

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Wender Antonio de Oliveira¹

1 Enfermeiro. Pós-Doutorando em Educação na Unversid de Flores-UFLO, Buenos Aires/Arg. Coordenador do curso de enfermagem - Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. Brasília – DF, Brasil. E-mail: wender.antonio@faciplac.edu.br

As emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta, pois a vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana decorrente dessas emergências. Sendo assim, a coordenação entre as esferas de gestão do SUS e a integração dos serviços de saúde é essencial para uma preparação e resposta oportuna e redução dos impactos na saúde pública⁽¹⁾.

Acidentes em massa são emergências em saúde pública e podem ter variadas causas por fenômenos naturais, tais como, inundações, tornados, terremotos, avalanches, erupções vulcânicas, entre outros; por ação humana em forças naturais ou materiais como, acidentes rodoviários, ferroviários, aeroviários e marítimos, por radiação nuclear, desabamentos, incêndios e explosões, eletrocussão, entre demais exemplos; e outras origens como, causas combinadas e pânico generalizado com múltiplas vítimas⁽²⁾. A necessidade de ajuda externa, com o envolvimento de vários atores, além das próprias vítimas, faz parte da definição de catástrofe e desastres da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽³⁾, o que se faz necessário para traçar a elaboração, resposta e redução de impactos na saúde pública.

Nesse sentido, é importante ressaltar a atuação efetiva de órgãos da Defesa Civil, secretarias da saúde, de segurança pública, de planejamento e de obras, além da própria sociedade, que deve estar preparada para as situações de desastres. No Brasil, para apoio nas três esferas de governo, tem-se a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), criada através do Decreto Presidencial Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 e regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria Ministerial GM/MS Nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, e demandas urgentes de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde.

Logo, o Ministério da Saúde através do Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, na Portaria/MPOG n.º 207, de 7 de julho de 2008, publicada no Diário Oficial da União em 8 de julho de 2008, e tendo em vista o disposto no Decreto Presidencial n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, tornou público em 2012 a inscrição de profissionais da área de saúde e voluntários não oriundos da saúde para compor a Força Nacional de Saúde do Sistema Único de

Saúde (FN – SUS). Dentre as categorias profissionais, tem-se a Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem).

No enfrentamento de Emergências de Saúde Pública, o campo da enfermagem representa um contingente significativo dos recursos humanos disponibilizados pelos sistemas de serviços de saúde. A enfermagem está representada em todos os níveis de atenção à saúde, e forma uma equipe na linha de frente da resposta. Encontra-se entre as categorias profissionais que dão início a esse processo ^(4,5). No contexto hospitalar, o planejamento e o aumento da capacidade de atendimento em situação de desastre prevê a atuação da equipe de enfermagem em todas as etapas, desde a triagem das vítimas, até a transferência do centro cirúrgico para a unidade de tratamento intensivo (UTI)⁽⁶⁾.

No contexto da Força Nacional do SUS (FN-SUS), a Enfermagem poderá atuar na Equipe Assistencial Móvel (EAM) e Equipe Assistencial de Campanha (EAC). Por meio de formulário disponibilizado por meio do FormSUS no site do Ministério da Saúde no período de 1º de janeiro a 10 de fevereiro de 2012, foram registrados 8.336 (100%) inscrições provenientes das 27 Unidades Federativas e 1463 (26%) dos municípios brasileiros. Entretanto, do total de registros, 791(9%) são registros duplicados. Assim, a base analisada foi de 7.545 registros. A classe de enfermagem é formada por enfermeiros, que corresponde a 47% dos inscritos; e técnicos e auxiliares de enfermagem, que corresponde a 31 %. Juntas, a classe é responsável por 78% dos inscritos para formação de cadastro reserva para compor a equipe da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde.

O recorte dos enfermeiros inscritos naquele período teve o registro de 3562 profissionais, representando (47%). Por Unidade Federativa, o Estado de São Paulo concentrou 29%, sendo 1031 dos inscritos. No quesito especialidade, 36%, 1300 dos enfermeiros (as) informaram serem especialistas em Urgência e Emergência, e 48%, cerca de 1700, informaram outras especialidades, tais como administração hospitalar, administração em saúde pública, dentre outras. Nesse contexto, também se observa que 51%, cerca de 1828 dos inscritos se candidataram para trabalhar na equipe Assistência de Campanha, e, os outros 49%, 1734 candidataram-se para trabalhar na Equipe Assistencial Móvel. Nessas situações, a atuação da enfermagem exige uma preparação profissional e pessoal, uma preparação psicológica específica, especialmente em ambiente hospitalar familiarizado com o funcionamento da triagem de campo e ambulatorial, para que se tenha conhecimento de práticas de primeiros socorros e melhor desempenho nessas situações.

A resposta as Emergências de Saúde Pública requer da equipe de Enfermagem esse preparo específico. Para isso, foram identificadas competências e habilidades necessárias para atuar em situações de desastres, tais como as competências essenciais para enfermeiros no preparo para o atendimento de emergências e desastres, e um referencial do Conselho Internacional de Enfermeiros acerca de competências da Enfermagem em desastres. ^(7,8)

O cuidado de enfermagem fundamentado no processo de enfermagem baseia-se em organização, percepção e responsabilidade constantes, além do foco em competências profissionais e interdisciplinares, o que proporciona uma assistência integral. As competências estabelecidas, dessa forma, relacionam-se à atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem.

1. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Comunicação de riscos e de desastres. Florianópolis (SC): Ceped; 2010
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
3. Organização Mundial da Saúde. Índice de seguridad hospitalaria: guía del evaluador de hospitales seguros. Washington (DC): OMS; 2011.
4. McHugh MD. Hospital nurse staffing and public health emergency preparedness: implications for policy. Public health nurs. 2010; 7(5):442-9. 10.
- 5, Silva MA, Carvalho R. Situação de desastre: atuação da equipe de enfermagem em cirurgias emergenciais. Rev SOBECC. 2013; 18(2):67-76.
6. Bellucci JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. Rev gaúch enferm. 2011; 32(4):797-806
7. Gebbie K, Qureshi K. Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses. Am j nurs. 2002; 1(102):46-51.
8. World Health Organization. ICN framework of disaster nursing competencies. Geneva: WHO; 2009.

Aplicabilidade da Humanização na Assistência ao Parto segundo o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Organização Mundial de Saúde (OMS)

Flávia Pinheiro Della Giustina¹, Jussara Soares Marques dos Anjos², Alice Aires Caixêta³, Elizabeth Cristian de Sousa Carpaneze⁴.

¹Especialista em Psicopedagogia, Mestre em Psicologia. Professora do curso de Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail:flavia.giustina@faciplac.edu.br

²Enfermeira, Especialista em Neonatologia e Pediatria, Docência de Ensino Superior. Professora do curso de Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail:jussaraanjos@gmail.com

³Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail:lykaaires@gmail.com

⁴Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail:elizabeth_carpaneze@hotmail.com

Resumo

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva. O estudo visa conhecer a assistência não farmacológica preconizada pelo SUS através do Programa de Humanização do Pré-natal Nascimento utilizada no Hospital Regional do Gama, por meio de coleta informações referentes à assistência prestada, técnicas e equipamentos utilizados. A amostra foi composta por 160 prontuários de mulheres que tiveram parto natural realizado no Centro Obstétrico do Hospital Regional do Gama, nos anos de 2000 até 2015. Esse recorte metodológico corresponde ao período de institucionalização do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 569 de 1º de junho de 2000. Os dados coletados foram dispostos em gráficos para análise e discussão dos resultados. Concluiu-se a ausência desses registros nos prontuários, revelando o descumprimento das praticas preconizadas pelo PHPN e OMS, bem como deficiência nos cuidados técnico e administrativo quanto a esses registros.

Palavras chave: Parto humanizado; Métodos não farmacológicos; Assistência.

Abstract

This is a documentary research with a quantitative, descriptive and retrospective approach. The aim of this study was to know the non-pharmacological care recommended by the SUS through the Program for Humanization of Prenatal Birth used in the Regional Hospital Gama, by collecting information about the assistance provided, techniques and equipment used. The sample consisted of 160 medical records of women who had natural childbirth performed at the Obstetric Center of the Regional Hospital Gama, in the years 2000 to 2015. This methodological approach corresponds to the institutionalization period the Program for Humanization of Birth and Labour, the Ministry of health through Decree 569 of June 1, 2000. The data were graphed for analysis and discussion of results. It was concluded that the absence of these records in order to reveal the failure of the practices advocated by PHPN and WHO, as well as deficiency in technical and administrative care about these records.

Key words: humanizing delivery, nonpharmacological methods, assistance.

INTRODUÇÃO

A historicidade da assistência ao parto se iniciou a partir do momento em que as mulheres se auxiliavam no processo de parir, com as práticas acumulavam experiências e as mulheres que dedicavam sua vida a esse cuidado eram conhecidas como parteiras. Os cuidados eram prestados em domicílios com apenas, panos limpos, água morna e objetos cortantes. As parteiras não possuíam conhecimento científico e as complicações nos partos resultavam em uma alta taxa de mortalidade materna e de recém-nascidos ^(1,2).

A institucionalização do parto se iniciou na década de 40, este processo medicalizou o cenário do parto e nascimento, onde as mulheres perderam seu papel ativo no momento do parto, tornando-se passivas parturientes. O novo modelo de assistência favorecia a utilização de procedimentos médicos, essa assistência aplicava as mulheres a imposições de rotinas como: posição de parto, intervenções obstétricas desnecessárias, isolamento familiar, desequilíbrio dos mecanismos fisiológicos do parto, lavagem intestinais, raspagem de pelo da vulva e jejum prolongado. Transformando essa experiência em terror, impotência, alienação e dor. Na Carta de Campinas, foi descrito as circunstâncias de violência, e sujeição em que se dava a assistência, e às condições pouco humanas que eram impostas as mulheres e aos recém-nascidos no momento do parto e nascimento. Em resposta a esse ato, em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que o objetivo da assistência ao trabalho de parto é promover o mínimo de intervenções com segurança, respeitando o tempo fisiológico, ofertando recursos não farmacológicos para obter uma evolução no parto de forma segura e saudável ^(1,3,4,5).

Em 2000 ficou estabelecido pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria 569 de 1º de junho de 2000, que: toda gestante tem direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade no transcorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida na ocasião do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja ofertada de forma humanizada e segura; e que todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura com a finalidade de estimular um acolhimento obstétrico integral ^(4,6).

Considerando o PHPN foi instituída a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Que consiste numa rede de cuidados que assegura à mulher o seu pleno direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, durante a gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, por meio de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", que

dispõe da utilização dos métodos não farmacológicos no decorrer da assistência do trabalho de parto⁽⁷⁾.

Os métodos não farmacológicos são práticas que permitem alívio da dor no momento das contrações, esses métodos permitem adotar variações de posturas, deambulação, controles respiratórios, banhos de chuveiros e de imersão, aromaterápia, musicoterapia, massagens, comandos verbais de relaxamento e suporte psicológicos pela equipe e pela presença do acompanhante⁽⁸⁾.

As massagens são realizadas durante e após as contrações musculares durante o trabalho de parto, a técnica se baseia na realização de movimentos circulares e contínuos em região perineal, com ou sem a utilização de óleos aromatizante, estimulando a circulação sanguínea e aliviando as dores. Os banhos de imersão em banheira e em chuveiro são técnica de analgesia, onde a parturiente se mantém imersa em água morna, a técnica causa vasodilatação local, melhorando a circulação sanguínea, relaxando fibras musculares minimizando a dor. Esse conjunto de métodos citados pode ser realizado simultaneamente, minimizando a dor e permitindo a parturiente uma experiência de conforto e segurança⁽⁸⁾.

A musicoterapia é um método terapêutico nas alterações psicológicas, que são causadas pelo estresse no momento do parto. Durante o processo de pari a parturiente entra em um estado de ansiedade, perdendo o controle corporal e emocional devido à dor, a musicoterapia proporciona tranquilidade e relaxamento, consentindo uma ambiência adequada à sala de parto. A presença do acompanhante também é considerada uma assistência terapêutica, permitindo a parturiente proteção e segurança, favorecendo uma boa evolução durante todo o processo de parir^(9,10).

Os exercícios respiratórios requerem de forma ativa o controle da parturiente, esse método utiliza comando verbal da equipe de profissionais, de inspiração e expiração, onde a parturiente realiza o controle da respiração. Essa técnica é de grande importância tanto para parturiente quanto para o feto, devido à função de controle dos níveis de oxigênio no sangue e de gasto de energia corporal. O comando de inspiração e força e de expiração e relaxamento direcionam o gasto energético no momento da contração, esses comandos permitem um menor gasto de energia e um melhor desempenho no ato da parição⁽¹¹⁾.

A bola suíça é um recurso que oferece à parturiente boa postura, equilíbrio, possibilidade de movimentos e relaxamento pélvico, o movimento de subir e descer exercido sob a bola cria uma força que favorece a descida do feto ao canal de parto, permitindo em tempo a evolução mais rápida do parto. Outro método utiliza a escada de Ling, que é um equipamento composto por cinco barras, que auxilia no processo natural da parturição, esse método consiste em exercícios de agachamento e de levantamento realizados pela parturiente no trabalho de parto, amparando e abrandando as dores decorrentes das

contrações uterinas. A deambulação também é utilizada como um método não farmacológico, contudo não é apontada como analgesia, sua prática implica na evolução mais rápida na fase ativa do trabalho do parto, reduzindo o tempo do mesmo. O cavalinho atende ao mesmo princípio da escada de Ling, favorecendo a evolução do parto, e na qualidade da assistência prestada às parturientes ^(12,13).

