

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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Volume 9 - Número 3 - Setembro/2017



Coren^{CE}
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

POLÍTICA EDITORIAL

A **REVISTA TENDÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL - ReTEP** do Coren-CE é um periódico científico trimestral, revisado por pares, com distribuição gratuita, que tem como objetivo publicar artigos procedentes da realidade da prática (do cuidar, do ensinar e da pesquisa) de saúde e enfermagem e/ou teóricos (reflexão e revisão) e notícias institucionais pertinentes ao desenvolvimento da categoria, contribuintes para reconstrução da enfermagem como ciência. Tem como missão incentivar e incrementar a produção do conhecimento em saúde e enfermagem, visando fortalecer a qualidade do atendimento do cuidar em enfermagem.

O corpo editorial da ReTEP não se responsabiliza pelos dados e opiniões expressos nos artigos, bem como propagandas inclusas, sendo esses da inteira responsabilidade dos autores.

A **ReTEP** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC

ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional – Vol. 1, n.1
(mai. 2009) – Fortaleza [CE]:
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2009 - v.: il.

Trimestral
ISSN 1984-753
ISSN (online) 2177-045x
1. Enfermagem

CDD 610.73

DIRETORIA COREN GESTÃO 2015-2017

Presidente: Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho • **Conselheira Secretária:** Dra. Maria Dayse Pereira • **Conselheira Tesoureira:** Luiza Lourdes Pinheiro • **Conselho Efetivo:** Dra. Jacqueline Dantas Sampaio - Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça - Marli Veloso de Menezes - Ana Lúcia de Assis • **Conselheiro Suplente:** Dra. Regina Cláudia Furtado Maia - Dra. Maria Celina Saraiva Martins - Dra. Nancy Costa de Oliveira - Dra. Maria Verônica Sales da Silva - Raimunda de Fátima Dantas - Maria de Fátima Ferreira de Sousa - Adailson Rodrigues de Moraes.

EQUIPE TÉCNICA

Projeto Gráfico e Editorial – E2 Estratégias Empresariais - www.e2solucoes.com - e2@e2solucoes.com
• Coordenação Editorial – Francílio Dourado Filho • Direção de Arte – Keyla Américo • Revisão Gramatical – Aurilene Luz Sampaio • Jornalista E2 Editora – Gabriela Dourado (MTB: 2324/CE) • Tiragem – 3000 exemplares
• Assessoria de Comunicação do COREN-CE – Flávio Liffeman • Periodicidade – Trimestral

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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 9 - Número 3 - 2017



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

Dorisdaia Carvalho de Humerez – UNIFESP, São Paulo-SP

Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE

Fátima Lunna P. Landim – FIC, Fortaleza-CE

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – UNIFOR, Fortaleza-CE

Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC, Florianópolis-SC

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

Isaura Setenta Porto – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

Ivan França Júnior – USP, São Paulo-SP

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR, Fortaleza-CE

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – UFC, Fortaleza-CE

Lucilane Maria Sales da Silva – UECE, Fortaleza-CE

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

Márcia Maria Tavares Machado – UFC, Fortaleza-CE

Maria Albertina Rocha Diógenes – UNIFOR, Fortaleza-CE

Mariana Cavalcante Martins – UFC, Fortaleza-CE

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

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

Maria do Socorro Vieira Lopes – URCA, Cariri-CE

Maria Itayra Padilha – UFSC, Florianópolis-SC

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

Maristela Inês Osawa Chagas – UVA, Sobral-CE

Marluce Maria Araújo Assis – UEFS, Salvador-BA

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

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Raimundo Augusto M. Torres – UECE, Fortaleza-CE

Rita de Cássia Chamma – COFEN, Brasília, DF

Rosimeire Ferreira Santana – UFF, Rio de Janeiro-RJ

Silvana Maria Mendes Vasconcelos – UFC, Fortaleza-CE

Sônia Maria Soares – UFMG, Belo Horizonte-MG

Thereza Maria Magalhães Moreira – UECE, Fortaleza-CE

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

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC, Fortaleza-CE

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Alcione Leite da Silva – Portugal/Brasil

Antonio José Nuñez Hernandez – Espanha

Denise Gastaldo – Canadá

Juan José Tirado Darder – Espanha

Maria Teresa Moreno Valdès – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigos Originais

- 2221** Qualidade de Vida de portadores de Diabetes Mellitus acompanhados em Centro de Saúde da Família
Quality Of Life Of People With Diabetes Mellitus Assisted In A Family Health Center
Adriana Ferreira Soares, Ana Débora Assis Moura, Cristianne Soares Chaves, Guldemar Gomes de Lima e Shirley Cristiane Ramalho Bueno de Faria.
- 2228** Teatro como uma Ferramenta Tecnológica para a Promoção da Saúde dos Idosos
Tecnologica Theatre As A Tool For Promoting Health Of Elderly
Deoclecio Oliveira Lima Barbosa, Juliana Dayse da Silva Brito, Ana Paula Brandão da Silva Soares, Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho e Rachel Gabriel Bastos Barbosa.
- 2234** Gerenciamento de Resíduos Gerados na Estratégia Saúde da Família
Management Of Residues Generated In The Family Health Strategy
Patrícia Alves Paiva, Cláudia Andréa Pereira Souto, José Osmando Mendes de Aquino, Ludmila Fonseca Guedes Luis Paulo Ruas e Orlene Veloso Dias.
- 2238** O Papel da Enfermagem na Assistência ao Paciente em Tratamento Hemodialítico
The Role Of Nursing In Patient Assistance In Hemodialytic Treatment
Mônica Gonçalves Pires, Nairliana Kelly Lima Mendes, Sâmila Rebecca Araripe Ribeiro e Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra.
- 2245** Tecnologia Educativa Voltada para Segurança do Paciente na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
Educational Technology aimed for Patient Safety in Intermediate Unit in Newborn Kangaroo Care
Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito, Kamille Lima de Alcântara, Viviane Josiane de Mesquita, Eloah de Paula Pessoa Gurgel, Fabiane do Amaral Gubert e Fernanda Cavalcante Fontenele.
- 2252** Percepção dos Profissionais sobre um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD)

SUMÁRIO



CONTENTS

Perception Of Professionals About A Psychosocial Care Center – Alcohol And Drugs (CAPS-AD)

Morgana Feitosa Oliveira, Adriano Rodrigues de Souza, Ana Débora Assis Moura, Aline Rodrigues Feitosa e Ricardo Soares Pontes.

2257

Não Efetividade das Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Donor Effectiveness of Transplantation Organs and Fabrics

Marcos Antônio Vandega Lopes, Rita Mônica Borges Studart, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante e Francisco Diogenes dos Santos

2263

Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde numa sala de parto

Waste Management Of Health Services In A Delivery Room

Susana Beatriz de Souza Pena, Paulo Cesar Almeida, Ivania Costa Silva, Antônio Olívio Silveira Britto Júnior e Paula Natasha Rodrigues Valentim de Carvalho.

Artigos de Revisão

2269

O Enfermeiro no Cuidar ao Neonato em uso de PICC: revisão integrativa

The Nurse Caring For Neonate With PICC: Integrative Review

Mayara Mesquita Mororó Pinto, Velma Dias do Nascimento, Suzane Passos de Vasconcelos, Grazielle Mara da Mata Freire, Karla Maria Carneiro Rolim, Fernanda Jorge Magalhães, Susana Beatriz de Souza Pena, Sarah Dayanne de Lima Santos, Mônica Rios Martins Pompeu e Isakelly de Oliveira Ramos.

2276

Potencial da Papaína em Relação ao seu Efeito na Cicatrização de feridas crônicas: revisão integrativa

Potential For Papaine In Relation To Its Effect On Chronic Wound Healing: Integration Review

Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral, Luís Rafael Leite Sampaio, Susana Beatriz de Souza Pena, Saionara Leal Ferreira, Thaís Rogério Dos Santos, Geise Moreira Sales De Oliveira, Cibelly Teixeira Vidal, Ana Carine Goersh Silva, Grazielle Mara da Mata Freire e Fernanda Honório De Abreu.

2281

Normas de Publicação

QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS EM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS ASSISTED IN A FAMILY HEALTH CENTER

Artigo Original

Adriana Ferreira Soares¹

Ana Débora Assis Moura²

Cristianne Soares Chaves³

Guldemar Gomes de Lima⁴

Shirley Cristiane Ramalho Bueno de Faria⁵

RESUMO

Objetivou-se investigar a qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, acompanhados em um Centro de Saúde da Família. Estudo descritivo, com 20 portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados por uma equipe de Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, e os dados submetidos à análise de conteúdo. Verificou-se que a idade variou de 22 anos a maiores de 80 anos; em sua maioria do sexo feminino, com cônjuge, ensino fundamental incompleto, renda através de aposentaria ou auxílio doença; e a neuropatia como comprometimento predominante. Os fatores que interferem na qualidade de vida estavam relacionados ao desconforto, locomoção, e perda da capacidade funcional. Os cui-

dados dispensados a essa população devem visar à prevenção de complicações e, quando presentes, intervir com cuidados para facilitar o manejo das mesmas e alcance de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade De Vida; Diabetes Mellitus; Saúde Da Família.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the quality of life of people with Type 2 Diabetes Mellitus assisted in a Family Health Center. A descriptive study conducted with 20 patients with type 2 diabetes registered by a Family Health team in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data collection occurred in October 2011 through

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

² Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES/Buenos Aires-Argentina). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: rosavida04@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela UCES/Buenos Aires – Argentina. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁴ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UFC

semi-structured interviews and data were submitted to content analysis. It was verified that the age ranged from 22 to 80 years and older; predominantly female; married; incomplete primary education; income from retirement or illness aid; and neuropathy as predominant impairment. Factors that affect their quality of life were related to comfort, mobility, and loss of functional capacity. The care provided to this population should seek to prevent complications and, if present, implement actions to facilitate its management and achieve a better quality of life.

Keywords: Quality Of Life; Diabetes Mellitus; Family Health.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) atinge um grande número de pessoas em todo o mundo. Faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), resultado de defeitos na secreção de insulina e/ou na ação desta. É uma doença crônica grave que traz sérias complicações, como disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos⁽¹⁾.

Os tipos mais frequentes são diabetes mellitus tipo 1 (DM1), antes conhecido como diabetes juvenil, e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal⁽¹⁾.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões no ano 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, existem aproximadamente cinco milhões de diabéticos, e 50% deles não conhecem o diagnóstico⁽¹⁾.

Segundo a presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes no Ceará (SBD-CE), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que, no Ceará, 380 mil pessoas tenham diabetes, sendo que 115 mil estão em Fortaleza⁽²⁾.

O aumento da mortalidade no diabetes está associado ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas, como hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar; e crônicas, como retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica⁽³⁾.

Na saúde pública, o diabetes mellitus configura-se um grande problema, causando impacto principalmente relacionado a complicações crônicas decorrentes da doença, que frequentemente tem caráter incapacitante, comprometendo a qualidade de vida de seus portadores, necessitando de demanda profissional qualificada⁽³⁾.

A vivência da cronicidade do diabetes mellitus exige mudanças de comportamentos que possam contribuir para o de-

envolvimento e agravamento do aspecto crônico. Estudos sugerem que a qualidade de vida diminui à medida que o número de complicações crônicas que o doente possui aumenta⁽⁴⁾.

Para a enfermagem torna-se relevante obter informações de como esta população está lidando com a patologia e com as complicações advindas dela. Pois além do avanço no conhecimento, pode-se obter estratégias de Educação em Saúde para a população estudada, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida das pessoas por meio da formulação e da avaliação das políticas e dos programas de saúde pública.

Pretende-se que este estudo possa trazer reflexões para a sociedade em geral, observando a falta de conhecimento das complicações decorrente da doença, e para o grupo específico, o ensinamento de como viver e manejar a doença na forma como se apresenta, exigindo modificações no contexto de seu estilo de vida. Portanto, este estudo tem como objetivo investigar a qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, acompanhados em um Centro de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Os estudos qualitativos respondem a questões particulares, direcionadas ao longo do seu desenvolvimento, preocupando-se com a realidade e trabalhando com a natureza dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁽⁵⁾. A pesquisa em enfermagem se destina a gerar conhecimento, orientando à prática da enfermagem e melhorando o atendimento e a qualidade de vida dos pacientes. A finalidade é conduzir o pesquisador neste tipo de investigação aprofundando as dimensões, as variações, a importância dos fenômenos⁽⁶⁾.

A coleta de dados se deu por visitas domiciliares realizadas a pacientes cadastrados em um Centro de Saúde da Família, localizado na periferia da cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados no domicílio, após sua identificação junto à Equipe de Saúde da Família. O agente comunitário de saúde (ACS) da área adscrita acompanhou a pesquisadora durante a coleta de dados, que aconteceu no mês de outubro de 2011. Utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturado, que continha dados de identificação e questões norteadoras, com relação à moradia, locomoção, lazer, conforto e afetividade.

A entrevista semiestruturada é empregada quando o entrevistador utiliza um guia para garantir que todas as questões sejam abrangidas. O entrevistador tem a função de encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos constantes no guia⁽⁶⁾.

A população do estudo foi composta por 20 sujeitos, todos portadores de diabetes mellitus tipo 2, que apresentavam sequelas microvasculares, cadastrados pela Equipe de Saúde da Família. Os sujeitos foram identificados pelas suas iniciais, seguidas da idade.

Os resultados obtidos foram organizados e analisados através da análise de conteúdo, que pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁵⁾.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Dona Libânia, sob protocolo de nº 064/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos Sujeitos

Os sujeitos estavam na faixa etária entre 22 e 45 anos (3); 50 e 74 anos (14); e maiores de 80 anos (3). Os dados encontrados são pertinentes com a literatura, onde estudos mostram que a prevalência do Diabetes Mellitus tipo II encontra-se em indivíduos com idade superior a 35 anos.

Quanto ao gênero, houve predomínio do sexo feminino, com (12) sujeitos, em relação ao sexo masculino (8). O acometimento predominante entre a população feminina pode ser explicado pela demografia da população brasileira, constituída principalmente por mulheres, aumentando as chances de estas apresentarem um maior percentual de complicações, destacando ainda o tradicional cuidado que as mulheres têm em procurar os serviços de saúde.

O estudo realizado mostrou prevalência dos dois grupos no que se refere a complicações micro e macrovasculares. A representação feminina com complicações crônicas do diabetes mellitus constitui uma associação positiva, podendo estar a princípio relacionada à maior preocupação desse grupo com relação ao seu estado de saúde⁽⁴⁾.

No que se refere ao estado civil, constatou-se que 10 sujeitos eram casados, 7 viúvos e 3 separados. O estado civil mostra-se importante fator para doenças crônicas degenerativas, onde os indivíduos podem ser influenciados em relação ao autocuidado, dentro da dinâmica familiar. No estudo, dois grupos merecem destaque: os sujeitos casados, que foram representados por dez pacientes, e que, segundo o estudo, podem receber auxílio em cuidados com a medicação e hábitos alimentares; e para o grupo dos pacientes viúvos (7) e separados (3), o estudo revela⁽⁷⁾ um coeficiente mais elevado de mortalidade, uma vez que, por tenderem a ficar isolados, não contam com um companheiro(a) para auxiliar nos cuidados.

Com relação à escolaridade, percebeu-se: analfabetismo (3); ensino fundamental completo (2); ensino fundamental incompleto (10); ensino médio completo (1); ensino médio incompleto (2); e ensino superior incompleto (2). A baixa escolaridade, com 15 sujeitos do estudo, apresenta maior propensão ao desenvolvimento de complicações crônicas pelo diabetes, devido à falta de compreensão em relação ao tratamento, à adesão e ao autocuidado, que se torna fator dificultador para os portadores.

O baixo nível de escolaridade pode limitar ainda o acesso dos pacientes às informações e oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados dispensados à saúde, pois apresentam menor habilidade de leitura, escrita e compreensão. Este aspecto também pode diminuir a valorização, por parte dos pacientes, de ações preventivas e a procura por assistência médica⁽⁷⁾.

No que se refere à ocupação, encontrou-se: aposentados (7); recebem benefício do governo (auxílio doença) (5); recebem benefício e aposentadoria (3); trabalham (4); desempregado (1). Tais fatores ressaltam a necessidade desses pacientes em utilizar de sua renda para ajudar nos custos advindos com a doença e principalmente com as complicações crônicas.

Os custos representados pela doença comprometem uma parte do orçamento familiar, o que representa grande impacto nos aspectos pessoal, social e financeiro, reduzindo de forma significativa o nível de vida, e podendo estabelecer, possivelmente, manifestações de tristeza, estresse e ansiedade⁽⁸⁾.

Quanto às complicações crônicas e ao grau de comprometimento microvascular encontrou-se, predominantemente, a neuropatia (13), caracterizada por formigamento e dormência nos membros, pernas edemaciadas, perda da sensibilidade, pé diabético e amputações. A retinopatia (4) mostrou-se presente com comprometimentos como perda da visão e visão turva. Já no caso da nefropatia (3), todos faziam tratamento de hemodiálise e apresentavam também retinopatia associada.

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, trazendo perda importante na qualidade de vida. A insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular representam causas importantes dessa mortalidade. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1997 foi de que, após 15 anos de acometimento da doença, 2% dos indivíduos estariam cegos, e 10% teriam deficiência visual grave. A OMS estimou ainda, que no mesmo período de doença, 30 a 45% teriam algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular⁽¹⁾.

A prevalência das complicações micro e macrovasculares, e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica mostrou que, em relação às complicações microvasculares, a retinopatia esteve presente em 16% dos casos, seguida da nefropatia, com 28%, e da neuropatia, com 41% dos pacientes do estudo⁽⁹⁾.

Qualidade de Vida

O estudo levantou questionamentos sobre vários aspectos que podem interferir na qualidade de vida, tais como moradia, locomoção, lazer, conforto e afetividade.

Quanto à moradia, a maioria dos sujeitos (17) possui casa própria; mas quando indagados sobre os meios de locomoção, alguns relataram não possuir facilidade para locomover-se, representados nas falas a seguir:

“Eu não ando não, meu pé não deixa, fico só aqui deitado nessa rede” (AFS; 77 anos);

“Mas eu não ando não, não enxergo nada” (MTSL; 81 anos);

“Só é ruim os batentes, aqui tem muito batente, é ruim de passar a cadeira” (AEB; 69 anos).

A maior parte dos sujeitos alegou as dificuldades de locomoção a razões como a estrutura física dos domicílios, que não comportam o deslocamento por cadeiras de rodas. As sequelas deixadas pela doença, em que o paciente não consegue deambular, encontra-se acamado, ou não possui cadeiras de rodas para facilitar o deslocamento ou ainda precisa da ajuda de um cuidador, também são fatores que influenciam negativamente na qualidade de vida.

Torna-se importante destacar o papel do cuidador, que na maioria das vezes, é representado por um familiar. A família atuante funciona como um pilar de sustentação para seguir na batalha rumo ao enfrentamento de uma patologia que traz limitações. O paciente que conta com o apoio da família aumenta a probabilidade de viver de maneira mais saudável e apresentar melhor qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Quando o sujeito necessita sair do domicílio, refere como fator complicador o comprometimento clínico causado pela doença, que está presente e é muito relevante, dificultando até mesmo na realização do tratamento e na monitorização do diabetes, pois os sujeitos apresentam dificuldades até em comparecer à Unidade de Saúde, como descrito nos seguintes diálogos:

“Meu corpo pesa, tenho tontura por causa desse tratamento, quando vou pra clínica (hemodiálise), passo o dia todo mole” (MLS; 74 anos);

“Pago taxi até pra ir no posto, tirar a glicemia. Por causa da cadeira de rodas que é ruim” (FPS; 75 anos);

“Não posso caminhar, não tenho força, meu pé não deixa” (AFS; 77 anos).

Outros sujeitos ainda destacam em suas falas a necessidade do apoio de alguém para facilitar sua locomoção. Estudo mostra que na vigência da dependência física se aumentam as dificuldades, exigindo da família um maior esforço e recursos que permitam lidar com a situação⁽¹¹⁾.

Indagados sobre a necessidade de auxílio na realização de suas atividades, foi observado que o nível de dependência é elevado, onde não se consegue realizar atividades de autocuidado, aliado ainda a falta de estrutura física condizente com a dificuldade vivenciada.

“Até banho minha filha tem que me dar” (AMQ; 89 anos);

“Tomo banho com um menino, o banheiro é apertado e escorrega” (AFS; 77 anos);

“Tudo alguém tem que me dar na mão, mas tomo banho sozinha e como também, só não faço outras coisas porque não vejo” (MTSL; 81 anos).

A dificuldade de realização de atividades básicas de vida diária, como tomar banho, por exemplo, interfere na qualidade de vida do indivíduo. Quando acontece comprometimento da capacidade de funcionalidade impedindo a realização do autocuidado, a responsabilidade para a família e o Sistema de Saúde poderá ser muito grande, levando à dependência e perda da autonomia⁽¹²⁾.

A dependência funcional pode ocasionar a perda de autonomia e dependendo da impossibilidade, implica em transtorno para o paciente e sua família, trazendo prejuízos para sua vida social, além de mobilizar disposição de tempo, energia e também de recursos financeiros para o suprimento das demandas exigidas⁽¹²⁾.

Outros ainda apresentam dificuldades na realização de necessidades fisiológicas e alimentação, apresentando diminuição da capacidade funcional nas atividades básicas da vida diária, que estão vinculadas ao autocuidado do indivíduo, em atividades como alimentação, banho ou vestir-se⁽¹³⁾.

“Levar pra todo lugar, pro banheiro, pra comer” (OPS; 65 anos);

“Minhas mãos não fecham, minha filha que bota meu comer no prato” (FSV; 78 anos);

“Não visto minha roupa só, não tomo banho, só como sozinha” (AEB; 69 anos).

As condições crônicas do diabetes se manifestam de forma significativa na idade mais avançada, podendo causar um processo incapacitante, que afeta a funcionalidade das pessoas idosas, trazendo dificuldade ou até mesmo impedindo que realizem o desempenho de suas atividades diárias independentemente. E destaca que embora não sejam fatais, em geral essas condições tendem a afetar significativamente a qualidade de vida dos idosos⁽¹⁾.

Qualquer ser humano poderá sentir-se saudável desde que possa ser capaz de cumprir funções e atividades, executar projetos, alcançar objetivos, desempenhar alguma função social, manter-se ativo em seu meio, realizando-se como ser humano e obtendo, assim, boa qualidade de vida. Logo, a impossibilidade de alcançar esses objetivos pode comprometer a auto-realização pessoal, trazendo sentimentos de impotência. Há, portanto, uma correlação direta entre saúde e bem-estar com independência, e principalmente com autonomia⁽¹⁴⁾.

“Procuro não depender de ninguém, faço minhas necessidades na cadeira pra não precisar deles” (AMS; 63 anos);

“Mesmo doente sou eu que faço tudo aqui” (MCS; 81 anos);

“Com dificuldade, porque tem que ser feito e não tem ninguém que faça por mim” (VLLS; 54 anos).

Com relação ao conforto, alguns sujeitos o relacionam à presença da família, o que também foi mostrado em estudo, que destaca que um dos graus de satisfação para alcance da qualidade de vida encontra-se na vida familiar⁽¹⁵⁾.

"Tenho conforto, estou com minha família" (MCCF; 50 anos);

"Não tem outra casa, tem que ser assim mesmo, mas a gente faz o possível. Meu filho vai fazer um quarto e um banheiro, não subo na escada sozinha" (MLS; 74 anos);

"Tenho meu quarto aqui nessa casa" (MTSL; 81anos).

Para os sujeitos (8) que não se sentem confortáveis com as condições que a moradia lhes proporciona, é possível identificar o quanto as complicações do diabetes desfavorecem a sua qualidade de vida. E percebe-se a ausência de apoio familiar como fator desconfortante, destacando ainda a falta de recursos financeiros, outro agravante.

"Nunca é confortável pra quem é cadeirante" (FPS; 75anos);

"Tem horas aqui que a gente fica sozinho" (JCA; 62 anos);

"Quando a casa não é da gente, todo mês tem que ter dinheiro pra pagar aluguel" (VLLS; 54 anos).

Os aspectos socioeconômicos foram relatados como fatores dificultadores. Estudo realizado mostra que a questão financeira é determinante, e com impacto expressivo na prática de cuidar, fazendo com que as pessoas realizem melhorias e promovam adaptações com objetivo de melhor cuidar⁽¹⁶⁾. Concorrendo com o estudo, percebe-se que os pacientes, por apresentarem dificuldades financeiras, habitam em casas alugadas e em lugares que não trazem o bem-estar que gostariam.

O apoio familiar forma uma base para o paciente que vive em situação crônica de saúde. E as necessidades de apoio familiar dos portadores de diabetes nem sempre são atendidas favoravelmente. Sentimentos de desamparo, solidão e abandono trazem essas representações para os pacientes⁽¹¹⁾.

Quando questionados sobre se morar sozinho ou com familiares, e ainda quem são os familiares do seu convívio, percebe-se que apenas 4 moram sozinhos e 16 tem a presença de algum familiar no domicílio. O número de componentes familiares foi bastante variado, sendo possível perceber a presença de esposas(os) e filhos(as), além de genros, noras, netos e cunhados, o que torna a residência extremamente numerosa e sem estrutura para comportar todos os seus membros com o devido conforto.

Muitas vezes, a presença numerosa de familiares na residência acaba por comprometer o orçamento familiar, uma vez que os familiares sobrevivem apenas da aposentadoria ou do benefício do doente.

Quando investigados sobre a realização de atividades de lazer, e quanto à sua frequência, os sujeitos relataram não desenvolverem esse tipo de atividade, e vários aspectos foram justificados, como dificuldades financeiras, falta de interesse, até mesmo pela impossibilidade trazida pela complicação crônica e tratamento realizado.

As atividades de lazer precisam ser valorizadas por toda a vida, podendo ter efeito protetor para manutenção das atividades laborais, em especial em idosos. No entanto, os fatores sociais, culturais, as doenças, os tratamentos, dificultam e prejudicam o estímulo dessas atividades para essas pessoas⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado sobre a qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão mostrou que um dos aspectos que menos contribuíram para a qualidade de vida foi a pouca participação em atividades de lazer e oportunidades para a realização dessas atividades⁽¹⁵⁾. A participação em grupos de idosos constitui um momento de realização de atividades de lazer, assim como as atividades físicas são importantes para a autoestima e contribuem no tratamento não medicamentoso. Visitar a família também constitui uma atividade de lazer para os participantes.

Os grupos e associações funcionam como um ponto de encontro para os idosos, pois tais instituições proporcionam atividades de lazer, esportivas e de educação para as pessoas da comunidade que fazem parte desse grupo⁽¹⁸⁾.

Existe a necessidade de atividades educativas abrangendo todos os grupos de idosos que atuam continuamente, visando à participação social, a diminuição dos obstáculos, ampliando um sentimento de cidadania na sociedade⁽¹⁹⁾. Portanto, algumas alternativas são consideradas para minimizar as dificuldades encontradas pelos idosos, como o acesso aos serviços de apoio aos idosos, grupos de convivência e de orientações aos familiares.

"Vou ao encontro de idosos, três vezes por semana, lá eu danço, faço alongamento e exercício" (MCS; 81 anos);

"Só vou na casa do meu filho, no interior" (MTSL; 81 anos);

"Viajo pra casa dos meus familiares" (MLBA; 33 anos).

Quando interrogados quanto à realização de atividade física, o grau de comprometimento da doença não permite a prática de exercícios físicos; o tratamento para complicações, como nefropatia, além de demandar tempo e dedicação, é muito desgastante. Em outros, percebe-se que esse hábito nunca fez parte da vida dos sujeitos, e às vezes até demonstram intenção em praticar a caminhada, mas necessitam de auxílio para a realização de tal atividade.

As atividades físicas trazem benefícios para todos os grupos de pessoas, mas a inclusão dos idosos é reduzida nessas ati-

vidades, existindo barreiras que incapacitam a concretização, como a presença de doenças, tratamentos e estereótipos⁽¹⁹⁾.

“Não consigo, minhas pernas não dão” (FSV; 78 anos);

“Não dá, só esse tratamento (hemodiálise) me cansa muito” (MLS; 74 anos);

“Nenhuma, há se eu pudesse. Só empurro essa cadeira aqui” (AMS; 63 anos);

“Só caminho quando minha filha me leva pegando na minha mão” (MTSL; 81 anos).

As atividades físicas e reuniões sociais, como grupos de idosos, permitem interação social, promovem envelhecimento saudável, melhoram a autoestima, incentivam a criatividade, e ainda combatem a insônia⁽¹⁴⁾.

Estudo relata a importância das atividades em grupo, demonstrando que se vêm obtendo resultados importantes, amenizando momentos de solidão, promovendo o conhecimento de si, diminuindo os níveis de tensão e contribuindo como suporte, para um viver mais saudável⁽¹⁸⁾.

Com relação à afetividade, 10 sujeitos não possuem parceiros, necessitando de outros membros da família para receber e dar afeto, carinho e proteção. A afetividade é um sentimento, uma condição e uma ação concebida que se transforma nas expressões humanas de amor, ternura, proteção, cuidado, respeito, aceitação, amizade e afeição entre as pessoas⁽²⁰⁾.

Dos participantes que referiram possuir companheiro, alguns realizam atividades de lazer com os mesmos, como viajar, ir à praia e a igreja. A organização familiar influencia o comportamento de seus membros em relação ao estado de saúde, possuindo estratégias importantes para ajudar uma pessoa com diabetes no manejo e complexidade da doença⁽¹¹⁾. No caso dos sujeitos do estudo, o companheirismo do parceiro constitui um fator positivo importante para realização de atividades de lazer.

