parcelas.

DIRIJA-SE AO COREN-CE OU ÀS SUBSEÇÕES

Para aderir ao REFIS 2016 é necessário comparecer a sede do Coren-CE (Rua Mário Mamede, 609) ou as Subseções nos municípios de Limoeiro do Norte, Crato e Sobral e se dirigir ao Departamento de Relacionamento e Negociação do Regional.

CONTATOS

- Coren-CE (Fortaleza): (85) 3105.7880 | 7855
- Subseção Vale do Jaguaribe (Limoeiro): (88) 3423.4464
- Subseção Cariri (Crato): (88)3523.3769
- Subseção Noroeste (Sobral): (88)3611.3780 ●

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DERRUBAM “ATO MÉDICO 2”

A ampla mobilização de profissionais, conselhos e organizações representativas da Saúde levou à retirada de pauta do PLS 350/2014. Em consulta pública realizada pelo Senado, 114.706 pessoas se manifestaram contra o chamado “Ato Médico 2”, que limitava a atuação de profissionais de Saúde. Após a consulta pública, a senadora Lúcia Vânia (PSB-GO), autora do projeto, o retirou da pauta.

O PL tornava privativo dos médicos o diagnóstico nosológico e a prescrição do tratamento, além de uma série de procedimentos hoje executados de forma autônoma por profissionais de saúde qualificados. Em nota, o próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) se manifestou de forma contrária a mudança na Lei 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina.

“A aprovação destas alterações sugeridas pelo PL representariam um retrocesso nas atuais Políticas Públicas de Saúde vigentes no Brasil e a tendência mundial da multidisciplinaridade. O prejuízo a Saúde Pública



Brasileira seria imenso, uma vez que as atuais diretrizes da Atenção Básica buscam a garantia dos princípios constitucionais do SUS, como a universalidade do acesso, equidade e integralidade.”, afirma o presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho. ●

VENCEDORA DA CAMPANHA "REGULARIDADE PROFISSIONAL ENFERMAGEM" É PREMIADA

A campanha de Regularização Profissional realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, premiou com uma TV de LED 42, a enfermeira VERA LÚCIA TEOBALDO DAMASCENO UCHÔA. A vencedora recebeu o prêmio na tarde desta segunda-feira(22), das mãos da conselheira do Coren-CE, Luiza Lourdes Pinheiro, que representou o presidente Osvaldo Albuquerque Sousa Filho.

Participaram da campanha, profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) inscritos e adimplentes com o Coren-CE, até 31/07/2016. O sorteio ocorreu de forma virtual, sendo gerado banco de dados com o número de inscrição de todos os profissionais inscritos e regulares, permitindo a seleção aleatória da ganhadora.



A conselheira Dayse Maria Pereira representou o presidente Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e teve a alegria de comunicar por telefone à profissional premiada Vera Lúcia Teobaldo. Presenciaram o sorteio os funcionários Daiane Sales (secretária da presidência), Paula Veríssimo (coordenadora de eventos) e Lauro Fernandes (chefe da TI). ●

COREN-CE REÚNE REPRESENTANTES DAS UBS DO MUNICÍPIO E DEBATE CONDIÇÕES DE TRABALHO



Profissionais da saúde, há décadas vem sendo obrigados a driblar os infortúnios que corroboram com a desvalorização da categoria. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, sofrem com a falta de uma carga horária semanal de trabalho justa e do piso salarial. A precarização do trabalho também tem afetado as unidades básicas de saúde que não conseguem atender a demanda da região e sobrecarregam os trabalhadores que atuam nas unidades de toda a capital.

Após várias notificações e pouca resolutividade, o Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), reuniu em sua sede, representantes do Ministério Público, Sindicato dos Enfermeiros e coordenadores de saúde do município, para discutir e sugerir ações que tragam soluções para os graves problemas que enfrenta a saúde pública de Fortaleza.