O PHPN determina que ações de humanização na assistência sejam aplicadas em sua integralidade e a partir dessa observação, surgiu à necessidade de avaliar a aplicabilidade dessas técnicas no campo específico de estágio. As práticas não farmacológicas utilizadas no campo obstétrico estão sendo cada vez mais aplicadas, e mesmo trazendo benefício para parturiente e seu recém-nascido, ainda não é identificada pelas parturientes como benefício importante no momento do parto.

Diante dessas informações, foi definido como objetivo dessa pesquisa, a identificação da assistência humanizada preconizada pelo SUS através da PHPN e OMS. Listando os métodos não farmacológicos e equipamentos utilizados, no Centro Obstétrico do Hospital Regional do Gama - HRG.

METODOLOGIA

No desenvolvimento de atividades práticas ocorridas no Centro Obstétrico do Hospital Regional do Gama, foi observado que assistência humanizada que é preconizada pelo SUS, OMS e Rede Cegonha, não foi aplicada de forma geral nas parturientes.

Em setembro/2015, foi iniciada a coleta de dados, no setor de arquivos do Hospital Regional do Gama, onde o arquivamento dos prontuários é realizado por ordem cronológica de décadas, dessa forma, foi procedida à coleta dos números de registro e nomes, sob a responsabilidade da enfermeira responsável, ao iniciar a coleta dos dados, foi verificado que os arquivos dos anos de 2000 a 2004 não estavam arquivados, e foi solicitado ajuda da chefia que informou os descartes dos relatórios, e que essa decisão foi negociada com a Chefia do Centro Obstetrício e Diretoria. Essa conduta reduziu as amostras dos prontuários de 160 para 110, contudo, essa alteração não ocasionou alterações no desenvolvimento e resultados da pesquisa.

Esse artigo foi originando de uma pesquisa documental retrospectiva, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no Centro Obstétrico do Hospital Regional do Gama-HRG. Para ter acesso aos prontuários foram obtidos 110 números de registros de mulheres que tiveram parto natural, sem restrições de idade, raça ou históricos de partos anteriores nos anos de 2005 até 2015. Esse recorte metodológico correspondeu ao período de institucionalização do Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN, pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 569 de 1º de junho de 2000, fundamentado na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher

no período do parto e pós-parto, e também pela Organização Mundial de Saúde (1996). Os dados foram coletados no mês de setembro de 2015, período disponível para as acadêmicas realizarem a pesquisa em campo, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa CEP sob o número 1.196.658, CAAE 46749815.3.0000.5553.

O instrumento utilizado com os dados coletados ficou sob a responsabilidade das acadêmicas, durante o período de desenvolvimento e conclusão do projeto. Em atenção à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, se fez necessária assinatura do requerimento do termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Contudo, essa pesquisa somente realizou e obteve a licença do requerimento de liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O instrumento para coleta de dados foi uma tabela (Tabela 1), elaborada com as informações a cerca do parto. Os dados foram registrados e descritos na (Tabela 1) respondendo as seguintes informações: Data do parto; Históricos de partos (se são primíparas, múltiparas ou se tiveram abortos); Métodos não farmacológicos utilizados (massagem, deambulação, musicoterapia, presença do acompanhante, escada de Ling, bola suíça e exercício respiratório); Tempo de parto e quadro clínico pós-parto.

O instrumento foi utilizado nas visitas realizadas ao setor de arquivo do Hospital Regional do Gama. Os prontuários foram lidos, e somente foram transcritos as informações específicas ao preenchimento dos itens contidos na (Tabela 1), de forma clara e sucinta. Foram registro informações de 110 prontuários, e os mesmos não receberam identificações, respeitando o direito à privacidade.

RESULTADOS

Foram obtidos o número de registro de 110 prontuários. Desses, 67 prontuários apresentaram informações dos partos, descritos como amostras satisfatórias, 9 não apresentaram informações alguma do parto do ano a ser pesquisado. Contudo, em alguns casos, pode-se observar a descrição de partos anteriores e posteriores ao recorte temporal dessa pesquisa. Além da ausência dessas informações de parto, 3 prontuários apresentaram informações diferenciadas, em um constavam informações de internação para procedimento de laqueadura de trompas, e em dois havia registro de internação, mas não havia relato da hora de parto ou informações que o mesmo tivesse ocorrido.

Dentro do total de 110 amostras, 34 relatórios não foram encontrados como apresentados na Figura1, esses prontuários não existem mais, foi questionado se haveria registro da saída desses prontuários no sistema de prontuário eletrônico do paciente ou registros escritos, e a informação que foi obtida confirmou a inexistência de prontuários.

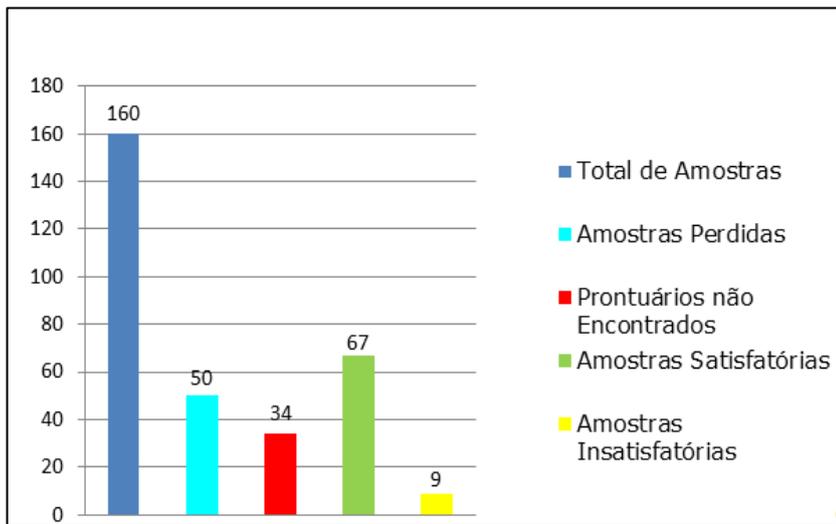


Figura 1. Classificação de amostras obtidas no HRG – DF/2015.

A totalidade do número de partos por anos permite uma avaliação abrangente das práticas aplicada em campo, à proporção de 10 amostras por ano objetivou uma análise igualitária das informações. A Figura 2 descreve o número exato de partos obtidos na pesquisa. Essas amostras apresentaram valores quantitativos diferenciados por cada década, somente nas amostras do ano de 2006, foi possível obter o número total estimado, as demais décadas sofreram variações devido à falta de informações nos prontuários, ou inexistência dos mesmos no arquivo.

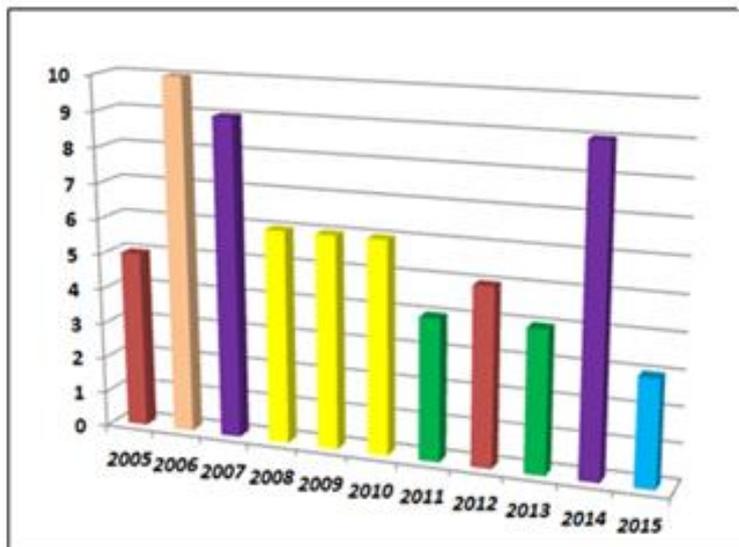


Figura 2. Amostras quantitativas de partos por ano no HRG – DF/2015

As informações coletadas a partir do instrumento de pesquisa resultaram em dados ordenados, e esses dados permitiram a análise isolada de cada um dos itens. O primeiro item data do parto/idade foi analisado somente a idade da parturiente, uma vez que o ano do parto foi utilizado como referência de tempo para coleta do ano da amostra. A idade das

parturientes foi separada por faixa etária, agrupadas em quatro grupos, que facilitariam a compreensão dos dados coletados: dos 16 aos 19 anos, com 19 parturientes; dos 20 aos 29 anos, com 38 parturientes; dos 30 aos 35 anos, com 7 parturientes, e 2 parturientes com idades de 41 e 42 anos.

O histórico de partos anteriores apresentavam três subitens, que determinavam se as parturientes eram primíparas, múltiparas ou se já haviam tido abortos. Das 67 amostras, os resultados obtidos foram: 26 parturientes eram primíparas; 41 parturientes eram múltiparas e somente 2 tiveram aborto.

De acordo com os dados apresentados na Figura 3, as amostras apresentaram os seguintes resultados: 7 parturientes tiveram trabalho de parto em até 1 hora; 41 parturientes tiveram trabalho de parto entre 1 a 5 horas; 15 parturientes tiveram trabalho de parto entre 5 e 10 horas; e 4 parturientes tiveram mais 10 horas de trabalho de parto. O tempo de trabalho de parto foi mensurado pela entrada na internação e hora do parto, para quantificar esse tempo foi utilizado o programa Microsoft Excel, aplicando a fórmula de Hora de internação – Hora do parto = tempo de parto. Os resultados apresentaram amostras individualizadas, e com grande variabilidade de tempo para uma organização descritiva dos dados. Devido a esses fatores, foi necessário utilizar períodos de tempo para distribuir as amostras dentro desses limites, resultando em grupos distintos.

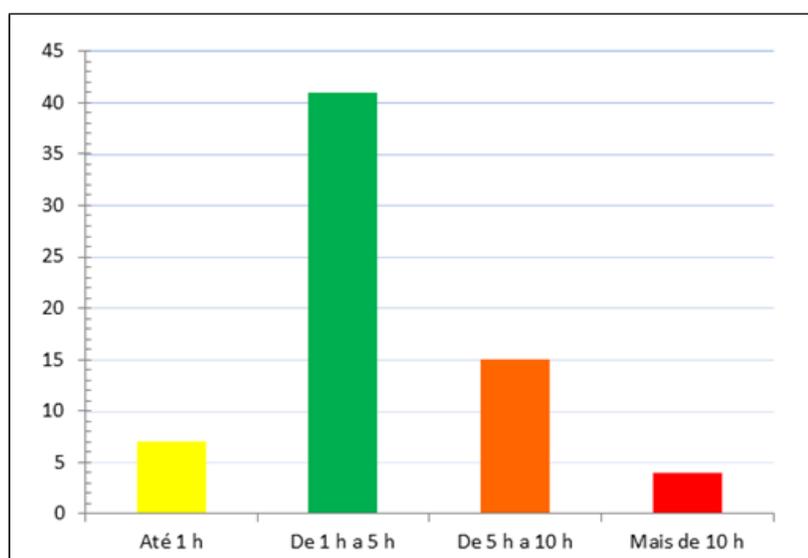


Figura 3. Resultados de tempo de trabalho de parto, em intervalos de amostra. Gama – DF/2015.

Pode-se perceber uma relação muito importante nessa análise de resultados na correlação entre idade, tempo de parto e número de partos. Esses três fatores foram capazes de determinar a evolução de um parto, a primiparidade e a multiparidade relacionada à idade e tempos de partos diferenciados, uma vez que fisiologicamente e anatomicamente o corpo da parturiente responde de forma progressiva ao ato do parto. Na

primeira parição, a parturiente se depara com uma nova condição física e emocional, e a partir da segunda parturição, a resposta ao parto evolui de uma forma menos tensa e anatomicamente adaptada à repetição do ato do parto, o que pode ter influenciado no tempo.

O tempo de trabalho de parto pode ser determinado em duas fases distintas, a de dilatação e a de expulsão. Esses dois tempos são a fase ativa do parto, que dura em média 20 horas, nas primíparas, e 14 horas em multíparas. A fase de dilatação completa leva cerca de 12 horas, nas primíparas, e de 7 horas nas multíparas, enquanto a fase expulsão leva, respectivamente, 50 minutos nas primíparas e 20 minutos nas multíparas⁽¹³⁾. Não foi possível determinar um tempo exato de parto, esses tempos sofrem variações, onde intervalos superiores aos descritos podem ter transcurso sem que ocorram riscos para mãe e feto, mostrado na Figura 3.

A relação de tempo de parto entre parturientes que utilizaram os métodos não farmacológicos e de parturientes que não utilizaram esses mesmos métodos deveriam responder o objetivo específico dessa pesquisa. Apesar disso, mesmo sem as informações dos métodos não farmacológicos, foi possível obter uma média de tempo de parto. As primíparas apresentaram uma média de 9 horas e 8 minutos, enquanto as multíparas apresentaram 3 horas e 36 minutos.

As avaliações clínicas no puerpério, que é o período pós-parto, foram descritas utilizando duas respostas distintas: bom estado geral, sem alterações fisiológicas e não relatado. Ao realizar a coleta dos dados, observou-se a ausência de descrições detalhadas do estado de saúde das parturientes, as evoluções apresentavam relatos como bom estado geral, que foi descrito, queixas principais, aceitação de dietas, terapias medicamentosas, e em alguns casos que não foram contabilizados, ocorreu o relato de involução uterina e a classificação dos lóquios. A razão por não ter evidenciado as duas últimas colocações, ocorreu devido ao baixo número de amostras que apresentavam esse relato, no total 67 amostras totais, menos de 6 prontuários apresentaram essas informações.