“Viajamos pro interior e às vezes vamos a praia” (MLBA; 33 anos);

“Sempre vamos pra igreja, e às vezes a gente passeia na casa de familiares” (MDCD; 50 anos).

A rotina de tratamento impossibilita, muitas vezes, na realização de atividades de lazer entre os cônjuges, e a necessidade de cuidados por parte dos pacientes faz dos companheiros aliados em todo o processo de tratamento e adaptação do paciente, dando suporte nas necessidades, atenção e carinho.

Diante de uma condição de cronicidade em que os aspectos físicos são comprometidos, acontecem repercussões pessoais, familiares e sociais, sendo necessário reaprender a viver. Nessa perspectiva, os membros da família, a fim de atender às demandas do paciente, mudam seus padrões de vida e suas ações ajustando-se ao sofrimento, revendo os sonhos e as expectativas trazidas pela realidade da cronicidade⁽¹⁶⁾.

“Só saio pra hemodiálise, às vezes ele me leva” (AEB; 69 anos);

“Não, ela só faz cuidar de mim, se eu ficar só eu caio” (MLS; 74 anos);

“Só faço brigar mesmo, mas na mesma hora quero beijar” (OPS; 65 anos).

As amizades, as horas de lazer com os amigos, melhoram a qualidade de vida desses sujeitos, que por apresentarem dificuldades de deambulação, podem sentir-se sozinhos, solitários. As relações de amizade entre idosos promovem uma melhor qualidade de vida, mostrando-se eficazes no combate à depressão, à solidão, à imobilidade e ao suicídio. E relações antigas e recentes se diferenciam, já que nas antigas o grau de intimidade e afinidade é maior. Outro ponto forte é a diferença do ambiente que influencia o processo de socialização dos idosos⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida está ligada a vários aspectos da vida do ser humano, ligados à sua satisfação pessoal, familiar, social e à saúde. No portador de complicações crônicas por diabetes, vários domínios de sua vida podem ser afetados, como o nível de dependência, o autocuidado, a funcionalidade e estrutura da família, a afetividade, os amigos, os recursos financeiros, as atividades físicas e de lazer.

Destacam-se elementos que dificultam esses sujeitos a alcançarem uma melhor qualidade de vida, principalmente relacionados ao conforto, às dificuldades de locomoção, à perda da capacidade funcional, às condições socioeconômicas, ao tratamento realizado e o apoio familiar e de amigos. Outros elementos, como a realização de atividades físicas, de lazer e de trabalho encontram-se comprometidas. Mostrando-se que a condição crônica de saúde implica em elementos que são essenciais para um viver saudável e com qualidade.

O apoio familiar é outro ponto que merece destaque na condição de vida desses sujeitos, atuando como facilitadores no cuidado, oferecendo carinho e atenção nas dificuldades e enfrentamento da doença. No entanto, essa vivência não foi encontrada em todos os sujeitos, estando presentes também situações de desamparo, abandono, e comprometimento do orçamento familiar por outros membros da família.

Torna-se importante, para a Enfermagem, o conhecimento da qualidade de vida dos seus pacientes, com sequelas decorrentes de uma patologia que se encontra em constante incidência, como o diabetes mellitus; para que os cuidados dispensados a esse grupo visem à prevenção dessas complicações e, quando presentes, colaborem com cuidados para facilitar no manejo das complicações e alcance de uma melhor qualidade de vida. Fazendo isto, a Enfermagem cumpre com um dos princípios fundamentais do seu código de ética, que é o comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. SANTOS ICRV, Carvalho EF, Souza WV, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 2008, 8(4): 427-33.
4. SILVA I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa SF, Dias S, Gonçalves A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psic, Saúde & Doenças*, 2003, 4(1): 21-32.
5. MINAYO MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
6. POLIT DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. São Paulo: Artmed, 2004.
7. TEIXEIRA CJ, Oliveira ACP, Bazotte RB, Batista MR. Pé diabético: perfil metabólico e socioeconômico de pacientes atendidos pelo laboratório de ensino e pesquisa da Universidade Estadual de Maringá. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, 2010, 14(2): 125-32.
8. CASTRO ADRV, Grossi SAA. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. *Acta Paul Enferm*, 2008, 21(4): 624-8.
9. QUEIROZ PC, Aguiar DC, Pinheiro RP, Moraes CC, Pimentel IRS, Ferraz CLH, Ferraz TMBL. Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica. *Rev Bras Clin Med*, 2011, 9(4): 254-8.
10. FRANÇIONI FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*, 2007, 16(1): 105-11.
11. SANTOS MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev Esc Enferm USP*, 2011, 45(3): 651-8.
12. TORRES GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2010, 34(1): 19-30.
13. DUCA GFD, Silva MC, Halla PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 2009, 43(5): 796-805.
14. TENÓRIO MEV, Santos MJM, Sena TCS, Lacerda NC. Avaliação da capacidade funcional de idosos em comunidade do município de Moreno-PE. *Rev. RENE*, 2006, 7(2): 57-66.
15. MIRANZI SSC et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2008, 17(4): 672-9.
16. FRÁGUAS G, Soares SM, Silva PAB. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demanda e recursos. *Esc. Anna Nery*, 2008, 12(2): 271-7.
17. D'ORSI E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública*, 2011, 45(4): 685-92.
18. ARRUDA C, Silva Dgv, Kuse E, Luckmann G, Tavares R, Baptista R. Redes sociais: contribuição para um viver saudável de pessoas com doença cardiovascular crônica. *Rev Tendên da Enferm Profis*, 2010, 2(4): 241-6.
19. SANTOS CE, Schrank Y, Kupfer R. Análise crítica dos critérios da OMS, IDF e NCEP para síndrome metabólica em pacientes portadores de diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2009, 53(9).
20. RIBEIRO ML, Jutras F. Representações sociais de professores sobre afetividade. *Estudos de Psicologia Campinas*, 2006, 23(1): 39-45.
21. ALMEIDA AK, Maia EMC. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 2010, 15(4): 743-50.

Recebido em: 28.07.2016

Aprovado em: 20.08.2016

TEATRO COMO UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS

TECNOLOGICA THEATRE AS A TOOL FOR PROMOTING HEALTH OF ELDERLY

Artigo Original

Deoclecio Oliveira Lima Barbosa¹

Juliana Dayse da Silva Brito²

Ana Paula Brandão da Silva Soares³

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho⁴

Rachel Gabriel Bastos Barbosa⁵

RESUMO

O teatro apresenta-se como uma modalidade educativa de promoção da saúde podendo transmitir diversas orientações através da encenação teatral. Como também é um recurso em que a enfermagem pode utilizar como estratégia e recurso dinâmico para desconstruções e combate aos diversos tipos de preconceitos e discriminações em que idosos vivenciam em seu cotidiano, assim podendo ser utilizado como aliado na construção de novos processos para redução das relações de idosos com idosos ou pessoas de outras gerações e formas de cuidar. Trata-se de uma pesquisa ação do tipo intervenção social autoavaliativa de forma descritiva e exploratória com abordagem qualitativa caracterizada por uma pesquisa de campo. O estudo foi realizado com idosos frequen-

dores de uma associação beneficente sem fins lucrativos na cidade de Fortaleza-CE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, sob o parecer nº 369.057, em acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que refere a pesquisa com seres humanos. Percebeu-se que estamos sempre dispostos a aprender e a ensinar alguma coisa para alguém e na maioria das vezes com as experiências a gente aprende muito mais do que ensina, é um momento único poder tornar as pessoas melhores, fazer delas seres especiais com qualidade de vida, com novas perspectivas de vida.

Palavras-chave: Tecnologia; Promoção Da Saúde; Saúde Do Idoso.

¹ Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Tecnologia Evolução. E-mail: deoclecio.oliveira@yahoo.com.br

² Especialista em Urgência e Emergência pela 4 Saberes.

³ Enfermeira. Especialização em Gestão Hospitalar pela Faculdade Entre Rios do Piauí (FAERPI).

⁴ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas USP - Ribeirão Preto. Docente do Curso de Enfermagem da FAMETRO.

ABSTRACT

The theater is presented as an educational modality of health promotion may transmit various guidelines through theatrical performance. It is also a resource that can be used as a nursing strategy and dynamic resource for deconstructions and combating various types of prejudice and discrimination that older people experience in their daily lives, so it can be used as an ally in building new processes for reduction of relations elderly with elderly or people of other generations and ways of caring. This is an action -type self - evaluative social intervention descriptive and exploratory way with a qualitative approach characterized by a field survey research. The study was conducted with elderly patrons of a charitable nonprofit association in the city of Fortaleza. The study was approved by the Ethics Committee of the Metropolitan College of Greater Fortaleza, in the opinion paragraph nº 369.057, in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council, which refers to human research. Realize that we are always willing to learn and teach something to someone, and mostly from the experiences we learn much of what he teaches, is a single moment can make people better, make them special beings with quality life with new perspectives on life.

Keywords: Technology; Health Promotion; Elderly Health.

INTRODUÇÃO

Atualmente vivenciamos uma mudança no perfil da população mundial que antes era constituída por uma maioria jovem e atualmente ocorreu uma mudança significativa com aumento da população idosa acompanhado pelo aumento da expectativa e longevidade de vida.

O envelhecimento populacional é caracterizado por mudanças na estrutura etária em que o índice de envelhecimento é representado pela proporção de indivíduos com 65 anos ou mais em relação ao total de jovens⁽¹⁾.

O fenômeno é consequência de diversos fatores epidemiológicos como a diminuição da natalidade devido ao acesso a métodos contraceptivos. A mortalidade da população jovem também é um importante indicador, devido ao aumento da violência que não se limita a zona urbana como também está cada vez mais presente nas zonas rurais, ou seja, é um obstáculo para essa população jovem envelhecer; melhor acesso da população a serviços de saúde, promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde⁽²⁾.

O processo de envelhecer é um fenômeno que acontece gradativamente, sendo necessário que o indivíduo aceite de forma natural as mudanças e algumas

limitações naturais impostas pelo avanço da idade. E a partir dessa aceitação é importante que a pessoa o quanto mais cedo venha a adquirir hábitos para que tenha um envelhecimento saudável e longevidade com maior qualidade de vida possível⁽³⁾.

As alterações físicas, psicológicas e fisiológicas são consideradas comuns, porque o organismo humano com o passar do tempo passa por diversos tipos de desgastes físicos, psíquicos e fisiológicos, porém mesmo assim continua a executar suas funções dentro da normalidade. O conjunto de alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas por pessoas idosas reflete na crescente dependência das mesmas, sendo imprescindível a realização de atividades elementares de vida⁽⁴⁾.

O envelhecimento bem sucedido é um reflexo da qualidade de vida, quando em idade jovem e na terceira idade, o indivíduo apresenta bom estado biopsicossocial, onde é mantida a autonomia, independência, envolvimento e participação ativa na vida pessoal e ciclos sociais, como companheiro (a); familiares, amigos, lazer e sexualidade⁽⁵⁾.

A população idosa está cada vez mais crescente devido uma melhor qualidade de vida que antes não era acessível para a maioria da população, é importante frisar que à medida que essa população aumenta e envelhece essas pessoas está cada vez mais ativas porém ainda longe do esperado e desejado⁽⁶⁾.

A preservação do estado cognitivo é parte integrante do envelhecimento bem sucedido e de essencial importância para independência e autonomia do idoso e a enfermagem tem um papel fundamental para manutenção do estado cognitivo através de suas ferramentas de trabalho, como também identificar quando o estado cognitivo está prejudicado onde destaca as intervenções de enfermagem como grupos terapêuticos dentre outros⁽⁷⁾.

O envelhecimento com saúde ou bem sucedido não é somente a ausência de patologias, é algo muito além e complexo que depende de vários fatores. Envelhecer com saúde é ter um estado biopsicossocial em funcionamento e saudável e que não pode ser privilégio somente de alguns porque é básico para qualquer indivíduo independentemente da idade^(7,8).

O envelhecimento ativo está relacionado ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade que o idoso é visto dentro de um contexto social, no qual por ser idoso é capaz de desenvolver suas potencialidades⁽⁹⁾.

Com isso a enfermagem tem uma importância primordial com relação aos aspectos biológicos, comportamentais e sociais e de promoção da saúde do idoso, aperfeiçoamento de técnicas existentes como também

elaboração de novas tecnologias para promover a saúde dessa clientela.

No âmbito da enfermagem o estímulo dos enfermeiros para adotarem outras estratégias sobre educação em saúde dessa população visando criatividade e à comunicação dentro da perspectiva lúdica, facilitando o processo de ensino-aprendizagem⁽⁵⁾.

Atuação de enfermagem pelo profissional enfermeiro deve ser centrada também na prática de educação para a saúde como uma ferramenta da própria enfermagem para promoção da saúde e por ser uma ferramenta é necessário inovar, adequar ou unir com outras formas de atividades e tecnologias como o lúdico, onde o teatro destaca-se como uma forma de adequação a ferramenta do cuidar em enfermagem. O teatro pode ser uma ferramenta tecnológica para promoção de saúde dos idosos? Os objetivos das inovações das práticas de promoção à saúde do idoso é atender para necessidades básicas, a dependência e qualidade de vida e bem-estar do idoso⁽¹⁰⁾.

O lúdico é considerado um elemento estruturador de vidas e unidade estrutural do próprio ser humano, assim a arte e o teatro faz parte de um processo prazeroso destacando a sua ação transformadora e crítica na construção de um saber como um reflexo da própria realidade do indivíduo⁽⁵⁾.

As atividades lúdicas como teatro, a dança, jogos, dinâmicas, exercícios físicos são atividades que todos os idosos deveriam participar, pois são atividades que trabalhadas em grupos estimula o físico, a mente, os sentidos além de aumentar os círculos de amizade, desinibirem, conhecerem novas histórias e fazer sejam cada vez mais ativos⁽¹¹⁾.

A enfermagem juntamente com suas tecnologias e como uma ciência do cuidar torna-se uma das principais protagonistas como agente de mudanças e modificações da identidade socialmente construída em relação à velhice fragilizada através de recursos técnicos, estratégias de educação, participação social e como resultados mudanças de atitudes ultrapassadas e preestabelecidas, assim construindo e estabelecendo atitudes que constituam prazer e importância à experiência de viver o envelhecimento.

As estratégias de educação em saúde através do uso da arte cênica são capazes de congregam conhecimentos teóricos e práticos, propiciam a participação e empoderamento dos sujeitos envolvidos⁽⁶⁾.

Então existe a necessidade de inovações das práticas de promoção em saúde ser inovadas. Através destas inovações espera-se uma melhor assimilação de informações e conhecimentos repassados para os idosos.

Então o teatro como uma modalidade educativa de promoção da saúde pode-se transmitir diversas orientações através da encenação teatral. Como também é um recurso em que a enfermagem pode utilizar como estratégia e recurso dinâmico para desconstruções e combate aos diversos tipos de preconceitos e discriminações em que idosos vivenciam em seu cotidiano, assim podendo ser utilizado como aliado na construção de novos processos para redução das relações de idosos com idosos ou pessoas de outras gerações e formas de cuidar.

Ou seja, é um método artístico e ferramenta inovadora para promover saúde e além de passar orientações de forma mais fácil e dinâmica. Através do teatro é possível trabalhar o lúdico, interação e socialização entre os idosos.

O teatro como uma modalidade pedagógica lúdica desprende-se do modelo tradicional com direção à concretização de uma prática inovadora, permitindo encenar de forma ousada e criativa a realidade dos sujeitos envolvidos nessa atividade⁽⁵⁾.

Os pesquisadores por gostarem da temática de saúde do idoso na promoção da saúde e artes cênicas especificamente o teatro tem facilidade de estudar esse assunto.

A contribuição e relevância desse estudo para área da saúde é mostrar que é possível fazer o uso de tecnologias artísticas para promoção da saúde do idoso, e que o teatro acoplado a estratégia de promoção da saúde é uma forma dinâmica e humanizada de trabalhar com idosos no que se refere ao autocuidado e prevenção de agravos.

Assim, objetivou-se com o estudo utilizar o teatro como ferramenta tecnológica de promoção da saúde de idosos, inovando práticas de enfermagem para promoção da saúde. Além disso, analisar a importância de atividades cênicas na socialização de idosos, observando os benefícios do teatro como uma tecnologia educativa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa ação do tipo intervenção social autoavaliativa de forma descritiva e exploratória com abordagem qualitativa caracterizada por uma pesquisa de campo.

A pesquisa ação é um tipo de pesquisa que desenvolve o conhecimento e compreensão como completo da parte prática, sendo um instrumento ideal para pesquisas relacionadas a práticas, destaca-se por sua aplicabilidade em qualquer ambiente de interação social envolvendo pessoas tarefas e procedimentos⁽¹²⁾.

O estudo foi realizado com idosos frequentadores de uma associação beneficente sem fins lucrativos na cidade de Fortaleza-CE. Esta associação atende cerca de 130 idosos e seus núcleos familiares. Considerada uma referência como Centro de Convivência de atendimento ao idoso em situação de risco social e ou pessoal, promovendo o desenvolvimento humano, o resgate da cidadania e a promoção da qualidade de vida com base na solidariedade, comprometimento, integração, união, credibilidade, respeito e unidade. O atendimento a esses idosos é realizado durante o dia, em dias úteis semanais.

A população participante do estudo foi composta a partir dos idosos presentes na unidade. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: idosos orientados (o que foi verificado após a aplicação do mini-exame do estado mental), fisicamente aptos a participação nas atividades a serem desempenhadas durante a realização da pesquisa e que tivessem interesse em participar, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios foram adotados, especificamente, para a participação ativa na construção e apresentação da peça teatral, objeto final da intervenção. Os demais idosos, que mesmo sem atingir os critérios de inclusão, foram igualmente convidados a fazer parte das demais atividades propostas ao longo da realização da pesquisa.

Foram realizadas oficinas de estímulo a memória, e uma apresentação teatral com enfoque em assuntos pertinentes ao envelhecimento e promoção da saúde em suas esferas biológica, física e psicológica.

A coleta dos dados se deu por meio de um questionário autoaplicável aos participantes durante e após as encenações teatrais. Os registros dos dados do questionário serviram como fomento para elaboração de um relato de experiência.

A análise dos dados foi realizada após atividades executadas em um grupo de idosos, atividades estas relacionada ao teatro no contexto da promoção da saúde. Como produto final tem-se uma encenação teatral e após aplicação de um questionário direcionado aos participantes da encenação e para os que assistiram.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, sob o parecer N°369.057, em acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que refere a pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

O primeiro contato se deu através de um grupo já consolidado na instituição. A receptividade foi muito positiva, foi observado que esse grupo é constituído

por maioria de mulheres, com diferentes personalidades no qual algumas se mostraram mais receptivas e comunicativas e outras reservadas, foi um momento de conhecimento por parte das idosas como também dos pesquisadores.

Foi lançada a proposta de trabalhar com o teatro na perspectiva de promoção da saúde, onde foram relatados os benefícios do teatro individual e coletivamente, assim como uma forma de vivenciar a promoção da saúde e repassar para os demais integrantes do grupo. Aceitaram a ideia de forma positiva, tendo como unanimidade de todo o grupo, com isso as mesmas ficando ansiosas pelas atividades propostas.

Foi ressaltado ainda no primeiro encontro que iríamos começar com atividades simples de estímulo a memória, comunicação, reflexão e intersocialização dos integrantes dentro do próprio grupo.

Foram 12 encontros com o grupo, durante esses encontros foram propostas e realizadas atividades de estímulo a memória, comunicação, performance e postura corporal, apresentadas pequenas peças com participação de todos tanto na encenação, como nas discussões do que foi encenado. Foram utilizados como ferramentas, durante as atividades, diversos tipos de materiais como: papéis, espelhos, músicas, vídeos etc. As dinâmicas e oficinas foram elaboradas e realizadas de modo que todos participassem e tivessem a oportunidade de discutir ou questionar as atividades propostas.

A interação foi mutua, tanto por parte dos pesquisadores como dos próprios idosos, os que eram reservados era estimulados pelos idosos mais interativos. Algumas vezes uma pequena minoria aguardava o fim da atividade pra falar um pouco de sua vida, às vezes explicava o motivo de não participar mais ativamente, sempre relatava que mesmo assim estava gostando muito e estimulava-nos ainda mais a propor atividades diferentes.

Depois de vários encontros foi elaborada uma peça de encenação teatral intitulada por páginas da vida. Essa peça abordou em seu conteúdo diversos assuntos no cotidiano como: violência intrafamiliar relacionado a uso de drogas, inserção do idoso no mercado de trabalho e preconceitos, tabagismo, sexualidade e qualidade de vida. A própria peça ressaltou dicas importantes podendo ser aplicada no dia a dia, com isso estimula discussões e reflexões a cerca dos assuntos abordados na encenação e principalmente podendo ser aplicado e somado no cotidiano do idoso.

Para a realização da encenação foram necessários 15 encontros para ensaios. Participaram destes quatro idosos e um estudante de enfermagem. A princípio, os

participantes tinham como preocupação o vestiário. Com o decorrer dos ensaios, essas preocupações foram modificando-se para o medo de apresentar, encenar, e até esquecer alguma parte de sua fala, mas no geral esses ensaios foram bastante positivos. Foram necessários alguns ajustes e melhoria da qualidade do texto, muitas vezes com participação e sugestão dos participantes, refletindo na adequação do texto a realidade, como também a qualidade de entendimento e interpretação.

Com a aproximação do dia da encenação observou-se o aumento da ansiedade, receio de esquecimento de partes importantes da peça. Durante os encontros umas das dificuldades enfrentadas e dialogadas foi relacionado a dificuldades de todos reunirem-se para os ensaios, porém depois de vários diálogos e conscientização de que a peça seria o resultado da dedicação de todos. Durante os ensaios a troca de experiências eram mútuas, uns ajudando os outros através de dicas, como também, estímulos através de palavras, pois enfatizamos que cada um entenderia a dificuldade do próximo, mostrando a importância da paciência e flexibilidade. Como pode ser notado na fala a seguir:

... Gente, vamos ajudar uns aos outros, não precisa sair direitinho, o que vale é participar (idoso A).

A apresentação da peça foi bastante marcante para todos os idosos, tanto os que encenavam, quanto para os que assistiam.

Ao entrar a primeira personagem e começar a encenação houve um silêncio total e olhares atentos a tudo e todos que ali prestigiavam a peça. Conseguimos a atenção dos idosos presentes, além de outros acadêmicos que estava no seu estágio, como também dos funcionários da instituição. A observação e atenção foram características presente nos idosos, do início ao fim.

Ao término, todos levantaram de seus lugares para participar da finalização da peça, cantando e dançando. Algumas idosas aproveitaram o ensejo para fazerem o uso de acessórios, como bijuterias e perucas usadas durante a encenação. O que proporcionou nelas a vaidade e o feminismo.

Ao término da encenação foi possível perceber a alegria e gratidão dos idosos participantes através das falas a seguir:

"Tive a oportunidade de fazer o que não fiz na minha mocidade..." (idoso B)

"... Porque na minha época meninote tinha mesmo era que trabalhar..." (idoso C)

"... é muito engraçada, essa sensação, pois me sinto mais nova do que quando eu era nova..." (idoso D)

"... Antes da peça me sentia acanhada, envergonhada e agora já me sinto animada, segura e melhor feliz, a vergonha já passou..." (idoso E)

"Quando vai ser a próxima peça?" (idoso F)

Assim, foi perceptível o uso da tecnologia artística para promover interação nos idosos, melhorar aspectos de ansiedade, depressão, isolamento social. Além dos distúrbios inerentes à autoimagem do idoso, em se sentir fragilizado. Pois a atividade levou o empoderamento do participante da pesquisa. Além disso, a peça teatral foi uma maneira lúdica de levar assuntos importantes para promoção da saúde no idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O teatro apresentou-se como uma ferramenta tecnológica de promoção da saúde bastante efetiva que tem repercussão nas diferentes esferas do indivíduo, em especial, a social e psíquica.

Foi um momento de vivenciar a promoção da saúde, assim como uma maneira prática e inovadora de abordar diversos assuntos de maneira lúdica.

Como pesquisadores somos levados a validar o teatro como uma ferramenta tecnológica e inovadora de promoção da saúde de idosos de forma integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, Maryane Oliveira; CERQUEIRA, Marília Boreborema Rodrigues; NETO, João Felício Rodrigues. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Monte Claros (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n. 1, p. 1303-1310, 2011.
2. SANCHES, Ana Paula R. Amadio; LEBRAO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Violência contra idosos: uma questão nova? *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, Sept. 2008.

3. MENDONÇA, Márcia Pontes; SQUASSONI, Carolina Elisabeth; ZANNI, Karina Piccin. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 99-115, 2010.
4. FERREIRA, Olívia Galvão Lucena; MACIEL, Silvana Carneiro; SILVA, Antonia Oliveira; SANTOS, Walberto Silva; MOREIRA, Maria Adelaide Silva P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP*. v. 44, n. 4, p.1065-1069, 2010.
5. SOARES, Sônia Maria; SILVA, Liliam Barbosa; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. O teatro em foco: Estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. *Rev Esc Anna Nery*, v.15 n.4 p 818-824. 2011.
6. CAMPOS, Cássia Noele Arruda; SANTOS, Ludmila Capistrano; MOURA, Milena Ribeiro; AQUINO, Jael Maria; MOTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. *Rev. Esc Anna Nery*. v. 16, n. 3, p. 588-596. 2012.
7. GÁSPARI, Jossett Campagna; SCHWARTZ, Gisele Maria. O idoso e a resignação emocional do lazer. *rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 21, n. i, p. 069-076. 2005.
8. GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.1, p.123-133, 2012.
9. SCHIMIDT, Teresa Cristina Gioia; SILVA, Maria Julia Paes. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev Esc Enferm USP*. v. 46, n. 3, p.612-7, 2012.
10. SILVA, Henrique Salmazo; LIMA, Ângela Maria Machado; GALHARDONI, Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface- COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* v.14, n.35, p.867-77, out./dez. 2010.
11. VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9 n.2, p.423-432, 2004.
12. ENGEL, Guido Irineu. Pesquisa-ação. *Educar*, Curitiba, n. 16, p.181-191, 2000. Editora da UFPR.

Recebido em: 18.01.2018

Aprovado em: 25.02.2018

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS GERADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MANAGEMENT OF RESIDUES GENERATED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Artigo Original

Patrícia Alves Paiva¹

Cláudia Andréa Pereira Souto²

Ludmila Fonseca Guedes²

José Osmando Mendes de Aquino³

Luís Paulo Ruas³

Orlene Veloso Dias⁴

RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar o processo de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde gerados nas equipes de Estratégia Saúde da Família. Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado em 81 equipes de Estratégia Saúde da Família em um município de porte médio situado na região norte do Estado de Minas Gerais, no ano de 2013. Utilizou-se o formulário estruturado de inspeção sanitária baseado na RDC nº 306/04 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Das 81 unidades apenas uma (1,23%) possuía e tinha implantado Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; 80 (98,76%) não elaboraram e nem implantaram a gestão adequada dos resíduos de saúde. Com isso conclui-se que o gerenciamento de resíduos nas equipes estudadas não cumpre os dispositivos normativos vigentes. Ao final, foi entregue ao serviço cartilha expondo os principais resultados e não conformidades evidenciadas a partir desse estudo.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Resíduos De Serviços De Saúde; Gerenciamento De Resíduos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the process of health care waste management generated in the Family Health Strategy teams. A cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach was carried out in 81 Family Health Strategy teams in a medium-sized municipality located in the northern region of the State of Minas Gerais, in the year 2013. The structured health inspection form based in the DRC was used No. 306/04 of the National Health Surveillance Agency. Of the 81 units, only one (1.23%) owned and had implemented a Health Services Waste Management Plan; 80 (98.76%) did not elaborate or implement adequate health waste management. With this, it is concluded that the waste management in the studied teams does not comply with the normative dispositions in force. At the end, it was delivered to the booklet service exposing the main results and nonconformities evidenced from this study.

Keywords: Health Surveillance; Medical Waste; Waste Management.

¹ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: patricia.alves.paiva@hotmail.com

² Enfermeira. Especialista em Vigilância em Saúde pela Unimontes.

³ Enfermeiro. Especialista em Vigilância em Saúde pela Unimontes.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Docente do Departamento de Enfermagem da Unimontes.

INTRODUÇÃO

O cenário atual em que se encontra a gestão e o gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde é preocupante. À medida que a quantidade de resíduos gerados cresce, aumentam também os custos e surgem maiores dificuldades em se obter áreas ambientalmente seguras e disponíveis para recebê-los⁽¹⁾. O gerenciamento inadequado desses resíduos pode trazer malefícios para saúde⁽²⁾.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 306 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define que todo serviço de saúde gerador de resíduos deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) contemplando as etapas de manejo, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta, transporte externo e destino final. O Plano de Gerenciamento é um documento institucional que deve considerar as particularidades de cada gerador, considerando os recursos materiais, recursos físicos, capacitação de recursos humanos, dentre outros fatores que possam impactar em uma das etapas do gerenciamento⁽³⁾.

As regulamentações brasileiras específicas para o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são detalhadas e abrangentes e integram áreas diversas como a saúde, o ambiente e a segurança do trabalhador. No entanto, as implicações do gerenciamento inadequado dos resíduos para a saúde do homem e para o ambiente ainda não despertaram a devida atenção dos gestores públicos e demais atores envolvidos⁽⁴⁾.