Presentes à audiência realizada no plenário do regional: Osvaldo Albuquerque Sousa Filho (presidente do Coren-CE), Dayse Maria Pereira (conselheira), Isabel Salustiano Porto (promotora de Justiça da Saúde), Adailson Vieira (coordenador do Departamento de Fiscalização – DEFIS), Mitz Germano (chefe da Divisão de Subseções do Regional, fiscais do Defis, Ricardo Costa de Siqueira (membro da Câmara Técnica de Atenção à Saúde/Cofen) e representantes da Secretaria de Saúde e coordenadores municipais.

Pontos críticos apontados pelo DEFIS:

- Ausência de validação do processo de esterilização, ausência de climatização em algumas salas de vacinação e déficit de pessoal de Enfermagem;

- Recusa por parte de enfermeiros do ESF em aceitar ser Responsável Técnico pelo serviço de Enfermagem;
- Escala de distribuição dos enfermeiros/ESF, principalmente na realização do acolhimento e classificação de risco;
- Estrutura física das unidades de saúde do município interfere na assistência de Enfermagem prestada ao usuário;
- Objeção das farmácias populares em dispensar medicamentos prescritos por enfermeiros/ESF, em desacordo com a portaria do Ministério da saúde MS 2488;
- Classificação de risco pelos enfermeiros. Um dos principais pontos, pois o atendimento à demanda espontânea está tirando o foco da assistência preventiva.

Osvaldo Albuquerque (Coren-CE), ouviu os representantes e pontuou as necessidades urgentes que devem proporcionar melhoria na condições de trabalho aos profissionais que atuam nas unidades de saúde, resultando em um melhor atendimento a população.

O Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE), por intermédio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública reafirmou a parceria com o Conselho de Enfermagem, afirmando que sempre que for necessário vai convocar os responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde para discutir os problemas denunciados pelo Departamento de Fiscalização do Coren-CE. ●

COREN-CE IMPLANTA CÂMARAS TÉCNICAS



O Plenário do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), implantou as Câmaras Técnicas de Assistência à Saúde e de Educação e Pesquisa, na sede do regional em Fortaleza.

As Câmaras Técnicas são formadas por um colegiado de enfermeiros, mestres e doutores e têm natureza consultiva e analítica. O seu principal objetivo é dar embasamento ao Plenário do Conselho e aos profissionais de Enfermagem que com frequência recorrem a Autarquia com solicitações de pareceres técnicos sobre temas referentes ao exercício profissional. Dessa forma, o Coren-CE contribui para produção de conhecimento, qualificação da categoria e para uma assistência de Enfermagem segura, ética e livre de riscos para os usuários.

Entre as principais funções das Câmaras Técnicas, estão: assessorar a diretoria e conselheiros através de pareceres tecnicamente fundamentados, colaborar com o departamento de fiscalização na proposição de temas para Processo de educação permanente de fiscais, garantir respostas e pareceres técnicos fidedignos, agilizando o retorno aos profissionais e instituições e estu-

dar, analisar, realizar pesquisas, entre outros procedimentos vinculados à educação e Pesquisa.

MEMBROS DA CÂMARA TÉCNICA DE EDUCAÇÃO E PESQUISA:

- Karla Maria Carneiro Rolim | Coren-CE nº 24665 - ENF - Coordenadora
- Rosiléia Alves de Sousa | Coren-CE nº25931 - ENF - Membro
- Maria Euridea de Castro | Coren-CE nº 7534 - ENF - Membro

MEMBROS DA CÂMARA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE:

- Celiane Maria Lopes Muniz | Coren-CE nº 70764 - ENF - Coordenadora
- Valéria Maria Viana Barbosa | Coren-CE nº 47941 - ENF - Membro
- Maria de Fátima Berlamino de Souza Lucena | Coren-CE nº 20009 - ENF- Membro. ●

8º SENAFIS DISCUTE AVANÇOS NO SISTEMA FISCALIZATÓRIO



Com o tema “Reestruturando o Sistema de Fiscalização Profissional da Enfermagem”, foi realizado em Vitória/ES, o 8º Seminário Nacional de Fiscalização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais (Senafis). Com participação dos fiscais, conselheiros federais, conselheiros estaduais e advogados dos conselhos, o Senafis se propõe a discutir e alinhar políticas de fiscalização, propondo e aperfeiçoando diretrizes.