O último item do instrumento de pesquisa se refere ao objetivo específico dessa pesquisa, que é de avaliar a aplicabilidade dos métodos não farmacológicos, assistência humanizada. Os resultados obtidos das amostras revelaram que não há aplicabilidade desses métodos. Em campo de estágio nos últimos três anos foi observado que de toda a equipe do setor, somente os residentes de enfermagem e acadêmicos de enfermagem utilizavam os métodos não farmacológicos em campo, contudo essas informações não foram registradas nos prontuários hospitalares pelos enfermeiros da rede hospitalar ou mesmo pelos próprios residentes de enfermagem.

Com o resultado desse estudo, foi possível obter informações que poderá nortear outros estudos, com a finalidade de desenvolver outras perguntas, e ainda ampliar a compreensão da assistência Humanizada, quanto à necessidade de utilização dos métodos não farmacológicos e também compreender as dificuldades que impossibilitam a implantação dessa assistência. Esses resultados influenciaram no que se refere à ausência de registros, esse foi um fator determinante na conclusão dessa pesquisa, uma vez que foi observado em campo de estágio a utilização da assistência humanizada, e na pesquisa documental ocorreu inexistência de registros da prática executada.

Mesmo não podendo correlacionar a aplicabilidade dos métodos, por número de parto e idade, a média de tempo de parto das amostras apresentaram resultados satisfatórios. Contudo, não se pode afirmar de que forma esse processo ocorreu, ou se poderia ter reduzido ainda mais o tempo de parto e minimizado os desconfortos e dores do trabalho de parto com a aplicação dos métodos não farmacológicos.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir dos prontuários das parturientes forneceram informações relevantes, para uma avaliação precisa e real no Centro Obstétrico no HRG. A falta de registros nos prontuários sinaliza uma deficiência grave, pois correlacionam o serviço dos profissionais com as normas e rotinas do setor.

Ressalta-se que o prontuário do paciente é um instrumento para registros, avaliação e tomada de decisões e de informações a serem compartilhadas entre os profissionais de saúde, de apoio ao ensino, para os profissionais de saúde e o gerenciamento e serviços ⁽⁴⁾.

Essa realidade aponta a importância da capacitação dos recursos humanos, gestão e administração, e ainda necessidade de uma avaliação crítica da formação acadêmica e continuada desses profissionais, para identificação de deficiências a serem sanadas.

A assistência prestada à parturiente no momento do parto implica na aplicabilidade de métodos, técnicas e protocolos, que devem ser registradas de forma descritiva nos prontuários hospitalares. Um documento de coleta de dados muito utilizado e eficiente é o *check list*, e é uma metodologia de registro realizada a partir de conferências das atividades executadas, quando se aplica a ação e se confirma a execução do ato por escrito. O *check list* é uma forma prática e rápida de se registrar as informações. Sua aplicação na unidade permitiria anexar ao prontuário as informações colhidas, disponibilizando-as de forma objetiva.

A elaboração de um *check list* poderia conter: número de registro da parturiente, filiação, horário de internação, métodos não farmacológicos utilizados e tempo de parto, pois permitiria uma abrangência de informações que proporcionaria possíveis análises estatísticas. Esses resultados abririam um leque de possibilidades de estudos e análises, que poderiam apontar necessidades de melhorias para uma assistência de qualidade e eficiência.

Atualmente, utilizam-se no SUS os prontuários eletrônicos do paciente PEP, esse modelo surgiu na década de 90, e vem sendo aperfeiçoado de acordo com a necessidade dos diversos setores hospitalares, levando ao desenvolvimento de novos modelos. Em 2002, o Ministério da Saúde propôs um conjunto de informações mínimas, necessárias à padronização desses registros eletrônicos sobre o paciente, que se integra a diversos sistemas de informação de saúde nacionais. Coube ao Conselho Federal de Medicina (CFM) formar Comissões de Revisão de Prontuários dos estabelecimentos de saúde, e a fiscalização da ocorrência adequada desses registros. Com isso, em julho de 2007, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou as normas técnicas para digitalização e uso dos sistemas informatizados para o armazenamento e utilização PEP, permitindo a substituição do prontuário de papel pelo prontuário eletrônico. A implantação do PEP trouxe o aperfeiçoamento nos registros das informações, agregação de novas funcionalidades, possibilitando anexar imagens e exames complementares, disponibilizando ao profissional da saúde uma busca única que permita a visualização de todo histórico de saúde de cada paciente ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos a partir dessa pesquisa revelaram a não aplicabilidade dos métodos não farmacológicos, preconizado pela OMS e MS, demonstrando o descumprimento no processo de atendimento humanizado no Centro Obstétrico do Hospital Regional do Gama, ato esse comprovado por meio da análise documental de prontuários hospitalares. A ausência dos registros de evoluções das parturientes demonstra deficiência em relação ao arquivamento das informações pelo setor e conseqüentemente pelos próprios profissionais de saúde.

Tais registros hospitalares, referentes ao processo da parturição e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos, foco dessa pesquisa, revelaram falhas. Não havia registros das atividades exercidas durante o atendimento por parte da equipe do setor na unidade do Centro Obstétrico, implicando em resultados negativos apresentados nesse estudo.

A pobreza de informações em registros hospitalares pode comprometer a prestação dos serviços, pois assim como foram revelados nesse estudo, não atendiam às necessidades dos profissionais de saúde, pacientes, administradores e pesquisadores.

O setor onde foi realizada a pesquisa ainda utiliza o prontuário de papel como fonte de registro, no entanto, a utilização desse recurso não limita a execução necessária dos registros das atividades, que são estabelecidos por normas e leis. Com isso, os resultados dessas práticas revelaram dificuldades para o cumprimento da PHPN e OMS, no que se refere à aplicabilidade dos métodos não farmacológicos dentro do processo da assistência humanizada no momento do parto, no Hospital Regional do Gama, uma vez que não existe comprovação documental da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS por meio de seus Programas Federais que devem ser implantados em todos os Estados, Municípios e no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

1. Farias SF. Assistência ao Parto Humanizado: Sensibilização da Equipe de Enfermagem. [Monografia]. Fortaleza–CE; 2010. Santos ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, 2002.
2. Silva IM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo humanizado. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. 2005.
3. Sartori AL, Vieira F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. *Enfermaria Global*. 2011 (21).
4. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. Brasília. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde [acesso em 10 set 2014] Por que pesquisou? Texto para tomada de decisão Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
6. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União: Brasília (DF)*; 2011 Jun 27; Seção 1.
7. Rosa ME. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: visão da equipe de enfermagem. [Monografia]. Lajeado, 2010.
8. Pereira MV. et al. Efeito da musicoterapia no trabalho de parto e no recém-nascido. Florianópolis/SC, 2006.
9. Aragão, CO. Assistência de enfermagem ao parto normal humanizado. 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/20670/1/assistencia-de-enfermagem-ao-parto-normal-humanizado/pagina1.html>.
10. Almeida, NAM, Sousa, JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *RevLatAmEnferm*, 2005.

11. Coelho S, Lopes CC, Madeira LM. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. REME, Rev Min Enf jul./dez, 2003.
12. Brasília. Secretaria de estado de saúde do Distrito Federal [Internet]. 2014. [acesso em: 21 fev 2014]. Por que pesquisa em saúde? Texto para tomada de decisão]. Saúde. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/5324-hospital-do-gama-passa-a-usar-escada-de-ling-no-parto-humanizado.html>.
13. Camila MP, Mariana MM, Josiane LM, Magdala NA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?. Sci Med. 2011; 21(3):121-131.

Dificuldade dos profissionais de saúde no reconhecimento precoce das doenças oncológicas na infância.

Aline Alves Amorim¹; Camila de Queiroz Oliveira Carizzi²; Ercilayne Camapum Brandão³.

¹Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem (FACIPLAC). E-mail: alline.amor@gmail.com

²Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem (FACIPLAC). E-mail: camilacarizzi@hotmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Professora do curso de Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail: erlayne.brandao@faciplac.com.br

Resumo

Uma equipe de saúde qualificada na atenção básica pode ser decisiva na eficácia do diagnóstico precoce das doenças oncológicas da infância. Trata-se de um estudo quantitativo exploratório de caráter descritivo com o objetivo de identificar as dificuldades encontradas no diagnóstico precoce do câncer infantil. Os dados foram obtidos ao aplicar um questionário a 17 profissionais de saúde que atuam na atenção básica, 5 médicos e 12 enfermeiros. Observou-se que os profissionais de saúde conhecem os principais sinais e/ou sintomas gerais das oncologias pediátricas. A enfermagem tem importante papel no reconhecimento dos sinais e sintomas característicos de doenças oncológicas apresentados pelas crianças no atendimento na atenção básica.

Palavras-chaves: Enfermeiro. Atenção Básica. Oncologia

Abstract

A qualified health staff in primary care can be decisive in the effectiveness of early diagnosis of oncological diseases of childhood. This is a quantitative and qualitative study of exploratory descriptive character in order to identify the difficulties encountered in the early diagnosis of childhood cancer. Data were obtained by applying a questionnaire to 17 health professionals working in primary care, 5 doctors and 12 nurses. It was observed that health professionals know the main signs and / or general symptoms of pediatric oncology. Nursing plays an important role in the recognition of characteristic signs and symptoms of this disease presented by the children in care in primary care.

Keywords: Nursing. Primary care. Oncology.

INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil é um termo utilizado para descrever um conjunto de neoplasias de características invasivas e metastático, tendo origem histológica, comportamento clínico e localização primária diferentes do câncer no adulto ⁽¹⁾.

O câncer representa 0,5% a 3% de prevalência em crianças, comparada com a população em geral. A incidência no Brasil é aproximadamente de 3%, o que corresponde a 9.980 casos por ano, e aparece entre as cinco principais causas de morte desde o primeiro ano de vida ⁽¹⁾.

A incidência de câncer na infância tem um crescimento anual de 1%, e uma taxa de cura em torno de 85% em escala global. O câncer no Brasil é a terceira causa de morte, enquanto nos Estados Unidos constitui a primeira causa de óbito em crianças menores de um ano de idade, porém seu diagnóstico é demorado. Algumas vezes o diagnóstico é feito tardiamente porque a apresentação clínica e as características de determinado tipo de tumor podem não diferir muito de doenças comuns na infância. Por isso, o conhecimento do pediatra acerca do câncer é determinante para um diagnóstico seguro e rápido ⁽²⁾.

As crianças de 0 a 4 anos são as mais propícias ao desenvolvimento do câncer com exceção de linfomas, carcinomas e tumores ósseos, que predominam em crianças entre 10 e 14 anos. Sabe-se que, a evolução do câncer infantil tende a apresentar menores períodos de latência e na maioria dos casos crescem rapidamente, são agressivos e invasivos e tem uma maior resposta à quimioterapia ⁽³⁾.

A detecção precoce e tratamento do câncer são de fundamental importância para se desenvolver estratégias de saúde pública para um diagnóstico precoce do câncer infantil².

A atenção à oncologia apresenta desafios enormes em seu cenário em relação ao atendimento de forma integral. A criação de novas estratégias para o controle das neoplasias vai depender da abordagem a problemática que atinge, desde a formulação das políticas de saúde até a organização, o desenvolvimento das ações e serviços de saúde⁴.

Na graduação em enfermagem existe uma falha considerável na capacitação em oncologia, já que não é oferecido um aprofundamento na área. Assim, acredita-se que para uma formação a qual atenda as realidades específicas do perfil epidemiológico do país, deve haver adaptações curriculares ⁽⁴⁾.

A Diretriz Curricular Nacional (DCN) do curso de graduação de enfermagem em 2001 afirma que o perfil do formando egresso/profissional enfermeiro é generalista, e com capacidade crítica e reflexiva. Sendo assim, ressalta-se a importância de uma reformulação na grade curricular de maneira que seja preparado para o campo prático e a vida profissional, ao ser capacitado a atender os pacientes de forma a suprir suas necessidades. Espera-se que essa inserção seja um salto positivo na formação do enfermeiro, nas

Universidades⁵. Por isso, a enfermagem tem a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento do conhecimento em oncologia ⁽⁴⁾.

Na atualidade, câncer é um termo utilizado para um conjunto de mais de 100 doenças, que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos vizinhos. O câncer se caracteriza pelo descontrole da divisão celular e pela capacidade de invadir outros órgãos⁶. As leucemias, tumores do sistema nervoso central, sarcomas, linfomas, neuroblastomas, tumor de Wilms estão entre as neoplasias pediátricas mais comuns ⁽⁷⁾.

Pesquisas indicam que o diagnóstico do câncer infantil pode atrasar devido à falha no reconhecimento dos sinais de apresentação e também devido ao fato de que o câncer infantil pode adquirir aspectos de outras doenças comuns da infância e até mesmo processos fisiológicos do desenvolvimento normal ⁽⁸⁾.

Em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da criança (PAISC), que assegura ações básicas de saúde, visando a assistência integral e ações preventivas, objetivando garantir o desenvolvimento da criança ⁽⁹⁾.

As ações do PAISC avaliam e assistem o processo de crescimento e desenvolvimento da criança (CD) e suas diretrizes são baseadas na prevenção através de orientações prestadas às mães quanto aos cuidados com seus filhos; atuam também na identificação de riscos e ações precoces nas intercorrências. Os riscos e o diagnóstico precoce devem ser levados em consideração, pois se não forem tomadas as medidas adequadas, a saúde da criança pode deteriorar-se e a levar a óbito ⁽⁹⁾.

Acredita-se que a dificuldade das equipes de saúde da Atenção Básica no diagnóstico precoce das doenças oncológicas na infância pode interferir de forma relevante no início do tratamento, e em algumas situações, reduzir as possibilidades de recuperação. Sendo assim, a realização desse estudo justifica-se como contribuição científica na prática dos profissionais da atenção básica e conseqüentemente melhorar a assistência da população infantil.

O objetivo geral desse estudo consiste em verificar o conhecimento e dificuldade dos profissionais de saúde da atenção básica quanto ao diagnóstico precoce das doenças oncológicas da infância.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativo exploratório de caráter descritivo.