Os resíduos de serviços de saúde representam cerca de 1% a 3% do total de resíduos gerados. Entretanto, devido as suas características de periculosidade inerentes ao potencial risco microbiológico, químico e/ou radioativo necessitam de manejo adequado para que não se tornem um problema de saúde pública e ambiental. A elaboração e implantação de um “Plano de Gerenciamento de Resíduos” é uma forma efetiva de mitigar os riscos inerentes aos resíduos prevenindo possíveis agravos aos usuários, profissionais de saúde e meio ambiente⁽⁵⁾.

A ausência do Plano de Gerenciamento ou a construção do documento sem observação das técnicas corretas de classificação e manejo pode comprometer os diversos processos de gerenciamento causando, dentre outros, a disposição de resíduos diferentes em um mesmo recipiente levando assim a uma destinação inadequada e por vezes menos econômica por classificar os referidos resíduos como o de maior periculosidade⁽⁶⁾.

Diversos são os estabelecimentos geradores, e o perfil dos resíduos se altera conforme a atividade exercida, a quantidade de atendimentos, os profissionais envolvidos, dentre outros fatores sazonais. Entretanto, são poucos os dados conhecidos e mensuráveis devido à falta de levantamentos efetivos que permitam fazer uma leitura do perfil destes estabelecimentos conforme os fatores acima descritos⁽⁶⁾. Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo avaliar o processo de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde gerados nas unidades de atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado em equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município de porte médio situado na região norte do Estado de Minas Gerais, no ano de 2013. No momento da coleta de dados o município contava com 81 equipes de ESF.

A iniciativa de estudar esse tema surgiu a partir da realização do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Vigilância em Saúde. Os autores são fiscais da Vigilância Sanitária do município. Desta forma, a fim de alcançar o objetivo proposto foi utilizado o formulário estruturado de inspeção sanitária, elaborado e cedido pela Gerência de Vigilância Sanitária do município, baseado na RDC N° 306/04 da ANVISA. O referido instrumento contempla questões fechadas que abordam dados relativos ao processo de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, e foi aplicado aos enfermeiros responsáveis pelas equipes de ESF.

Este estudo atende a Resolução N° 466 de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer N° 354.887 de 09/08/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 81 unidades pesquisadas apenas uma (1,23%) possuía PGRSS e apenas nesta unidade o plano estava implantado; 80 (98,76%) não elaboraram e nem implantaram a gestão adequada dos resíduos de saúde, o que implica grande risco sanitário, podendo trazer danos à saúde de todos os trabalhadores envolvidos na cadeia de manejo desses resíduos, como também para o meio ambiente e principalmente para a população.

A elaboração do PGRSS deve levar em conta as características inerentes a cada tipo de resíduo produzido, uma vez que cada etapa do plano é indicada de maneira específica para cada tipo de resíduo de saúde, sendo imprescindível estabelecer suas diretrizes com base neste documento de caráter legal, conforme determinação da legislação sanitária e ambiental⁽³⁾. Para que o PGRSS seja implantado, é necessária disponibilização efetiva de recursos materiais adequados às unidades de saúde e também que seus funcionários estejam capacitados e motivados a executar de forma efetiva o plano de gerenciamento de resíduos. Entretanto, os resultados demonstram que as unidades de saúde estão muito aquém do que é exigido pela legislação, principalmente por falta de atuação do gestor público e do responsável técnico pelas unidades.

Quanto à segregação e acondicionamento dos resíduos infectantes, 54 unidades (66,6%) acondicionavam seus resíduos em saco branco leitoso identificado conforme as exigências da legislação sanitária vigente e 70 unidades (86,41%) acondicionavam de forma correta os resíduos comuns em saco preto. Apesar da maioria das unidades realizarem o procedimento de acondicionamento conforme os ditames legais, as outras unidades que não o realizam comprometem todo processo de manejo dos resíduos.

A falta de parâmetro para o acondicionamento e identificação dos resíduos pode resultar situações de extrema gravidade, a inexistência de medidas que permitam o reconhecimento dos tipos de resíduos pode gerar dúvidas sobre o conteúdo de cada volume, ocasionando a mistura dos resíduos infectantes com os resíduos comuns. Sendo que estes, por terem contato com os resíduos infectantes, passam a ser considerados como tal, exigindo assim procedimentos especiais para coleta, transporte e disposição final, aumentando os custos com a destinação e tratamento, além de impossibilitar a reciclagem dos resíduos comuns que poderiam ser reaproveitados⁽⁷⁾.

Outra questão importante aliada ao acondicionamento é a presença dos recipientes em que os sacos devem estar contidos. Das unidades pesquisadas, 65 (80,24%) não possuíam coletores de resíduos resistentes, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual. Uma realidade preocupante, visto que uma medida simples como o acondicionamento em recipientes adequados contribui sobremaneira na prevenção de contaminações e acidentes.

A separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características de cada tipo de resíduo é o ponto fundamental para que todas as outras etapas subsequentes do gerenciamento aconteçam de forma correta. Assim como o acondicionamento adequado e a identificação efetiva contribuem para que os resíduos sejam manuseados de forma correta e segura⁽³⁾.

Constatou-se que 42 unidades (51,85%) não utilizavam recipientes rígidos, resistentes às ações de punctura e ruptura com indicação do símbolo internacional de presença de risco biológico e a identificação de "RESÍDUO PERFUROCORTANTE" para o acondicionamento de resíduos perfurocortantes, ocasionando um impacto negativo no manejo dos resíduos, uma vez que estes resíduos são responsáveis por grande parte dos acidentes ocupacionais ocorridos nas unidades básicas de saúde e também são responsáveis pela alta transmissibilidade dos vírus da Hepatite B, *AIDS* e outras doenças⁽⁸⁾.

A coleta dos resíduos especiais é realizada em 100% das unidades pesquisadas por empresa não qualificada para a atividade, que não possui Alvará Sanitário e nem licença dos órgãos ambientais para o exercício da atividade; dado preocupante uma vez que os resíduos de serviços de saúde são fontes potenciais de propagação de doenças, gerando riscos ao meio ambiente, destacando-se a contaminação do solo, das águas superficiais e subterrâneas pelo lançamento destes resíduos em lixões ou aterros controlados. Existe também risco de contaminação quando os resíduos são tratados pelo processo de incineração descontrolado, o qual emite poluentes para a atmosfera⁽⁸⁾.

Das 81 unidades pesquisadas, 59 (72,8 %) possuem sede própria e 22 (27,1 %) funcionam em casa alugada. As 59 unidades com sede própria possuem estrutura que atende em parte o fluxograma, oferecendo o mínimo de segurança sanitária, entretanto, as mesmas não apresentaram projetos arquitetônicos aprovados pela Vigilância Sanitária, conforme sugere legisla-

ção própria. As 22 unidades que funcionam em casa alugada (residência transformada em unidade de saúde), não atendem ao fluxograma correto e contribuem como fator dificultador no que se refere ao abrigo de resíduos, além da acessibilidade e risco de contaminação, por se tratar de ambientes improvisados. Somado a esse contexto, a realização de um gerenciamento ineficaz desses resíduos por parte de seus produtores compromete consideravelmente o cenário de saúde pública⁽⁹⁾.

Observou-se ainda que na maioria das unidades pesquisadas (67%) não há local adequado para a retenção temporária dos resíduos produzidos na unidade durante o aguardo da coleta externa até a disposição final; dado este que novamente impacta negativamente na gestão integrada dos resíduos, pois os resíduos gerados devem ser armazenados de forma segura, visando à proteção dos trabalhadores e do meio ambiente⁽⁸⁾.

O fato da unidade não possuir abrigo específico para armazenamento de resíduos, provavelmente ocorre por detalhes não observados no projeto arquitetônico, ou até mesmo por ausência de projeto a ser apresentado para análise prévia e aprovação dos órgãos competentes.

De acordo com pesquisa da Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais, o cenário revelado na gestão dos RSS no Brasil deve servir de alerta aos órgãos responsáveis pela saúde pública e à própria sociedade sobre esta importante e preocupante questão de saúde. A pesquisa revela como os municípios brasileiros destinaram os RSS coletados em 2011; no destino final dos RSS coletados 12,5% vão para o lixão, 18% aterro sanitário, 11,2% vala séptica, 4% micro-ondas, 14,5% autoclave e 39,8% são incinerados⁽¹⁰⁾.

Considerando a necessidade de minimizar riscos ocupacionais no ambiente de trabalho e proteger a saúde do trabalhador e da população em geral, as ações preventivas são menos onerosas do que as corretivas e minimizam com mais eficácia os danos causados à saúde pública e ao meio ambiente⁽⁸⁾.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de não ter sido executado a partir da observação dos pesquisadores, fato que pode gerar viés quanto à validade dos dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nas equipes de ESF estudadas não cumpre os dispositivos normativos vigentes. A fim de contribuir para melhoria da realidade evidenciada com este estudo, foi entregue cartilha expondo os principais resultados e não conformidades evidenciadas. As informações desse estudo facilitam o planejamento das ações de gerenciamento e servem como subsídio para os responsáveis das unidades desenvolverem o plano de gerenciamento, documento necessário e obrigatório para manipulação correta do gerenciamento dos resíduos. Portanto, destaca-se a presença e importância do profissional enfermeiro à frente desse processo. Profissional esse que pode buscar estratégias que impactem positivamente o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em sua equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Jacobi PR, Besen GR. Gestão de resíduos sólidos em São Paulo: desafios da sustentabilidade. *Estud. av.* 2011; 25(71): 135-158.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st. century. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>. Acesso em: 3 set. 2016.
3. Ministério da Saúde (BR). Resolução da Diretoria Colegiada nº 306 de 07 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 10 de dezembro de 2004.
4. Moreira AMM. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: um desafio para unidades básicas de saúde [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2012.
5. Mendes WC, et al. Conhecimento e prática de trabalhadores, profissionais e gestores sobre os resíduos de serviços de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2015; 7(4): 3216-3226.
6. Souza TC, Oliveira CF, Sartori, HJF. Diagnóstico do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em estabelecimentos públicos de municípios que recebem Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços ecológico no Estado de Minas Gerais. *Eng. Sanit. Ambient.* 2015; 20(4): 571-580.
7. Souza AP. Análise da Capacidade Atual de Tratamento e Disposição Final de Resíduos de Serviço de Saúde Gerados no Estado do Rio de Janeiro, com Recorte da Região Hidrográfica do Guandu [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Planejamento Energético; 2011.
8. Silva JR, Alves F. O risco dos profissionais de saúde à infecção por hepatites B e C. *Acervo da Iniciação Científica CUMIH, Belo Horizonte*, n. 1, 2013.
9. El-Deir, Soraya Giovanetti Resíduos sólidos: perspectivas e desafios para a gestão integrada / Soraya Giovanetti El-Deir. -- 1. ed. -- Recife : EDUFRPE, 2014. 393 p.: il.
10. Abrelpe. Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. *Panorama dos resíduos sólidos no Brasil*. São Paulo: ABRELPE, 2013.

Recebido em: 12.05.2017

Aprovado em: 30.05.2017

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

THE ROLE OF NURSING IN PATIENT ASSISTANCE IN HEMODIALYTIC TREATMENT

Artigo Original

Mônica Gonçalves Pires¹

Nairliana Kelly Lima Mendes¹

Sâmila Rebecca Araripe Ribeiro¹

Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra²

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o papel da enfermagem na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado no período de maio a junho de 2017, em uma clínica de hemodiálise no município de Fortaleza. Realizado entrevista semiestruturada com 24 participantes. Resultados: evidencia-se que os cuidados referidos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem incluem: verificação do funcionamento da máquina de hemodiálise, prevenção de infecção durante os procedimentos, verificação dos sinais vitais se algum sinal de mal-estar do paciente. E os técnicos de enfermagem exercem suas atividades por mais de 48 horas/semana, enfermeiros 30 a 36 semanas. Assim, a importância do papel do enfermeiro como educador e facilitador da atenção ao cuidado, exige habilidades especiais, assim como entendimento dos sentimentos que são expressos, no momento da sessão hemodinâmica.

Palavras-chave: Tratamento Hemodialítico; Enfermagem; Cuidado De Enfermagem; Hemodiálise; Terapia Renal Substitutiva.

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the role of nursing in patient care in hemodialysis. A descriptive, exploratory study with a qualitative approach, carried out from May to June 2017, in a hemodialysis clinic in the city of Fortaleza. Semistructured interview was carried out with 24 participants. Results: it is evident that the care referred to by nursing technicians / assistants includes: checking the operation of the hemodialysis machine, preventing infection during procedures, checking vital signs if any signs of patient malaise. And nursing technicians perform their activities for more than 48 hours / week, nurses 30 to 36 weeks. Thus, the importance of the role of the nurse as educator and facilitator of attention to care requires special skills as well as understanding the feelings that are expressed at the time of the hemodynamic session.

Keywords: Hemodialytic Treatment; Nursing; Nursing Care; Hemodialysis; Substitital Renal Therapy.

¹ Discente de Enfermagem do 10º semestre Centro Universitário Estácio do Ceará.

² Enfermeira. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará e da Faculdade de Tecnologia Intensiva (FATECI). Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE). Especialista em Saúde Pública (UECE). E-mail: bellesombra@gmail.com

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal (IR) trata-se de uma síndrome caracterizada pelas alterações da função renal com retenção de metabólitos e eletrólitos no organismo. Dependendo do tempo de desenvolvimento da doença, esta síndrome pode ser definida como Insuficiência Renal Aguda (IRA) ou Insuficiência Renal Crônica (DRC)⁽¹⁾.

A IRA é definida como perda repentina da filtração glomerular dos rins com conseqüente alteração no equilíbrio ácido básico do organismo, esse desequilíbrio leva ao acúmulo de substâncias no sangue como ureia e creatinina⁽¹⁾. A DRC é considerada atualmente como um problema a nível mundial de saúde pública, merecedora de receber cada vez mais atenção da comunidade científica⁽²⁾.

As DRC's carecem de fazer um tratamento de diálise que, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), é um tratamento que visa repor as funções dos rins, retirando as substâncias tóxicas, o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio⁽³⁾.

Esse tratamento é feito através da utilização de máquinas "Dialisador" que faz o desvio do sangue carregado de toxinas e resíduos nitrogenados do paciente para a máquina que é limpa e em seguida devolvida para o paciente. Ocorrendo assim a osmose, difusão e ultrafiltração do sangue, que é o princípio fundamental da hemodiálise⁽⁴⁾.

As vias de acesso para filtração do sangue podem ser feitas por meio de cateteres Duplo Lúmen e as fístulas arteriovenosas. As Fístulas Arteriovenosas são a junção de vasos (braquio-cefálica: anastomose da artéria braquial com a veia cefálica) Antebraço (radial: anastomose da artéria radial com a veia cefálica) e Coxa (safeno-femoral: anastomose da artéria femoral com a veia safena). Sua maturação ocorre em cerca de dois a quatro meses⁽³⁾.

Os Cateteres de Duplo Lúmen são a inserção percutânea onde são realizados preferencialmente nas veias jugulares, subclávias e femorais tendo um período de permanência de cinco dias em veia femoral e vinte e um dias nas veias jugulares e subclávia. São utilizados enquanto ocorre a maturação da fistula ou em casos de emergências onde o paciente precisa do processo hemolítico⁽⁴⁾.

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia indicam que 100 mil pessoas fazem diálise no Brasil. E existem 750 unidades cadastradas no País. A taxa dos pacientes que descobrem a doença tardiamente é de 70%. A DRC atinge cerca 10% da população mundial. Essa doença afeta um em cada cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos⁽⁵⁾.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, existem doze centros de hemodíalises localizados em Fortaleza e região metropolitana, dentre eles um centro de pesquisa em doenças hepato renais e um serviço de apoio renal agudo⁽³⁾.

Destaca-se que, o indivíduo com DRC precisa ser orientado sobre: a enfermidade em si e o seu tratamento, as formas de terapia renal substitutiva e os riscos e benefícios associados a cada modalidade terapêutica, sobre os acessos vasculares, sobre a confecção precoce do acesso dialítico (fístula artério-venosa ou cateter para diálise peritoneal), dieta, restrição hídrica, uso de medicamentos, controle da pressão arterial e da glicemia. Essa orientação é fundamental para reduzir o estresse inicial, viabilizar o autocuidado, diminuir as intercorrências decorrentes do tratamento e aumentar a adesão ao esquema terapêutico⁽⁶⁾.

Acredita-se que este estudo contribua para mostrar que os profissionais de enfermagem têm um papel fundamental no tratamento destes doentes. É importante que o Enfermeiro esteja presente nas sessões de hemodiálise coordenando a equipe e identificando as necessidades particulares de cada paciente. Além disso, o enfermeiro deve intervir na educação da família e do paciente sobre a doença e suas complicações e fornecendo orientações sobre o plano terapêutico, com aspectos técnicos e psicológicos.

Diante disso, torna-se necessário e de fundamental importância a promoção de cuidados, em todos os aspectos, para esses pacientes que vivenciam essas alterações no estilo de vida. Estes convivem com limitações provocadas pela doença, com o tratamento doloroso e com um pensamento de morte, além de dúvidas e expectativas sobre a possibilidade do transplante renal e da melhora da qualidade de vida.

Considerando tudo o que foi exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras para esta pesquisa: Qual o papel dos profissionais da enfermagem no atendimento qualificado ao doente com Insuficiência Renal Crônica (IRC)? Quais as dificuldades da equipe de enfermagem em prestar essa assistência?

Para responder aos questionamentos, o objetivo do presente estudo foi analisar a atuação da equipe de Enfermagem de uma clínica especializada em tratamento de hemodiálise situada na cidade de Fortaleza-CE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Esse estudo tem como característica proporcionar o aprimoramento de ideias e/ou descobertas de intuições. Além de compreender o comportamento e opinião das pessoas em relação as suas experiências vividas^(7,8).

A pesquisa foi realizada em uma clínica de hemodiálise situada na cidade de Fortaleza, no período de maio à junho de 2017. A instituição é composta por um serviço de hemodiálise que realiza consultas ambulatoriais e exame de bioimpedância.

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde atuantes no setor, sujeito por 24 integrantes da equipe de enfermagem, sendo 20 técnicos(as) de enfermagem e 4 enfermeiros(as). Foram inclusos os profissionais com mais de 2 anos atuantes no setor e excluídos os profissionais atuantes por período temporário ou de experiência.

A coleta de dados deu-se, inicialmente, através de uma visita ao setor de tratamento hemodialítico da referida instituição de estudo, do início ao término do plantão, objetivando observar à rotina dos profissionais de enfermagem, classificação, como a equipe é organizada e distribuída na unidade, a fim de recorrer a um ambiente mais reservado durante a abordagem e visando garantir a privacidade e sigilo dos profissionais. Posteriormente, foi aplicada a entrevista semiestruturada autorizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise de dados ocorreu a partir do cruzamento de informações obtidas na entrevista semiestruturada e na observação, as respostas dadas a uma mesma pergunta foram classificadas por temas, resultando na listagem das principais informações contidas nos questionários.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil buscando atender aos preceitos ético-legais⁽⁹⁾ (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na resolução nº 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado com número de Parecer 2.249.964 e CAAE 69107317.5.0000.5038.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil dos profissionais de enfermagem em uma clínica de hemodiálise

Inicialmente foi realizada a demonstração do perfil profissional da classe de enfermagem atuante no setor de hemodiálise, através da exposição de informações como sexo, faixa etária e parâmetros profissionais, como mostra a Tabela 1.

Observou-se na tabela 1, que a maioria dos profissionais pertence ao sexo feminino com 79,2% e que a média da idade das participantes foi de 32 anos, sendo que 75% se encontravam na faixa etária maior de 25 anos. Os resultados corroboram com estudo realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem que mostrou a concentração na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo a grande maioria presente na faixa de 26 a 35 anos, a qual representa 35,98% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil. Ainda o mesmo estudo identificou que a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino (87,24%)⁽¹⁰⁾.

Em relação ao domínio da área e atuação dos técnicos, 100% dos entrevistados consideram obter o domínio na área de atuação em hemodiálise. A carga horária média de trabalho foi de 44,9 horas/semanais, sendo que 79,2% dos profissionais trabalham mais de 40 horas por semana.

O tempo médio de atuação na área foi de 8 anos e 6 meses, variando de 1 à 15 anos de trabalho. Corroborando com a ideia do Dalri⁽¹¹⁾ que ressalta a jornada de trabalho pode se tornar elemento que propicia desgaste e sofrimento ao trabalhador; quando o contexto organizacional desencadeia sofrimento o indivíduo busca desenvolver mecanismos de defesa para tentar diminuí-lo.

Tabela 1. Perfil dos profissionais de enfermagem, Fortaleza, CE, BR, 2017.

VARIÁVEIS	AMOSTRA		
	n (=24)	%	Média
GÊNERO			
Masculino	5	20,8	-
Feminino	19	79,2	-
IDADE			
< 25 anos	6	25	32
> 25 anos	18	75	-
TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL			
De 2 a 5 anos	11	45,8	8 anos e 6 me-ses
Mais de 5 anos	13	54,2	-
DOMÍNIO NA ÁREA DE HEMODIÁLISE			
Sim	24	100	-
Não	-	-	-
CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL			
< 40 horas	5	20,8	44,9
> 40 horas	19	79,2	-

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos 24 profissionais entrevistados, 4 eram enfermeiras. Nesse grupo, a idade variou de 31 a 51 anos, sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, e obtendo o domínio na área de hemodiálise. A carga horária de trabalho de 3 enfermeiros foi de 36 horas semanais, e uma que trabalha 30 horas/sem. O tempo de atuação de uma entrevistada é de 30 anos, duas trabalham há 5 anos e um há 3 anos.

Neste contexto, cruzamento na base de dados integrada de profissionais de enfermagem com os dados de população do Censo 2010 do IBGE evidencia que a categoria que tem maior proporção de profissionais de enfermagem por habitante é a de auxiliares de enfermagem (0,54% da população), seguido pelos técnicos de enfermagem (0,38% da população) e enfermeiros (0,15% da população)⁽¹⁰⁾.

Assistência de Enfermagem no serviço de Hemodiálise

Dos 20 técnicos/auxiliares de enfermagem entrevistados, todos referiram operar a máquina de hemodiálise. Um profissional citou atividade de verificação de pressão, peso e administração de medicação, já o outro relatou sobre prestação de cuidados de enfermagem de um modo geral. Além disso, obtiveram-se duas falas sobre acolhimento ao cliente com fornecimento de orientações.

Apesar de todo preparo e cuidado com a máquina, o paciente sabe que esse é um tratamento de risco e que basta uma desconexão dos tubos no momento da filtragem, para o indivíduo ir a óbito. O paciente passa a conviver com o impasse das limitações do doloroso tratamento da hemodiálise e a possibilidade de submeter-se a um transplante renal, juntamente com a expectativa de melhoria de vida⁽⁴⁾.

Todos os enfermeiros referiram uma rotina de recebimento do plantão, seguida da visita de enfermagem e supervisão para com o paciente e a equipe de enfermagem frente aos cuidados prestados.

Portanto, o trabalho dos enfermeiros deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões de modo a garantir um resultado efetivo, sem desperdiçar recursos. Para este fim, devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada, sobressaindo à liderança como competência a ser desenvolvida⁽¹¹⁾.

Deste modo, conhecer o funcionamento da hemodiálise é fundamental no processo de adaptação do paciente às restrições, consequentemente melhorando sua contribuição com o tratamento. Com isso, o enfermeiro, além de assistir no procedimento, deve atuar como educador, facilitando o desenvolvimento do autocuidado cuidado de si no seu cotidiano^(12,13).

Os enfermeiros mobilizam saberes por meio de esquemas de ação durante o cuidado, possibilitando que os conhecimentos utilizados gerem competências específicas para o profissional na nefrologia, o que só é possível quando são traduzidas em atos⁽⁴⁾.

Nefrologia como escolha de atuação

A maioria dos técnicos/auxiliares de enfermagem entrevistados relataram que a escolha da área da nefrologia deu-se por ser a primeira oportunidade de emprego após concluir o curso técnico. Revelaram que dentre os fatores que podem levar à escolha pela área da nefrologia como opção profissional, estão inclusos o interesse/afinidade pela área da saúde, gostar de cuidar de pessoas, além de o mercado de trabalho ser promissor, sendo a enfermagem uma área valorizada e apresentada como carreira com retorno financeiro. No entanto, são poucos os estudos referentes aos fatores que conduzem à escolha por essa especialidade da nefrologia⁽¹⁴⁾. Já dentre as falas dos enfermeiros observou-se os seguintes discursos:

“Me apaixonei pela área após um estágio da pós-graduação” (Enfermeiro 1)

“É uma área em que o enfermeiro tem mais autonomia e remuneração” (Enfermeiro 2)

“Realizei um estágio na área após a formação e me identifiquei com a especialidade” (Enfermeiro 3)

“Me identifiquei com a especialidade da área” (Enfermeiro 4)

Os indivíduos tentam encontrar motivos de satisfação e realização no seu trabalho. No desempenho de suas funções, mas, principalmente, diante de situações adversas o organismo procura manter o equilíbrio, utilizando formas de adaptação. Na área da saúde, por lidar diretamente com a vida dos seres humanos, o desempenho dos profissionais é acompanhado pela expectativa de altos níveis de competência e de responsabilidade no seu trabalho. Dessa forma, estudos e ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador são cada vez mais frequentes⁽¹⁵⁾.

O número significativo de artigos publicados em revistas de enfermagem demonstra que alguns enfermeiros não perderam a essência da assistência de enfermagem, que é cuidar além do que é prático, visível e palpável. Apesar do modelo biomédico prevalecer na prática hospitalar, muitos profissionais da enfermagem ainda aproveitam o tempo prolongado com seus clientes para tentar captar evidências que estão além de sua visão física. A enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem, e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno como um conceito que abrange os atributos que a tornam uma disciplina humana e de ajuda⁽¹⁶⁾.

Um maior número de pesquisas fazendo referência ao tratamento hemodialítico, tem relação com a incidência e prevalência deste entre as terapias para o cliente com insuficiência renal crônica. A hemodiálise é o método dialítico preferencial em todo o mundo. Sendo assim, é considerável que haverá mais pesquisas voltadas para esta clientela⁽¹⁶⁾.

Dificuldades enfrentadas pela Equipe de Técnicos de Enfermagem no Cuidado ao Paciente em Tratamento de Hemodiálise

De acordo com as falas dos profissionais de enfermagem entrevistados, observou-se que somente dois técnicos responderam que a maior dificuldade é a falta de treinamento específico ou aprofundamento do conhecimento na área, todos os demais afirmaram que o estresse do paciente, do profissional de enfermagem, ou de ambos, é o que mais dificulta a prestação dos cuidados.

Ambientes inadequados, atividades mal organizadas, pouca valorização do trabalhador, participação insatisfatória nas decisões, demanda excessiva, baixos salários e realização de trabalho repetitivo, o qual favorece posturas incorretas

em situações laborais indesejáveis, são elementos que podem favorecer adoecimentos entre os trabalhadores da saúde⁽¹¹⁾.

Na área da saúde, por lidar diretamente com a vida dos seres humanos, o desempenho dos profissionais é acompanhado pela expectativa de elevados níveis de confiabilidade e de responsabilidade no seu trabalho. Dessa forma, estudos e ações são necessário para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais⁽¹²⁾.

Pontos de maior relevância da Assistência de Enfermagem na admissão do Paciente para Hemodiálise

As falas dos entrevistados foram unânimes em relação ao paciente não aceitar o tratamento ou seguir as orientações de enfermagem. Assim o doente DRC passa pela experiência de uma intensa mudança no seu viver, convive com limitações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, o medo da morte, mas convive também com a esperança do transplante renal e melhoria na sua qualidade de vida. Entre as dificuldades encontradas pelo paciente DRC durante o tratamento são pontuadas algumas alterações no peso e apetite, boca seca, constipação e distúrbios do sono. O paladar torna-se desagradável, devido a restrições do sódio e potássio, isso acaba influenciar no estado do humor⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Para os enfermeiros, os pontos de maior relevância incluem:

“Orientar o paciente sobre o tratamento, número de sessões por semana, conscientizá-los do tempo necessário para a filtração do sangue pela máquina, fazer exames físicos e incentivar a aderência ao tratamento”. (Enfermeiro 1)

“Outros pontos citados foram a avaliação do histórico do paciente, escolaridade existente, histórico familiar para avaliar a pré-disposição genética, sinais vitais, exame físico e a rotina alimentar”. (Enfermeiro 2)

“Realizar anamnese completa de forma que se possa colher histórico clínico do paciente antes do início do tratamento; explicar o tratamento de forma clara para ajudar na aceitação do paciente para com a doença”. (Enfermeiro 3)

“Avaliar histórico familiar para a pré disposição, sinais vitais, exame físico e a rotina alimentar do paciente e conscientiza-los do tempo de tratamento e sua duração”. (Enfermeiro 4)

Assim, o Processo de Enfermagem (PE) emerge como instrumento essencial que pode subsidiar e/ou guiar a assistência de enfermagem, permitindo diagnosticar as necessidades do paciente, planejar e executar as intervenções adequadas a cada diagnóstico, bem como avaliar os resultados, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem e favorecendo um cuidado humanizado e individualizado⁽¹⁷⁾.