“A escolha do tema reestruturação significa que nós, enquanto conselhos de fiscalização profissional, ainda temos muito a avançar. Não há, porém, nenhum conselho profissional que tenha uma atuação tão presente na fiscalização, e quem afirma isto são representantes do Ministério Público nos Estados, do Ministério Público Federal, do próprio Tribunal de Contas da União”, afirmou o presidente do Cofen, Manoel Neri, que abriu o seminário.

Crise Profissional – O impacto da formação profissional desordenada na qualidade da assistência e na valorização profissional também foi destaque na abertura. “A Enfermagem enfrenta hoje uma crise que é também de formação, tanto qualitativa quanto quantitativa”, afirmou Neri, destacando a saturação do mercado e a



expansão desordenada de cursos, muitas vezes de baixa qualidade. O presidente conclamou os fiscais, que tiveram papel fundamental na Operação EaD, a se unirem à luta pela formação de qualidade. O Cofen apoia o Projeto de Lei 2891/2015 [4], que torna obrigatória a formação presencial, defende a melhor regulamentação do ensino presencial e a criação de para futuros profissionais.

O Ceará foi representado pelo presidente do regional, Osvaldo Albuquerque e os fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. ●

COREN-CE DEBATE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA



O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, se reuniu com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, para debater o processo da construção da atenção primária à saúde em Fortaleza.

A reunião realizada no auditório do Coren-CE, contou com representantes do Ministério Público, Sindicato dos Enfermeiros, profissionais do Programa Saúde da Família-PSF e fiscais do regional.

A articuladora da Célula de Atenção Primária da SMS, Geridice Lorna Andrade de Moraes, apresentou dados da organização de macroprocessos, estrutura, reforma das UAPS, construção de novas UAPS, horário de funcionamento, prontuário e ponto eletrônico entre outros.

O Coren levantou questionamentos sobre o alcance da metas propostas pela gestão municipal em saúde. Entre os pontos mais críticos, se destaca o atendimento da demanda espontânea por parte dos enfermeiros, que está em desacordo com os dados apresentados pela prefeitura. Outra questão, diz respeito a resistência dos enfermeiros das unidades básicas de saúde, em assumir a Responsabilidade Técnica de Enfermagem, por dificuldade no entendimento com a gestão mu-



icipal, o que fere a Resolução Cofen 509/2016 (atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico).

O Coordenador da Assessoria Jurídica da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, Antônio Tadeu Uchôa Filho, destacou a importância dos debates e elogiou a iniciativa do Conselho Regional de Enfermagem que conta com a parceria do Ministério Público. ●

COREN-CE CAPACITA PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DO NAPEN



O Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem (NAPEN) do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará realizou o CURSO ATUALIZAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER, na sede do regional em Fortaleza.

O evento capacitou profissionais nos temas: Consulta de enfermagem a mulher no Pré-Natal, Planejamento Familiar, Prevenção do câncer ginecológico e de mama; Cuidado de Enfermagem à mulher com afecções ginecológicas; Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Assistência de enfermagem à mulher em situações de violência.

As aulas foram ministradas pelas professoras Aline Rodrigues e Sabrine Feitosa, sob a coordenação da professora Luana Araujo que está a frente do Napen. O presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho fez questão participar da entrega dos certificados e destacar a importância do Napen e as oportunidades que os cursos proporcionam. Até dezembro ainda devem acontecer mais 04 cursos entre a capital e o interior do estado. ●