Esse estudo foi realizado em dois Centros de Saúde da região administrativa do Gama/DF, tendo como critérios de inclusão, profissionais de saúde, mais especificamente

médicos e enfermeiros, que atuam diretamente no atendimento das crianças na atenção básica, em serviço nos dias da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: profissionais de saúde que não atuavam diretamente na assistência com crianças, e outras categorias profissionais ou que não concordaram em participar do estudo e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento utilizado para viabilizar a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo 11 perguntas sobre o tema.

O Roteiro de Entrevista foi aplicado pelas pesquisadoras durante os meses de agosto e setembro de 2015, no período diurno nos Centros de Saúde da Regional do Gama.

Os dados foram computados e analisados através do programa Microsoft Excel 2010. Para a análise estatística foram utilizadas medidas de frequência, posteriormente os dados foram comparados à luz da literatura atual.

Em atenção à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes que concordaram em fazer parte da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, feito em duas vias, um para o pesquisador e outro para o entrevistado. Neste termo fica assegurado o sigilo de sua identidade.

Os dados somente foram coletados após o projeto de pesquisa ter sido avaliado, aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – Faciplac com o parecer de número 1.184.659.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 17 profissionais de saúde, 5 médicos e 12 enfermeiro(a)s, com idades que oscilaram entre o mínimo de 26 anos e o máximo de 69 anos, assim a média das idades foi de 38 anos.

Quanto às características profissionais, todos são atuantes na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família, com tempo mínimo de atuação menor que 1 ano e tempo máximo de atuação acima de 5 anos.

A Tabela 1 mostra o perfil dos profissionais de saúde atuantes na Unidade Básica de Saúde. Como pode ser observado no item Tempo de formação profissional, a maioria dos profissionais apresenta tempo de formação compreendido entre o intervalo de 1 a 10 anos.

Tabela 1. Perfil dos profissionais de saúde atuantes na Unidade Básica de Saúde. Gama – DF, 2015.

VARIÁVEIS	N
Profissão	
Enfermeiro	12
Médico	5
Idade	
26 a 36 anos	12
37 a 47 anos	2
48 a 58 anos	2
59 a 69 anos	1
Tempo de Formação Profissional	
1 a 10 anos	13
11 a 20 anos	2
21 a 30 anos	2
31 a 40 anos	0
Escolaridade	
Graduação	3
Especialização	13
Residência	1
Tempo de atuação na Atenção Básica	
menor que 1 ano	4
1 a 2 anos	4
3 a 4 anos	2
acima de 5 anos	7
Realizou curso em Oncologia Pediátrica	
Sim	1
Não	16
TOTAL	17

No aspecto escolaridade, 13 deles apresentam especialização, 3 graduação e apenas 1 residência, e dentre esses, apenas um realizou curso em oncologia pediátrica, ressaltando assim a importante lacuna na capacitação em oncologia.

Para a formação do profissional, é indispensável sua comunicação com a sociedade identificando-o na sua cultura e historicamente, para que ocorra a referência de sua formação técnica à realidade, sendo assim, a graduação deve ser transformada em produção do conhecimento, uma construção onde o aluno atua como sujeito da aprendizagem ⁽¹⁰⁾.

A Enfermagem é profissão atuante no novo contexto social e de saúde que acompanha as transformações, as quais decorrem das modificações constantes no meio socioeconômico do

Brasil, por isso necessita de uma reorganização que venha com a finalidade de avançar não apenas na formação do profissional, mas de um indivíduo crítico que contribua para transformar o contexto onde está inserido⁽¹¹⁾.

As várias mudanças curriculares que ocorrem com cursos de graduação em Enfermagem, na sua grande maioria, não são analisadas na realidade profissional dos enfermeiros e avaliadas em relação ao seu impacto, uma vez que na literatura são escassos os estudos de acompanhamento de egressos pelas universidades, cujo objetivo é a identificação das fragilidades e fortalezas da formação acadêmica para que desse modo possa haver uma reflexão sobre alterações que ainda necessitam ser implementadas⁽¹¹⁾.

Dessa forma, um dos meios de se ter um conhecimento ininterrupto é a partir da educação continuada, a qual é um instrumento efetivo com o intuito de melhorar a atuação profissional que, se administrada como um processo permanente permite o desenvolvimento de competência profissional, em vista à conquista de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade, além de auxiliar e diminuir os obstáculos advindos da defasagem na formação⁽¹²⁾.

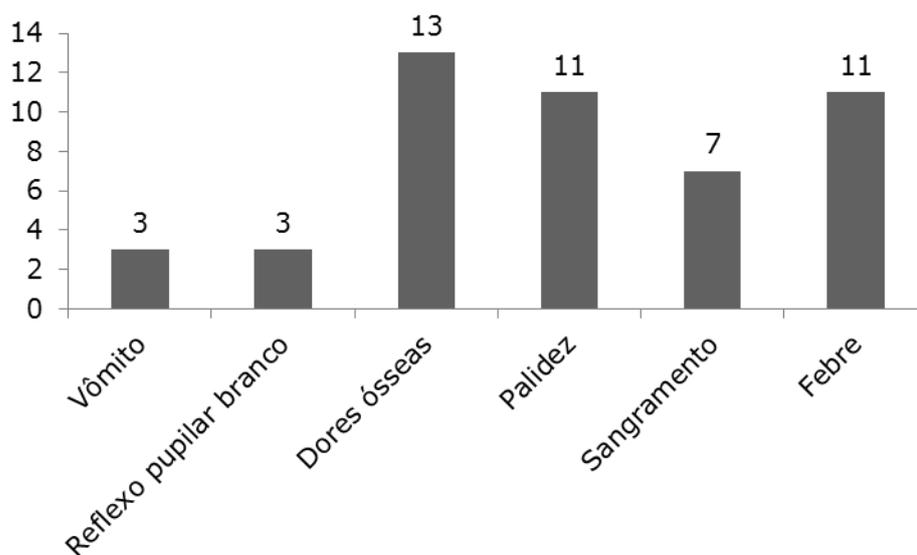


Figura 01. Principais sinais e sintomas das oncologias pediátricas. Gama – DF, 2015.

A Figura 1 apresenta os itens sobre os principais sinais e sintomas das oncologias pediátricas. Pode-se notar que dores ósseas (13) aparecem como o principal sintoma optado pelos profissionais, palidez e febre (11) estão em segundo lugar, e logo em seguida sangramento, reflexo pupilar branco e vômito.

Na maioria dos casos, o que dificulta a suspeita e o diagnóstico do câncer na criança é a apresentação clínica a qual ocorre através de sinais e sintomas comuns de doenças frequentes na infância. Essas doenças podem se manifestar com sintomas gerais que não possibilitam a sua localização, como é o caso da febre, vômitos, emagrecimento, dor óssea e palidez⁽⁸⁾.

Os sintomas gerais são: febre, vômitos, emagrecimento, sangramento, adenomegalias generalizadas, dor óssea generalizada e palidez. Podem acontecer sinais e sintomas de apresentação mais localizados como, cefaleias, alterações da visão, dores abdominais e dores osteoarticulares. Desta forma, é relevante que se contextualize os achados clínicos com a idade, sexo, associação de sintomas, tempo de evolução e outros dados para que se possa fazer um diagnóstico mais fidedigno e condução do caso de maneira rápida e eficaz ⁽¹³⁾. Anamnese e exame físico são a base para o diagnóstico e servem como indicativos para os exames complementares, que também são de grande relevância para fechar o diagnóstico correto.

A partir dos resultados demonstrados na Figura 2, pode-se observar que os profissionais de saúde conhecem os principais sinais ou sintomas gerais das oncologias pediátricas.

Na Tabela 2, apenas 3 dos profissionais relatam ter suspeitado de alguma doença oncológica na consulta pediátrica.

Tabela 2. Suspeita de doença oncológica nas consultas do Crescimento e Desenvolvimento (CD) e doenças confundíveis com câncer infantil. Gama – DF, 2015.

VARIÁVEIS	N
Suspeita de doença oncológica nas consultas do CD*	
Sim	3
Não	14
Doenças confundíveis com algum tipo de câncer infantil*	
Doenças reumatológicas	3
Anemia Severa	6
Viroses	2
Doenças Oftalmológicas	1
Infecções	5
Imundeficiência	1
Traumas/Equimoses	2
Fecaloma	1
Não responderam	7

Nota: * O mesmo profissional pode ter ressaltado mais de uma doença

Uma equipe de saúde capacitada pode ser determinante na eficácia do processo de identificação precoce das doenças oncológicas da infância, uma vez que a Atenção Primária é a porta de entrada do serviço de saúde, e assim há possibilidade de identificar precocemente doenças malignas e encaminhar ao tratamento especializado ⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico tardio pode decorrer da dificuldade do acesso ao atendimento na Atenção Básica pela equipe de saúde devido à falta de preparo e de conhecimento dessa temática das oncologias da infância, principalmente no reconhecimento de sinais e sintomas ⁽¹⁴⁾. Pois, o câncer

infantil pode se esconder diante de outras patologias ou até mesmo processos fisiológicos do desenvolvimento infantil, o que pode levar a um diagnóstico tardio⁽⁸⁾.

Percebe-se que o diagnóstico do câncer infantil é frequentemente tardio devido à falha no reconhecimento dos sinais de apresentação. Assim, a reconstituição da história e realizar um exame minucioso são os primeiros passos apropriados na avaliação da criança doente⁽¹³⁾.

Nesse estudo, foi possível observar que 7 profissionais não responderam a questão, mostrando assim o quanto esse conhecimento é deficiente na equipe de saúde.

A consulta de enfermagem também permite a avaliação para o diagnóstico, intervenções e identificações de intercorrências que exijam a avaliação de outros profissionais, através do processo de enfermagem que consiste em um método sistemático composto por cinco passos, sendo eles: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação⁽¹⁵⁾.

Realizando precocemente o diagnóstico, é possível um tratamento menos agressivo, com maiores possibilidades de cura e menores sequelas da doença ou do tratamento⁽⁸⁾. As ações do CD são desenvolvidas por meio de um sistema de captação precoce do público infantil com acompanhamento por registros em prontuários, padronização da imunização, calendário para os atendimentos nos primeiros 5 anos de vida da criança, incentivo para a amamentação, assistência e controle das infecções respiratória e doenças diarreicas. O sistemático acompanhamento do crescimento da criança é constituído por um eixo central desse atendimento⁽⁹⁾.

Assim, as consultas de CD constituem um momento oportuno para investigar queixas, e os principais sinais e sintomas das doenças oncológicas⁽⁹⁾.

Tabela 3. Conhecimento do enfermeiro quanto às principais doenças oncológicas na infância. Gama – DF, 2015.

VARIÁVEL	N
Principais doenças oncológicas na infância	
Linfomas, osteosarcomas, leucemias e tumores do SNC.	11
Retinoblastoma, Leucemia, Tumores do SNC, Osteosarcoma	4
Osteosarcomas, Linfomas e Tumores não Hodgkin.	1
Leucemias, Tumores do SNC e cancro pediátrico.	1
TOTAL	17

De acordo com a Tabela 3, observa-se que dos 17 entrevistados, a maioria dos profissionais, 11 do total, optou pela opção correta; linfomas, osteosarcomas, leucemias e tumores do SNC, 4 profissionais citaram a opção retinoblastoma, leucemia, tumores do SNC, osteosarcomas como as principais doenças oncológicas da infância, e os demais outras opções.

Os tumores que ocorrem na infância podem ser divididos em dois grupos: Tumores hematológicos, como as leucemias e os linfomas e tumores sólidos como, por exemplo, os tumores do sistema nervoso central, tumores ósseos, tumores abdominais e os tumores de partes moles⁽¹³⁾.

As leucemias constituem a neoplasia maligna mais comum da infância, correspondendo cerca de 25% a 30%. Os tumores do sistema nervoso central (SNC) representam a segunda neoplasia mais frequente da infância, correspondendo a 17-25% das neoplasias pediátricas⁽²⁾.

A neoplasia óssea mais frequente na infância e adolescência é o osteosarcoma que pode se apresentar nas duas primeiras décadas de vida na fase do estirão do crescimento, sendo a terceira neoplasia mais constante nessa fase da vida⁽¹⁶⁾.

Grandes desafios são apresentados no que diz respeito ao enfrentamento das doenças oncológicas de forma integral. Tais desafios exigem profissionais qualificados e aperfeiçoados, para lidar com o aumento da demanda do exercício profissional, voltada à realidade epidemiológica do país. É necessário somar esforços para uma atuação mais efetiva dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce das oncologias na infância⁽⁴⁾.

Outro resultado encontrado foram as ações preconizadas pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde ao suspeitar de um caso de câncer na consulta pediátrica, como solicitação de exames complementares e encaminhamentos para o hospital de referência.

CONCLUSÃO

Acredita-se que a enfermagem tem sua participação marcante nos diagnósticos das oncologias pediátricas, pois nas consultas de enfermagem em puericultura pode-se identificar toda e qualquer alteração fisiológica, assim como nos marcos de desenvolvimentos, percebendo dessa forma as alterações precocemente e evitar complicações que possam comprometer a saúde infantil.

Esse estudo vem contribuir para uma reflexão relacionada à formação acadêmica dos profissionais de saúde, demonstrando assim a relevância da educação continuada nessa área. Dessa forma, destaca-se a importância da qualificação do profissional como instrumento para proporcionar qualidade na assistência prestada e assim ter bons resultados.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MD, Santos APAL. Câncer Infantil: o médico diante de notícias difíceis-uma contribuição da psicanálise. 2013;21(1):49-54.
2. Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico precoce do Câncer Infantil: Responsabilidade de Todos.2003;49(1):29-34.