Dimensionamento em relação ao número de sessão com o número de profissionais de Enfermagem

O dimensionamento ocorre com 2 sessões de hemodiálise aos cuidados dos técnicos de enfermagem que ficam com 4 pacientes por sessão, com duração de 3 a 4 horas, 3 vezes por semana, e o enfermeiro fica com 36 pacientes. O número de sessões é prescrito pelo profissional médico.

O método na avaliação das unidades de terapia intensiva o *Nursing Activities Score* (NAS) e possibilita avaliar a carga de trabalho da enfermagem de pacientes em uma unidade de nefrologia⁽¹⁸⁾. Foi observado em um estudo que utilizou a NAS, em um setor de nefrologia, que os pacientes nefropatas demandam de uma carga de trabalho elevada, comparados com outros estudos em unidades de clínica médica e cirúrgica. Segundo a resolução COFEN Nº 293/04, a assistência realizada com esses pacientes correspondem a cuidados semi-intensivos⁽¹⁹⁾.

Porém, nos serviços de hemodiálise o dimensionamento de pessoal baseava-se em parâmetros de recursos e características de clientela e profissionais diferenciados, o que levava a adaptações nem sempre favoráveis às necessidades reais de cada unidade de trabalho. Os fatores internos, externos e ambientais, o estilo organizacional (uso do lucro com a redução do pessoal), têm determinado em grande parte dos serviços da nefro uma verba de recursos insuficiente, tanto quantitativa como qualitativamente, desequilibrando assim a relação entre volume e força de trabalho e interferindo diretamente no atendimento à clientela⁽²⁰⁾.

A prática do dimensionamento em relação ao cuidado de enfermagem ou no processo organizacional teve início na metade do século XIX quando Florence Nightingale, aplicando noções de administração nas instituições hospitalares, considerando a gravidade dos pacientes e descrevendo as necessidades de pessoal, tendo por base sua experiência, intuição e a relação de proporção entre os trabalhadores e tarefas, se tornou a primeira enfermeira a adotar um método, denominado intuitivo, para dimensionar recursos humanos em enfermagem⁽²¹⁾.

Cuidados de Enfermagem durante a Hemodiálise

Os cuidados referidos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem incluem: monitorização contínua, verificação do funcionamento da máquina de hemodiálise, prevenção de infecção durante os procedimentos, verificação dos sinais vitais se há algum sinal de mal estar do paciente. Em se tratando da atuação dos enfermeiros, observou-se as seguintes falas:

“Verificação de toda e qualquer coisa que possa afetar o paciente durante sua sessão de hemodiálise, conferir o sistema individual de cada paciente, pesar o paciente, limpeza e orientações sobre a FAV, ajustar parâmetros da máquina, verificar sinais vitais, interferir imediatamente quando for observa-

do qualquer alteração do paciente: peso, heparinização e problemas de acesso". (Enfermeiro 1)

"Verificar os sinais vitais, avaliar o acesso vascular, controle do peso, aderência ao tratamento pelo paciente, garantir que os parâmetros da máquina estejam adequados". (Enfermeiro 2).

"Verificar os sinais vitais antes durante e depois da sessão, identificar sinais de desconfortos, dor, sangramentos, reportar ao plantonista médico queixas do paciente durante a sessão". (Enfermeiro 3)

"Verificar os sinais vitais antes durante e depois da sessão, controle de peso, identificar sinais de desconfortos, dor, sangramentos interferir imediatamente quando for observado qualquer alteração do paciente: peso, heparinização e problemas de acesso". (Enfermeiro 4)

Os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente até a saída deste da sessão de hemodiálise. Deve-se recepcionar o paciente ao chegar à unidade de diálise, sempre observando seu aspecto geral e realizando uma avaliação pré-hemodiálise, que envolve encaminhamento do paciente à balança para registrar o peso, encaminhar o paciente à máquina, verificar sinais vitais; auxiliares e/ou técnicos devem comunicar qualquer alteração para o enfermeiro responsável, conversar com o paciente sobre qualquer sinal que ele tenha apresentado desde a última diálise, etc. e se não houver restrição iniciar a sessão de diálise⁽²²⁾.

No pós-hemodiálise deve-se cuidar para sinais de sangramento no local da punção venosa, checar sinais vitais, verificar o peso, não permitir que o paciente sintomático deixe a unidade sem atendimento médico⁽²³⁾. Desta forma, a enfermagem deve a cada instante estar atenta as suas ações e ter em mente que elas devem estar sempre fundamentadas

cientificamente, os procedimentos técnicos deverão seguir a sistematização de enfermagem, proporcionando segurança, avaliação e qualidade no tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o que foi discutido, contata-se a importância do papel do enfermeiro como educador e facilitador da atenção ao cuidado, sendo exigidas habilidades especiais, assim como entendimento dos sentimentos que são expressos, no momento da sessão hemodialítica. Além disso, enfatiza-se quanto à falta de capacitação na área, evidenciada nos relatos, sendo inclusa como fator que dificulta os cuidados.

Deste modo, observa-se que um campo da nefrologia é vasto para a atuação da enfermagem, no intuito de que a profissão procure conhecer as necessidades de seus pacientes para prestar uma assistência diferenciada, traçando estratégias que procurem minimizar não só os desconfortos físicos do tratamento, bem como os emocionais.

A percepção expressada pelos enfermeiros demonstrou conhecimento sobre o tema, assim como a consciência de sua importância no papel de educador para esses pacientes.

O estudo estimulou diálogo entre técnicos da enfermagem com enfermeiros sobre seu papel de educador dentro da sala de diálise, assim como ampliou a conscientização dos profissionais sobre a importância de realizar atividades para melhorar a aderência, tarefa fundamental da equipe de enfermagem por ter maior vínculo com os pacientes em tratamento.

Percebe-se a necessidade de mais estudos com amostragem maior para poder compreender a visão dos enfermeiros nefrologista. Portanto, a limitação deste estudo foi dificuldade de captar os sujeitos, além de aprofundamentos no que tange a discussão dos dados.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, Surellyson Oliveira Pereira da; LIMA, Carlos Bezerra. Tratamento de pessoas com insuficiência renal crônica: análise de cuidados de enfermagem. Temas em Saúde. Volume 16, número 2. Joao pessoa: 2016
2. GONÇALVES, Isabel Mendes. Função Visual na insuficiência Renal Crônica: Estudo psicofísico da percepção de cor e contraste. Universidade Federal do Amapá. Monografia. 2014. 42p
3. SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em <<http://sbn.org.br/publico/centros-de-dialise/>> Acesso em 13/09/2016.
4. MEDEIROS, Simone Cristina Fernandes de. Importância do cuidado de enfermagem com o acesso vascular para hemodiálise / Simone Cristina Fernandes de Medeiros. 2015. 29 f.; 30cm. Monografia (Especialização em Nefrologia). Faculdade Maurício de Nassau, Recife, 2015.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. RIBEIRO, RP; MARTINS, JT; MARZIALE, MHP; ROBAZZI, MLCC. Work-related illness in nursing: an integrative review. Rev Esc Enferm USP.2012; 46(2):495-504.
7. GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
8. MARCONI, Maria de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. Fundamento de metodologia Científica. 6ª Ed. São Paulo: Atlas,2011.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
10. COFEN, 1996. COFEN. Resolução COFEN nº 293 - Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, de 21 de setembro de 2004. Rio de Janeiro: COFEN, 2004 .
11. DALRI, RCMB et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. v.22 n.6.p 959-65, 2014.
12. NOGUEIRA, FL L.; FREITAS LRD CAVALCANTE, NDS. Viviane Peixoto dos Santos Penafort percepção do paciente renal crônico acerca dos cuidados com acessos para hemodiálise. Cogitare Enferm. v.21 n.3 p-01-08- 2016

13. ROSO, C.C. et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):739-45.
14. SANTOS, I; ROCHA, RPF; BERARDINELLI, LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(2): 335-42.
15. CARVALHO, Arethusa de Melo Brito et al. Fatores motivacionais relacionados à escolha pela graduação em Enfermagem. *J Health Sci Inst*;33(1):56-62, 2015
16. OLIVEIRA, Nathalia Billo de; FRANCES, Valéria Costa e Silva; ASSAD, Luciana Guimarães. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):375-80.
17. KOEPPE, GBO; ARAÚJO, STC de. Comunicação como temática de pesquisa na Nefrologia: subsídio para o cuidado de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 22 (Especial-Nefrologia):558-63. 2009.
18. OTONI, A. et al. O processo de enfermagem como metodologia de assistência em um setor de nefrologia. *R. Enferm. Cent. O. Min.* mai/ago; V.5, n.2, p.17 04-1713, 2015.
19. TREPICHIO PB et al. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 133-139, June 2013 .
20. GAMA, BMBDM. Dimensionamento de pessoal em enfermagem. *Material Instrucional. Administração em Enfermagem II.* Faculdade de Enfermagem. UFJF. 2015.
21. COFEN. Resolução COFEN nº 189 - Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, de 25 de março de 1996. Rio de Janeiro:
22. FERREIRA, AFA. O papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico (Revisão de Literatura) [monografia]. Recife: Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa; 2014.
23. SANTANA, S S, FONTENELLE, T. M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, v.6, n.3, Pub.5, Julho 2013.

Recebido em: 17.02.2018

Aprovado em: 07.03.2018

TECNOLOGIA EDUCATIVA VOLTADA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU

EDUCATIONAL TECHNOLOGY AIMED FOR PATIENT SAFETY IN INTERMEDIATE UNIT IN NEWBORN KANGAROO CARE

Artigo Original

Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito¹
Kamille Lima de Alcântara¹
Viviane Josiane de Mesquita¹
Eloah de Paula Pessoa Gurgel²
Fabiane do Amaral Gubert³
Fernanda Cavalcante Fontenele⁴

RESUMO

O estudo objetivou construir uma tecnologia educativa voltada para segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru. Desenvolveu-se um Estudo Metodológico em uma maternidade pública, no período de novembro a dezembro de 2015. A tecnologia desenvolvida foi um calendário anual, enfocando 12 passos para a segurança do recém-nascido: 1 - Identificação do Recém-Nascido, 2 - Higienização das Mãos, 3- Segurança na Utilização de Sondas, 4 - Controle Térmico, 5 - Transporte Seguro, 6 - Mãe envolvida na segurança do Recém-Nascido, 7 - Comunicação Efetiva, 8 - Prevenção de Quedas, 9 - Prevenção de Lesões de Pele, 10 - Segurança na utilização de Tecnologias, 11 - Sinais de Alerta e 12 - Alimentação Segura. A tecnologia construída mostrou-se adequada para a clientela a que se propõe. O calendário constituiu instrumento de conteúdo pertinente e válido no que diz respeito à segurança do recém-nascido na unidade. .

Palavras-chave: Tecnologia; Método Canguru; Segurança Do Paciente.

ABSTRACT

The study objective was to build a focused educational technology for patient safety in the Intermediate Care Unit Neonatal Kangaroo. We developed a methodological study in a public hospital in the period from November to December 2015. The technology developed was a schedule, focusing on 12 steps for the safety of the newborn: 1 - Newborn Identification, 2 - Hygiene Hands, 3- security Probes Use, 4 - Thermal Control, 5 - safe Transport, 6 - Mother involved in security Newborn, 7 - Effective Communication, 8 - Falls Prevention, 9 - Skin Injury Prevention, 10 - Security in the use of technology, 11 - Warning Signs and 12 - Food Safe. The technology built proved to be suitable for the clientele that are proposed. The timing is appropriate and valid content instrument with regard to the safety of the newborn in the unit.

Keywords: Technology; Kangaroo-Mother Care Method; Patient Safety.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: larissaludmila@hotmail.com

² Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Doutora em Enfermagem.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da UFC.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde (RESMULTI/UFC).

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente resulta em um movimento global, que exige uma linguagem própria que contribua para a comunicação mais efetiva em saúde⁽¹⁾.

Segurança do paciente tem como definição reduzir ao máximo possível os riscos de danos desnecessários durante a assistência a saúde dos clientes, chegando a um nível aceitável⁽²⁾.

Atualmente, a segurança do paciente tem buscado um foco voltado para um repensar das práticas em saúde ao invés da culpabilização e da vergonha imposta ao profissional. Buscando a criação de uma cultura de segurança, visando se antecipar ao erro e preveni-lo⁽³⁾.

Pesquisa realizada em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital filantrópico brasileiro em um período de cinco meses observou que dos 218 recém-nascidos (RN) internados, 183 (84%) sofreram eventos adversos e a grande maioria sofreu esses eventos repetidamente, caracterizando uma taxa de 2,6 eventos por paciente, durante uma média de internação de 13,5 dias⁽⁴⁾.

Deste modo, ressalta-se a importância de se primar pela a segurança do paciente, principalmente, quando este é um recém-nascido. No Brasil, durante o ano de 2013, nasceram 2.904.027 crianças, sendo que, 247.126 pesavam até 2.499 gramas. Já em Fortaleza, no mesmo período, nasceram 68.241 crianças, com 6.065 delas pesando até 2.499 gramas, sendo classificada como uma população de baixo peso⁽⁵⁾.

O recém-nascido que nasce com o peso abaixo do esperado necessita de cuidados especiais adequados para sobreviver devido a sua grande vulnerabilidade, nesse período, sendo estabelecido como público-alvo do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso - Método Canguru do Ministério da Saúde (MS). Destaca-se que o mesmo surgiu em 1979 na Colômbia como uma alternativa de aprimoramento da promoção da saúde do RN de baixo peso, através da promoção do vínculo afetivo entre o binômio mãe e filho e do contato pele a pele, visando contribuir para o melhor desenvolvimento do RN⁽⁶⁾.

O método se divide em três etapas, onde os cuidados na unidade de cuidados intermediários neonatais canguru (UCINCa) configura a segunda etapa do método que contempla o RN com uma condição clínica estável e que, por isso, pode ser colocado na posição canguru, sendo incentivado que o binômio permaneça nesse posicionamento o maior tempo possível dentro das condições neonatais e maternas, fortalecendo o vínculo afetivo e tornando o evento prazeroso para ambos⁽⁷⁾.

Contudo o estudo de avaliação da implantação do método canguru em 293 instituições brasileiras, revelou que apenas 47,3% (79) das instituições avaliadas haviam implantado completamente o método e 14,2%, (25) não conseguiram implementar nenhuma das três etapas, onde as mais difíceis de serem implementadas são a segunda e terceira devido à falta de infraestrutura das instituições, acarretando em desconforto e falta de espaço para convivência⁽⁸⁻⁹⁾. Uma assistência de qualidade exige capacitações constantes que promovam cuidado seguro e a humanizado ao RN⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, o enfermeiro, como profissional de saúde, atua de forma essencial diante do método canguru, uma vez que estimula a formação do vínculo afetivo entre o binômio, fornece os conhecimentos adequados, elucida dúvidas e promove a comunicação e a interação. Além de desenvolver práticas educativas que visam à desconstrução de mitos populares que possam prejudicar o cuidado ao RN⁽¹¹⁻¹²⁾.

Portanto, esta temática amplamente discutida no âmbito das políticas públicas, deve ser incorporada por todos profissionais que trabalham na assistência ao recém-nascido. Nesta perspectiva houve um despertar para desenvolver este trabalho, diante do interesse da pesquisadora em buscar uma forma eficiente, dinâmica, de fácil compreensão, que sirva de estímulo para se trabalhar a segurança do paciente na UCINCa, visando facilitar o processo de constante atualização dos profissionais de saúde, promover a segurança do RN e contribuir para o serviço.

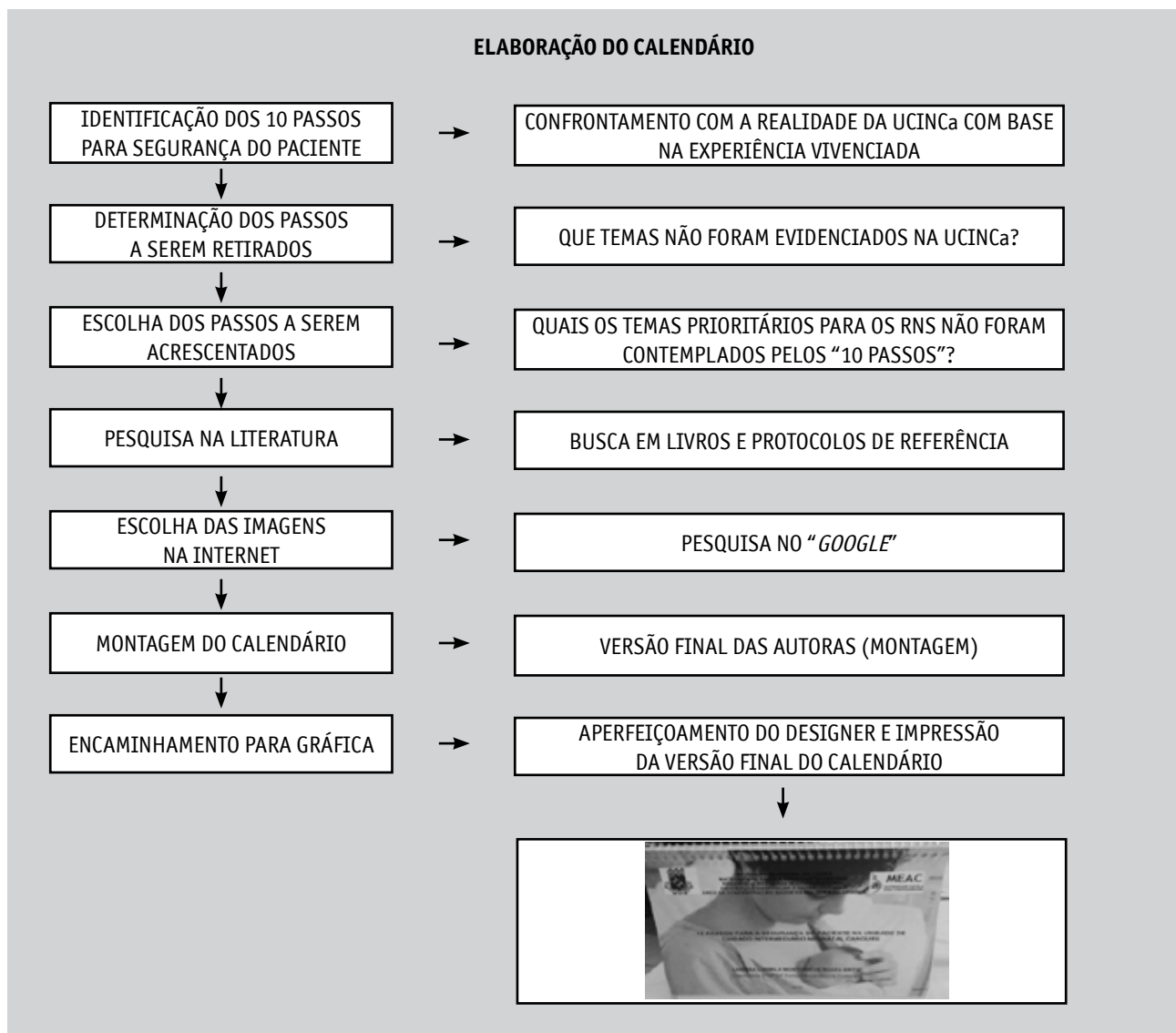
Acredita-se que ao final do estudo, o mesmo auxiliará os profissionais no desempenho dos cuidados e no desenvolvimento de estratégias para o aperfeiçoamento dos cuidados realizados primando pela segurança do paciente na UCINCa.

METODOLOGIA

Estudo metodológico, que visa o desenvolvimento de ferramentas, através da investigação dos métodos e organização dos dados de maneira rigorosa, primando, também, pela avaliação e pelo aperfeiçoamento de instrumentos⁽¹⁴⁾.

A tecnologia produzida foi um calendário, enfocando 12 passos para a segurança do recém-nascido adaptado a realidade do local de desenvolvimento do estudo, sendo realizado na UCINCa de uma maternidade pública de grande porte, de referência na assistência perinatal e neonatal, reconhecida com o Título de Hospital Amigo da Criança, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Fortaleza, durante os meses de novembro e dezembro de 2015.

Figura 1. Representação gráfica da elaboração do calendário.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tecnologia foi criada com o intuito de chamar a atenção para a temática da segurança do paciente na UCINCa e de auxiliar os profissionais nessa tarefa, visto que a segurança do RN é de grande importância, uma vez que bem executados por toda a equipe reduz os riscos de eventos danosos aos pacientes, principalmente, a essa população de risco.

A tecnologia é um conjunto de conhecimentos utilizados em uma área profissional, onde a da enfermagem é a tecnologia do cuidado, que engloba todos os conhecimentos e informações necessárias ao cuidar. Assim, as tecnologias estão redefinindo o cenário mundial de atenção ao RN de risco, uma vez que as tecnologias de baixo custo vêm exercendo alto impacto na assistência a esse público e resultando na melhoria da sua saúde e da sua sobrevivência⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Optou-se por elaborar um calendário anual de 2016, onde foram apresentados 12 passos para a segurança do recém-nascido na UCINCa. Cada passo foi associado a um mês específico, podendo assim, os passos serem facilmente lembrados e trabalhados durante todo o ano.

O instrumento possui a imagem de cada passo e o mês de ano respectivo na frente de cada folha do calendário e no verso encontram-se as informações referentes a cada passo, como: sua descrição, medidas sugeridas e pontos de atenção. As imagens utilizadas no calendário são originárias da internet e foram escolhidas de acordo com título de cada passo para ilustrá-lo.

Para a elaboração dos doze passos do calendário utilizou-se como referência os seguintes materiais: o manual Dez Passos para a Segurança do Paciente (2010), do COREN de São Paulo, os Procedimentos Operacionais Padrão para sondagem orogástrica, transporte do RN e de verificação de temperatura axilar e

frequência respiratória, todos da unidade de neonatologia da instituição (2015), o manual de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (2015) do Ministério da Saúde, o manual denominado Cuidados ao Recém-Nascido (2004) do Saving the Childrens Federation e o manual de Orientações sobre o Transporte Neonatal (2010) do Ministério da Saúde.

Do manual Dez Passos para a Segurança do Paciente foram escolhidos oito passos de acordo com a observação da pesquisadora durante o período de estágio na UCINCa, com a adequação dos passos e com a priorização dos considerados mais utilizados e mais relevantes, uma vez que o número de passos utilizados é limitado, embora os passos excluídos também sejam valorosos para a saúde da criança. Os passos escolhidos foram: Identificação do paciente, Cuidado limpo e seguro: higienização das mãos, Cateteres e sondas: conexões corretas, Paciente envolvido com a sua segurança, Comunicação efetiva, Prevenção de quedas, Prevenção de úlceras por pressão e Segurança na utilização de tecnologias.

Deste mesmo manual foram excluídos os passos denominados: Cirurgia segura e Sangue e hemocomponentes: administração segura. A escolha pela não utilização desses passos foi feita por ordem de prioridade para a realidade da UCINCa.

Para a construção do calendário notou-se a necessidade da adequação dos títulos de cada passo, ficando assim intitulados: 1 - Identificação do Recém-Nascido, 2 - Higienização das Mãos, 3- Segurança na Utilização de Sondas, 4 - Controle Térmico, 5 - Transporte Seguro, 6 - Mãe envolvida na segurança do Recém-Nascido, 7 - Comunicação Efetiva, 8 - Prevenção de Quedas, 9 - Prevenção de Lesões de Pele, 10 - Segurança na utilização de Tecnologias, 11 - Sinais de Alerta e 12 - Alimentação Segura. Encontram-se a seguir a descrição de cada passo elaborado.

Passo 1: Identificação do Recém-Nascido

Este passo traz o conceito do tema, informando a sua importância, devido ao risco de trocas e de danos ao RN, além de enfatizar importância para a prática do profissional de saúde. Traz como medidas sugeridas a identificação correta, o uso dos identificadores, confirmação dos dados da pulseira, conferência da pulseira do RN com a da mãe, verificação da integridade das informações nos locais de identificação e da pele sob a pulseira.

A identificação do paciente é uma das principais formas de se evitar um evento adverso em procedimentos de risco, uma vez que serve para vigiá-lo⁽¹⁶⁾. Destaca-se com uma ferramenta de prevenção do erro profissional em vários níveis de atenção, desde que realizado de forma adequada. É considerada uma solução abrangente e multidisciplinar, além de abordar várias outras esferas, como: estrutural, de processos de trabalho, cultura organizacional e participação do usuário⁽¹⁷⁾.

Passo 2: Higienização da Mãos

Este passo traz a definição e a importância da correta higienização das mãos e os momentos em que deve ser empregada.

Traz como medidas sugeridas o uso de soluções e a ênfase do familiar ou visitante realizarem a lavagem das mãos na unidade, e como ponto de atenção a recomendação a para utilização da solução alcoólica.

A higienização das mãos é um método simples que reduz os riscos ao paciente e, conseqüentemente, reduz custo às instituições e beneficia a segurança do paciente, principalmente os pediátricos, devendo assim, ser amplamente utilizados pelos profissionais da área da saúde⁽¹⁸⁾.

Passo 3: Segurança na Utilização de Sondas

Este passo define o uso da sonda orogástrica na unidade, informa como medidas sugeridas a utilização do protocolo institucional de sondagem orogástrica, higienização das mãos antes e depois do procedimento, tamanho da sonda, retirada, confirmação do posicionamento, fixação sem causar lesões de pele e registro em prontuário e como ponto de atenção como proceder na presença de cianose e dispneia.

Optou-se pela inclusão deste passo devido ao grande uso delas para a viabilização da alimentação dos RNs na unidade.

Quanto mais prematuro, mais imaturo o trato gastrointestinal e menos coordenado será sua capacidade de respiração, sucção e deglutição⁽¹⁹⁾. Isto acarreta numa maior possibilidade de uso da sonda.

Passo 4: Controle Térmico

Este passo foi incluído, devido a sua importância para a saúde dos RNs na unidade. Conceitua e informa a importância de manter a estabilidade térmica no RN, trazendo como medidas sugeridas a aferição diária da temperatura, a orientação das mães para o uso correto do aparelho e do correto posicionamento do RN, a realização da limpeza axilar prévia e o registro no prontuário e como ponto de atenção a temperatura adequada para o bebê.

A hipotermia em RNs pré-termos é uma condição de saúde prevenível e que está associada diretamente ao risco de morte dessa população, uma vez que, em um RN admitido com a temperatura abaixo de 36°C, a redução de cada 1°C aumenta o risco de mortalidade em 28% e de sepse tardia e 11%⁽²⁰⁾.

Passo 5: Transporte Seguro

Este passo foi incluído devido à necessidade de transferência de RNs para a realização de procedimentos e para possíveis complicações. Assim, o passo informa sobre a definição e a importância do tema e como medidas sugeridas a forma de realizá-lo, através da obtenção do consentimento da mãe, quando necessário, a garantia de que o veículo de transporte possui o equipamento necessário, a verificação da estabilidade do RN antes de ser transportado, aquecimento prévio da incubadora de transporte, conferência dos materiais e equipamentos de urgência, o acompanhamento do RN ao local de transferência e o registro no prontuário.

A garantia de um serviço oportuno e adequado do transporte neonatal é importante, pois pode ser decisivo na sobrevivência do RN e no seu estado de saúde⁽²¹⁾.

Passo 6: Mãe Envolvida na Segurança do Recém-Nascido

Este passo conceitua o tema e traz como medidas sugeridas o estímulo à participação das mães nas decisões do cuidado dos RNs, a promoção do vínculo entre família, RN e equipe, o compartilhamento das informações sobre o tratamento do RN com a mãe, o uso de linguagem acessível, o uso de estratégias para certificação da compreensão, o estímulo ao conhecimento dos direitos da mãe e do RN e a disponibilização de tempo para ouvir as famílias e realizar educação em saúde com elas.

Segundo, Nelson e Hellyer (2011), a parceria entre profissional de saúde e paciente permite um cuidado individualizado e adequado às necessidades do paciente e promove um desempenho ativo do paciente⁽²²⁾. Esse envolvimento se estabelece como uma medida protetiva, que visa fortalecer a segurança do paciente⁽²³⁾.

No caso dos RNs da unidade, o papel ativo para a promoção da saúde dos mesmos será realizado pelas mães, devido aos RNs não serem capazes de desempenhá-lo.

Passo 7: Comunicação Efetiva

Este passo define o tema e informa como medidas sugeridas, na passagem do plantão, fazê-lo em ambiente tranquilo e sem interrupções, esclarecendo as dúvidas do profissional; relatando as condições do RN, as medicações em uso, resultado de exames, previsões de tratamentos e recomendações e alterações significativas; e como medidas sugeridas no registro em prontuário, descrição das informações, data e hora antes do início do registro; uso de letra legível, sem rasuras, em local adequado e com uso da identificação profissional. Traz como ponto de atenção a padronização dos registros, das informações, dos métodos de comunicação e da identificação pela instituição.

A comunicação ineficaz é uma das principais causas de erros na assistência a saúde, tendo representatividade de 70% dos erros⁽²⁴⁾. A falta de trabalho em equipe e as interrupções na troca de informações propiciam ao erro, infringindo a segurança do paciente e aumentando o tempo de internamento⁽²⁵⁾.

Passo 8: Prevenção de Quedas

Este passo define o tema abordado, relatando os fatores de risco para a queda na unidade, informa como medidas sugeridas a manutenção das grades das camas elevadas, a observação da mãe durante os cuidados com o RN, a orientação das mães a informar quando houver necessidade de retirar o RN da posição canguru e o monitoramento e o registro das manutenções preventivas e, traz como ponto de atenção a orientação ao profissional o registro dos casos de queda na unidade e as medidas tomadas para a diminuição dos danos.

