

CUIDAR DE PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DISCURSO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Eula Priscila Brandão Soares *

Danielle Souza da Silva **

Aline Silva Gomes Xavier ***

Evanilda Souza de Santana Carvalho ****

Rosa Cândida Cordeiro *****

Edna Maria de Araújo

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, com objetivo de analisar o discurso de uma equipe multiprofissional sobre cuidar de pessoas com doença falciforme na unidade de emergência de um hospital público do estado da Bahia, Brasil. Participaram 10 profissionais de saúde das diversas categorias, que atuavam na emergência. Para apreensão dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, em seguida, submeteu-se a análise mediante a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A partir da análise, foram construídas três ideias centrais: a imagem da pessoa com doença falciforme, explicação sobre a doença e suas complicações e medidas imediatas empregadas no cuidado à pessoa com doença falciforme na emergência. Os discursos evidenciam que as complicações são provenientes do diagnóstico tardio e que existem falhas do sistema de referência e contra referência. Observa-se que a imagem elaborada sobre a pessoa com doença falciforme que adentra na emergência remete a uma pessoa frágil e vulnerável, contudo, há limitações na assistência. O processo de cuidar não deve se restringir à identificação de sinais e sintomas clínicos da doença falciforme. É necessária uma abordagem na perspectiva holística, para que as intervenções possam contribuir na superação dos limites impostos pela doença.

Palavras-chave: Hemoglobina falciforme. Serviço hospitalar de emergência. Equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) engloba as hemoglobinopatias hereditárias que tem em comum a presença da hemoglobina S, sendo a anemia falciforme (HbSS) a mais grave expressão clínica da DF⁽¹⁾. Esta representa a enfermidade genética mais prevalente no mundo. No Brasil, a cada ano, nascem 3.500 crianças com DF e 200.000 com traço falciforme. O gene pode ser encontrado 2% a 6% nas regiões do país, aumentando de 6% a 10% na população afrodescendente brasileira⁽¹⁾.

Estas características não devem ser consideradas como exclusiva desta população, embora atinjam um grande número, com taxas elevadas de morbimortalidade, pois se trata de

uma doença genética de transmissão mendeliana, e uma pessoa pode herdá-la desde que seus pais possuam o gene para a hemoglobina S⁽²⁾.

Nesse grupo de doenças, a hemoglobina sofre polimerização e provoca a deformação da hemácia normal para forma de foice, com característica rígida e endurecida, dificultando o seu transporte pelos vasos, o que acarreta diminuição de oxigênio nas células e órgãos, gerando a vaso-oclusão⁽²⁾.

As pessoas que são acometidas por esta doença estão sujeitas a complicações, como crise vasoclusivas e anemia hemolítica crônica que podem levar à maior susceptibilidade a infecções, e alterações sistêmicas^(3,4). Porém, a situação que comumente conduz pessoas com DF às emergências é a crise algica⁽⁵⁾.

Essas crises não são abruptas, mas ocorrem

*Enfermeira. Membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdade em Saúde – NUDES/UEFS. E-mail: priscbs@hotmail.com

**Enfermeira. E-mail: dannysouza.mairi@hotmail.com

***Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS. Pesquisadora do núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde - NUDES/UEFS. E-mail: asgx@ig.com.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na UEFS. Pesquisadora do núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde NUDES/UEFS. E-mail: evasscarvalho@yahoo.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Membro do GEM/UFBA. E-mail: rosa.candida@yahoo.com

*****Enfermeira. Pós-doutora. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS. Pesquisadora e coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde NUDES. E-mail: ednakam@gmail.com.

de forma insidiosa, se configurando em evento crônico, que tende a agudizar nas situações de aumento da vasocclusão tornando-se intensa e incapacitante⁽⁵⁾. As pessoas com DF devem ser assistidas o mais rápido possível de forma acolhedora, humanizada e por uma equipe capacitada, sendo de relevante importância o cuidado qualificado, sobretudo, quando submetidas às crises algicas, já que se encontram, também, em situação vulnerável.

Há hospitalização frequente de pessoas com DF no Brasil e os serviços de emergência são acessados em 90,8% das internações⁽⁶⁾. Na Bahia, Estado cuja população é majoritariamente afrodescendente, dados da triagem neonatal apontam que o número de pessoas que nascem com DF atualmente é de 1:655 nascidos vivos⁽⁶⁾. A média mais precoce de óbitos notificados no Brasil na população com DF foi registrado no referido Estado, no qual, principalmente, indivíduos jovens e na fase adulta evoluíram para óbito, registrando-se a média de 26,5 anos no período de 2000 a 2002⁽⁶⁾.

Unidades de Emergência (UE) são consideradas porta de entrada ao serviço hospitalar para pessoas com necessidade de realização de um atendimento imediato, de acordo com a intensidade de sintomas e risco de morte. Primeiro local de acolhimento no âmbito assistencial, área em que qualquer indivíduo em apuros procurará resolutividade⁽⁷⁾.