3. Braga PE, Latorre MRDO, Curado MP. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. 2002;18(1):33-44
4. Amador *et al.* Concepção dos Enfermeiros acerca da capacitação no cuidado a criança com câncer. 2011;20(1):94-101.
5. Coelho AF *et al.* A importância do conhecimento do cuidado paliativo pelos docentes durante o curso de graduação em enfermagem. Revista Rede de Cuidado em saúde. 2011.
6. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
7. Souza AIJ, Erdmann AL. A Criança com diagnóstico de câncer: revisitando o caminho das políticas de atendimento. 2003;24(1):23-33.
8. Michalowski MB *et al.* Diagnóstico precoce em oncologia pediátrica :uma urgência médica. 2012;1(1):13-18.
9. Campero PKN *et al.* CD- Crescimento e Desenvolvimento: cuidando e promovendo a saúde da criança. Extensão e Sociedade. 2010; 1.
10. Silva MS, Vasconcelos SD. Extensão universitária e formação profissional: avaliação da experiência das ciências biológicas na Universidade Federal de Pernambuco.2006;17(33):119-36.
11. Barlem JGT *et al.* Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. 2012; 16(2):347-353.
12. Bezerra ALQ *et al.* O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário.2012;14(3):618-25.
13. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 1 ed. Rio de Janeiro: INCA,2009.
14. Azevedo MCCV *et al.* Atuação das equipes da atenção primaria na identificação precoce do câncer infanto-juvenil. 2012; 4(3): 2692-01.
15. Gomes RM, Nunes CB. Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. 2006; 10(1): 223-237.
16. Castro HC, Ribeiro KCB, Bruniera P; Osteosarcoma: experiência do serviço de Oncologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. 2008; 43(4):108-15.

O papel do enfermeiro na obesidade infantil

Edmilson de Sousa¹, Michelle Guerreiro²

¹Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil.

E-mail: edmilson_6991@hotmail.com

²Biomédica, Doutora em Imunologia IPTSP-UFG). Professora do curso de Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail:

michelle.guerreiro@faciplac.edu.br

Resumo

A obesidade é classificada como doença grave, e por isso há uma intensa busca pela sociedade médica, o poder público e a sociedade em geral por novas estratégias para preveni-la logo na infância, idade na qual a incidência da doença é crescente e alarmante. O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivo identificar as práticas desenvolvidas pelos profissionais da Enfermagem na prevenção da obesidade infantil, destacando o papel do enfermeiro nas ações de prevenção e redução dessa doença.

Palavras chave: obesidade infantil; enfermeiro; prevenção.

Abstract

Obesity is classified as serious illness, intensifying the search for medical society, the government and society in general to new strategies to prevent it early in childhood, age at which the incidence of the disease is increasing and alarming. This study is an integrative literature review that aims to identify the practices developed by nursing professionals in the prevention of childhood obesity, highlighting the role of nurses in the prevention and reduction of this disease.

INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser entendida como um agravo multifatorial que envolve questões biológicas, sociais, culturais e políticas, que provoquem o acúmulo de gordura no organismo. Ela é resultado de um balanço energético positivo, compreendido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade gasta durante a realização das funções vitais e das atividades exercidas no decorrer do dia ⁽¹⁾.

A obesidade infantil (OI) é caracterizada pelo excesso de peso em bebês e crianças de até 12 anos de idade, e para essa classificação é utilizado o Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso}[\text{kg}] / \text{estatura}[\text{m}]^2$), com distribuição em percentis ou escores z, segundo sexo e idade (0 a 19 anos), como propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). São consideradas obesas crianças de 0 a 5 anos com IMC maior que 99,9 ou com escore z maior que +3. Já para as maiores de 5 anos IMC entre 97 e 99,9 ou a escore z entre +2 e +3. É considerada obesidade grave IMC acima de 99,9 ou a escore z maior que +3 ⁽²⁾. A OI aumenta o risco das crianças desenvolverem diabetes, pressão alta, dificuldade respiratória, distúrbios de sono, colesterol alto, problemas no fígado, entre outras doenças ⁽³⁾.

As causas mais frequentes da OI podem ser: sedentarismo, consumo exagerado de alimentos ricos em gordura e açúcar, distúrbios hormonais e doenças genéticas. Além disso, histórico e hábitos familiares contribuem sensivelmente para o desenvolvimento dessa patologia ⁽⁴⁾.

São escassos dados sobre a obesidade infantil no Brasil, os últimos dados analisados, avaliando o período entre 1975 e 1997, apontaram um aumento na prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes, entre 6 e 18 anos, de 4,1% para 13,9%. Esse estudo também mostrou que cerca de um milhão e meio de crianças com idade inferior a dez anos eram obesas, sendo a prevalência da obesidade de 2,5% entre as famílias de menor, de 8,0% entre as de maior renda, e entre meninas das regiões Sul e Sudeste ⁽⁴⁾.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que a obesidade infantil apresenta dimensões epidêmicas. No mundo, existem 17,6 milhões de crianças obesas com idade menor que cinco anos. O número de crianças obesas entre 6 a 11 anos desde a década de 60 dobrou. Trata-se de um problema global que atinge os países desenvolvidos de forma crescente, sendo responsável por 2 a 6% do custo total de atenção à saúde. Há certa valorização da

corpulência como sinônimo de bebê saudável e bem cuidado em quase todos os grupos sociais, o que evidencia que a população desconhece ou banaliza a ocorrência da obesidade em bebês ⁽³⁾.

O tratamento para obesidade pode ser demorado e requer apoio incondicional dos familiares, considerados facilitadores dessas crianças³. Ele deve ser feito de forma progressiva e sob a orientação de um pediatra e um nutricionista. A profilaxia deve incluir mudanças nos hábitos alimentares, além do aumento dos níveis e da frequência de exercícios físicos ⁽²⁾.

O manejo dessa doença na criança pode ser muito mais difícil do que no adulto, pois está relacionada a mudanças de estilo de vida e, principalmente disponibilidade dos pais ou responsáveis. Normalmente, o ganho de peso na criança é acompanhado por elevação da estatura e velocidade da idade óssea, porém na criança com obesidade, o ganho de peso continua e a estatura e a idade óssea se mantêm ⁽³⁾.

O desmame realizado precocemente e de modo incorreto pode contribuir para o aumento da obesidade nas crianças. Esse fato ocorre, em especial, nas comunidades urbanas, onde a amamentação é substituída por uma alimentação inadequada, com excesso de açúcares, lipídios entre outros, oferecidos em quantidades superiores às necessárias ao desenvolvimento do bebê ⁽⁴⁾.

A globalização e a enorme velocidade da informação padronizam modos de vida, com mudanças semelhantes em todo o mundo, mostrando um padrão alimentar inadequado associado à inatividade física cada vez maior. O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, passa por período de transição epidemiológica, caracterizada por uma mudança no perfil dos problemas relacionados à saúde pública, predominando as doenças crônico-degenerativas, embora as doenças transmissíveis ainda desempenhem papel importante ⁽²⁾.

Os hábitos alimentares dos brasileiros mudaram muito, e a obesidade infantil pode estar relacionada a fatores hereditários, mas também aos maus hábitos alimentares dos Brasileiros. A criança aprende hábitos pelo exemplo dos pais, por isso, filhos que visualizam os pais se exercitando, e com alimentação saudável, recebem, desde cedo, estímulo para desenvolverem esses bons hábitos. Pode-se afirmar, por conseguinte, que a família é o agente facilitador da obesidade infantil ⁽³⁾.

Os avanços tecnológicos interferem no estilo de vida das pessoas e, em especial, das crianças, que atualmente passam horas assistindo televisão, em frente ao computador ou em uso de outros aparelhos eletroeletrônicos, que associados à

falta da prática regular de atividade física, favorecem o desenvolvimento do sedentarismo. A evolução tecnológica também pode influenciar o tipo e a qualidade dos alimentos ingeridos pelas crianças ⁽⁴⁾.

Nesse contexto, a obesidade infantil tem sido considerada um grande problema de saúde pública, pois existe uma transição epidemiológica, ou seja, observa-se um quadro de sobrepeso e obesidade que se sobrepõe à desnutrição. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é uma ação indispensável da Enfermagem para que a prevenção, a detecção e o tratamento sejam executados de forma segura e eficaz, com vistas a garantir sempre qualidade na assistência prestada ⁽⁴⁾.

Dessa forma, é necessário instituir medidas adequadas para a sua prevenção, podendo ser aplicadas ainda na vida intrauterina, por meio da identificação de fatores de risco para a obesidade e da orientação à gestante/lactante quanto a hábitos de vida que favoreçam o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança ⁽²⁾.

Logo nos primeiros anos de vida, é importante que exista a orientação alimentar adequada e específica, a fim de que os pais e cuidadores conheçam os alimentos que devem ser consumidos na primeira infância, como devem ser preparados, qual a quantidade adequada e em que idade devem ser introduzidos. Além disso, é importante que a família, a escola, a equipe de saúde e a comunidade atuem de maneira conjunta para melhorar a qualidade de vida da população infantil ⁽⁵⁾.

O enfermeiro tem uma função importante na prevenção da obesidade infantil, pois pode acompanhar e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e orientar as famílias ⁽⁵⁾. Diante disso, esse estudo tem como objetivo elucidar quais são as principais ações do enfermeiro na prevenção e redução da obesidade infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão da literatura com abordagem qualitativa. O levantamento dos dados foi feito mediante o uso dos descritores “obesidade infantil”, “papel do enfermeiro” e “medidas de prevenção”. Foi feita a busca por artigos científicos, publicados em língua portuguesa, entre os anos de 2003 a 2014, nas plataformas de pesquisas: Scielo, Mediline-Bireme, Lillacs.

As publicações foram selecionadas inicialmente com base na leitura de seu título e resumo. Posteriormente, procederam-se à leitura na íntegra do conteúdo dos artigos para levantamento dos principais resultados, apresentados no quadro.

RESULTADOS

Os artigos selecionados para a construção deste estudo são relacionados no quadro. Eles foram organizados segundo o ano de publicação, sendo listados os objetivos gerais de cada um, e o aspecto analisado em relação à prevenção e redução da obesidade infantil.

Quadro 1. Artigos científicos selecionados para discussão de acordo com os descritores.

Autor	Ano	Objetivo Geral	Prevenção e redução da obesidade infantil
SOARES, PETROSKI,	2003	Investigar a prevalência da obesidade infantil, identificar os possíveis fatores etiológicos, além de verificar quais as intervenções que se destacaram nesta última década como forma de diminuir e/ou prevenir a obesidade em crianças.	Identifica de forma precoce as ações que relevantes na prevenção da obesidade infantil que podem ser desenvolvidas pela equipe multidisciplinar.
BALABAN et al.,	2004	Investigar se o aleitamento materno tem um efeito protetor contra o sobrepeso na idade pré-escolar.	Aleitamento materno exclusivo como fator importante na prevenção de obesidade infantil.
MELLO; LUF.; MEYER	2004	Abordagem terapêutica da obesidade infantil, bem como aspectos de seu diagnóstico e prevenção.	Deve-se prevenir a obesidade infantil com medidas adequadas de prescrição de dieta na infância desde o nascimento, além de se estudar mais sobre programas de educação que possam ser aplicados no nível primário de saúde e nas escolas.
SILVA; BALABAN;	2005	Comparar as prevalências de sobrepeso e obesidade em pré-	Coleta de medidas antropométricas para

Autor	Ano	Objetivo Geral	Prevenção e redução da obesidade infantil
MOTTA		escolares, escolares e adolescentes em condições socioeconômicas distintas.	determinar a taxa de sobrepeso e/ou obesidade.
ARAÚJO et al.,	2006	Verificar a amamentação ineficaz como fator que possibilitaria a gênese da obesidade infantil.	Investigação do papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil em um grupo de crianças.
ARAÚJO et al.,	2006	Enfocar a contribuição da etnografia para o cuidado de enfermagem relacionado à obesidade infantil numa dinâmica familiar inadequada.	O uso da etnografia para compreensão do simbolismo da comida dentro das famílias e padrões culturais prejudiciais à saúde.
BORGES et AL	2007	Determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de 6 a 11 anos, avaliando o tempo de permanência em frente à TV.	Demonstrar que o tempo de permanência em frente à TV aumenta o risco ao sedentarismo e conseqüentemente à obesidade.
DAMASCENO et al.,	2010	Estabelecer uma correlação entre a circunferência da cintura e o Índice de Massa Corporal (IMC) na determinação do excesso de peso e distribuição de gordura em crianças de escolas	A mensuração da CC (Circunferência da Cintura) a CC como medida antropométrica importante no diagnóstico da obesidade e doenças correlacionadas.
MARCHI-ALVES.	2011	Determinar a classificação nutricional infantil e comparar os índices de sobrepeso e obesidade de crianças atendidas em uma Unidade de Saúde de um município do interior paulista nos anos de 1983/1984 e 2003/2004.	Acompanhamento e mensuração sistemática do peso e altura como medida de reconhecimento precoce da obesidade infantil, com intuito de tratamento precoce.

Autor	Ano	Objetivo Geral	Prevenção e redução da obesidade infantil
DORNELLES; ANTON; PIZZINATO.	2014	Esse estudo identifica as percepções dos profissionais de saúde acerca do papel da sociedade e da família na atenção ao sobrepeso e obesidade infantil	As percepções dos profissionais de saúde a cerca da obesidade na infância.

DISCUSSÃO

Acompanhar o desenvolvimento infantil está entre as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, sendo o enfermeiro o responsável por executar, gerir e elaborar ações que proporcionem saúde e qualidade de vida à criança. Cabe a esse profissional também gerir estratégias de enfrentamento da obesidade infantil ao atuar para modificar essa realidade em sua comunidade, devendo estar atento às muitas dimensões que permeiam esse assunto, para buscar entender de forma profunda as questões envolvidas na obesidade infantil.