Dentre as estatísticas de acidentes infantis, as quedas são os eventos mais prevalentes, sendo responsáveis pelo elevado número de atendimentos e internações hospitalares, principalmente, os traumatismos, causando, dentre outros, sequelas neurológicas⁽²⁶⁾.

Passo 9: Prevenção de Lesões de Pele

Este passo traz informações sobre a pele do RN, a importância da prevenção, as medidas sugeridas como o monitoramento da pele, a proteção da pele, o uso de pomadas para assaduras, a inspeção da pele e a orientação ao cuidador sobre os sinais de degradação da pele e como ponto de atenção o uso do protocolo institucional e o registro no caso da constatação da lesão de pele.

A probabilidade do aparecimento de lesões cutâneas independe da idade gestacional, pois eleva-se de acordo com o aumento do tempo de internação do RN, uma vez que amplia-se a exposição ao manuseio e a procedimentos invasivos⁽²⁷⁾.

Passo 10: Segurança na Utilização de Tecnologia

Este passo informa sobre o uso do oxímetro de pulso, traz como medidas sugeridas a análise das condições de uso do aparelho, a realização da limpeza programada e posicionamento adequado para evitar acidentes e como pontos de atenção o uso do protocolo de utilização do equipamento e a certificação dos seus conhecimentos e habilidades para o uso adequado do aparelho com segurança.

Todo equipamento de saúde possui riscos potenciais que não devem ser menosprezados, porém, quando essas tecnologias são de boa qualidade, são utilizadas de acordo com as especificações e quando são submetidas a manutenções preventivas, contribuem para a segurança do paciente, para a prática profissional e para a redução dos custos da instituição⁽²⁸⁾.

Passo 11: Sinais de Alerta

Este passo foi incluído ao calendário, devido a sua extrema importância para o risco de complicações neonatais na unidade. O calendário informa sobre a importância do conhecimento desses sinais e da orientação aos pais, além de listá-los e da sugestão de medidas como observação das alterações do RN e comunicação do plantonista, orientação à mãe para comunicação de qualquer modificação evidenciada e o registro do caso.

Os sinais de alerta são complicações de saúde que podem causar a morte infantil, por isso, faz-se necessário sua correta identificação e resolução⁽²⁹⁾.

Passo 12: Alimentação Segura

Este passo foi acrescentado ao instrumento, devido a sua importância dentro da unidade, uma vez que é um fator crucial de sobrevivência dessa população de risco. O calendário define alimentação segura como amamentação, informando sua importância e sugerindo medidas como a orientação da mãe so-

bre os benefícios do aleitamento materno exclusivo, o auxílio e a supervisão do profissional durante as mamadas e traz como pontos de atenção a pega incorreta e a dificuldade no estabelecimento da amamentação.

O leite materno é um alimento que melhor promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, uma vez que propicia a nutrição e a imunização adequadas, sendo intervenção capaz de reduzir os índices de morbimortalidade na infância a um baixo custo, mas com impacto significativo na saúde da díade, além de promover o desenvolvimento do vínculo entre a díade, sendo considerado insubstituível⁽³⁰⁻³¹⁾.

Evidencia-se que o conteúdo abordado tem sua essência totalmente voltada para o cuidado de enfermagem vivenciado na UCINCa. O cuidado de enfermagem proporciona um espaço para o desenvolvimento humano e para a inovação, permitindo que o profissional contribua de forma significativa, através da criatividade durante o seu trabalho, desenvolvendo suas habilidades e utilizando os seus conhecimentos técnicos – científicos na renovação do fazer de antigos procedimentos e na criação de novas tecnologias na combinação de diferentes instrumentos⁽³²⁾.

A elaboração do calendário, resultando da compilação de tecnologias em prol de uma melhor forma de assistir ao RN na UCINCa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método canguru visa à assistência integral e humanizada ao RN de risco, favorecendo a melhoria da sua condição de saúde

e a redução dos índices de morbimortalidade no primeiro ano de vida.

A segurança do paciente resulta em um movimento global, que exige uma linguagem própria que contribua para a comunicação mais efetiva em saúde. Foi necessário o repensar das práticas em saúde e buscar o aprimoramento dos serviços e criar uma cultura de segurança, visando se antecipar ao erro e preveni-lo.

A tecnologia construída mostrou-se adequada para a clientela a que se propõe. O calendário constitui instrumento de conteúdo pertinente e válido no que diz respeito a segurança do recém-nascido na UCINCa.

A elaboração de materiais educativos que visem promover práticas para aprimorar o cuidado no ambiente de trabalho, favorecendo uma assistência neonatal segura, é essencial para melhorar a qualidade das ações, assim como, a existência de profissionais voltados para o desenvolvimento de ações preventivas que garantam a segurança do RN.

Espera-se que este material possa ajudar a todos que de alguma forma tenham interesse em contribuir para a segurança do recém-nascido na unidade de cuidados intermediários neonatal canguru. Que este instrumento possa instigar a elaboração de muitas outras tecnologias para o aprofundamento e desenvolvimento de potencialidades com base nas experiências vividas, na busca da melhoria da qualidade da assistência ao RN.

REFERÊNCIAS

1. Kingston-riechers, J.M.; Jonsson, E.; Childs, P.; Mcleod, L.; Maxted, J.; Patient Safety In Primary Care. Edmonton, Alberta (CA): Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council; 2010 [acesso em 2015 Dezembro 19]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/patientSafetyPublications/Pages/default.aspx>
2. WHO. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2015 Dec 5]. Disponível em: www.who.int/.../icps/icps_full_report_es.pdf
3. ANVISA. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. v.1 n. 1 Jan-jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011
4. Ventura, C.M.U.; ALVES, J.G.B.; MENESES, J. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. v. 65, n. 1, Jan/Fev, p. 49-55, 2012.
5. BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Nascidos Vivos, 2013a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvCE.def>. Acesso em: 17 nov. 2015.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido De Baixo Peso: Método Canguru: manual técnico / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. – 2. Ed., 1. Reimpr. – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2013b.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Normas de orientação para implantação do método canguru. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. 2007 dez. 21; Seção 1. p. 172
8. Gontijo, T.L.; Meireles, A.L.; Malta, D.C.; Proietti, F.A.; Xavier, C.C. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso–Método Canguru. J Pediatr. Rio J. v. 86, n. 1, p. 33-39, 2010.
9. Gontijo, T.L.; Xavier, C.C.; Freitas, M.I.F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 935-944, Mai, 2012.
10. Pina-oliveira, A. A.; Carriel, C. A. R.; Chiesa, A. M. Metodologias ativas em uma capacitação sobre humanização da assistência neonatal: avaliação da qualidade em foco. Saúde, Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p. 249-254, 2015.
11. Silva, A.R.E.; Garcia, P.N.; Guariglia, D.A. Método canguru e os benefícios para o recém-nascido. Revista Hórus, v.7, n. 2. Abr-Jun, 2013.
12. Arivabene, J.C.; Tyrrell, M.A.R. Método Mãe Canguru: Vivências Maternas e Contribuições para a Enfermagem. Revista Latino-Americana Enfermagem. v.18, n.2, p.130 – 136, 2010.
13. Polít, D.F.; Beck, C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7ª ed, Porto Alegre, Artmed, 2011.
14. Nietzsche, E. A; Leopardi, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. Texto & contexto enferm., Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 129-132, 2011.
15. Lopes, D.M.; Santos, L.M.; Carvalho R.M.; Motivos da não realização da posição canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Sociedade Brasileira de enfermeiros Pediatras. v. 10, n. 2, p. 71-8, 2010.
16. Neves, L.A.C; Melgaço, R.M.T. A identificação do paciente como indicador de qualidade. Rev Acreditação, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 88-100, 2011.

17. Tase, T.H; Lourenção, D.C.A; Bianchini, S.M; Tronchin, D.M.R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.
18. Silva, F.M.; Porto, T.P.; Rocha, P.K.; Lessmann, C.J.; Cabral, P.F.A.; Schneider, K.L.K. Higienização das mãos e o paciente pediátrico. *Ciencia y enfermeria*. v.19, n. 2, p. 99-109, 2013.
19. Mendonça, L. B. D.; Menezes, M. M.; Rolim, K. M. C.; Lima, F. E. T. Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: conhecimento da equipe de enfermagem. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, p. 178-185, 2010.
20. Manami, M.; Jegatheesan, P.; DE Sandre, G.; Song, D.; Showalter, L.; Govindaswami, B. Elimination of admission hypothermia in preterm very low-birth-weight infants by standardization of delivery room management. *Perm. J.* v.17, n. 3, p. 8-13, 2013.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2010.
22. Nelson, J.; Hellyer, J. M. H. The patient's responsibility: nurses need to reject the temptation to blame and judge. *AJN*.v.111, n. 2, Fev, p. 11, 2011.
23. WHO, World Alliance for Patient Safety. Patient safety workshop: learning from error. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2016 Jan 20]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/>
24. Oluborode O. Effective communication and teamwork in promoting patient safety. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria; 2012 [acesso em 2016 Jan 12]. Disponível em: <<http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-Teamwork-in-Promoting-Patient-Safety/Page1.html>>
25. THE JOINT COMMISSION (US). Sentinel event data root causes by event type 2004-2012. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012 [acesso em 2015 Dec 15]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/>
26. Martins, C. B. G.; Andrade, S. M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 15(Supl 2): p. 3167-3, 2010.
27. Fontenele, F. C. Lesões de pele em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
28. REBRAENSP. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais de saúde. Porto Alegre, 2013.
29. Rodrigues, I. P. Construção e validação de material educativo para identificação de sinais de alerta à saúde em crianças menores de dois meses. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pró - Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.
30. Gubert, J. K.; Vieira, C. S.; Oliveira, B. R. G.; Delatore, S.; Sanches, M. M. A. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês pós alta. *Cienc Cuid Saude*. v. 11, n. 1, Jan/Mar, p. 146-155, 2012.
31. Dodt, R. C. M. Elaboração e validação de tecnologia educativa para a auto-eficácia da amamentação. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
32. Gomes, A.M.T. O cuidado de enfermagem como presença significativa: uma interseção entre a criatividade e a tecnologia. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. v. 22, n. 6, Nov/Dez, p. 733-4, 2014.

Recebido em: 16.07.2016

Aprovado em: 06.08.2016

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD)

PERCEPTION OF PROFESSIONALS ABOUT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER – ALCOHOL AND DRUGS (CAPS-AD)

Artigo Original

Morgana Feitosa Oliveira¹
Adriano Rodrigues de Souza²
Ana Débora Assis Moura³
Aline Rodrigues Feitoza⁴
Ricardo Soares Pontes⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos profissionais atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad) sobre as atividades que realizam junto aos dependentes químicos. **Metodologia:** estudo descritivo, realizado através de entrevista semiestruturada, entre setembro e novembro/2008, com 11 profissionais de um CAPS-ad, em Fortaleza-CE. **Resultados:** os profissionais não possuíam especializações e/ou treinamentos prévios para atuarem nessa área; e as dificuldades encontradas foram carência de medicamentos e recursos; tempo insuficiente para consulta ao paciente; pouca motivação; não adesão ao tratamento por parte dos usuários. **Conclusões:** as dificuldades foram geradas durante o desempenhar das atividades de acompanhamento e tratamento.

Palavras-chave: Saúde Mental; Etanol; Drogas Ilícitas; Profissional De Saúde.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of professionals working in a Psychosocial Care Center on Alcohol and Drugs (CAPS-ad) about the activities performed with chemical dependents. **Methods:** descriptive study conducted through semi-structured interview, between September and November 2008, with 11 professionals of a CAPS-ad in Fortaleza-CE, Brazil. **Results:** the professionals did not have prior specialization and/or training to work in this area; and the difficulties found were the lack of medicines and resources; insufficient time for patient consultation; little motivation; non-compliance to treatment by the service users. **Conclusion:** the difficulties occurred during the monitoring and treatment activities.

Keywords: Mental Health; Ethanol; Street Drugs; Health Personnel.

¹ Enfermeira. Assistencialista na Medicina Preventiva da Unimed Fortaleza.

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua na Secretaria de Saúde de Fortaleza - Ceará. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES) – Buenos Aires/Argentina. Mestre em Enfermagem pela UFC. Atua na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) e na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-CE. E-mail: anadeboraam@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

⁵ Médico Sanitarista. Doutor em Medicina (Preventiva) pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Associado do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e paradigmático da psiquiatria, buscando uma consolidação de uma rede de atenção à saúde mental que rompa com a lógica hospitalocêntrica⁽¹⁾.

Nesta linha, a consolidação da Reforma Psiquiátrica tem se alicerçado na organização de novos serviços de atenção (Centro de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Hospital Dia etc.) e na transformação do trabalho em saúde mental. Mediante essa visão, foram instalados os Centros de Atenção Psicossociais em Álcool e Drogas (CAPS-ad), serviço especializado para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas⁽²⁾. A instalação desses centros tem ocorrido por meio da transformação do trabalho em saúde mental, tornando-o cada vez mais local, participativo, democrático e coerente com as construções políticas, históricas e culturais da população e do território⁽³⁾.

Nesses centros, uma equipe multiprofissional (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, terapeutas ocupacionais, etc.), é responsável por uma atenção diversificada nas formas de abordagens individuais, psicológicas e familiares aos usuários, fato que proporciona uma assistência ampliada e diferenciada, facilitando e garantindo uma reinserção social aos mesmos⁽⁴⁾.

Desse modo, a participação do profissional de saúde na integração desta rede torna-se relevante para o seu funcionamento, já que este operará no espaço territorial do serviço com sua singularidade de interpretar, de interagir e de perceber os micros processos de trabalho. Este trabalho é marcado fortemente pela liberdade na organização do processo produtivo, pois é o sujeito trabalhador que o define⁽⁵⁾.

Os serviços desenvolvidos nos CAPS-ad apresentam diante de si o desafio de prestar uma atenção à saúde executada por equipes multiprofissionais capazes de considerar as diversas dimensões dos transtornos provocados pela dependência química. Estas equipes devem assegurar que as formas de cuidado não sejam pré-concebidas, atendendo às especificidades e singularidades do sujeito assistido. Isso motiva o investimento em formas de cuidado adequado, com planos terapêuticos específicos e singulares e com a oferta de cuidado apropriado a quem dele necessite.

O último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), com dados de 2011 mostra que, aproximadamente, 315 milhões de pessoas (6,9% da população adulta do mundo) usaram drogas ilícitas ao menos uma vez naquele ano. O Relatório ressalta o declínio de drogas tradicionais, como a heroína e a cocaína, porém, registra o aumento em 40% de uso das novas substâncias psicoativas (NSP)⁽⁶⁾. Dentro desse contexto, os CAPS-ad têm se tornado a porta de entrada para o usuário de droga no Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, considera-se que

a atenção básica, os ambulatórios e as unidades hospitalares completam a rede de serviços à disposição destes usuários⁽⁷⁾.

Em Fortaleza, Ceará, o processo de implantação deste dispositivo de atenção à saúde mental teve seu início no final da década de 1990, no entanto, apresentou considerável ampliação em 2006, em que transpassou de 3 (três) CAPS, em 2002, para 14 (quatorze) unidades, em 2007. Em decorrência de todo este contexto e a partir de vivências acadêmicas, assistenciais e investigativas agregadas ao contexto de vida dos autores, somadas a relevância da temática exposta, o objetivo deste estudo é: conhecer a percepção dos profissionais sobre as atividades que realizam junto aos usuários do Centro de atenção Psicossocial de álcool e drogas.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica-analítica, que permite analisar o fenômeno social e suas interfaces com o campo da saúde mental. Este tipo de estudo tem a finalidade de dimensionar a compreensão dos significados, das intencionalidades e das questões subjetivas que esteja inerente nos relatos, atos e atitudes⁽⁸⁾.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, no segundo semestre de 2008, no primeiro CAPS-ad implantado na capital cearense. A rede Assistencial de Saúde Mental (RASM), de Fortaleza está constituída por aparatos públicos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, que integram a rede de atenção existente no município⁽⁹⁾.

A equipe de trabalhadores que escolhemos para compor os sujeitos deste estudo trabalha na área geográfica da Secretaria Regional – SER III, de acordo com a divisão geosaniária e política administrativa do município de Fortaleza-Ce. Os sujeitos do estudo foram definidos junto à equipe de trabalhadores do CAPS ad sob investigação. Foram selecionados 11 sujeitos de nível superior, esta amostra intencional foi definida pela saturação teórica que, ao estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompe a captação de novos componentes a partir da redundância e convergência de sentido e significado obtido na coleta e análise dos dados⁽¹⁰⁾.

Para a coleta de dados foi utilizado à entrevista semi-estruturada, constituídas por perguntas que abordaram a formação profissional e a prática clínica junto aos usuários do serviço. As entrevistas foram gravadas com duração média de 30 minutos, em seguida foram transcritas na íntegra. Realizou-se, posteriormente, a organização dos dados empíricos, objetivando estabelecer mapeamento horizontal e vertical do material coletado no campo de estudo, em seguida, procedeu-se à leitura exaustiva dos textos contidos nas entrevistas e, a partir de então, recorreu-se e executou-se uma síntese de cada entrevista⁽¹¹⁾.

Depois organizamos os dados de modo a proporcionar um cruzamento entre as diferentes informações levantadas e realizamos a triangulação do material empírico com a hermenêutica crítica, com o propósito de compreender o contexto narrativo, através da explicação⁽¹²⁾. Esta compreensão desvelou os se-

guintes núcleos de sentindo: caracterização dos profissionais atuantes no CAPS-ad e obstáculos para execução do trabalho no CAPS-ad.

O projeto de estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMPE), da Universidade de Fortaleza, sob protocolo de Nº 258 /2008.

RESULTADOS

CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO CAPS-AD

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Caracterização Socioeconômica	Dos 11 participantes, sete (7) era do sexo feminino e quatro (4) do sexo masculino, com faixa etária entre 20 e 60 anos de idade.
Formação Acadêmica	Uma assistente social; três enfermeiros; um filósofo clínico; dois médicos; dois psicólogos; e duas terapeutas ocupacionais
Período de atuação profissional	Oito apresentou mais de um ano de exercício profissional
Capacitação na área da Saúde Mental	Entre os entrevistados apenas os dois médicos possuíam curso específico (psiquiatra e residência em psiquiatria), na área de saúde mental, os demais apresentavam pós-graduação em outras áreas da saúde (saúde da família, enfermagem obstétrica, psicopedagogia e etc.). Não tive capacitação antes de entrar no CAPS-ad, mas depois tive capacitação em Saúde Mental, Saúde Mental na Infância e Adolescência, e Capacitação em Redução de Danos (E1). Antes de vir para o CAPS-ad não tive capacitação, porém, depois tivemos aulas relacionadas ao assunto (E2). Antes de iniciar no CAPS-ad fiz capacitação e participei de reuniões contínuas sobre os usuários de drogas, e participei do curso sobre o uso e abuso de drogas na Polícia Federal (E10).

CATEGORIA 2: OBSTÁCULOS PARA EXECUÇÃO DO TRABALHO NO CAPS-AD

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Principais dificuldades encontradas	Sinto dificuldades por conta da desmotivação do paciente, falta de entusiasmo, baixo autoestima, ausência de investimento em profissionalização e evasão do serviço por conta de uma problemática (E1). Já senti frustrações pelas constantes recaídas e consequente evasão, pois não tinha muito conhecimento de que fazia parte do tratamento, como um estágio motivacional (E2). Atribuo as dificuldades a vários fatores, desde o modo como o serviço está estruturado, até as situações limites inesperados (E5). Há dificuldades, pois a dependência química é uma doença cujo seu controle depende muito mais do paciente do que do terapeuta, e sua força de vontade depende muito do meio social, cultural, familiar e econômico em que se vive. As dificuldades são muitas, como muitos aqui moram parede com parede com a "boca", onde é vendida a droga, e aí, como evitá-la? Além de ser uma doença que não tem cura, só o controle (E3). Senti dificuldades sim, principalmente dificuldades relacionadas à adesão do tratamento, à motivação da equipe, à falta de medicamentos, ao tempo destinado a cada paciente, dentre outros (E6). Não tenho dificuldades. Se tivesse já tinha pedido para sair do CAPS. Depois de conhecer o serviço gostei muito, principalmente do tipo de modelo de saúde diferente do âmbito hospitalar. Atribuo a facilidade de trabalhar com dependentes químicos ao desejo que sempre tive de contribuir para diminuir o sofrimento das pessoas, acolhendo-as, ouvindo-as e utilizando de estratégias para levá-las ao autocuidado, visando à promoção da saúde e diminuição dos danos à saúde física e mental (E11).

DISCUSSÃO

A análise da prática de atenção disponibilizada pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS ad confirmou que, muitas vezes, os profissionais iniciam sua atuação nestes aparatos sem uma formação condizente com a atividade que desempenharão. Porém, o estudo mostrou que a RASM de Fortaleza se encontra conectada com essa realidade, pois vem disponibilizando formação contínua aos seus servidores após o ingresso em sua rede.

No entanto, não só a formação acadêmica implica em uma atenção terapêutica ideal no CAPS ad, mas a constituição de uma equipe multiprofissional e a estruturação de um plano terapêutico dinâmico será essencial na atenção ao usuário que está dependente de uma droga (drogadicto)⁽¹³⁾.

Os achados no estudo revelaram que as principais dificuldades apontadas pelos profissionais, são inerentes ao usuário e ao processo administrativo da unidade. Quanto aos usuários: as recaídas, evasões, à desmotivação, a baixa autoestima, a não adesão ao tratamento são as mais recorrentes. No contexto administrativo, tem-se: a falta de medicamento, o tempo destinado ao acompanhamento ao paciente e as situações limites inesperadas (crises), agravadas pela ausência de uma retaguarda assistencial. Esta ausência, em Fortaleza, de uma rede assistencial deficiente ou ineficiente vem contribuindo para o agravamento e, até mesmo, desencadeamento de situações de crise em sujeito em sofrimento psíquico. Hoje, Fortaleza conta, apenas, com uma emergência psiquiátrica, a qual funciona no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMSM)⁽¹⁴⁾.

Sabe-se que a reabilitação de usuários de drogas requer trabalho em equipe, em locais com condições adequadas, com espaço para atividades em grupo, para realizações de atividades físicas, entre outros aspectos. Contudo, tais características não são evidenciadas na realidade dos CAPS-ad estudados, já que nossa visita constatou espaços pequenos, não apresentando nenhuma área livre para que os pacientes pudessem ter contato com a natureza, realizar atividades que os motivassem a aprendizagem de algo novo, como por exemplo: horticultura, artesanato, esportes.

A reabilitação psicossocial deve-se apresentar como um conjunto de atividades capazes de oferecer condições amplas de recuperação dos indivíduos através da utilização de recursos individuais, familiares e comunitários, a fim de neutralizar os efeitos iatrogênicos e cronificadores da doença. Reabilitar significa fornecer suporte aos usuários para sobrepujar suas limitações e incapacidades, e promover o autocuidado, a fim de elevar-lhes a autoestima, oportunizar a restituição da autonomia, identidade pessoal e social⁽¹⁵⁾.

Cabe, então, ressaltar que para a concretização de um serviço reabilitador será necessário a RASM estabelecer uma rede de assistência de retaguarda e os profissionais do CAPS ad estabelecerem vínculos terapêuticos com familiares e rede social de seus usuários, como forma de reduzir as recaídas e evasões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPS-ad realiza um trabalho de extrema importância para a sociedade, já que o uso excessivo de álcool e drogas é considerado um grave problema de saúde pública. Com isso, o tratamento dos usuários é altamente complexo, tendo que abranger os mais diversos aspectos, visando sempre a reinserção social.

A pesquisa possibilitou verificar a ausência de capacitação prévia e suficiente por parte dos profissionais atuantes na área da saúde mental. Identificou-se que os profissionais não possuíam especializações e/ou capacitações específicas na área da saúde mental, com o foco na dependência química, demonstrando deficiência neste aspecto.

Fica evidenciado, no estudo, que as principais dificuldades se centram em dois pólos, administrativo e assistencial (usuário). Em ambos, profissionais, serviço e usuário são afetados, já que a ausência de um espaço adequado fisicamente tende a prejudicar a estruturação de terapêuticas cativantes e atrativas. A falta destas terapêuticas potencializa as evasões dos usuários.

O CAPS ad precisa incorporar e atuar como protagonista e ordenador das ações de saúde mental voltadas aos usuários de álcool e drogas no território a qual está implantado. Concluindo, é imprescindível que os gerentes conheçam as dificuldades apontadas por este estudo, para que busquem soluções e resoluções para os problemas identificados.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. In: Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(2): 456-68.
4. Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em Saúde Mental. João Pessoa: Universitária; 2002.
5. Franco TB. Gestão do trabalho em saúde mental [Internet]. 2008. [citado em 15 out 2011]. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/publicacoes.html>.
6. Organização das Nações Unidas (OMS). Programa para o Controle Internacional de Drogas. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime – UNODC [Internet]. 2014. [citado em 20 jul 2014]. Disponível em: <http://www.unodc.org/>

- unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 9. Secretária Municipal de Saúde (CE). 2013 [citado em 21 mai 2013]. Disponível em: www.sms.fortaleza.ce.gov.br.
 10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 27(2): 17-27.
 11. Assis MMA. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
 12. Ricoeur P. Tempo e Narrativa. Campinas: Papirus; 1994.
 13. Savietto BB, Cardoso MR. Idealização e onipotência na juventude contemporânea: a drogadicção como ilustração. Fractal, Rev. Psicol. 2012; 24(2): 353-66.
 14. Souza AR. Experiências em situação de crise de sujeitos em sofrimento psíquico: análise de narrativas. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
 15. Nunes M et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1): 188-96.

Recebido em: 24.05.2017

Aprovado em: 14.06.2017

NÃO EFETIVIDADE DAS DOAÇÕES DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

DONOR EFFECTIVENESS OF TRANSPLANTATION ORGANS AND FABRICS

Artigo Original

Marcos Antônio Vandega Lopes¹

Rita Mônica Borges Studart²

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto³

Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante⁴

Francisco Diogenes dos Santos⁵

RESUMO

Objetivou-se identificar as causas da não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplantes, em um hospital público do Ceará. Estudo descritivo, documental, retrospectivo, sob abordagem quantitativa, realizado na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes de um hospital do Ceará. A amostra foi constituída por 101 protocolos de diagnóstico de morte encefálica, com doação não efetivada. Verificou-se predominância de potenciais doadores do sexo feminino (65 – 64,4%), entre 40 e 49 anos (41 – 41,0%), que estavam no setor emergência, com diagnóstico de morte encefálica, por Acidente Vascular Encefálico hemorrágico (44 – 43,6%). A principal causa da não efetividade das doações foi a negativa familiar (54 – 53,5%), seja pelo desejo de manter corpo íntegro (17 – 16,1%), seja pela premissa de que o potencial não era doador em vida (23 – 23,1%).

Palavras-chave: Enfermagem; Transplantes; Doadores De Órgãos.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the factors of non-effectiveness of donations of organs and tissues for transplants in a public hospital in Ceará. A descriptive study, a retrospective documentary, with a quantitative approach, carried out at the Intra-Hospital Commission of Organ and Transplant Tissue Donation of the Hospital Geral of Fortaleza. The sample consisted of 151 diagnostic protocols for brain death that were opened at the study hospital from January to December 2016. Data collection was performed between January and February 2017. There were a predominance of potential female donors among 46 and 55 years old, who were in the emergency department, with a diagnosis of encephalic brain death. The main cause of the non-effectiveness of the

¹ Enfermeiro. Graduado pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Discente do curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: mvandega1.enf@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

³ Enfermeiro Sanitarista. Doutor em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

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

⁵ Enfermeiro. Graduado pela UVA.

donations was the negative family, either by the desire to maintain intact body, or by the premise that the potential was not a donor in life. It is concluded that the family has a primordial role in the effectiveness of the donations, thus, it is necessary the adequate reception, taking into account the process of loss and regret.

Keywords: Nursing; Transplants; Tissue Donors.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos, vem sendo o melhor recurso para o tratamento de sujeitos com falência orgânica, quando outras terapias já não surtem efeito. Constitui-se como tratamento de grande número de enfermidades em fase terminal, favorecendo significativamente a sobrevivência e a qualidade de vida dos sujeitos submetidos a este tipo de intervenção.

Define-se transplante, a extração ou remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo de um doador vivo ou não vivo, com objetivo terapêutico⁽¹⁾. Os doadores vivos podem doar medula óssea, um dos rins, parte do fígado e parte do pulmão. Já os doadores não vivos em morte encefálica, possibilitam a doação de coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino⁽²⁾.

O diagnóstico de morte encefálica configura-se como um momento bastante difícil para família, sendo imprescindível o suporte adequado para que possam colaborar com o processo de doação e transplante. Logo, a assistência ao cliente com diagnóstico de morte encefálica, se caracteriza como uma atividade complexa, devendo seu manejo ser conduzido pela equipe multiprofissional⁽³⁾. A Lei Nº 10.211/2001 autoriza a família a admitir ou não o processo de doação, mesmo que o potencial doador tenha esclarecido em vida, seu desejo de doar⁽⁴⁾.

Diante dos pressupostos de que a doação de órgãos e tecidos para transplante configura-se como uma tecnologia moderna de proteção à saúde e a vida e, conseqüentemente, a melhor e mais eficaz conduta terapêutica para tratamento de sujeitos com disfunção terminal de órgãos, em que a família desempenha papel decisivo no processo de doação, objetiva-se identificar as causas que levaram a não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplantes em um hospital público do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo sob abordagem quantitativa, realizado na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de um hospital público terciário, localizado em Fortaleza - Ceará. O referido hospital é considerado referência em todo o Estado, na realização de transplante de rim, pâncreas, fígado e córneas.