ENFERMAGEM não se ensina a distância

***Manoel Carlos Neri da Silva** | Coren/RO nº 63.592

Enfermeiro e presidente do Conselho Federal de Enfermagem

A Enfermagem é uma profissão de assistência direta ao paciente, presente na vida de recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os conhecimentos teórico-práticos necessários à formação de enfermeiros e de técnicos em Enfermagem envolvem práticas sociais, éticas e legais, que se processam pelo ensino e assistência. Não são passíveis de aquisição via teleaulas, porque o cuidado não é virtual. É real, tangível, tem corpo e forma.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) alerta a sociedade para os riscos à saúde trazidos pela formação de profissionais de Enfermagem por meio do ensino a distância (EaD). As atividades teóricas e práticas deverão estar presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar. Sem a fusão da prática com a teoria, como o futuro profissional poderá realizar procedimentos essenciais para salvar vidas e amenizar dor e desconfortos? Se mal executados, tais procedimentos podem causar danos irreversíveis.

Desde 2011, os Conselhos Profissionais do setor se colocam de forma unânime contra a formação não presencial na área de Saúde. As peculiaridades do trabalho em saúde exigem uma formação teórica e prática desses profissionais em necessária interação com docentes assistenciais e com pacientes, além de práticas laboratoriais e estágio curricular supervisionado por docentes qualificados. Contrariando as recomendações fundamentadas do Cofen, responsável pela fiscalização do exercício profissional, cursos de graduação a distância estão sendo ofertados pelas universidades brasileiras, com aval e reconhecimento do Ministério da Educação, que não tem sequer cumprido o seu papel na correta fiscalização e regulação de tais cursos.

O Conselho reconhece as potencialidades do EaD para a formação continuada e para o ensino complementar, inclusive os cursos presenciais admitem uma carga horária a distância de até 20% do total.

Sem laboratórios, biblioteca, corpo docente qualificado ou condições mínimas de apoio, a maioria dos polos localiza-se em municípios diminutos, que não oferecem sequer condições para a prática de estágio supervisionado. Foram essas as condições constatadas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais em recente inspeção a pedido do Ministério Público Federal do Distrito Federal.

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS – Convidamos a sociedade a refletir sobre essas questões, e a reagir. Estamos realizando audiências públicas em todo o Brasil para discutir a formação em Enfermagem a distância, seus riscos e possíveis benefícios. Nacionalmente, propusemos e apoiamos o Projeto de Lei (PL 2891/2015) proibindo a formação de enfermeiros e técnicos de Enfermagem a distância. Também defendemos a criação de legislação que estabeleça a realização de exame para registro do profissional nos Conselhos de Enfermagem.

A qualidade da formação em Enfermagem é um aspecto crucial da qualidade da assistência e tem, portanto, evidente interesse público. Os profissionais de Enfermagem estão presentes em todos os municípios brasileiros e correspondem a mais da metade da força de trabalho do Sistema Único de Saúde e da rede complementar.

VAGAS OCIOSAS – Atualmente, os profissionais de Enfermagem em atuação no Brasil já somam quase 2 milhões, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. Índícios de saturação do mercado de trabalho foram apontados na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” (Fiocruz-Cofen, 2015), maior levantamento sobre uma profissão já realizado na América Latina.

Anualmente, são cerca de 160 mil vagas ofertadas na graduação presencial em Enfermagem, sendo que, destas, 75 mil vagas ficam ociosas. O que comprova ser desnecessária a formação de enfermeiros por ensino a distância. Estima-se que cerca das 60 mil vagas de graduação em Enfermagem EaD já ofertadas, mais de 90% estejam ociosas, à espera de alunos. Não há, portanto, carência de profissionais que justifique a expansão da oferta por meio do EaD, que só interessa aos grandes grupos educacionais.

O enfermeiro precisa ter a sensibilidade de perceber as necessidades do outro. O contato com o paciente e a comunidade é fundamental para o estabelecimento de vínculos de confiança, permitindo cuidados e orientações efetivas para a promoção da saúde. Muitas vezes, “na arte e na ciência do cuidado”, a Enfermagem combina conhecimentos técnicos e humanísticos necessários à sensibilidade para lidar com as fragilidades e necessidades das pessoas. Não é a distância, na frieza de um estudo solitário, que esse profissional terá condições de aprender sua função.

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.org.br ●