A obesidade pode ser classificada, de acordo com a sua origem, em exógena ou endógena, sendo a primeira a mais frequente. A obesidade exógena se desenvolve a partir do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, necessitando de maior acompanhamento já que são muitos os fatores envolvidos. A obesidade endógena é causada por alterações metabólicas, deve-se identificar a doença de base, geralmente disfunções hormonais, e tratá-la ⁽⁷⁾.

A obesidade não pode ser reduzida como simples fruto de maus hábitos alimentares. Existem três períodos críticos da vida do indivíduo que influenciam a geração ou aumento do número de células adiposas. São eles: a) no último trimestre de gestação no qual os hábitos nutricionais da gestante podem modificar a composição corporal do feto; b) no primeiro ano de vida, fase em que é introduzida a alimentação, e c) na adolescência, caracterizada pelo aumento dos hormônios sexuais e crescimento acelerado. A obesidade, que já se manifesta na infância, causada pelo aumento do número de células adiposas no organismo, dificulta a perda de peso, com tendência natural à obesidade ⁽⁸⁾.

As primeiras experiências alimentares farão toda diferença na vida futura, esse fenômeno é chamado “imprinting metabólico”, e trata-se das lembranças metabólicas das primeiras experiências nutricionais que terão um efeito por toda vida. O primeiro

alimento do bebê é o leite materno, composto por inúmeros fatores bioativos, como hormônios e enzimas que influenciarão o crescimento, a diferenciação e maturação funcional de órgãos específicos, afetando, diretamente, por exemplo, o número e/ou tamanho dos adipócitos ou estimulando o processo de homeostase metabólica do infantil ⁽⁹⁾.

Ainda segundo Balaban et al (2004) e Araujo et al (2006), no leite humano existe um hormônio chamado leptina, que desempenha importante papel regulador no metabolismo do lactente, visto que atua no hipotálamo e produz uma ação de inibir o apetite e as vias anabólicas, e estimular as vias catabólicas, por isso a leptina pode constituir um meio importante pelo qual se sinaliza ao cérebro que houve armazenamento suficiente de energia, diminuindo assim o apetite e a necessidade de ingestão de alimentos ^{(9);(10)}.

O aumento da obesidade em lactentes é resultado de um desmame precoce e de erros alimentares no primeiro ano de vida, ocorrendo principalmente na população urbana de baixa renda, os quais abandonam de forma precoce o aleitamento materno, substituindo-o por alimentação com excesso de carboidratos ⁽⁸⁾.

O enfermeiro deve, portanto estar atento a padrões alimentares inadequados adotados pela gestante e situação de aleitamento ausente ou deficiente, os alvos iniciais para a educação em saúde. Enfatiza-se que educação em saúde compreende a mudança de comportamento e estilo de vida, sendo que o indivíduo passa a ser também o responsável pelo seu estado de saúde ⁽¹⁰⁾.

As nutrizes, em sua grande maioria, são fisicamente capazes de aleitar até o sexto mês de vida do bebê, desde que recebam incentivos corretos e suficientes, e o enfermeiro deve na primeira consulta do pré-natal discutir com a gestante as vantagens da manutenção do peso e adoção de uma alimentação saudável durante toda a gestação, bem como nesse primeiro encontro iniciar as orientações sobre uma amamentação plena, destacando suas vantagens, e desmitificando costumes e culturas desfavoráveis à amamentação ⁽¹⁰⁾.

No puerpério, o enfermeiro é o profissional mais engajado na orientação à puérpera sobre a alimentação mais adequada durante o aleitamento, os exercícios que facilitam a ejeção de leite e a adoção de fatores ambientais favoráveis à implementação de uma experiência prazerosa e saudável durante a amamentação ⁽⁹⁾. As práticas da IHAC (iniciativa Hospital Amigo da Criança) favorecem o estabelecimento da amamentação eficaz por meio da permanência da criança e mãe em alojamento conjunto, onde recebem de enfermeiros e sua equipe orientações quanto às condutas maternas relacionadas ao manejo da amamentação ⁽¹¹⁾.

A identificação precoce do quadro de sobrepeso infantil é fundamental para início das estratégias de prevenção, desse modo, a mensuração rotineira dos valores de peso e altura para cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal), apresenta-se como uma estratégia primária para o diagnóstico e manejo da obesidade. A mensuração do peso deve ser convencionalmente estabelecida e a utilização prática dos índices antropométricos precisa ser conjugada como prática habitual nos atendimentos de saúde ⁽¹²⁾.

A coleta e análise das medidas antropométricas são padronizadas pelo Ministério da Saúde e fazem parte do exame físico; os instrumentos utilizados para sua aferição devem ser frequentemente calibrados; os dados coletados devem ser aplicados nos gráficos de referenciais antropométricos em pediatria mais habitualmente denominados curvas de crescimento. Os referenciais nada mais são do que tabelas e gráficos que reproduzem, para cada idade e sexo, os diferentes valores de cada medida corpórea, estimados como normais com base nos observados em amostras de crianças e adolescentes avaliados como normais e saudáveis. Além dessa variação considerada normal em cada idade e sexo, as tabelas e gráficos apresentam também, para cada sexo, a tendência de evolução em função da idade ⁽²⁾.

Além da pesagem convencional e o cálculo do IMC, a medição da circunferência da cintura (CC) adiciona um dado importante. A Circunferência da Cintura (CC) definida por meio da medida da menor circunferência entre a crista ilíaca e o rebordo costal é, particularmente, melhor preditora da obesidade visceral, condição que representa alto risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes Mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares ⁽¹³⁾.

O uso isolado da CC ou do IMC é ineficaz na determinação do padrão de gordura na infância, sugere-se o uso de ambas as medidas antropométricas para a determinação da distribuição da gordura em crianças. Esses índices também direcionam a triagem da hipertensão arterial, resistência à insulina e dislipidemias em crianças e adolescentes, nas unidades básicas de saúde, nas escolas e nos serviços especializados ⁽¹⁰⁾. As medidas antropométricas são alternativas simples, não invasivas, rápidas e baratas que podem ser usadas como critérios de triagem da obesidade, sendo capazes de identificar indivíduos com risco aumentado para evoluções adversas, devendo posteriormente ser diagnosticado mais precisamente ⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro deve seguir de forma sistemática por ocasião das consultas de acompanhamento das crianças no programa de CD (Crescimento e Desenvolvimento) a mensuração das medidas antropométricas, avaliação e a orientação da curva de crescimento, segundo os índices utilizados, as informações devem ser registradas na

Caderneta de Saúde da Criança para acompanhamento pela equipe multidisciplinar⁽¹⁵⁾.

A criança classificada com o peso acima do adequado (excesso de peso) deve ter o diagnóstico apresentado à mãe ou responsável pela criança no momento do atendimento, explicando as devidas orientações para cada caso. Para menores de 2 anos, quando apresentar excesso de peso, avaliar também a altura da criança. Caso apresente déficit de altura, essa pode ser recuperada naturalmente, na maioria dos casos⁽¹⁵⁾.

O Enfermeiro deve desmistificar o conceito da criança "gordinha" como sinônimo de saúde, este conceito deve ser reconstruído por meio de um processo educativo compartilhado entre profissionais de saúde e a família, no sentido de sensibilizar para a necessidade de um acompanhamento nutricional, estimulando a formação de práticas alimentares saudáveis⁽¹⁵⁾.

À medida que a criança se desenvolve, é necessário o acompanhamento sistemático tanto da criança quanto da família, pois a literatura sugere que é maior a probabilidade de crianças desenvolverem obesidade quando os pais são obesos. Uma criança que ambos os pais são obesos possui 80% de chances de desenvolver a obesidade, caindo para 40% se apenas um dos pais apresentar essa condição⁽⁸⁾.

Quando nenhum dos pais possuem tal enfermidade, essa criança terá apenas 7% de chances de se tornar uma pessoa obesa⁽⁸⁾. Além de considerar os componentes genéticos, pode-se relacionar a obesidade infantil às questões de aprendizagem de hábitos alimentares e da reedição da obesidade a partir da identificação com os pais⁽¹⁶⁾.

Um aspecto importante que foi percebido pelos profissionais envolvidos foi à apatia dos pais, tanto no diz respeito à adoção de mudança de hábitos alimentares de sua família quanto na adoção de estratégias de redução de alimentos processados. O estilo de vida moderno é acelerado e tem como principal consequência um menor cuidado com a saúde nutricional, dando-se preferência aos alimentos processados de mais fácil e rápido preparo⁽¹⁶⁾.

Outros hábitos podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade em crianças, como assistir televisão e a prática de jogos eletrônicos, favorecendo a diminuição do gasto calórico diário^(7,17).

O enfermeiro, enquanto vigilante nutricional e educador em saúde, para a prática do seu cuidado na obesidade infantil, deve além de pautar-se na avaliação nutricional e antropométrica efetiva, perceber a gênese da obesidade ao detectar comportamento familiar de risco como: sedentarismo, alimentação hipercalórica

excessiva, desmame precoce, má preparação dos alimentos, superproteção dos filhos ou crises familiares ⁽¹⁸⁾. Além disso, o profissional deve compreender a significância ou a simbolização que esse comportamento tem na vida da família ou na vida da própria criança obesa, e esse conhecimento familiar pode facilitar a aproximação e inserção da educação em saúde e sua promoção ⁽¹⁸⁾.

É provável que nessa aproximação, o enfermeiro perceba que o problema da obesidade da criança esteja também presente nos pais, e seja necessário o manejo de toda família na construção de novos hábitos. A família que vive esse contexto deverá ser incluída em programas desenvolvidos pelo enfermeiro na unidade de saúde, como: caminhada em grupo; grupos de ginástica; grupos de alimentação saudável e acompanhamento sistemático pela equipe de saúde da família. Na presença de comorbidades como diabetes e hipertensão, os membros da família com as comorbidades devem ser incluídos em programa como hiperdia onde diabéticos e hipertensos são acompanhados, tratados e orientados para prevenção de outras comorbidades ^(15,18).

As crianças obesas serão adultos obesos e buscarão tratamento nas unidades públicas de saúde no futuro, logo é imperativo que as políticas de saúde para combate à obesidade infantil avancem, especialmente as ações preventivas. Passos importantes nessa direção foram dados recentemente, nacionalmente se teve a inclusão de metas para reduzir a obesidade no Plano Nacional de Saúde e a aprovação de diretrizes para uma alimentação saudável. Intersetorialmente destacam-se a adoção de políticas de segurança alimentar e nutricional, bem como a integração do Programa Nacional de Alimentação Escolar ⁽¹⁹⁾. Os programas escolares de educação em saúde são, no momento, a estratégia mais eficaz para reduzir os problemas de saúde públicos crônicos relacionados com o estilo de vida sedentário e padrão alimentar errôneo ⁽⁷⁾.

A educação e a saúde devem caminhar de forma articulada na construção individual e coletiva dos sujeitos dos quais a sociedade é constituída. Por isso, os processos educativos precisam ser vistos não apenas na perspectiva da possibilidade de gerar e disseminar conhecimentos, mas, sobretudo, na dimensão humana e de melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas ⁽⁷⁾.

O enfermeiro traz em sua essência profissional a educação em saúde como forma de promoção da saúde, e certamente é o profissional capaz de intermediar as lacunas entre planejamento em saúde e ações em saúde, suas ações em educação não ficam restritas apenas às salas de atendimento, o profissional enfermeiro está

inserido em todos os programas de saúde desenvolvidos na atenção primária, esta circulação entre os diferentes níveis lhe proporciona melhor entendimento dos diferentes cenários em saúde ⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Hoje a obesidade infantil é uma epidemia mundial, e conseqüentemente um agravante ao sistema de saúde brasileiro. Ela cresce de forma silenciosa, e as evidências científicas sugerem claramente que a prevenção é a melhor conduta contra essa doença. Uma assistência de Enfermagem eficaz, com foco na prevenção, consiste em uma arma poderosa na guerra contra a obesidade infantil. As ações de assistência ao tratamento e educação devem e são desenvolvidas pela equipe de enfermagem, abrangendo desde o pré-natal, do desenvolvimento da criança até o acompanhamento da saúde do adulto. A promoção de políticas públicas de saúde também constitui atribuição do enfermeiro, que deve ajudar a implementá-las e fortalecê-las, para que o sucesso no combate à obesidade infantil seja alcançado.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira WE, Alves, VF. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15 (1): 185-194.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação /Departamento Científico de Nutrologia. 2ª. Ed. São Paulo: SBP; 2009.
3. Araujo et al., Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica [monografia]. Ceará: Universidade Federal do Ceará; 2006.
4. Lopes PCS, Prado SRLA, Colombo, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. Rev. bras. Enferm. 2010; 63 (1):73-78 .
5. Balaban GS, Giselia A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. J. Pediatr. 2004; 80 (1): 7-16.
6. Araújo CQB, Teixeira JVM, Coutinho LCQM. Obesidade infantil versus modernização: uma revisão de literatura. Rev. bras. Enferm. 2009.
7. Mello E, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. J. Pediatr. 2004; 80 (3): 173-182.
8. Soares LD, Petrosk EL. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. Rev. bras. Florianópolis; 2003.