A coleta de dados foi realizada durante o período de janeiro a fevereiro de 2017. Os dados foram coletados a partir de um formulário embasado nos prontuários utilizados pela equipe da CIHDOTT, contemplando dados sociodemográficos, local de internação, diagnóstico de morte encefálica e as causas da não efetividade das doações. A população foi constituída por 151 protocolos de diagnóstico de morte encefálica abertos no hospital do estudo, durante o período de janeiro a dezembro de 2016. Foi excluído do estudo doadores apenas de córneas. A amostra final foi de 101 protocolos de diagnóstico de morte encefálica com doação não efetivada calculada pela fórmula para população finita.

Os dados foram organizados no programa *Excel®*, e depois transferidos para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versão 21.0*, sendo apresentados em forma tabular, e, fundamentados na literatura específica.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde - CNS, que discorre acerca da pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do referido hospital, obtendo parecer favorável de Nº 754.462.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o panorama geral de protocolos abertos, demonstrando que dos 151 protocolos iniciados, apenas 33% (50) foram efetivados e 67% (101) não foram efetivados, sendo os principais motivos da não efetividade: a negatividade familiar, seja pelo desejo de manter o corpo do ente querido íntegro, seja pela pejorativa de que o familiar não era doador em vida; seguida da condição clínica do cliente, em especial a neoplasia, principalmente por não possuir resultado de biopsia. Já dentre as efetivadas os principais órgãos doados foram: fígado ou rins e fígado.

Tabela 1. Descrição dos protocolos abertos dos sujeitos com morte encefálica, para doação de órgãos e tecidos. Fortaleza - Ceará, 2016. (n = 151)

TIPO DE DOAÇÃO	PROTOCOLOS ABERTOS	
	N	%
DOAÇÕES EFETIVAS		
Fígado e Rins	29	19,2
Fígado	12	8,0
Coração, Fígado e Rins	3	2,0
Rim	4	2,6
Pulmão, Fígado e Rins	2	1,3
Subtotal	50	33,0

TIPO DE DOAÇÃO	PROTOCOLOS ABERTOS	
DOAÇÕES NÃO EFETIVAS	N	%
NEGATIVA FAMILIAR		
Não era doador em vida	23	15,2
Desejo do corpo íntegro	17	11,3
Conflito familiar	6	4,0
Religião	3	2,0
Tempo prologando do processo	3	2,0
Atendimento familiar prévio insatis-fatório	2	1,3
CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE		
Neoplasia	18	12,0
Infecção	9	6,0
Sorologia Positiva (HIV/Hepatite)	5	3,3
Parada cardíaca por instabilidade hemodinâmica	10	6,7
Impossibilidade de completar o diagnóstico por instabilidade hemo-dinâmica	5	3,3
Subtotal	101	67,0
TOTAL	151	100,0

Assim, diante do panorama dos protocolos de doação de órgãos e tecidos iniciados foi possível traçar o perfil das doações não efetivadas, objeto deste estudo, bem como o local onde se encontrava o doador no momento da morte encefálica, como demonstra a Tabela 2.

De acordo com a Tabela 2, o maior número de potenciais doadores era do sexo, 64,4% (65). Já em relação a faixa etária percebeu-se predominância de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante entre 40 a 49 anos (41), ou seja 41,0%; seguido dos com idade igual ou superior a 60 (26), correspondendo a 25,0%.

Quanto à clínica hospitalar, ou melhor, o local de interação onde se encontrava o potencial doador, observou-se que a maioria estava na emergência, 46,6% (47); seguido do setor Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 26,8% (27). Vale

ressaltar que, 15,8% (16) dos potenciais doadores encontravam ainda na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Essas unidades são caracterizadas pela prevalência de clientes críticos e instáveis, e com um número elevado de óbitos em relação às outras unidades do hospital

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos sujeitos com diagnóstico de morte encefálica, com doações de órgãos e tecidos para transplantes não efetivadas. Fortaleza – Ceará, 2016. (n=101).

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	36	35,6
Feminino	65	64,4
Total	101	100,0
FAIXA ETÁRIA		
Menor de 20 anos	1	1,0
20 a 29	3	3,0
30 a 39	8	8,0
40 a 49	41	41,0
50 a 59	22	22,0
60 e mais	26	25,0
Total	101	100,0
LOCAL ONDE SE ENCONTRAVA O PACIENTE/POTENCIAL DOADOR		
Emergência	47	46,6
Unidade de Terapia Intensiva	27	26,8
Unidade de AVC	16	15,8
Enfermarias	8	7,9
Outros	3	2,9
Total	101	100,0
TOTAL	101	100,0

O local onde o paciente se encontrava internado tem uma estreita relação com as causas de não efetivação de potenciais doadores, apontadas como a falta de notificação da ocorrência de morte encefálica, a manutenção inadequada do potencial doador, a realização dos exames, problemas logísticos, tais como falta de infraestrutura hospitalar.

O diagnóstico de morte encefálica se constitui como um processo difícil para a família, que muitas vezes não compreende, seja pela falta de comunicação adequada, seja pela falta de preparo em lidar com a perda do ente querido.

A Tabela 3 mostra os principais diagnósticos de morte encefálica identificados nos protocolos abertos no hospital do estudo

Tabela 3. Distribuição das doações de órgãos e tecidos para transplantantes não efetivadas segundo o diagnóstico de morte encefálica de cliente potencial doador. Fortaleza – Ceará, 2016. (n=101).

DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	N	%
Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico	44	43,6
Acidente Vascular Encefálico Isquêmico	22	21,8
Hemorragia Subaracnóidea (HSA)	7	6,9
Hemorragia Subaracnóidea (HSA) Fischer IV	6	5,9
Tumor Cerebral	13	12,9
Outros	9	8,9
TOTAL	101	100,0

Os dados evidenciaram que o diagnóstico de o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVE) foi o mais prevalente, com 43,6% (44) dos casos. Foi expressivo também o diagnóstico de AVE Isquêmico, perfazendo 21,8% (22) e o de Tumor Cerebral, com 12,9% (13) entre os potenciais doadores. Percebe-se que o perfil dos diagnósticos de ME mais prevalentes entre os potenciais doadores no hospital em questão se concentram nos diagnósticos relacionados a problemas neurológicos, que somados totalizaram 78,3% (79).

A Tabela 4 apresenta a casuística da não efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante.

Tabela 4. Casuística da não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplante. Fortaleza – Ceará, 2016. (n=101).

CARACTERÍSTICAS	N	%
CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE		
Neoplasia	18	17,8
Parada Cardíaca por Instabilidade hemodinâmica	10	10,0
Infecção	9	9,0
Sorologia positiva (HIV, Hepatite)	5	5,0
Impossibilidade de fechar o diagnóstico por parada cardiorrespiratória	5	5,0
Subtotal	47	46,5

CARACTERÍSTICAS	N	%
NEGATIVA FAMILIAR		
Não era doador em vida	23	23,1
Desejo o corpo íntegro	17	16,1
Conflito familiar	6	6,0
Tempo prolongado no processo	3	3,0
Religião	3	3,0
Atendimento hospitalar prévio insatisfatório	2	2,0
Subtotal	54	53,5
TOTAL	101	100,0

De acordo com a Tabela 4 a principal causa da não efetividade da doação de órgãos e tecidos, foi a negativa familiar, correspondendo a 53,5% (54) da amostra, seguido das condições clínicas do cliente, com 46,5% (47). Dentre as principais causas da negativa familiar, destacaram-se a pejorativa de que o cliente não era doador em vida, o que representou 23,1% (23), seguido do desejo da família em manter o corpo íntegro, ou seja, 16,1 (17). Já entre as condições clínicas do paciente que não possibilitaram a doação de órgãos e tecidos, destaca-se a neoplasia sem biopsia, perfazendo 17,8% (18), seguida da instabilidade hemodinâmica devido a parada cardíaca, a saber, 10,05 (10); enquadrando-se no grupo de situações em que é contraindicado à doação.

DISCUSSÃO

No total de 151 protocolos abertos em 2016 em um hospital de Fortaleza, apenas 50 (33%) doações foram efetivadas. Achados esses semelhantes aos já disponíveis em outros estudos, que demonstram que no Brasil no ano de 2015, foram notificados 9.698 (47,8 pmp/ano) potenciais doadores, e destas apenas 2.854 (14,1 pmp/ano) doações efetivadas, equivalendo a 29,4%, o que se assemelha aos resultados desse estudo. No estado do Ceará no mesmo ano foram notificadas 538 (60,8 pmp/ano) potenciais doadores, e 208 (23,5 pmp/ano) doadores efetivos, equivalendo a 38,6% (5). Já entre janeiro a setembro de 2016 aconteceram 7.669 notificações (50,0 pmp/ano) no Brasil, e destas apenas, 2.215 (28,8%) foram doações efetivadas. No Ceará para o mesmo

período foram notificados 453 (77,8 pmp/ano) potenciais doadores, sendo efetivadas 172 (38%) doações⁽⁵⁾.

A caracterização dos potenciais doadores encontrada neste estudo equipara-se com os achados disponíveis na literatura específica, uma vez que demonstra mudanças no perfil desses sujeitos, com aumento significativo do sexo feminino, bem como a prevalência do AVC, em vez das causas traumáticas⁽⁶⁾.

A faixa etária variou de 20 a 60 anos ou mais de idade, sendo predominante a faixa etária entre 40 e 49 anos. Tais resultados são reforçados na literatura, que demonstra heterogeneidade de idade entre os potenciais doadores, onde a maioria destes são adultos, em idade economicamente ativa, corroborando com os achados deste estudo^(7,8).

O local onde se encontravam o potencial doador também foi um dado levado em consideração neste estudo, sendo percebido que a maior parte destes sujeitos encontravam-se nos setores de emergência, UTI ou Unidade de AVE. Apesar de alguns dos potenciais doadores estarem na UTI, ainda é comum a permanência destes em outros setores, contrariando o que preconiza a literatura. Pois, requer atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias para o diagnóstico, monitorização e terapia^(9,10).

A permanência de potenciais doadores em outros setores que não a UTI, como por exemplo a emergência, pode ser justificado pela superlotação e insuficiência de leitos nos hospitais de Fortaleza-Ceará. Analogicamente tal realidade é verificada na maioria das capitais brasileiras, que o setor emergência perdeu seu papel no atendimento e classificação inicial, sendo transformada em unidades de internamento pela superlotação das UTI, permanecem durante dias e até semanas em macas hospitalares à espera de vaga em enfermaria ou em UTI⁽¹¹⁾.

Já em relação ao diagnóstico de morte encefálica, evidenciou prevalência do AVE, hemorrágico ou isquêmico, o que representou 65,4% da amostra. Estudo acerca do perfil dos doadores de órgão e tecidos para transplante, demonstrou que entre os 305 prontuários analisados o principal diagnóstico da morte encefálica foi o AVE⁽¹²⁾. Tais achados assemelham-se ainda aos do Registro Brasileiro de Transplantes, em que o AVE se destacou como primeira causa de morte encefálica, seguido do TCE⁽¹¹⁾.

Considerando a família como elemento principal para autorização do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, existem causas e fatores que tornam-se favoráveis e não favoráveis a doação de órgãos e tecidos.

Em relação a casuística da não efetividade das doações de órgãos e tecidos para transplante, identificou-se que a negativa familiar, seguida da condição clínica do cliente foram os maiores entraves à doação, o que foi identificado também no estudo de Silva *et al.*⁽¹³⁾, que teve como objetivo conhecer o

perfil epidemiológico dos doadores de órgãos e tecidos humanos de um hospital público do Oeste de Santa Catarina, em que os autores evidenciaram que as principais causas da não efetividade concentram-se nas condições clínicas do paciente, entre elas a sorologia positiva de HIV ou Hepatites, as neoplasias e as infecções; e a não aceitação da família.

Evidenciou-se que os principais motivos que levaram os familiares a optarem pela não doação foi o desejo contrário do doador em vida, até pelo próprio desconhecimento do desejo do doador pelos familiares; seguido do desejo de manter a integridade do corpo do ente falecido. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Rosário *et al.*⁽⁷⁾.

Quando a família tem o conhecimento do desejo do falecido em ser doador, a doação torna-se incontestável e há um total favorecimento a doação, de modo que a família não se opõe a doação, pois assim não estaria agindo como um desrespeito à vontade em vida do falecido, e nem a preservação do corpo íntegro⁽¹⁴⁾.

Vale lembrar que desejo dos familiares em manter o corpo íntegro, observa-se a vontade da família de preservar o corpo do ente querido, não aceitando a doação por medo de que o corpo sofra mutilações e seja deformado com a retirada dos órgãos e tecidos. Infere-se ainda a crença cultural dos familiares em manter o corpo íntegro. Segundo Roza *et al.*⁽¹⁵⁾, o corpo representa a memória da vida passada que deveria ser guardada tão próxima quanto possível da pessoa amada.

Assim, a doação de órgãos configura-se ainda desafio para a equipe, que tem a responsabilidade de conduzir o processo, que vai desde o diagnóstico de morte encefálica, cuidado/ manutenção do potencial doador, acolhida e entrevista familiar para efetividade da doação. Assume ainda a competência técnica e ética para a garantia do processo, dando ênfase na comunicação adequada entre a equipe e a família, para evitar questões cotidianas de trabalho que impossibilite assistência prestada de maneira impessoal e rude, assim sendo um entrave no processo de doação, a favor da negativa familiar⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que as principais causas da não efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplantes foram a negativa familiar, seguida da condição clínica do sujeito.

Com isso, entende-se que a doação de órgãos e tecidos para transplantes envolve etapas necessárias para efetivação. Cada seguimento possui particularidades, por isso profissionais envolvidos, médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem e assistentes sociais, devem conhecer e ter atitude efetiva, procurando ao máximo evitar que as dificuldades impeçam o êxito do processo.

O manejo do potencial doador de órgãos não é tarefa simples, pois, além da doença inicial, que levou o paciente

à internação na unidade, o próprio processo de ME envolve uma série de desordem que comprometem a homeostase da pessoa. Compreender este processo e os fatores que influenciam o desfecho é essencial para repensar estratégias que aperfeiçoem o procedimento de doação de órgãos, como também para propor novas ações que visem estabelecer protocolos e ações coerentes com a política de doação de órgãos.

O manejo da família deve ser repensado, levando em consideração o processo de perda e pesar. As diferenças e crenças devem ser levadas em consideração e, as dúvidas

quanto ao diagnóstico de morte encefálico devidamente esclarecido. É importante ainda que os profissionais se atentem quanto aos aspectos que circundam a entrevista familiar, que vai desde uma abordagem humanizada, até um diálogo sensível ao estado atual.

Por fim, como fator limitante deste estudo, destaca-se a amostra reduzida, que levou em consideração apenas abertos no ano de 2016. Como projeções futuras, destaca-se a importância de produções que envolvam a equipe multiprofissional e as fortalezas e fragilidades da doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

1. Dantas FA, Vieira DS, Souza JO, Fernandes LTB, Zaccara AAL. Aspectos éticos e legais da doação e transplantes de órgãos no Brasil. In: Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2012 Ago 9-12; Fortaleza, Brasil. Fortaleza (CE): COFEN, 2012.
2. Pereira WA. História dos transplantes. Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos. 4ª ed. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2012.
3. Oliveira ER, Fernandes SCC. A vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica: dificuldades e desafios. Revista Tendências da Enfermagem Profissional. 2016; 8(3):1960-66.
4. 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.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. 2015.
6. Freire ILS, Quinídia Vasconcelos LDAQ, Torres GV, Araújo EC, Costa IKF, Melo GSM. Structure, process and outcomes of organ and tissue donation for transplantation. Revista Brasileira de Enfermagem, 2015; 68(5): 555-63.
7. Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Family refusal facing a potential organ donor. Cadernos de Saúde Coletiva, 2013 Jul-Sep; 21(3):260-6.
8. Bittencourt RM, Gaiva MA, Rosa MKO. Profile of human resources for neonatal intensive care units of Cuiaba, MT. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2017 jan 20]; 12(2):258-65. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a05.htm>
9. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União (Brasília) 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Diário Oficial da União 2002
11. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. 2013; 19(4):22-23
12. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. Rev AMRIGS. 2012;56(3):199-203.
13. Silva OM, Muniz T, Ascari RA, Kolhs M, Marciane K, Ferraboli S. Perfil de doadores de órgãos de um hospital público do oeste de Santa Catarina. Revista Cuidado Fundamental, 2014; 6(4):1534-1545.
14. Dalbem GG, Caregnato RC. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto Contexto Enfermagem, 2010; 19(4):728.
15. Roza BA; Garcia VD; Barbosa SFF; Mendes KS; Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. Acta Paulista de Enfermagem, 2010 Mai-Jun; 2010;23(3):417-22.
16. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista da Escola de Enfermagem USP 2010 [Acesso em 2017 fev 9]; 44(4):996-1002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/20.pdf>

Recebido em: 06.06.2017

Aprovado em: 30.06.2017

GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NUMA SALA DE PARTO

WASTE MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES IN A DELIVERY ROOM

Artigo Original

Susana Beatriz de Souza Pena¹

Paulo Cesar Almeida²

Ivania Costa Silva³

Antônio Olívio Silveira Britto Júnior⁴

Paula Natasha Rodrigues Valentim de Carvalho⁵

RESUMO

Objetivou-se analisar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS), sob a ótica ambiental, numa sala de parto pertencente a uma unidade secundária de saúde. Estudo de caráter descritivo-analítico com abordagem quanti-qualitativa. Realizado na unidade de parto, em um hospital público de referência no atendimento materno-infantil, na cidade de Fortaleza, Ceará. A amostra foi constituída por 13 funcionários que obedeceram aos critérios de inclusão. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada, e os dados submetidos à análise de conteúdo. Durante a observação das etapas do gerenciamento verificou-se: segregação do lixo de forma errada, recipiente inadequado, armazenamento temporário disposto no chão do hospital, paramentação incompleta da funcionária de serviços gerais e por fim, o armazenamento externo do lixo

fica a céu aberto, em contato com o ambiente, sem recipientes com simbologia que pudessem armazená-los até o momento de ser coletado pela empresa terceirizada responsável.

Palavras-chave: Resíduos De Serviços De Saúde; Saúde Ambiental; Exposição A Agentes Biológicos.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the management of health care waste (SSR), from an environmental perspective, in a delivery room belonging to a secondary health unit. Descriptive-analytical study with a quantitative-qualitative approach. Performed in the delivery unit, in a public referral hospital in maternal and child care, in the city of Fortaleza, Ceará. The sample consisted of 13 employees who met the

¹ Enfermeira. Docente da Faculdade de Tecnologia Intensiva (FATECI). Mestranda no Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Terapia Intensiva e Residência em Paciente Crítico Cardiopulmonar. Especialista em Terapia Intensiva e Residência em Paciente Crítico Cardiopulmonar. Email: susana.pena@hotmail.com

² Estatístico. Especialista em Administração Planejamento do Setor Saúde. Mestrado em Bioestatística. Doutorado em Saúde Pública. Pós-doutorado - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da UFC.

³ Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. Docente na Escola São Camilo de Lélis. Assistencial no Hospital Unimed.

⁴ Agrônomo. Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho. Mestre em Engenharia Civil (Recursos Hídricos) pela UFC. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE).

⁵ Enfermeira. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da FATECI. Mestre em Enfermagem pela UFC. Fiscal de Vigilância Sanitária na Prefeitura de Fortaleza.

inclusion criteria. The data collection was through semi-structured interview, and the data submitted to content analysis. During the observation of the management stages, the following occurred: garbage segregation in the wrong way, inadequate container, temporary storage on the hospital floor, incomplete paramentation of the general services official and finally, the external storage of garbage is open, in contact with the environment, without symbology containers that could store them until the moment of being collected by the responsible outsourced company.

Keywords: Health Services Waste; Environmental Health; Exposure To Biological Agents.

INTRODUÇÃO

Desde que o homem surgiu na terra, a preocupação primordial foi sempre a de consumir, pensamento este que foi concretizado com o sentimento capitalista e assim, foi deixada em último plano a importância de uma adequada destinação do lixo que seria gerado após o consumo da matéria-prima.

“A unificação dos habitantes da Terra pela globalização dos efeitos no meio ambiente e a constatação tecnocientífica da possibilidade de responsabilizar-se pelo fim da humanidade, colocam o homem moderno frente à questão central da vida”⁽¹⁾.

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) são conhecidos popularmente como lixo hospitalar, sendo originados de atividades à saúde, laboratórios de fármacos, instituições de ensino que produzem secreções e materiais microbiológicos, que necessitam ser adequadamente gerenciados, a fim de serem dispostos corretamente no meio ambiente.

É sabido que ideias ambientalistas vêm crescendo em nossa atualidade, ainda assim, encontram-se grupos resistentes que necessitam de sensibilização quanto aos danos à saúde pública e ao ambiente no qual se vive.

Existem muitos indivíduos que necessitam do lixo, como forma de subsistência, porém nem todos conseguem absorver essa visão. Meyer e Pereira⁽²⁾ relatam em sua pesquisa que os lixões, além de serem um problema ambiental e de saúde pública, são fontes mantenedoras de um problema social que vem se arrastando desde há muito tempo.

Como modo de reduzir os impactos ocasionados pelo mau gerenciamento do lixo, os mesmos devem ser submetidos a uma série de métodos destinados a diminuir a quantidade ou o potencial poluidor, seja evitando o descarte deste lixo em ambiente ou local inadequado, ou ainda o transformando em material inerte ou biologicamente estável.

A população ao adentrar numa empresa prestadora de serviços na área de saúde, não imagina o que ocorrerá com os materiais utilizados durante seu atendimento. O desconhecimento é normal, pois a intenção inicial está voltada à terapêutica que irá receber. Autores relatam que um objetivo que vem sendo buscado em hospitais é a sensibilização das equipes de

saúde e pacientes a cerca da importância da redução do impacto ambiental^(3,4).

É notória que para minimizar tais problemas, o mais indicado seria a educação ambiental, tanto aos profissionais de saúde quanto a população que procura atendimento, tornando mais prática a sua aplicação. Vale ressaltar que a educação ambiental está inserida, dentro do que chamamos “educação em saúde”, assunto que deve ser ensinado por parte dos profissionais de saúde a população, como método de promoção a saúde. Além disso, a Constituição Federal Brasileira de 1988, ressalta que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁽⁵⁾.

Essa pesquisa tem como objetivo a análise do gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde (RSS), numa sala de parto pertencente a um sistema hierarquizado, do nível secundário.

Diante do problema questiona-se: Como se dá o gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde numa sala de parto, em uma unidade secundária de saúde?

A sala de parto foi escolhida por ser um local no qual é muito utilizada dentro da unidade hospitalar pesquisada, no que se refere ao processo de cuidar em saúde da mulher e do recém-nascido. A grande demanda de nascimentos gera crescente número dos resíduos biológicos.

Portanto, pretende-se com essa pesquisa científica trazer reflexões para a comunidade acadêmica, sendo notório na multiplicação do conhecimento do profissional que trabalha em unidade de saúde, particularmente o profissional da área de saúde, que são os maiores responsáveis na geração desse gênero de resíduos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quanti-qualitativa. As pesquisas descritivas são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. O método quantitativo se caracteriza pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas (média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros). E os estudos qualitativos têm por intuito compreender significados, preocupando-se com a realidade⁽⁶⁻⁹⁾.

O estudo foi desenvolvido em um hospital de referência da rede pública, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza-Ceará. Este oferece atendimento de urgência em ginecologia e obstetrícia, neonatologia e pediatria, além de consultas ambulatoriais e cirurgias eletivas em sua maior especialidade a ginecologia e a mastologia.

A unidade onde foi realizado o estudo, a sala de parto, conta com 07 leitos destinados a pacientes que podem estar nas seguintes situações: à espera do nascimento do filho ou à espe-

ra de algum tipo de procedimento para a retirada do feto morto. O estudo foi realizado no mês de maio de 2010, três vezes na semana, nos horários da manhã e da tarde, portanto no plantão diurno (começando das 07 horas da manhã às 07 da noite).

A população foi constituída por 25 profissionais que faziam parte do quadro de funcionários da sala de parto, que trabalham no regime de plantão (07 às 19 horas) ou meio plantão (07 às 13 horas). Divididos entre: médicos (obstetras e neonatologistas), enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (considerado um grupo só), e serviços gerais. E que estavam presentes no período da coleta de dados.

A amostra foi composta por 13 profissionais, de variados cargos, que aceitaram participar da pesquisa, estavam aptos a responder o questionário aplicado. O consentimento dos participantes foi efetivado por escrito, por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE.

Todos os participantes tiveram livre escolha para serem incluídos na pesquisa, podendo se retirar da pesquisa a qualquer momento, no decorrer ou ao término da pesquisa. Foram garantidos a todos os profissionais envolvidos, o anonimato e o sigilo das informações contidas no questionário, sendo apenas informado que os resultados serão utilizados em publicações científicas.

A coleta de dados se deu por um questionário semiestruturado aplicado à amostra da pesquisa. O questionário abordou as seguintes variáveis: caracterização do pesquisado, dados socioeconômicos e dados referentes à temática, Resíduos de Serviços de Saúde. Foi também utilizada a observação livre durante a coleta de dados, observando-se os seguintes aspectos referentes ao gerenciamento do lixo hospitalar: segregação, acondicionamento, identificação, coleta e transporte internos, armazenamento temporário e armazenamento externo, tratamento e disposição final. Todas as entrevistas e observações foram comparadas com as legislações pertinentes⁽¹⁰⁻¹⁹⁾.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM) com número de protocolo 004/2010. Foram respeitados os preceitos éticos do artigo IV, parágrafo 3 baseado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, tendo como referência quatro parâmetros: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça⁽²⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos profissionais, dados socioeconômicos e conhecimento sobre os RSS

A população contou com 25 profissionais presentes na unidade durante o período da pesquisa, porém nem todos quiseram participar do estudo, ficando apenas 13 participantes na amostra.

O perfil desses profissionais se caracterizou por 11 (84,6%) mulheres e 5 (62,5%) homens. A idade dos entrevistados variou de 20 a 60 anos. O grau de escolaridade dos participantes do estudo foram de 9 (69,2%) com ensino médio completo e 4 (30,8%) já tinham terminado a pós-graduação (enfermeiros e médicos)

Quanto à ocupação, verificou-se que: apenas um (7,7%) participante, era enfermeiro; três (23,1%) médicos; seis (46,2%) auxiliares de enfermagem e por fim, três (23,1%) faziam parte dos serviços gerais.

Durante a pesquisa na sala de parto, apenas 13 profissionais aceitaram participar da pesquisa. A maioria eram enfermeiros e médicos. A justificativa observável para negação em responder o questionário foi a falta de conhecimento associado ao medo de ser avaliado.

Quanto ao tempo de atuação na profissão, verificou-se que um (7,7%) dos profissionais tem menos de 01 ano de atuação; oito (61,5%) profissionais se encontram entre 01 a 10 anos de atuação; um (7,7%) na faixa entre 11 a 20 anos; dois (15,4%) entre 21 a 30 anos e por fim, um (7,7%) se encontra com tempo de atuação maior que 31 anos. Mostrando que a maioria tem mais de um ano de trabalho em sua ocupação.

Quanto ao entendimento dos participantes a respeito da correta definição do termo científico Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). Apenas um (8%) participante soube definir corretamente de forma completa e o mesmo detinha apenas o ensino médio, com cargo de auxiliar de enfermagem. Já a maioria dos funcionários, seis (46%) definiram corretamente, porém de forma parcial, pois apenas citaram que RSS era "Lixo Hospitalar" e sabe-se que não é apenas isso que define o termo, como foi mencionado na literatura observada na presente pesquisa.

A resolução do CONAMA Nº 358, 29 de abril de 2005, sobre o tratamento e a disposição final dos RSS, artigo 2º, capítulo X, os definem como aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos; importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, entre outros similares que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final⁽¹⁰⁾.

Quanto à compreensão sobre a definição do termo científico Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) entre os profissionais, quatro (31%) profissionais definiram de forma errada o termo, por não terem grande conhecimento na temática. Desses quatro, 03 eram auxiliares de enfermagem e 01 dos serviços gerais. Já para os que não responderam de nenhuma forma a questão, pode-se verificar dois (15%) nesse parâmetro, e os mesmo se enquadravam na equipe de serviços gerais.

Sobre o conhecimento quanto o Gerenciamento dos RSS, foi observado que apenas dois (15%), a minoria, tem conhecimento completo acerca do gerenciamento dos RSS. Cinco (39%) tem conhecimento parcial; três (23%) tiveram o conhecimento errado e três (23%) não possuíam nenhum conhecimento.

Ainda sobre isso, dos três que tiveram conhecimento errado, um era enfermeiro e os outros dois dos serviços gerais. Já aqueles que mostraram não ter sequer nenhum conhecimento acerca de gerenciamento, dois eram médicos e um auxiliar de enfermagem.

Uma presente pesquisa relata que a equipe de enfermagem manipula uma grande quantidade de materiais para a realização da assistência e, conseqüentemente, gera resíduos, sendo fundamental que esteja alerta para as questões ambientais nas instituições, mantendo condições seguras para o desenvolvimento dessa atividade (Trochin *et al.*, 2005).