O setor emergência possui características próprias que influenciam na organização do trabalho e da gerência do cuidado. A equipe de saúde deste setor necessita estar apta a tratar os quadros clínicos da DF por serem responsáveis por prestar os primeiros cuidados⁽³⁾.

O interesse por este estudo nasceu da observação de freqüentes dúvidas por parte dos profissionais que atuam nas emergências para o atendimento às necessidades da população com DF, identificadas pelas autoras no desenvolvimento de práticas de estágio e pesquisa no cenário de emergência hospitalar. Tal realidade se mostrou contraditória no Estado da Bahia, visto que este apresenta a maior incidência da doença no Brasil e, por conseguinte, seria esperado que os profissionais demonstrassem segurança ao atender às especificidades da população atingida. Além disso, identificou-se uma lacuna de estudos que

analise a perspectiva do profissional de saúde que assiste às pessoas com DF.

Diante do exposto, este estudo foi dirigido a partir da seguinte questão norteadora: Como uma equipe multiprofissional cuida de pessoas com doença falciforme na unidade de emergência? Para responder a tal questão, considerou-se como objetivo: analisar o discurso de uma equipe multiprofissional sobre cuidar de pessoas com doença falciforme na unidade de emergência de um hospital público do estado da Bahia, Brasil.

METODOLOGIA

Adotou-se o modelo de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O delineamento da pesquisa qualitativa é flexível e envolve uma mistura de estratégias de coleta de dados. É holística, busca a compreensão do todo, exige que o pesquisador se envolva intensamente e a análise dos dados é contínua para formular estratégias subsequentes⁽⁸⁾.

Este estudo foi desenvolvido na emergência de um hospital público do interior do Estado da Bahia que atende sua população adscrita e mais 127 municípios circunvizinhos. Atualmente, os serviços oferecidos pela emergência dessa unidade de saúde são: clínica médica, cirurgia geral, neurologia, obstetrícia, ortopedia, bucomaxilofacial entre outras especialidades, apesar das constantes ampliações de estrutura física e de serviços ainda se mostra insuficiente para atender a demanda local e de todos os municípios circunvizinhos.

Em todas etapas do estudo, foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovado pelo Comitê de ética da Faculdade Adventista da Bahia CEP/FADBA 0139/2011; CAAE n.0135.0.070.000-11. Os participantes foram orientados quanto aos riscos e benefícios, objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram profissionais que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser funcionário efetivo da instituição, encontrar-se em atuação na unidade de emergência por pelo menos um ano, fazer parte da equipe multiprofissional de saúde.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturada gravadas e transcritas na íntegra. Para organização, tabulação e análise dos dados, adotou-se como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em fragmentos de discursos individuais de tantos discursos-síntese quantos forem necessários para expressar um dado modo de pensar ou de representação sobre o fenômeno estudado⁽⁹⁾.

Os discursos foram agrupados por temas abordados que correspondem, basicamente, ao objetivo proposto. A cada DSC foi associado uma idéia central correspondente, para que, dessa forma possibilitasse a análise dos depoimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram profissionais que atuavam em uma UE: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais e nutricionistas, que atenderam aos critérios de inclusão. A quantidade dos mesmos foi omitida neste estudo para preservar suas identidades.

As entrevistas foram previamente negociadas com os profissionais, buscando respeitar a rotina da instituição, a especificidade do setor e disponibilidade dos participantes.

Ressalta-se que ao serem inquiridos sobre sua formação acadêmica para abordagem sobre DF, 50% dos sujeitos alegaram não ter recebido nenhuma informação durante a graduação, e 10% dos sujeitos afirmaram que tiveram somente participação em eventos sobre a temática.

Apresentam-se a seguir as ideias centrais que configuram as experiências de uma equipe multiprofissional ao assistir uma pessoa com DF na unidade de emergência.

A imagem da pessoa com doença falciforme

É um paciente de risco, que na mesma hora que está bem, ele pode agravar e parar no hospital tem que ter alimentação saudável, acompanhamento médico sempre. Acomete principalmente pessoas da raça negra, não tem cura, porém tratamento e se estiver o traço não desenvolve a doença. A gente vê como um paciente que sente muita dor é queixoso de dores intensas principalmente em

MMII. Paciente tem crises álgicas durante todo o curso da doença [...] são pacientes descorados, debilitados, as vezes eles nem sabem que a depressão, AVC, dores crônicas, baixa imunidade, fragilidade é devido à doença, perda de peso, priapismo é uma complicação da doença falciforme e na emergência não dá tempo de dar esse tipo de orientação e informação (DSC1).

Neste discurso, os profissionais aludem de que modo concebem a figura da pessoa com a DF como um sujeito de raça negra, fragilizado, de corpo franzino, emagrecido, pálido, vulnerável, a diversos problemas de saúde e desinformados sobre a doença e suas repercussões.

Estudo realizado, no Brasil, no Estado de Minas Gerais, afirma que a pessoa com DF apresenta desenvolvimento corporal mais lento, não correspondendo à sua idade cronológica, o que pode ocasionar diminuição da autoestima, culminando em isolamento social⁽¹⁰⁾.