9. Balaban G, Silva GAP, Dias MLCM, Dias MCM, Fortaleza GTM, Morotó FMM et al . O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2004.
10. Araujo MFM, Beserra EP, Chaves, ES. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. Acta paul. enferm.2006; 19 (4): 450-455.
11. Vieira GO, Silva LR, Mendes CMC, Vieira TO. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006.
12. Marchi-Alves LM, Yagui CM, Rodrigues CS, Mazzo A, Rangel EML, Girão FB. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. Esc. Anna Nery. 2011.
13. Damasceno MMC, Fragoso LVC, Lima AKG, Lima ACS, Viana PCS. Correlação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura em crianças. Acta paul. enferm. 2010.
14. Silva GAP, Balaban G, Motta MEF. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005.
15. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade; 2014.
16. Dornelles AD, Anton MC, Pizzinato A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. Saúde soc. 2014.
17. Borges CR, Köhler MLK, Leite ML Influência da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. Ciência, Cuidado e Saúde. 2007.
18. Araújo MFM, Pinheiro EB, Moura TA, Soares EC. Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2006.
19. Reis CEG.; Vasconcelos IAL, Barros JF .Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. Rev Paul Pediatr 2011.
20. Lopes GT, Bernardes MMR, Acauan LV, Felipe ICV, Casanova EG, Lemos BKJ. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. Esc. Anna Nery. 2007.

Os olhos também são alvos do câncer: o cuidar da enfermagem diante de pacientes com melanoma de coroide

Bruna Pereira Martins¹, Thâmara Rodrigues Alves², Maury Chaves da Silva³.

¹ Acadêmica do curso de graduação de Enfermagem FACIPLAC. Gama, DF, Brasil. E-mail: bruninha-00@hotmail.com

² Acadêmica do curso de graduação de Enfermagem FACIPLAC. Gama, DF, Brasil. E-mail: thamara0309@gmail.com

³ Mestre em Teologia STBNB. Professor do curso de Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail: maury.silva@faciplac.edu.br

Resumo

O Melanoma de Coroide é dentre todos os tipos, o tumor intraocular mais comum e o mais frequente na população adulta. Trata-se de uma revisão integrativa sobre os melanomas de coroide, destacando os principais tratamentos do melanoma de coroide e analisando a letalidade da neoplasia ocular, e a atuação do enfermeiro diante de pacientes terminais com câncer nos olhos. Observou-se que a principal estratégia no tratamento do Melanoma de Coroide é o controle da lesão tumoral. A sobrevivência mediana dos doentes com câncer nos olhos com metástases varia entre 16 meses a 5 anos de vida. A assistência da enfermagem é de fundamental importância para os cuidados paliativos para os pacientes em estado terminal com metástase, suavizando a dor e promovendo ação balsâmica em meio ao sofrimento e à desesperança.

Palavras-chaves: Câncer. Olhos. Melanoma de Coroide. Enfermagem.

Abstract

The choroidal melanoma is among all types, the most common intraocular tumor and the most common in adults. This is an integrative review of the melanomas of the choroid, highlighting the main treatments of choroidal melanoma and analyzing the lethality of eye cancer, and the role of the nurse facing terminal cancer patients in the eye. It was observed that the main strategy in the treatment of choroidal melanoma is the control of the tumor. The median survival of patients with cancer in the eye with metastases ranges from 16 months to 5 years. The nursing care is of fundamental importance for palliative care for terminally ill patients with metastasis, softening the pain and promoting balsamic action in the midst of suffering and hopelessness.

Keywords: Cancer. Eyes. Choroid melanoma. Nursing

INTRODUÇÃO

O câncer pode afetar o olho e a órbita como resultado direto de infiltração metastática, deslocamento do globo ocular, compressão do nervo óptico ou anticorpos circulantes envolvendo degeneração paraneoplásica da retina ⁽¹⁾. Um tumor metastático para a úvea é a forma mais comum de um processo metastático intraocular, sendo a coroide o sítio mais comum, enquanto corpo ciliar, íris, retina, disco óptico e vítreo são sítios raros ⁽¹⁾. O tumor metastático é a neoplasia ocular mais frequente e a coroide é o local mais comum ⁽²⁾.

Estudos feitos nos Estados Unidos relatam que o “tumor metastático é a neoplasia ocular mais frequente, e a coroide é o local mais comum desta” ⁽²⁾. A maioria dos casos envolve doentes em fase terminal ou com poucas perspectivas de longevidade. O cancro do pulmão é a primeira causa de metástase de coroide em homens, como o cancro da mama é em mulheres. Nos Estados Unidos os casos de metástases intraoculares em pacientes abrange cerca de 22.000 a 66.000 pessoas anualmente e nesses casos podem levar os pacientes a óbito ⁽²⁾.

Nos estudos em pauta, percebe-se que aproximadamente um terço dos pacientes diagnosticados nos Estados Unidos não tem história de câncer primário quando do diagnóstico de tumor ocular, principalmente nos casos de neoplasia de origem pulmonar e renal. O melanoma da coroide é o tumor intraocular primário mais comum em adultos e corresponde a 85% dos melanomas da úvea e apresenta-se como um tumor assintomático detectado ao acaso ⁽³⁾.

Os locais onde se desenvolvem tumores primários mais frequentemente são a mama, em mulheres, e o pulmão em homens ⁽¹⁾.

O melanoma maligno de coroide é um tumor primário intraocular em adultos, é um tumor raro, mais frequente na 6ª década de vida e muito raro na 1ª e 2ª décadas, com incidência calculada em 6 casos por 1.000.000 de habitantes por ano nos Estados Unidos, 7 pessoas por milhão por ano na Europa Ocidental, e não existindo estimativas para o Brasil ⁽⁴⁾. Esse tumor acomete preferencialmente indivíduos acima dos 50 anos de idade e da raça branca, sendo raro nas raças negra e asiática. Em alguns pacientes são assintomáticos, enquanto em outros pode causar perda de visão, defeitos no campo visual, fotopsia ou dor ^(4,6,14).

A oftalmoscopia indireta tem grande relevância no diagnóstico, bem como no esclarecimento da população em relação à significância das alterações oculares e visuais ⁽⁴⁾.

O melanoma da úvea é uma neoplasia melanocítica com origem no trato uveal: íris, corpo ciliar e coroide. É a neoplasia maligna intraocular primária mais frequente no adulto, sendo também comum a metástase para o pulmão, fígado ou mama, tendo mau prognóstico nesses casos ^(4,5).

É notório que o câncer é um problema de saúde pública, e a prevenção e diagnóstico são ferramentas importantes para a redução das taxas de morbidade e mortalidade. Compete ao enfermeiro e à equipe de saúde agir de forma acurada e conjunta nas ações preventivas, de promoção da saúde e curativas. Nesse sentido, é importante que haja aproximação entre a equipe

e usuários de serviços de saúde, na medida em que esta permite uma difusão do conhecimento, unindo-o e desmitificando a doença ⁽⁷⁾.

Convém destacar que, o uso de novas terapias e tecnologias para assistir os pacientes sem possibilidades de cura aumenta o tempo de permanência deles no ambiente de terapia intensiva, e gera questionamentos de como está sendo ofertada a assistência de enfermagem a esses pacientes possibilidades terapêuticas curativas limitadas. A assistência de enfermagem ao paciente terminal dentro de uma unidade de terapia intensiva busca ofertar cuidados especializados aos pacientes e familiares ⁽⁸⁾.

Neste contexto, o presente artigo tem como objetivo fazer uma revisão integrativa de artigos que tratam sobre os melanomas de coróide, destacando os principais tratamentos, análise de letalidade da neoplasia ocular e a atuação do enfermeiro diante de pacientes com mau prognóstico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, análise integrativa com uma abordagem qualitativa. Foram seguidas as seguintes etapas: busca pelos artigos relacionados ao tema; leitura dos artigos; interpretação e fichamento dos dados obtidos; análise; discussão e apresentação dos resultados; e a última etapa, consistiu na apresentação da revisão.

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias é a que especificamente interessa a esse trabalho. Trata-se de levantamento de toda bibliografia já publicada, em forma de livros, revista, publicações avulsas e impressa escrita. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto. ⁽⁹⁾

Optou-se por uma abordagem qualitativa, pois nesses casos a interpretação proporciona explicações similares sobre os resultados, mas com algumas diferenças. O pesquisador qualitativo precisa lidar com a maneira como as questões de pesquisa foram respondidas pelos achados qualitativos. Além disso, podem ser feitas comparações dos achados com estudos de pesquisa passados na literatura. A análise dos dados qualitativos envolve a codificação dos dados, a divisão do texto em unidades pequenas (expressões, sentenças ou parágrafos), atribuição de um rótulo a cada unidade, e depois agrupamento dos códigos em temas. (9)

Foi feita uma busca ou amostragem na literatura. A busca dos artigos ocorreu mediante consulta às bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de 2005 a 2016, sendo essas publicações na língua Inglesa e Portuguesa, e para tal, foram utilizados os seguintes descritores: Câncer, Olhos, Melanoma de Coróide, Assistência de Enfermagem. Foram analisados e fichados um total de 25 artigos, dos quais 18 foram eleitos para construção dessa pesquisa por apresentar um objetivo mais próximo.

Esse método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados, e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos ⁽¹⁰⁾.

O critério de inclusão dos artigos definidos inicialmente para a presente revisão integrativa foi a utilização de uma metodologia que permitisse obter evidências sobre atuação do profissional de enfermagem.

RESULTADOS

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes, que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática, além de possibilitar a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, e apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos ⁽¹⁰⁾.

Tabela 1: Análise das obras publicadas de 2004 a 2015

ARTIGOS	QUANTIDADE	%
Encontrados	25	100
Desconsiderados	7	28
Considerados	18	72
Artigos originais	10	56
Artigos de revisão	8	44

Diagnóstico e Tratamento do Tumor Primário

Uma vez diagnosticado o melanoma de coróide, o tratamento tem por objetivo controlar a lesão tumoral, preservar os tecidos saudáveis próximos, além do olho e da visão. A escolha do tratamento baseia-se principalmente no tamanho do tumor, na idade do paciente, na saúde sistêmica geral, localização da lesão, entre outros fatores ⁽¹¹⁾.

O diagnóstico precoce, feito através de cuidadoso exame oftalmológico e o tratamento adequado, é fundamental para melhorar o prognóstico visual e de vida do paciente. Nos artigos investigados, percebeu-se que não é rara a descoberta do tumor em estágio avançado, limitando as opções terapêuticas e aumentando a morbidade e a mortalidade pela patologia ⁽⁶⁾.

O tratamento é complexo e deve ser individualizado para cada paciente. Os seguintes fatores devem ser considerados: (a) tamanho, extensão, localização e atividade aparente do tumor, (b) condição do olho contralateral, (c) saúde geral e idade do paciente e (d) desejos e receios do paciente. Há uma tendência crescente para o uso de terapias combinadas, com as seguintes modalidades, conforme em destacadas abaixo: ⁽³⁾:

- ✓ A braquiterapia frequentemente é o tratamento de escolha por ser relativamente direta e eficaz.
- ✓ Radioterapia externa com prótons ou íons de hélio por meio de acelerador nuclear.
- ✓ A termoterapia transpupilar (TTT) é feita com o laser de diodo para causar hipertemia, mas não coagulação.
- ✓ A ressecção local transescleral é um procedimento difícil que envolve extirpação do tumor com uma margem de coróide saudável, sob uma aba escleral de espessura parcial.
- ✓ A radiocirurgia estereotáxica com feixes de raios gama (Gamma-knife) é um novo método que envolve a liberação de radiação ionizante em sessão única, para um volume de tecido localizado estereotaxicamente.
- ✓ Enucleação para as indicações da retirada do bulbo, para tumores muito grandes, particularmente se toda a visão útil tiver sido perdida de modo irreversível.
- ✓ O tratamento paliativo com quimioterapia e/ou imunoterapia pode prolongar a vida em pacientes com doença metastática.

Tratamento da doença metastática

Ainda que existam várias opções terapêuticas, nenhuma delas garante cura ao paciente. A escolha do tratamento será baseada na possibilidade de manutenção da visão, do globo ocular afetado e na redução de metástases à distância ⁽⁶⁾.

Apesar dos avanços no diagnóstico precoce e da eficácia do tratamento do tumor primário, não se tem observado a melhoria esperada na sobrevivência dos doentes com melanoma da úvea, após ocorrência da doença metastática ⁽⁵⁾.

O tratamento deste tumor é controverso. Desde a década de 70, o tratamento tem sido campo de calorosas discussões, porque apareceram trabalhos clínicos mostrando que a sobrevivência dos pacientes que recusavam a enucleação do globo ocular era a mesma sobrevivência daquele que se submetiam a cirurgia. Também surgiram publicações relacionando a intervenção com o aumento da constatação de metástases à distância, possivelmente resultantes da manipulação do globo ocular durante o procedimento de enucleação. O tumor não responde a radioterapia, nem a

quimioterapia antineoplásica, restringindo a discussão do tratamento, principalmente, ao ato cirúrgico. O ato cirúrgico, que consiste em enucleiar o globo ocular portador de um melanoma cujo diâmetro está acima de 13 mm, é considerado, por alguns autores, como sendo desvantajoso, outros o consideram adequado. O prognóstico apresenta uma mortalidade de até 50% no prazo de 5 anos. O aparecimento de metástases é uniformemente letal⁽¹²⁾.

Um estudo do grupo “Collaborative Ocular Melanoma Study” (COMS) descreveu uma mortalidade, proporção cumulativa de 80% aos 12 meses, em doentes com melanoma da úvea que desenvolveram metástases hepáticas. O melanoma da úvea metastático é altamente resistente à quimioterapia sistêmica, sobretudo quando há envolvimento hepático.⁽⁵⁾

No artigo sobre “Estudo de melanoma de coroide na Universidade Federal de Uberlândia”, os autores Arcieri et al (2005) descrevem a situação sociocultural dos pacientes relatados e caracterizam-os pelo fato de serem desinformados e apresentarem muita dificuldade em receber atendimento oftalmológico. Nesses casos, os pacientes tiveram um diagnóstico da doença numa fase de lesão avançada, o que limitaram as opções terapêuticas e tornaram frustrante a evolução de uma neoplasia ocular potencialmente tratável⁽⁴⁾.