A respeito do conhecimento sobre casos de acidentes de trabalho devido à inadequada disposição dos RSS, dez (77%) profissionais da sala de parto já tomaram conhecimento sobre acidentes ocupacionais, devido o mau gerenciamento do lixo. E apenas três (23%) mencionaram não saber de nenhum caso deste gênero.

No tocante a capacitação sobre esse assunto na unidade hospitalar, verificou-se que sete (54%) já receberam capacitação e seis (46%) não receberam.

Quanto a abordagem sobre essa temática durante a formação acadêmica, dez (77%) já tiveram alguma disciplina na formação profissional que discutisse tal temática. Já apenas três (23%) mencionaram nunca ter tido alguma disciplina que discutisse com êxito o assunto. E desses três que não tiveram, um era enfermeiro e dois eram médicos.

Sabe-se que a responsabilidade é de todos os participantes da equipe de saúde quanto a prevenção e redução dos riscos à saúde e ao meio ambiente, assegurados pelo correto gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços⁽²¹⁾.

Com relação ao entendimento sobre o que significa PGRSS entre os profissionais, percebe-se que a maioria, ou seja, dez (77%) profissionais não sabem o que significa PGRSS, dando a entender que o hospital não tem ou caso tenha, o responsável

legal do hospital não divulgou. Apenas três (23%) sabem o que significa o termo.

O responsável legal do hospital tem a obrigação de criar o próprio PGRSS de acordo com as características do estabelecimento, ou seja, de acordo com a quantidade e o tipo de resíduos produzidos e de acordo também com a planta do hospital⁽¹⁰⁾.

O PGRSS deve ser divulgado no hospital, anexado em alguns locais as informações mais importantes. Além disso, dentro de tal documento fica claro que devem existir programas que capacitem e após isso avaliem o conhecimento dos profissionais que trabalham no hospital⁽¹⁰⁾.

De acordo com a observação do gerenciamento dos RSS, em especial o descarte, os funcionários que apresentaram gerenciamento inadequado foram: 31% que são médicos, e 27,6% os auxiliares/técnicos de enfermagem.

O fato é que os profissionais dos serviços gerais são os que têm mais contato com o resíduo, pois estes acondicionam, fazem a coleta e o transporte internos, fazem o armazenamento temporário e levam depois os resíduos até o armazenamento externo, quando o lixo já está pronto para as empresas terceirizadas levarem até o incinerador.

E os que são os mais responsáveis pelo mau gerenciamento se encontram no início das etapas do gerenciamento, ou seja, na segregação dos resíduos que é o momento de separar o que é contaminado, do não contaminado e do perfurocortante. Esses profissionais são os que estão ligados à assistência, que produzem o resíduo e desprezam no recipiente. Podem ser: enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, como também médicos.

Vale ressaltar que sendo a enfermeira a responsável pela equipe de saúde e sabendo que esta acaba por permanecer um maior tempo na unidade e na assistência, o enfermeiro deve conhecer o material que vai ser produzido, o tipo de contato com o paciente (se este é contaminado ou não) e conhecer a recomendação do destino do resíduo⁽²¹⁾.

O enfermeiro se torna um multiplicador de opinião, ou seja, um educador, quando este ensina aos técnicos e auxiliares o modo de assistenciar, quando solicitar um procedimento do profissional de serviços gerais e quando contribui teoricamente no conhecimento do médico sobre a forma mais correta de diminuir a infecção hospitalar.

Gerenciamento e aspectos legais e normativos da instituição pesquisada

Na unidade em questão, a análise das etapas do gerenciamento do RSS se deu por comparação com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 306) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽¹⁸⁾. A maior parte dos profissionais errou no

descarte dos resíduos, além disso, todos os recipientes dos resíduos não existiam diferenciação do saco plástico. A legislação refere que lixo comum é no saco escuro, e lixo contaminado no saco branco leitoso. Trazendo sérias consequências, pois além do custo do hospital ser maior na hora de fazer a pesagem do lixo séptico, o lixo que não deveria ser contaminado (que é o lixo classificado como comum) se tornará contaminado, aumentando os riscos biológicos para o nosso ambiente e para os profissionais da limpeza.

Quanto à coleta interna, os RSS eram retirados das salas de parto e dispostos no chão, servindo de armazenamento temporário, além disso, ficava na porta de entrada da unidade de parto, podendo disseminar microorganismos na entrada e saída de pessoas. Porém, de acordo com a legislação⁽¹⁸⁾ a coleta deveria ser realizada dentro de recipientes de transportes, com simbologia do que é comum e hospitalar. E o armazenamento temporário deveria ser em local apropriado, numa sala de armazenamento temporário do lixo, colocado em recipientes com tampas, fechados, e com rodinhas.

Constatou-se que o ato de manusear os resíduos pelo profissional do serviço de limpeza se caracterizou por debilidade. O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) foi ineficaz, aumentando a probabilidade de ocorrência de acidentes ocupacionais. O único aspecto adequado, de acordo com legislação pertinente⁽¹⁸⁾, foi o uso de gorro. Porém, falta uso de vestimenta branca de tecido resistente; a camisa deve ter no mínimo ¾ de manga, as luvas deveriam ser de Poli Cloreto de Vinila (PVC) impermeáveis de cano longo, resistentes e de cor clara; botas de cor clara com cano de ¾. Há ausência do uso de avental acima da adequada vestimenta, como também do uso de máscara e óculos. Essas análises inadequadas podem corroborar para acidentes relacionados à biossegurança.

Moura e Aguiar⁽²²⁾ salienta que a conscientização por parte dos funcionários para o uso de EPI's deve ser debatida regularmente com programas de educação continuada, de forma a impedir a queda do nível de preocupação do pessoal, em relação à prevenção de acidentes.

Outra etapa avaliada na pesquisa foi o armazenamento externo dos resíduos, no qual foi inapropriado. Apesar de existir

um abrigo, os RSS são destinados no quintal do hospital, em contato com o meio ambiente. A informação é que todo o lixo do hospital fica nessa localidade. Esses resíduos dispostos, sem nenhum tipo de segurança, podem disseminar a proliferação de vetores, e conseqüentemente, de doenças.

Em suma, constata-se fragilidade da presente unidade hospitalar no gerenciamento adequado dos RSS, tanto por parte dos profissionais que coordenam a unidade de atenção secundária, quanto aos profissionais que estão em contato com os resíduos de serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de parto produzem, diariamente, uma demanda crescente dos resíduos hospitalares. A equipe de saúde necessita de aprimoramento quanto ao conhecimento a respeito da presente temática. Esta deve ser válida para toda a equipe, principalmente daqueles que descartam o RSS, após assistir os pacientes, pois esses profissionais são os grupos de riscos de acidentes ocupacionais.

A unidade pesquisada demonstrou deficiência e fragilidade quanto à compreensão dos RSS, gerenciamento dos RSS e suas etapas, os riscos à saúde ocupacional e coletiva, e uso de EPI's. Ficou nítida a vulnerabilidade quanto a capacitação da equipe, pela educação continuada, e a aplicação de um Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) no local pesquisado.

Sugere-se a reflexão da maneira como a presente temática pode ser abordada na matriz curricular dos profissionais de saúde, tanto em disciplinas ministradas em sala, quanto em ambientes práticos.

Desde já, fica a recomendação da importância do conhecimento por parte dos profissionais de saúde, gerenciais e assistências das unidades hospitalares, com o intuito de reduzir os impactos em saúde coletiva, biossegurança e possíveis infrações legais que possam aumentar os custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, J. A. Resíduos sólidos e lixo hospitalar: Uma discussão ética. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 314-320, abr.-jun. 1995.
2. MEYER, M. F. PEREIRA, V. A situação dos resíduos sólidos de saúde – RSS em Natal e suas consequências nos aspectos de meio ambiente e segurança do trabalho. 2006. Disponível em: <www.redenet.edu.br/publicacoes/arquivos/20070529_111910_MM%20023.pdf>
3. SILVA, R. F. S. SOARES, M. L. Gestão dos resíduos sólidos de serviços de saúde com responsabilidade social. 2004. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/7semead/paginas/artigos%20recebidos/Socioambiental/SA25_Gest%3o_dos_res%EDduos_solidos.PDF>
4. TOMAZELLI, J. et al. Planos de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde das unidades de saúde do município de Curitiba: Um processo Educacional. 2006. Disponível em: <http://imap.curitiba.pr.gov.br/files/imap/downloads/INTEGRA%20PDF/23T_04_COMPL.pdf>
5. BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

6. GIL, A.C. Métodos e técnicas da pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
7. MINAYO, MCS; DESLANDES, SF. GOMES, R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
8. POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. São Paulo: Artmed, 2004.
9. BOAVENTURA, E.M. Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese. 1. ed. 3 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.
10. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA. Resolução 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde. 2005.
11. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 7500: Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material. Rio de Janeiro, 2000.
12. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 13853: Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro, 1997.
13. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 9259: Agulha hipodérmica estéril e de uso único. Rio de Janeiro, 1997.
14. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12810: Coleta de resíduos de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 1993.
15. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12809: Resíduos de serviços de saúde – manuseio. Rio de Janeiro, 1993.
16. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12808: Resíduos de serviços de saúde – classificação. Rio de Janeiro, 1993.
17. BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 12807: Resíduos de serviços de saúde – terminologia. Rio de Janeiro, 1993.
18. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. Publicação do Diário Oficial da União 10 dez. 2004.
19. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília, 2006.
20. BRASIL. Resolução MS/CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996 - Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.sbhh.com.br/pdf/etica/PesqSerresHumanos.pdf>>
21. TRONCHIN et al. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 198 p.
22. MOURA, A. S. AGUIAR, G. Manejo do lixo em hospitais públicos e particulares de Fortaleza-CE. Infarma. v.17, n. ¾, p. 68-71. 2005.

Recebido em: 01.01.2015

Aprovado em: 30.01.2015

O ENFERMEIRO NO CUIDAR AO NEONATO EM USO DE PICC: REVISÃO INTEGRATIVA

THE NURSE CARING FOR NEONATE WITH PICC: INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Mayara Mesquita Mororó Pinto¹
Velma Dias do Nascimento²
Suzane Passos de Vasconcelos²
Grazielle Mara da Mata Freire²
Susana Beatriz de Souza Pena²
Sarah Dayanne de Lima Santos²
Mônica Rios Martins Pompeu²
Isakelly de Oliveira Ramos²
Karla Maria Carneiro Rolim³
Fernanda Jorge Magalhães⁴

RESUMO

O estudo objetivou analisar na literatura acerca dos riscos do uso de Cateter Central de Inserção Periférica e boas práticas de manutenção referentes a este dispositivo em neonatos. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE no período de janeiro a fevereiro de 2018. Foram analisados artigos científicos dos últimos cinco anos acerca da temática. Utilizaram-se os descritores: enfermagem neonatal, cateterismo venoso central e recém-nascido, em português, inglês e espanhol. O cruzamento dos descritores resultou em uma população de 111 artigos, que quando refinados pelos critérios de inclusão, finalizou-se uma amostra de 9 artigos. Os dados obtidos foram organizados em duas temáticas: riscos da utilização do dispositivo Cateter Central de Inserção Periférica e boas práticas na manutenção do cateter. Conclui-se, que, a manutenção do cateter requer boas práticas, visando a minimização dos riscos e complicações inerentes ao dispo-

sitivo central, que embora amparado por uma legislação, o enfermeiro deve buscar uma capacitação permanente priorizando desta forma uma assistência de qualidade prestadas aos neonatos.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal; Cateterismo Venoso Central; Recém-nascido.

ABSTRACT

The study aimed to analyze in the literature about the risks of the use of Central Peripheral Insertion Catheter and good maintenance practices regarding this device in neonates. It is an integrative review of literature, carried out in the LILACS, BDNF and MEDLINE databases from January to February 2018. Scientific articles of the last five years on the subject were analyzed. Descriptors were used: neonatal nursing, central venous catheterization and newborn in Portuguese, English and Spanish. The cross-checking of the descriptors resulted

¹ Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: mayarammp@yahoo.com.br

² Mestrandas em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela UNIFOR

³ Enfermeira. PhD em *Humanisation des Soins en Néonatalogie* pela *Université de Rouen* (CHU-ROUEN), França. Docente Titular e Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR. Docente do Programa em Saúde Coletiva (PPGSC/UNIFOR). Líder do Núcleo de Pesquisa Tecnologias no Cuidado Materno Infantil (NUPESTECMI/CNPq/UNIFOR).

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora de Mobilidade Acadêmica da Universidade do Porto. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFC.

in a population of 111 articles, which when refined by the inclusion criteria, a sample of 9 articles was finalized. The data obtained were organized into two themes: risks of using the Central Peripheral Insertion Catheter device and good practices in catheter maintenance. It is concluded that the maintenance of the catheter requires good practices, aiming at minimizing the risks and complications inherent to the central device, which although supported by legislation, nurses should seek permanent training, prioritizing quality care provided to newborns.

Keywords: Neonatal Nursing; Central Venous Catheterization; Newborn.

INTRODUÇÃO

O incremento das tecnologias de saúde aplicadas na assistência ao paciente neonato, empregado aos que necessitam de cuidados mais complexos e invasivos, tem tido grandes avanços, entre os quais destacam-se os dispositivos de terapia venosa, que visam práticas que promovem a segurança do paciente nas unidades de neonatologia⁽¹⁾.

Dos diversos procedimentos relacionados a essa tecnologia, são recorrentes da assistência de Enfermagem, a indicação, inserção, manutenção/manuseio e retirada do Cateter Central de Inserção Periférica (*Peripherally Inserted Central Catheter*, PICC), considerada uma tecnologia inovadora que tem beneficiado uma assistência segura aos neonatos e proporcionado uma alternativa de acesso vascular para terapia medicamentosa desses pacientes, evitando repetidas punções periféricas^(2,3,4).

Os enfermeiros possuem competência técnica e legal na inserção e manuseio deste dispositivo, uma vez que são respaldados pela Resolução Nº 243/2017, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reafirma ainda a relevância destes profissionais nos cuidados dispensados ao neonato⁽⁵⁾.

Nesse ínterim, o PICC ou cateter epicutâneo tem sido aplicado amplamente na assistência neonatal, particularmente nos pacientes pré-termos que demandam permanência de médio e longo prazo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)^(6,7). Embora, em meio aos procedimentos comuns na prática neonatal, o dispositivo PICC advém de um acesso vascular seguro na infusão de soluções hiperosmolares, irritantes ou vesicantes, visto que demandam desvelos aos cuidados dos neonatos internados em UTIN^(8,9).

Os neonatos vivenciam, durante a sua hospitalização, várias mudanças fisiológicas, visto que passam por procedimentos invasivos e estressantes, manuseios excessivos, além de serem expostos a vários estímulos dolorosos. A equipe deve minimizar a dor durante a inserção do cateter, visto que este procedimento invasivo pode estimular a dor e trazer consequências no curto e longo prazo⁽⁸⁾.

Os profissionais de Enfermagem exercem um lugar de destaque na avaliação e tratamento da dor na inserção do PICC, sendo necessário a monitorização dos sinais vitais e demais sinais ex-

pressados pelos neonatos durante os procedimentos realizados, visto que a ausência de choro e outras respostas comportamentais não é, obrigatoriamente, indício da falta de dor⁽¹⁰⁾.

A instalação deste dispositivo procede a partir da inserção, através da punção de um vaso periférico, e o seguimento endovenoso do cateter que deverá ser alocado no terço inferior da veia cava superior, se puncionado em membros superiores, ou no terço superior da veia cava inferior, se puncionado em membros inferiores⁽⁸⁾.

O presente estudo tem como objetivo analisar na literatura dos últimos cinco anos, os cuidados de Enfermagem referente à manutenção do PICC em neonatos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, além de apontar para as implicações na prática profissional e lacunas na produção científica, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽¹¹⁾.

As etapas seguidas na elaboração desta revisão foram: estabelecimento da questão da pesquisa, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁽¹²⁾.

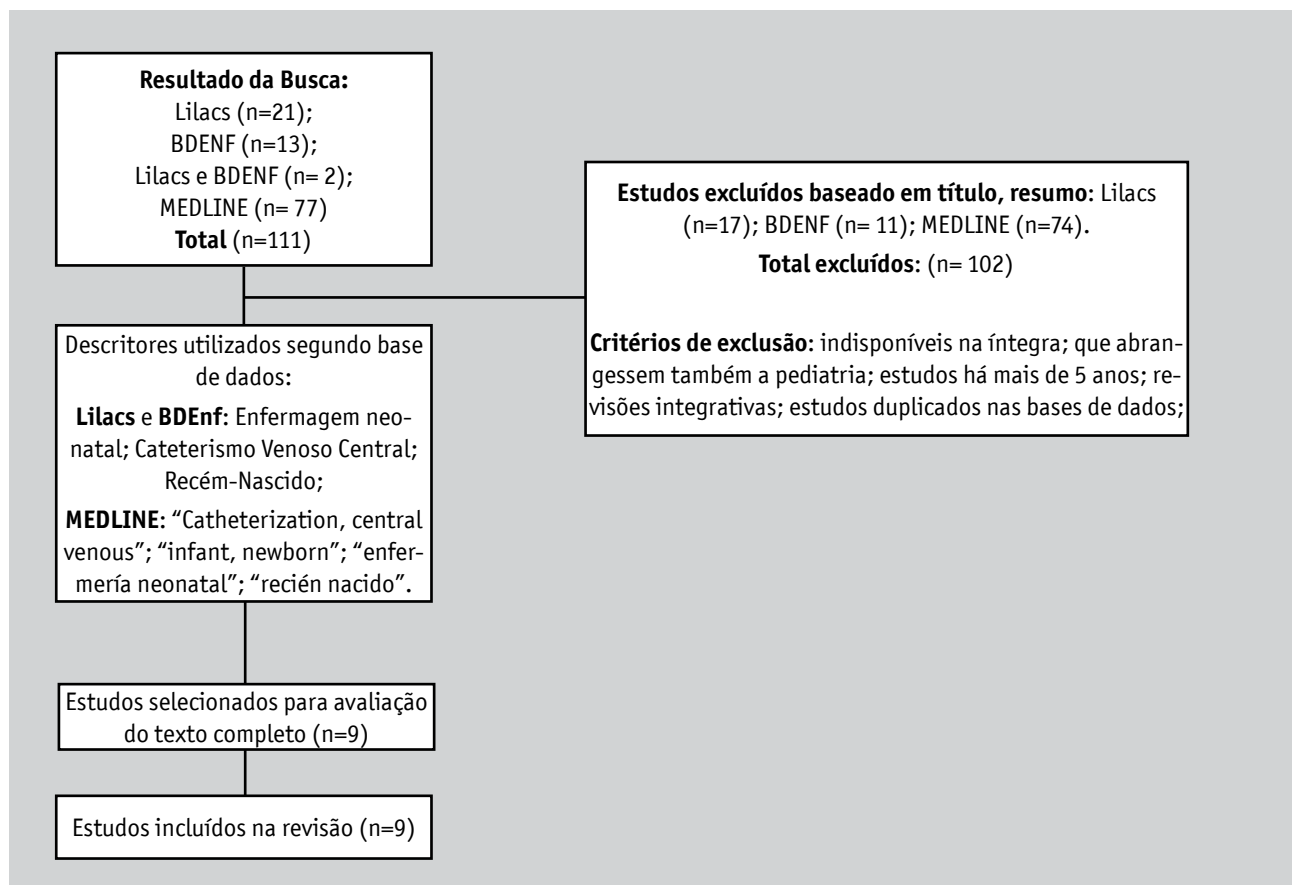
A questão norteadora que embasou o levantamento dos dados da pesquisa foi: *Quais as evidências na literatura, nos últimos 5 anos, acerca das boas práticas de Enfermagem para manutenção do PICC em Neonatologia?*

A busca na literatura científica foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e MEDLINE. Os termos utilizados nas pesquisas, extraídos do Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), foram: "enfermagem neonatal" AND "cateterismo venoso central" AND "recém-nascido", bem como suas respectivas versões em inglês e espanhol.

A seleção dos artigos foi realizada através da metodologia do "duplo cego", estabelecendo como critérios de inclusão: artigos originais publicados na íntegra e disponíveis eletronicamente, artigos que o título e resumo abordassem a temática com foco em Neonatologia, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, estabelecendo o recorte temporal de 2013 a 2017. Por tratar-se de uma temática amplamente discutida, e para avaliar as práticas mais atuais relacionadas ao assunto, as autoras buscaram definir como critério as publicações dos últimos 5 anos. Foram excluídos estudos como teses e dissertações, artigos de revisão e cartas de editoriais.

Foram encontrados 111 estudos após os cruzamentos dos descritores, e excluídos 102 baseados na leitura do título e resumo, por não atenderem aos critérios de inclusão, compondo uma amostra final de 9 estudos (FIGURA I).

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Para a categorização do nível de evidência, foram considerados sete níveis de classificação: nível 1 - revisão sistemática, ou metanálise de ensaios clínicos controlados; nível 2 - ensaio clínico controlado randomizado bem delineado; nível 3 - ensaio clínico controlado sem randomização; nível 4 - estudos de coorte ou caso-controle bem delineados; nível 5 - revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; nível 6 - estudos descritivos ou qualitativos e nível 7 - opinião de autoridades ou especialistas⁽¹⁾. Os resultados foram analisados e apresentados de forma descritiva. Respeitou-se a resolução 510/2016 relacionada à ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa de artigos foi realizada na base de dados do SCI-Para o desenvolvimento da análise e interpretação dos dados, utilizou-se a análise temática, com leitura minuciosa, crítica e fichamento de cada estudo (14). Os estudos foram identificados nas seguintes categorias alfanuméricas dos artigos nas bases de dados (codificando Medline-M / Lilacs-L / Bdenf-B), título do artigo, autor, periódico/ano, tipo de estudo e nível de evidência (NE). Foram analisados nove artigos que atenderam rigorosamente à seleção da amostra previamente estabelecida, que vem representada no quadro 1.

Conforme identifica-se, entre os estudos selecionados, sete foram realizados no Brasil, um nos Estados Unidos e um na China. No que se refere ao tipo de periódico, sete foram publicados em revista da Enfermagem e duas em revistas médicas.

Com relação ao nível de evidência cinco artigos possuíam nível seis e quatro com nível quatro. Quanto à abordagem metodológica utilizadas nas 9 produções bibliográficas, prevaleceu a pesquisa quantitativa. Quanto ao período, teve destaque a publicação de sete estudos que foram veiculados em revistas brasileiras, e duas em revistas médicas.

Constata-se que o ano de 2013 aparece com maior produção, com seis estudos, sendo dois no ano de 2014 e um de 2015. No intuito de avaliar os conteúdos dos estudos, foram categorizados com seis estudos que traziam os riscos inerentes a esse dispositivo, e três referentes aos cuidados.

Quanto aos cuidados que versam sobre a utilização do dispositivo PICC, verificou-se que todos reportam a relevância da atuação do enfermeiro dispensado a este cuidado, a partir de boas práticas para avaliação da inserção do cateter, até medidas de manutenção do dispositivo, como mostrado no quadro 2.

Quadro 1. Apresentação da amostra de acordo com base de dados, título, autor, periódico/ano e nível de evidência (NE). Fortaleza-CE, 2018.

BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTOR	PERIÓDICO/ANO	NE
L ⁽⁵⁾	Analgesia and sedation during placement of peripheral-ly inserted central catheters in neonates.	Costa et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP/2013	6
L ⁽⁹⁾	Factors associated with infection from the use of peripherally inserted central catheters in a neonatal intensive care unit.	Duarte et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP/2013	6
L ⁽¹⁶⁾	Reasons for non-elective removal of epicutaneous catheters in neonates.	Paiva et al.	Escola de Enfermagem da USP/2013	4
L ⁽¹¹⁾	Use of peripherally inserted central catheters in neonatology.	Jantsch et al.	Baiana de Enfermagem/ 2014	6
B ⁽⁶⁾	Insertion site and tip position of peripherally inserted central catheters in neonates.	Costa et al.	Revista enfermagem UERJ/2013	6
B ⁽¹⁵⁾	Complications related to the type of epicutaneous catheter in a cohort of neonates.	Paiva et al.	Online Brazilian Journal of Nursing/2013	4
M ⁽¹³⁾	Catheter Dwell Time and CLABSIs in Neonates With PICCs: A Multicenter Cohort Study.	Milstone et al.	Pediatrics/ 2013	4
M ⁽¹⁷⁾	Variables associated with peripherally inserted central catheter related infection in high risk newborn infants.	Rangel et al.	Rev. Latino-Am. Enfermagem/	6
M ⁽²²⁾	Prevention of peripherally inserted central line-associated blood stream infections in very low-birth-weight infants by using a central line bundle guideline with a standard checklist: a case control study.	Wang et al.	BMC Pediatrics/	4

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quadro 2. Boas práticas/medidas de manutenção do cateter PICC encontrados:

BOAS PRÁTICAS/MEDIDAS DE MANUTENÇÃO DO CATETER PICC
Sucção não nutritiva ou analgesia sistêmica para o alívio da dor durante a inserção;
Prevenir e monitorar quanto aos sinais de infecção, resistência na infusão, desinfecção das conexões a cada manuseio, uso de luvas e lavagem das mãos;
Utilizar seringa de 10 ml, evitando a danificação do cateter;
Avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter;
Renovar o curativo do PICC a cada sete dias quando em uso de película transparente, ou sempre que houver presença de sujidade, umidade, sangramento ou bordas com pouca aderência;
Ter protocolos de boas práticas instituído para a inserção e manutenção.

Nas últimas décadas, acentuaram-se os avanços tecnológicos em terapia intravenosa no campo da neonatologia, beneficiando os RN de alto risco que precisam de intervenções medicamentosas de longa duração, infundidas por via endovenosa, necessitando para isso de um acesso venoso central seguro^(6,15,16).

Um tratamento muito utilizado é a administração de soluções por via endovenosa, que requer a realização de punções venosas frequentes. Em RN, esse procedimento pode ser bastante delicado, devido as particularidades desses pacientes, como características cutâneas e fragilidade da rede venosa. A passagem do PICC logo que indicado tratamento duradouro, facilita a passagem do cateter, pois a rede venosa ainda não estará explorada, e diminui repetidas punções venosas periféricas, por essa possibilidade de utilização do PICC como acesso venoso central⁽¹⁷⁾.

Dependendo da terapia medicamentosa do paciente, pode ser escolhido o melhor tipo de cateter. Em conformidade com estudo⁽¹⁸⁾ foi demonstrado que o RN recebia o cateter de monolúmen quando a terapia medicamentosa era composta apenas por uma solução endovenosa, e recebia o cateter de duplo lúmen quando a terapia era composta por mais de um tipo de solução, como nutrição parenteral total e antibioticoterapia.

Ressalta-se que a inserção do cateter acontece com o paciente no leito, sem necessidade de o mesmo ser removido ao centro cirúrgico ou qualquer outro setor do hospital. O procedimento é realizado por enfermeiros habilitados, e a realização da técnica é na própria unidade de internação do RN⁽⁸⁾.

Riscos da utilização do dispositivo PICC

Os avanços da tecnologia em Neonatologia e o progresso das UTIN contribuíram decisivamente para o crescimento da sobrevivência dos RN graves, contudo os expuseram cada vez mais a práticas terapêuticas⁽¹⁹⁾.

O PICC é considerado um procedimento invasivo e não é isento de riscos. Estudo realizado pela Universidade Federal Fluminense⁽²⁰⁾, mostrou complicações do cateter, que foram mecânicas, incluindo oclusão, extravasamento, migração e trombose, e ocorreram em 15% a 48% dos 270 PICCs inseridos no estudo. A escolha do cateter deve ser feita baseando-se no julgamento clínico e nos objetivos da terapia infusional dos neonatos, avaliando-se realmente a necessidade do uso do cateter, visto que a infecção da corrente sanguínea associada à aplicação de cateter central também é um risco peculiar.

Já em outro estudo⁽²¹⁾ afirma-se que as infecções associadas ao PICC, são uma das principais complicações da retirada do dispositivo. Se a inserção do cateter não for realizada com a técnica asséptica adequada, a incidência de infecção e taxa de mortalidade podem ser altas. Medidas de boas práticas foram propostas pela primeira vez pelo *Institute for Healthcare Improvement*, que incluiu cinco medidas chave em bebês de muito baixo peso, por possuírem uma resposta imunológica baixa,

além de sinais e sintomas inderteminados após a infecção, em comparação com outros pacientes.

O procedimento invasivo pode ocasionar dor nesses pequenos pacientes. Os métodos não farmacológicos no tratamento da dor neonatal, são técnicas comprovadamente eficientes. Baixo custo, facilidade de administração e ação analgésica praticamente imediato podem ser citados como suas principais vantagens. A sucção não nutritiva é considerada um recurso valioso para ajudar o neonato a lidar com o estímulo doloroso. Para procedimentos mais complexos, as estratégias não farmacológicas ainda são aplicáveis, e a analgesia sistêmica com opióide, na maioria das vezes é necessária⁽⁹⁾.

A inserção do cateter PICC é um procedimento que causa dor durante as tentativas de efetivar a punção para introdução do cateter. Buscando na literatura as medidas farmacológicas e não farmacológicas no manejo da dor, encontrou-se um estudo transversal que mostra que a maioria dos neonatos submetidos a esse procedimento, não realizaram medidas analgésicas ou sedativas, sendo 166 neonatos, 65,4% dos estudos⁽¹⁰⁾. A Enfermagem não realiza a prescrição de medicamentos, mas deve ter a interação com a equipe médica visando reduzir a dor do neonato durante o procedimento, que muitas vezes se torna desconfortável para aqueles neonatos que estão alertas, sem nenhuma analgesia.

Os profissionais de Enfermagem exercem um lugar de destaque na avaliação e tratamento da dor decorrente da inserção do CCIP, sendo necessário a monitorização dos sinais de dor expressados pelos neonatos nos procedimentos realizados, tanto pela avaliação dos sinais vitais e choro, como também por expressões faciais.

Foi mostrando em um estudo⁽⁹⁾, que as complicações mais frequentes que motivaram a remoção não eletiva do CCIP, que foram: suspeita de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter, seguida de ruptura do canhão externo do CCIP, obstrução e tração acidental. Os enfermeiros devem sistematizar e gerenciar o cuidado, de modo a prevenir complicações durante a utilização deste dispositivo.

Boas práticas na manutenção do cateter

Serviços de saúde vêm implantando protocolos de boas práticas na inserção e manutenção do PICC como uma tentativa de redução de taxas de infecção nas unidades neonatais. Um estudo⁽²²⁾ retrata a relevância dos protocolos de boas práticas, bem instituído na equipe, para redução das taxas de infecção, relacionando tempo de inserção do cateter, veia de escolha para inserção, tempo de permanência, assepsia da pele antes da punção, monitoramento de curativos e remoção assim que necessário. Apontam ainda, a necessidade de evitar no período mais de um procedimento invasivo no mesmo paciente, sendo esse excesso de manuseio um fator de risco para infecção.

Quando instituído um protocolo de boas práticas na unidade, baseado em evidências, deve ser seguido adequadamente, visando a melhoria do serviço. Corroborando com esta prática,

um estudo⁽⁷⁾ evidenciou que quando o cateter PICC não é cortado no tamanho adequado ao sítio de inserção e localização, a porção que fica externa, em contato com o curativo, eleva as chances do desenvolvimento de infecção relacionado ao cateter, pelo contato desta porção do dispositivo com o curativo e microrganismos da pele do RN. Alertam ainda, uma maior vigilância quando os pacientes estão utilizando drogas que alteram o ácido do suco gástrico e a imunidade, como a ranitidina e esteroides pós-natais, que deixam os pacientes mais vulneráveis à infecção.

O enfermeiro é o profissional responsável pela manutenção do cateter, portanto, caso aconteça de alguma porção do cateter ficar externa, ao renovar a película de fixação do cateter, o enfermeiro deve ser cuidadoso quanto ao contato dessa porção externa com outras áreas externas ao curativo, evitando contaminação desse percurso e conseqüentemente uma infecção da corrente sanguínea.

É imprescindível avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter PICC, observando as drogas utilizadas e o tempo de tratamento, para que este cateter seja retirado assim que possível. Um estudo de corte mostrou que o risco de infecção de corrente sanguínea aumenta a cada dia de permanência do cateter⁽⁶⁾.

A partir daí a observação diária e o julgamento clínico do enfermeiro são estratégias de avaliação para controle e barreira do PICC, com o objetivo de prevenir infecção associada ao cateter, que pode levar sérias complicações ao neonato, principalmente colocar em risco a sua vida. Para tal, devem ser gerenciados cuidados diários, prevenindo e monitorando quanto aos sinais de infecção, resistência na infusão, desinfecção das conexões a cada manuseio, uso de luva e lavagem das mãos. Quanto à salinização ou administração de medicações no cateter, a seringa utilizada deve ser a de 10 ml, evitando a danificação do cateter, associada ao aumento de pressão interna do dispositivo, tornando-o impossibilitado para continuar em uso^(2, 4, 8, 16, 22).

A renovação do curativo do PICC deve ser a cada sete dias quando em uso de película transparente, ou sempre que houver presença de sujidade, umidade, sangramento ou bordas com pouca aderência⁽⁹⁾.

O enfermeiro tem papel fundamental na manutenção e preservação do PICC, fatores essenciais para a reabilitação do paciente e o sucesso no tratamento, e desde que o cuidado realizado diariamente seja adequado, o cateter PICC pode permanecer por períodos indeterminados^(11,15-16).

O bom andamento no processo de preservação do PICC está relacionado diretamente às boas práticas realizadas por toda a equipe de enfermagem, com a finalidade de impedir e reconhecer possíveis complicações relacionadas ao cateter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção e manutenção do cateter requerem boas práticas, seguindo uma sequência de cuidados imprescindíveis na assistência neonatal, que vai desde higienização das mãos, esterilidade e cuidado máximo na inserção, triagem adequada do local de inserção do cateter, revisão sistemática e diária sobre a necessidade de permanência desses dispositivos e remoção imediata assim que possível e troca semanal do curativo oclusivo estéril ou quando houver perda de sua aderência ou sujidade.

O uso de medidas prévias e padrão têm sido discutidas no decorrer dos anos, objetivando a redução de infecção de corrente sanguínea associadas à inserção de cateter e diminuição da mortalidade dessa população. Com essa inovação na Neonatologia foi possível observar redução nos números de punções para acessos periféricos, o que sugere a necessidade de mais estudos que possam contribuir para a avaliação da redução de complicações relacionadas a infecções, diminuição de mortalidade, tempo de internamento e custo hospitalar.

O papel da Enfermagem é preponderante nas rotinas e procedimentos neonatais, sendo o profissional enfermeiro o executor dessa prática de instalação do PICC, e imprescindível na inserção, preservação e remoção do cateter, além da promoção do bem-estar, prevenção e intervenção da dor. É, portanto, extremamente necessário o conhecimento prévio dos dispositivos vasculares, a qualificação, treinamento periódico e encorajamento para as equipes envolvidas nesse processo assistencial, aderindo aos protocolos institucionais com uso de barreiras e precauções necessárias para garantir uma assistência de qualidade e com segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa MTSR, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLRB, Souza RMP, Bonazzi VCAM. Quality indicators in support of intravenous therapy in a university hospital: a contribution of nursing. *Rev. Pesq. Cuid. Fund.* [internet]. 2015 [citado 2018 mar 10];4(1): 24-28. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750946008/>.
2. Paiva E, Kimura A, Costa P, Alves AMA. Complications related to the type of epicutaneous catheter in a cohort of neonates. *Online Braz J. Nurs.* [internet]. 2013; [citado 2018 fev 28]; 12(4): 942-52. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269652708_Complications_related_to_the_type_of_epicutaneous_catheter_in_a_cohort_of_neonates.
3. Paiva ED, Costa P, Kimura AF, Castro TE. Reasons for non-elective removal of epicutaneous catheters in neonates. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013. [citado 2018 mar 12]; 47(6): 1279-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01279.pdf>.
4. Cabral PFA, Rocha PK, Barbosa SFF, Sasso GTMD, Moretti-Pires RO. Peripherally inserted central catheter at the neonatal intensive care unit. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013. [citado 2018 fev 20]; 15(1): 96-102. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15613/15526>.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 243/2017, de 24 de outubro de 2017. Dispõe sobre a Inserção de Cateter Periférico Central

- pelo enfermeiro – PICC com anestesia local e guiado por ultrassonografia. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2017. [citado em mar 12]; Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-cofen-no-2432017_57604.html.
6. Costa P, Paiva ED, Kimura AF, Castro TE. Risk factors for bloodstream infection associated with peripherally inserted central catheters in neonates. *Acta Paul. Enferm.* 2016. [citado 2018 jan 16]; 29(2): 161-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n2/1982-0194-ape-29-02-0161.pdf>.
 7. Rangel UV, Gomes JCS, Costa AMAM, Moreira MEL. Variables associated with peripherally inserted central catheter related infection in high risk newborn infants. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014. [citado 2018 mar 14]; 22(5): 842-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292672/>.
 8. Costa P, Vizzotto MPS, Olívia CL, Kimura AF. Insertion site and tip position of peripherally inserted central catheters in neonates. *Rev. Enferm. UERJ.* 2013. [citado 2018 jan 22]; 21(4): 452-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a06.pdf>.
 9. Costa P, Kimura AF, Brandon DH, Paiva ED, Camargo PP. Elaboração de um escore de risco para remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2015. [citado 2018 fev 22]; 23(3): 475-82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0491-2578.pdf.
 10. Cordeiro RA, Costa R. Non-pharmacological methods for relief of discomfort and pain in newborns: a collective nursing construction. *Texto Contexto Enferm.* 2014. [citado 2018 fev 14]; 23(1): 185-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf.
 11. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2006. [citado 2018 fev 16]; 19(2):5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.
 12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2008 [citado 2018 mar 10]; 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
 13. Santos CMC, Pimenta CADM, Nobre MEC. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-am de Enfermagem.* 2007. [citado 2018 fev 20]; 15(3): 508-511. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf.
 14. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012. [citado 2018 jan 22]; 17(3): 621-626. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/21158/2/An%C3%A1liseQualitativaMinayo.pdf>.
 15. Costa P, Bueno M, Oliva CL, Castro TE, Camargo PP, Kimura AF. Analgesia and sedation during placement of peripherally inserted central catheters in neonates. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2013. [citado 2018 jan 20]; 47(4): 801-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n4/0080-6234-reusp-47-4-0801.pdf>.
 16. Duarte ED, Pimenta AM, Silva BCN, Paula CM. Factors associated with infection from the use of peripherally inserted central catheters in a neonatal intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2013. [citado 2018 mar 12]; 47(3): 547-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n3/0080-6234-reusp-47-3-00547.pdf>.
 17. Jantsch LB, Neves ET, Arrue AM, Kegler JJ, Oliveira CR. Use of peripherally inserted central catheters in neonatology. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2014. [citado 2018 mar 18]; 28(3): 244-251. Disponível em: <https://portal-seer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/10109/8985>
 18. Milstone AM, Reich NG, Advani S, Yuan G, Bryant K, Coffin SE, Huskins WC, Livingston R, Saiman L, Smith PB, Song X. Catheter dwell time and clabsis in neonates with PICCs: a multicenter cohort study. *Pediatrics.* 2013. [citado 2018 jan 20]; 132(6). Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/6/e1609>.
 19. Rolim KMC, Araujo AFPC, Campos NMM, Lopes SMB, Gurgel EPP, Campos ACS. Care in thermoregulation of the preterm infant: the nurse's view. *Rev. Rene.* 2010. [citado 2018 jan 20]; 11(2): 1-212. Disponível em: http://www.revis-tarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a05v11n2.htm.
 20. Santo MKD, Takemoto D, Nascimento AM, Siqueira E, Duarte CT, Jovino MAC, Kalil JA. Peripherally inserted central venous catheters: alternative or first choice vascular access? *J. Vasc. Bras.* 2017. [citado 2018 mar 18]; 16(2): 104-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v16n2/1677-5449-jvb-16-2-104.pdf>.
 21. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein.* 2010. [citado 2018 fev 18]; 8(1): 102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
 22. Wang W, Zhao C, Ji Q, Liu Y, Shen G, Wei L. Prevention of peripherally inserted central line-associated blood stream infections in very low-birth-weight infants by using a central line bundle guideline with a standard checklist: a case control study. *BMC Pediatrics.* 2015. [citado 2018 mar 16]; 1(5):69-74. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0383-y>

Recebido em: 17.12.2017

Aprovado em: 10.01.2018

POTENCIAL DA PAPAÍNA EM RELAÇÃO AO SEU EFEITO NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

POTENTIAL FOR PAPAIN IN RELATION TO ITS EFFECT ON CHRONIC WOUND HEALING: INTEGRATION REVIEW

Artigo de Revisão

Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral¹

Luís Rafael Leite Sampaio²

Susana Beatriz de Souza Pena³

Saionara Leal Ferreira³

Cibelly Teixeira Vidal³

Grazielle Mara da Mata Freire³

Fernanda Honório De Abreu³

Ana Carine Goersh Silva³

Thaís Rogério Dos Santos³

Geise Moreira Sales De Oliveira³

RESUMO

Objetivou analisar as evidências sobre o uso da papaína na cicatrização de feridas crônicas. Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da busca de artigos originais indexados na LILACS, BDNF, SciELO e revistas eletrônicas da área, utilizando os descritores papaína e cicatrização, entre o período de 1987 a 2015. A amostra resultou em 10 publicações analisadas de modo a identificar as evidências da papaína para o tratamento de lesões crônicas. Os dados foram organizados de acordo com o periódico, ano e metodologia. Concluiu-se o quanto é relevante que sejam desenvolvidos estudos com maior rigor metodológico, tais como ensaios clínicos controlados randomizados, para avaliar com maior precisão a efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas, de modo a obter evidências mais fortes de sua eficácia e padronização de sua utilização nas diferentes fases da cicatrização, posto que

as recomendações quanto às concentrações não são baseadas em estudos clínicos.

Palavras-chave: Enfermagem; Papaína; Cicatrização; Ferimentos e Lesões.

ABSTRACT

The objective was to analyze the evidence on the use of papain in the healing of chronic wounds. It is an integrative review carried out through the search of original articles indexed in LILACS, BDNF, SciELO and electronic journals of the area, using the descriptors papain and healing between the period from 1987 to 2015. The sample resulted in 10 publications. Analyzed in order to identify papain evidence for the treatment of chronic lesions. The data were organized according to the periodical, year and

¹ Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: jennifer_cabraL_1986@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutor e Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Enfermagem Clínica e Estomaterapia. Docente do Curso de Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR. Membro Efetivo da Comissão Científica da Associação Brasileira Estomaterapia (SOBEST).

³ Mestrandas em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela UNIFOR.

methodology. It is concluded that it is important to develop more methodological studies, such as randomized controlled clinical trials, to more accurately evaluate the effectiveness of papain in the wound healing process in order to obtain stronger evidence of its efficacy and standardization of its use in different stages of healing, since recommendations for concentrations are not based on clinical studies.

Keywords: Nursing; Papain; Healing; Injury.

INTRODUÇÃO

A cada dia diversas tecnologias para o cuidado de feridas são lançadas no mercado. Apesar de trazer inegáveis benefícios à longevidade e à qualidade de vida da população, a incorporação de tecnologias nos serviços de saúde tem sido considerada uma das razões para o crescimento exponencial dos gastos com a saúde⁽¹⁾.

As feridas crônicas são de tratamento complexo, devido às recidivas, dificuldade de cicatrização e alto custo emocional e financeiro para o paciente, a família e os sistemas de saúde. O desenvolvimento tecnológico de produtos que possibilitem a cicatrização, e que sejam de baixo custo e efetivos, é importante para assistência de enfermagem⁽²⁾.

No Brasil a opção de produtos para o tratamento de feridas sofre grande influência econômica devido à média de salário mínimo e ao baixo poder aquisitivo dos usuários do Serviço Único de Saúde, assim como aos escassos recursos financeiros desse sistema⁽³⁾.

Nesse contexto, a papaína tem sido considerada um produto de baixo custo final, sendo utilizada na rede hospitalar e ambulatorial de saúde. A papaína provém do látex do fruto verde do mamoeiro (*Carica Papaya*), encontrada comumente no território brasileiro. Seu uso como tecnologia voltada para curativos teve início no Brasil em 1983 e, após vários estudos de âmbito nacional e internacional, tem sido reconhecida pela sua eficácia em acelerar o processo de cicatrização de feridas, principalmente as crônicas^(4,5).

Outro aspecto importante quanto ao uso da papaína é que embora tenha sido estabelecido há décadas, não há um consenso entre os enfermeiros, em relação à concentração, à forma utilizada, ao tempo de duração da solução após diluição e às indicações do uso da papaína⁽⁶⁾.

Fica notória a necessidade de pesquisas que possam contribuir com evidências do efeito da papaína, promovendo uma base para tomada de decisão quanto à sua utilização em feridas crônicas. Além disso, o cuidado às feridas requer atualização constante, sendo de extrema importância a capacitação permanente dos profissionais de saúde. Neste sentido, este estudo utilizou como questão norteadora: *Quais as evidências sobre o uso da papaína na cicatrização de feridas crônicas?*

O presente estudo tem como objetivo analisar na literatura dos últimos dois anos, as evidências sobre o uso da papaína na cicatrização de feridas crônicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa. Para nortear o estudo foi utilizada a pergunta *“Qual o potencial da papaína em relação ao seu efeito na cicatrização de feridas crônicas?”*

A discussão foi amparada pela literatura específica a respeito do tema. As publicações foram obtidas por meio da busca de artigos originais nas bases de dados LILACS, BDEF e SciELO e Revistas eletrônicas, por meio dos descritores (Decs): *“papaína”, “cicatrização” e “ferimentos e lesões”,* entre os anos de 1987 a 2015, com intuito de identificar as evidências da papaína para o tratamento de lesões crônicas. Considerando as estratégias definidas para o estudo, a busca resultou em 52 publicações, entretanto, após criterioso refinamento e análise, chegou-se a dez artigos.

Foram adotados os seguintes critérios para seleção da fundamentação como base teórica em livros, revistas, e todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, relato de experiência): artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise, no idioma português.

As fases da pesquisa foram, respectivamente, a identificação e localização de referencial teórico que abordasse o tema em estudo, o fichamento e arquivamento do material encontrado, da obtenção das informações pertinentes ao estudo, e por fim, da redação do trabalho.

RESULTADO E DISCUSSÕES

Considerando as estratégias definidas para o estudo, a busca resultou em 52 publicações com os descritores agrupados utilizando o booleano AND, entretanto, após criterioso refinamento e análise, chegou-se a dez artigos. Os artigos versaram principalmente sobre a natureza, características e condições de armazenamento da papaína, além de descrever as evidências da ação da papaína como desbridante químico, bactericida e coadjuvante de antibioticoterapia (Quadro 1).

A utilização da papaína pode auxiliar de forma positiva para o debridamento da lesão, reduzindo o tempo de permanência da crosta hemato-fibrinosa e redução do tempo de neo-formação da epiderme com reorganização da derme durante o processo de cicatrização *tecidu-al*⁽⁷⁾.

A papaína é uma mistura complexa de enzimas proteolíticas e peroxidases, que provo-ca a proteólise do tecido desvitalizado. Sua atividade enzimática é decorrente principalmente da presença de um radical sulfidril (SH) pertencente ao amino-ácido cisteína. Por isso, após a diluição, apresenta odor característico, semelhante ao do enxofre. É inativada ao reagir com agentes oxidantes como o ferro, oxigênio, derivados de iodo, água oxigenada e nitrato de pra-ta, luz e calor, devendo ser mantida em lugar fresco, seco, ventilado e protegido. Sua atividade proteolítica sofre influência do pH, sendo que seu valor ótimo varia de 5 a 8^(8,3).

Quadro 1. Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e método empregado.

TÍTULO	PERIÓDICO/BASE DE DADOS	ANO	OBJETIVO	MÉTODO
Efetividade dos géis de papaína a 2% e 4% na cicatrização de úlceras venosas.	Revista da Escola de Enfermagem da USP SciELO	2015	Analisar a efetividade dos géis de papaína a 2% e 4% no reparo tecidual das úlceras venosas	Estudo quase-experimental
Efetividade do gel de papaína no tratamento de úlceras venosas: ensaio clínico randomizado	Revista Latino Americana de Enfermagem LILACS	2015	<i>Avaliar a efetividade do gel de papaína a 2% comparado ao gel de carboximetilcelulose a 2% no tratamento de pacientes com úlceras venosas crônicas.</i>	<i>Ensaio clínico con-trolado randomizado</i>
Uso da papaína na úlcera plantar	Revista Brasileira de Enfermagem SciELO	1996	Contribuir para a diminuição da incapacidade em hanseníase e as contínuas recidivas de úlceras plantares, através da utilização de um método de tratamento com o uso da papaína e ações de educação em saúde	Relato de caso
Uso da papaína em infecções de vísceras.	Revista Brasileira de Enfermagem SciELO	1995	Relatar a experiência da utilização da papaína para irrigação de vísceras em pacientes com infecção grave.	Relato de experiência
Terapia tópica de feridas: utilização de papaína	Revista CuidArte Enfermagem BDNF	2008	Identificar as publicações nacionais quanto ao uso da papaína no tratamento de feridas	Estudo exploratório, quantitativo, descritivo.
Atividade antibacteriana in vitro de géis com diferentes concentrações de papaína	Revista eletrônica de Enfermagem LILACS	2008	Determinar a atividade antibacteriana in vitro de géis com diferentes concentrações de papaína (1, 2, 3, 4, 6, 8 e 10%) frente à algumas bactérias padrão e hospitalares, que são relevantes em infecções de feridas.	Experimento microbiológico in vitro
Avaliação in vitro da segurança de uso da papaína em pele humana: Estudo qualitativo por microscopia de luz e eletrônica de transmissão (MET)	LILACS	2008	Investigar a segurança da papaína, utilizando pele humana exposta a enzima em diferentes períodos de tempo de contato	Estudo in vitro
Interação enfermeira/cliente e utilização de papaína associada ao silicato de magnésio: uma tecnologia de cuidado de ferida	LILACS	2004	Criar e avaliar a eficácia da tecnologia do cuidado que alia interação enfermeira-cliente e a utilização da papaína associada ao silicato de magnésio na maximização da cicatrização de feridas	Pesquisa descritiva
Uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem	LILACS	1987	Avaliar o uso da papaína em soluções de continuidade nas escaras e outras etiologias	Estudo descritivo
Aspectos morfológicos e morfométricos da reparação tecidual de feridas cutâneas de ratos com e sem tratamento com solução de papaína a 2 por cento	LILACS	1993	Estudar a reparação tecidual de feridas cutâneas de ratos, com solução de papaína a 2%, uso tópico	Gupo controle

Fonte: Dados da Pesquisa.

A papaína não age somente como desbridante químico; ela possui ação antiinflamatória, estimulando o processo de cicatrização de feridas, atuando inclusive na contração e na junção de bordas de feridas na cicatrização por segunda intenção⁽⁵⁾.

Como antiinflamatória, a papaína atua digerindo restos teciduais e constituintes insolúveis do exsudato inflamatório (fibrina, desoxirribonucleoproteínas derivadas dos núcleos das células mortas ou degeneradas) que resultam em peptídeos, os quais são quimiotáticos para os fibroblastos, estimulando precocemente a fibroplastia. Além disso, promove o alinhamento das fibras de colágeno, levando a um crescimento tecidual uniforme. Essa enzima atua como coadjuvante de antibioticoterapia sistêmica de feridas infectadas^(5,9).

Alguns estudos indicam ainda que a papaína possui efeito bacteriostático, bactericida, porém um estudo acerca da atividade antimicrobiana *in vitro* de géis com diferentes concentrações de papaína revelou que apenas a papaína a 10% foi capaz de inibir o crescimento do *Staphylococcus aureus* e de suas cepas de *Pseudomonas aeruginosa*. Essa concentração é utilizada apenas para feridas com grande concentração de tecido necrótico e/ou desvitalizado⁽³⁾.

Segundo Ferreira *et al*, as bactérias aeróbicas são capazes de degradar tecidos de feridas através da produção de uma variedade de fatores de virulência, como enzimas e toxinas (fibrinolisinase, hialuronidase, hemolisina, leucocidina e exotoxina A). Portanto, a infecção de feridas é um problema contínuo para muitos pacientes, porque feridas infectadas podem causar angústias associadas à morbidade e mortalidade, aumento dos dias de internação, retardo na cicatrização, desconforto, e elevação dos custos do tratamento⁽³⁾.

Acredita-se que o efeito antibacteriano da papaína no tratamento de feridas seja devido a sua atividade proteolítica capaz de degradar tecidos desvitalizados do leito das feridas. Assim, a retirada do tecido desvitalizado traz consigo as bactérias que nele estão aderidas, diminuindo o nível de contaminação da ferida e melhorando a cicatrização tecidual⁽³⁾.

Segundo uma revisão sistemática publicada no *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, em 2008, que fez o levantamento de estudos sobre desbridantes químicos de janeiro de 1960 a fevereiro de 2008, o desbridamento químico é necessário para o preparo do leito da ferida quando há necrose. Foram pesquisadas evidências em estudos prospectivos e retrospectivos, comparando a eficácia da papaína, da colagenase e da associação papaína-ureia, associada ou não com a clorofila. O estudo concluiu que os agentes desbridantes enzimáticos são alternativas efetivas para remoção de material necrótico de úlceras de pressão, úlceras de membros inferiores e queimaduras. Os 43 pesquisadores indicam que esta estratégia também pode ser usada em necroses de liquefação⁽²⁾.

Lopes *et al*⁽¹⁰⁾ avaliou a segurança do uso da papaína na pele humana, verificando as alterações celulares ocorridas após 4, 24 e 48 horas de contato da pele com uma solução de papaína a 0,2%, concluindo que, embora haja uma reação de proteólise

do estrato córneo, a papaína pode ser seguramente aplicada sobre a pele. Esse fato é importante, pois demonstra o efeito desbridante seletivo da papaína, que terá sua ação somente no tecido desvitalizado, esfacelo, presente no leito das feridas, sem alterar o tecido de formação neoformado.

Por ser uma enzima proteolítica, a papaína poderia agir destruindo o tecido sadio, no entanto, isso não ocorre devido à presença de uma antiprotease plasmática, a anti-tripsina, que impede sua ação proteolítica nos tecidos considerados. Cabe destacar que, se a concentração da enzima superar esta antiprotease, ocorrerá destruição do tecido sadio que poderá ser visualizado através do sangramento e relato de dor pelo paciente⁽¹¹⁾.

No entanto Ferreira *et al*⁽³⁾ refere que a papaína quebra qualquer proteína que contém resíduos de cisteína. Esta propriedade a torna não seletiva uma vez que muitas proteínas, incluindo fatores de crescimento, contêm resíduos de cisteína. O colágeno não contém resíduos de cisteína, portanto, não sofre ação da papaína.

Essa oposição de idéias torna nítida a lacuna no conhecimento e a ausência de estudos sobre a seletividade da papaína. Muitos relatos de caso e revisões sistemáticas atestam o potencial cicatrizante e desbridante da papaína, enfatizam informações sobre a necessidade de padronização da sua utilização, mas poucos estudos investigaram sua seletividade, efeito degradante, tornando este aspecto um ponto inquietante e relevante a ser pesquisado, como forma a buscar evidências da efetividade e segurança do uso da papaína.

Há diversos tipos de coberturas e produtos utilizados para realização de curativos e a escolha do enfermeiro deve ser feita após avaliação criteriosa da pessoa e da sua ferida. Nos casos de tecidos necróticos e desvitalizados, é inquestionável a necessidade de realização de algum método de desbridamento do leito das feridas para auxiliar no processo de cicatrização tissular. No entanto, a eficácia e a segurança da utilização dos métodos de desbridamento em feridas crônicas permanecem desconhecidas, uma vez que faltam ensaios clínicos bem delineados⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante que sejam desenvolvidos estudos com maior rigor metodológico, tais como ensaios clínicos controlados randomizados, para avaliar com maior precisão a efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas de modo a obter evidências mais fortes de sua eficácia e padronização de sua utilização nas diferentes fases da cicatrização, posto que as recomendações quanto às concentrações não são baseadas em estudos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2008 mai [cited 2010 dec 2]; 224(5):951-964. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/02.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2016
2. Leite, A. P. A efetividade de um protocolo de uso do gel de papaína a 2% e 4% na cicatrização de úlceras venosas. Disponível em: <http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/1024/1/Andr%C3%A9a%20Pinto%20Leite.pdf>. Acesso em: 11 junho 2016
3. Ferreira A M, Watanabe E, Nascimento A P, Andrade D, Ito I Y. Atividade antibacteriana in vitro de géis com diferentes concentrações de papaína. *Rev. Eletr.Enf*;2008;10(4):1035-40. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a15.htm>>. Acesso em: 12 jun 2016
4. Ferreira A M, Oliveira K A, Vieira L C, Rol J L. Revisão de estudos clínicos de enfermagem: utilização de papaína para o tratamento de feridas. 2005. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a14.pdf>. Acesso em: 11 junho 2016.
5. Monetta L. A importância da atuação científica do enfermeiro na execução dos curativos feitos com papaína. *Rev Paul Enferm.* 1990;9(3):66-73
6. Silva C C R, Rogenski N M B. Uso da papaína: conhecimento de enfermeiros em um hospital da cidade de São Paulo. *Rev Estima* 2010;8(1):12-17.
7. Júnior Brito LC, Ferreira P L. Cicatrização de feridas contaminadas. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2015;48(2): 168-174. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n2/A06-Cicatrizacao-de-feridas-contaminadas-tratadas-com-papaína.pdf> . Acesso em: 16 abril 2017.
8. Silva, L.M. Efeitos benéficos da papaína no processo terapêutico de lesões de pele. In: Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 123-132.
9. Candido L C. *Livro do feridólogo - Tratamento Clínico de feridas cutâneas agudas e crônicas*. Santos (SP); 2006.
10. Lopes O S, Ruas G W, Baby A R, Pinto C A S O, Watanabe I, Velasco M V R, Kaneko T M. Avaliação in vitro da segurança de uso da papaína em pele humana: Estudo qualitativo por microscopia de luz e eletrônica de transmissão (MET). *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* 2008 jan.-mar [cited 2010 dec 2]; 44(1):151-156, ilus. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n1/a17v44n1.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2016.
11. Nogueira M I S, Mata A N S. Uso da papaína em pacientes portadores de úlceras: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/59/2012_59_4027.pdf. Acesso em: 8 abril 2017.
12. Abbade L P F. *Abordagem do paciente portador de úlcera venosa*. In: Malagutti W, Kakiyama CT,orgs. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. 1st Ed. São Paulo: Martinari; 2010. p. 95-107.

Recebido em: 15.12.2017

Aprovado em: 08.01.2018

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 ●