Dois estudos destacam-se por refletir sobre o tratamento em suas múltiplas dimensões, são eles Cruz (2009) e Moreno (2015). Nos tratamentos a ultrassonografia ocular, foram citados em todos os casos, em processo de diagnóstico nos pacientes que apresentaram tumores classificados quanto ao tamanho como grandes de acordo com os estudos de (COMS) com diâmetro basal superior a 16 mm e/ou altura maior que 8 mm, o tratamento cirúrgico enucleação⁽⁶⁾.

Em concordância com o que foi observado por Arcieri *et al.* (2005), em estudo realizado em Uberlândia, a maioria dos diagnósticos (66,5%) foram realizados devido a queixa de perda visual, e a diminuição da visão estava presente em 20 pacientes (83,33%), sendo esse o sintoma inicial o que mobilizou a procura pelo atendimento oftalmológico. Muitos casos de melanoma de coroide são detectados na fase inicial da doença através de exames de rotina, estando os pacientes praticamente assintomáticos. Nos pacientes com sinais de doença metastática e com tumores grandes no momento do diagnóstico, resta como solução a intervenção cirúrgica⁽⁴⁾.

A radioterapia prévia à enucleação é utilizada na tentativa de reduzir o risco subsequente de disseminação metastática, o que foi realizado em um paciente no estudo em Uberlândia. A radioterapia pré-cirúrgica teria como intuito esterilizar o tumor, diminuindo o potencial reprodutivo das células tumorais, que eventualmente fossem disseminadas durante o ato cirúrgico, reduzindo o número de células viáveis abaixo do necessário para reiniciar o crescimento tumoral⁽⁴⁾.

Em geral, as taxas de sobrevivência por 10 anos após enucleação do olho afetado por melanoma de coroide são em média de 81,2% para tumores pequenos, 60,0% para tumores médios e 34,8%, porém outros fatores como tipo celular, volume do tumor, presença de disseminação extra-escleral e possibilidade de manipulação do olho durante a enucleação, também estão relacionados com a sobrevida⁽⁶⁾.

Para as lesões grandes, com mais de 10 mm de altura e/ou 20 a 25 mm no maior diâmetro da base, o tratamento usual é a enucleação, sendo que a radioterapia externa parece não ter nenhum impacto nos resultados, como demonstrado pela publicação do Collaborative Ocular Melanoma Study Group (COMS), em que mais de 1.000 pacientes, cujos olhos contendo MC classificados como grandes, eram sorteados para tratamento com enucleação ⁽¹³⁾.

A retirada do globo ocular como tratamento primário do MC tem sido questionada desde a década de sessenta, principalmente devido a taxa de 50% registrada de casos de mortalidade em cinco anos em consequência de metástases. O estudo de Cruess et al. avaliou o comportamento das lesões de 100 pacientes portadores de MC tratados sucessivamente com braquiterapia, usando placas de cobalto-60, e verificou que metade das lesões regrediu lentamente, persistindo como massa residual com aproximadamente 50% da espessura do tumor original após 54 meses ⁽¹³⁾.

Já para as lesões de médio e pequeno porte, outras técnicas foram identificadas, como a fotocoagulação, a terapia por laser, a termoterapia, a irradiação com partículas, a radioterapia convencional e a braquiterapia com uso de placas episclerais, que são utilizadas na tentativa da preservação do olho e da sua função. No Brasil, por causa da inexistência de equipamentos que produzam partículas pesadas, fica como técnica preferencial de tratamento irradiante a braquiterapia ⁽¹³⁾.

DISCUSSÃO

O paciente, uma vez diagnosticado com metástase em fase avançada, passa por tratamentos muitas vezes invasivos e entra no quadro terminal. O paciente terminal é aquele que se encontra incapacitado de desenvolver suas atividades físicas, de manter um relacionamento com as pessoas que o rodeiam, e cuja morte é aguardada a qualquer momento. Ele apresenta dificuldade para ingestão de alimentos, confusão mental ou coma, “ de acordo com uma condição de irreversibilidade apresentando uma alta possibilidade de morrer num período relativamente curto de tempo que oscilará de três a seis meses”. O paciente neste estágio necessita de cuidados especiais, ou seja, de uma assistência de qualidade, que geralmente são ofertados dentro das unidades de terapia intensiva ⁽⁸⁾.

Um doente terminal passa por uma série de estágios psicológicos distintos (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), até estar pronto para enfrentar a morte. Esses estágios oferecerem uma visão mais ampla de seus significados e fornecem subsídios para uma ajuda mais efetiva da enfermagem ao paciente em estado terminal ^(15,16).

Assistência da enfermagem

A equipe de enfermagem deve entender o processo de morrer, pois o cuidado é muito diferenciado e difícil, tendo em vista os aspectos operacionais e relacionais. Nesse contexto, entender a morte e o morrer implica identificar os estágios do processo de morrer. A enfermagem precisa saber lidar com a terminalidade da vida, pois o câncer é uma doença crônica e com tratamentos severos. Vale ressaltar que o processo de morrer pode ser definido como período vivenciado pelo paciente desde um diagnóstico de doença incurável até a sua morte ⁽²²⁾.

"O serviço de Enfermagem sofre impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado dos doentes", sendo que o cuidar de pacientes com doenças incuráveis torna a vida um confronto com a realidade do sofrimento e possibilidade da morte. Para os pacientes nessas condições surgem sentimentos repulsivos, desgastantes e atemorizantes, que geram situações são geradoras de estresse para a equipe de enfermagem ⁽¹⁹⁾.

No hospital, os profissionais de Enfermagem passam por uma série de mecanismos que são incorporados durante a prática profissional, denominados Técnicas de Defesa contra a Ansiedade. Dentre elas, destacam-se: a fragmentação do relacionamento enfermeiro/paciente, conseguido através da despersonalização, a categorização e negação da importância do indivíduo, que é conseguida através da inibição do desenvolvimento de um relacionamento pleno pessoa a pessoa e pelo distanciamento e negação dos sentimentos, conseguindo evitar envolvimento excessivo com o paciente e identificações perturbadoras ⁽¹⁸⁾.

O paciente diagnosticado com melanoma de coróide e com metástase confirmada percebe que seu fim é iminente. Logo pensamentos temerosos, angústias, reflexões, medo da não existência e outras formas cognitivas pavorosas, acabam sendo comuns ^(4,5).

Alguns pacientes se retraem e vivenciam o medo, outros começam a valorizar o tempo em que ainda dispõem e passam a enxergar a vida de maneira mais plena, o que favorece uma adaptação. Assim, os profissionais de saúde devem criar possibilidades para que o indivíduo compreenda a sua doença, pois essa conscientização pode ajudá-lo a enfrentar a enfermidade e até mesmo facilitar a conscientização da aproximação da morte ^(16,22).

Cabe a equipe de enfermagem e a todos envolvidos no ato do cuidar, ajudar a superar as dificuldades em todo o processo de morrer juntamente com os familiares dos pacientes envolvidos ⁽¹⁵⁾. A enfermagem deve, portanto, estar apta a ajudar a família a enfrentar o impacto do diagnóstico, permitindo a expressão de sentimentos, explicando e reforçando informações fornecidas pela equipe médica, estar disponível para dar apoio à família, preparar a família para os procedimentos e diagnósticos terapêuticos ⁽¹⁷⁾.

A dor incomoda e gera ansiedade. É muito importante que a equipe de enfermagem valorize as queixas do paciente em relação a ela, tendo como regra fundamental no cuidado desse paciente a noção de que toda dor é real, independentemente de sua causa ⁽¹⁶⁾.

Dentre os 18 estudos pesquisados e selecionados 06 apresentam pontos em comum, o cuidado paliativo. Destaca-se que em tal situação a comunicação passa a ser uma estratégia de cuidado para com o paciente em fase terminal, onde a enfermagem tem a proeminência na

atenção no cuidar, agindo de forma humanizada e não apenas realizando procedimentos mecânicos. O paciente é um ser holístico. A importância da humanização mais especializada no centro de terapia intensiva e centralidade no paciente, e não necessariamente no doente, torna-se uma prerrogativa nos cuidados paliativos.

A oftalmologia é um campo sempre em transformação. As preocupações de segurança padronizadas devem ser seguidas; porém conforme novas pesquisas e experiências clínicas ampliam nossos conhecimentos, algumas alterações no tratamento e na terapia medicamentosa tornam-se necessárias ou adequadas. Não é diferente nos casos de câncer nos olhos. Novos tratamentos e medicamentos estão em plena evolução, todavia o ser humano continua o mesmo diante do temor do fim de sua existência, e cabe a todos os profissionais da saúde redimensionar o tratamento em pacientes terminais valorizando a dignidade humana e o amor ao próximo.

CONCLUSÃO

O melanoma de coroide, apesar de ser o mais comum tumor maligno intraocular, é considerado um tumor raro, atingindo cerca de seis pessoas em cada grupo de 1 milhão de habitantes.

Representa um tumor agressivo, e se não for tratado, pode apresentar metástase e comprometer a vida do paciente, além de poder gerar complicações significativas como a cegueira. A parte do olho mais acometida pelo melanoma ocular é a coroide, que não é visível a olho nu, sendo necessário dilatar a pupila e examinar o olho internamente com equipamentos especiais para diagnosticá-lo.

Não há um consenso sobre estatísticas de cura em pacientes com melanoma de coroide que esteja com metástase. No Brasil não existem estatísticas sobre os casos de melanoma de coroide. Todavia, a ciência tem se debruçado sobre o tema, pois o baixo índice mundial de casos registrados no mundo não a exime da responsabilidade de desenvolver pesquisas para a cura dessa doença com alto poder letal.

Os melanomas de coroide podem ter várias formas de tratamento e a escolha do método mais adequado depende de fatores como: idade, potencial de visão, estado do olho adelfo, tamanho e localização do tumor.

Nos artigos analisados, é consenso que, em casos de metástases, principalmente quando atingem fígado e rins, os pacientes necessitam de um cuidado terapêutico voltado para redimensionar o sentido da vida e da morte, pois nesses casos, a iminência do fim da vida é grande.

A enfermagem, nesse contexto sombrio, deve ser a luz de uma tênue esperança que é possível redescobrir a vontade de viver mesmo diante do prenúncio da não existência física.

Conclui-se que, como forma de enfrentamento das situações consideradas difíceis de lidar com pacientes terminais, a enfermagem tem um caráter técnico científico, mas também um cuidado

paliativo com suporte emocional. Nos estudos lidos foram marcantes a preocupação da enfermagem quanto ao relacionamento com o paciente no sentido de revigorá-lo diante tanta dor e angústia com a iminência da morte.

REFERÊNCIAS

1. Piccinin MRM, et al. Metástases de coróide de origem testicular: relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2006; 69 (6): 949-53.
2. Aragao REM, de et al. Metástase coroidal como primeira manifestação de carcinoma bronquioloalveolar: relato de caso. Arq. Bras. Oftalmol. 2013, 76 (4): 250-252.
3. Anski JJ, et al. Oftalmologia clínica- Editora Elsevier. 2004: 44-45.
4. Arcierl ES, et al. Estudo de melanoma de coróide na Universidade Federal de Uberlândia. Arq. Bras. Oftalmol. 2005; 65: 89-93.
5. Cruz DP, Lopes JM. Características Clínico-laboratoriais e Sobrevida em Doentes com Melanoma da Úvea. Arq Med. 2009, 23 (2): 45-57.
6. Júnior AG, et al. Estudo de melanoma da coróide no Hospital Regional de São José-Santa Catarina. Arq Bras Oftalmol 69.4 (2006): 551-5.
7. Herr GE, et al. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. Rev. bras. Cancerol. 2013; 59 (1): 33-41.
8. Borges AWM, et al. A assistência de enfermagem ao paciente terminal em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Revista Eletrônica Interdisciplinar. 2013; 2 (10).
9. Creswell JW. et al. Pesquisa de métodos mistos. Porto Alegre: Penso; 2013.
10. Santos MCL, Pagliuca, LMF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15 (2): 350-354.
11. Schor P, et al. Guia de oftalmologia/coordenação. Barueri: Manole; 2004.
12. Ferreira NMLA. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. Rev. esc. enferm. USP . 1996; 30 (2):.229-253.
 - a. Pellizzon ACA, et al. Tratamento conservador ocular dos melanomas de coróide com braquiterapia utilizando placas de iodo-125. Radiol Bras. 2004; 37 (4).
13. Silva JD, Lyra PRM, Lima RCF. Análise computacional do dano térmico no olho humano portador de um melanoma de coróide quando submetido à termoterapia transpupilar a laser. Revista Brasileira de Engenharia Biomédica. 2013; 29 (1): 57-69.
14. Carmo SA, Oliveira ICS. Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem."Revista Brasileira de Cancerologia. 2015; 61 (2): 131-138.
15. Gonzaley, H. Enfermagem em oncologia. São Paulo: SENAC; 2005.

16. Otto SE, et al. Oncologia. Rio de Janeiro: Reichmann; 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
18. Fonseca FL, Matayoshi S. Metástases cutâneas em melanoma de coróide. Rev. bras.oftalmol. 2011; 70 (5):300-302.
19. Moreira JR., Moreira Neto CA. Ressecção em bloco de tumores uveais: avaliação de longo prazo. Arq. Bras. Oftalmol.2015; 78 (1): 47-49.
20. Dias RS, et al. Braquiterapia com rutênio-106 em melanomas uveais - resultados preliminares: experiência uni-institucional. Radiol Bras. 2007; 40 (2):105-111.
21. Andrade CG, Costa SFG, Lopes, MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (9).
22. Moreno M, Miranda, MHF. Cirurgia com Localização Radioguiada de uma Metástase Hepática de Melanoma de Coróide: Relato de Caso. Revista Brasileira de Cancerologia. 2015; 61 (2): 139-144.