A associação da doença como doença de “negros” impede os profissionais de vislumbrar sujeitos de outras raça/cor com DF, isso remete a pouca informação recebida por esses profissionais em sua formação, já que a DF pode ocorrer em pessoas de pele clara devido à miscigenação. Vale ressaltar que a aparência frágil bem como a vulnerabilidade a doenças oportunistas também está relacionada com o diagnóstico tardio da doença que implica em retardo no acesso ao tratamento e adesão a medidas de autocuidado, além disso, pode refletir as condições socioeconômicas, o padrão de vida e acesso a serviços de saúde para controle da doença.

Estudos no Reino Unido⁽¹¹⁾ e EUA⁽¹²⁾ destacam que a imagem atribuída à pessoa com DF, tem sido atrelada ao estereótipo da pessoa drogo dependente, por isso com frequência essas pessoas permanecem horas aguardando atendimento em um serviço de emergência, quando são atendidas não tem continuidade no tratamento e, na grande maioria das vezes, recebem assistência inadequada.

As diversas complicações na DF aparecem repentinamente e variam quanto à gravidade, idade e sexo do indivíduo⁽¹⁰⁾. Geralmente, pessoas com DF apresentam o sistema

imunológico deficiente no combate às infecções e doenças oportunistas, a cicatrização de feridas é lenta e ocorre a desidratação súbita durante as crises⁽¹³⁾.

A palidez decorre de níveis de descompensação da doença e de crise hemolítica evidente, não sendo esse um padrão da pessoa com DF, mas sim uma situação circunstancial secundária a complicações⁽¹⁴⁾. O entendimento de que a palidez seja uma característica da pessoa com DF pode dificultar a pronta identificação de quadros hemorrágicos retardando o atendimento.

É importante salientar que as diferenças no quadro clínico desses pacientes estão relacionadas a fatores ambientais e fatores genéticos. Entre os fatores ambientais, a situação socioeconômica do paciente, sobretudo sua renda familiar, tipo de alimentação, condições de saneamento básico e assistência médica disponível, afeta absolutamente a qualidade de vida e interfere de forma expressiva na doença⁽¹⁵⁾.

O baixo nível educacional ligado à carência econômica pode gerar um cenário de dificuldades para pessoa com DF. Estudo realizado no Hemocentro e na Associação de pessoas com DF do município de Uberaba Minas Gerais avaliou a presença de dor em pessoas com DF segundo as características pessoais, socioeconômico e cultural. Observou-se que a dor interferiu significativamente na raça negra e em indivíduos com baixa escolaridade⁽¹⁰⁾. Assim, a falta de informação e orientação favorece ao agravamento das complicações.

Explicação sobre a doença e suas complicações

Os profissionais reconhecem a DF como uma patologia que se caracteriza pela anormalidade das células vermelhas, de cunho hereditário de natureza crônica. Apontam as principais situações que culminam com a ida das pessoas para a emergência, sendo elas: a crise alérgica, o priapismo, infecção, AVC e sequestro esplênico, sendo este último, para eles, o responsável mais comum pelos óbitos dessa população, na unidade em que atuam. Conforme referem os participantes:

As hemácias são disformes, com formação das células anormais com formato de foice

carregando pouco oxigênio. Por seu formato irregular obstrui facilmente pequenas veias causando muita dor nos pacientes. É uma doença hematológica, genética, hereditária que o filho herda do pai e degenerativa, que baixa a imunidade do paciente. E vai se acumulando no baço que em reação a isso vai sequestrando, e aí acontece o que a gente chama de esplenomegalia, que é o aumento do baço. O sequestro esplênico é grave, mas às vezes quando o diagnóstico é fechado, o paciente já está muito grave e acaba indo à óbito, principalmente as crianças. As complicações comuns no serviço de emergência são: dor, priapismo, sequestro esplênico, AVC e infecção. Na emergência, são pacientes que chegam com um quadro mais avançado, pelo fato de não ter uma boa assistência na atenção básica, que seria uma porta de entrada. Se o paciente fosse diagnosticado, a doença logo, de forma precoce, evitaria esse tipo de complicações maiores na emergência. [...] (DSC2).

Por meio do discurso, a equipe afirma que os quadros agudos encaminhados à emergência se devem ao diagnóstico tardio e à falência da assistência na atenção básica para o manejo da doença.

Quando os pacientes procuram o serviço de urgência e emergência, caracterizam-se duas situações: eles estão apresentando complicações ou não foram orientados sobre como proceder diante de algumas manifestações clínicas. A OMS afirma que a mortalidade em crianças menores de cinco anos é de 25%, e em adultos jovens menores de vinte e cinco anos, atinge percentual de 70%, levando em consideração que a vida média de um paciente com DF é de aproximadamente quarenta e dois anos para homens e quarenta e oito anos para mulheres⁽¹⁶⁾.

Pelo fato da DF apresentar complicações intensas e uma alta morbimortalidade em todo o território nacional, faz-se necessária uma assistência com enfoque no quadro clínico apresentado, assim como um suporte que atinja a atenção básica dos níveis de atendimento de urgência e emergência⁽¹⁴⁾. Diante dos discursos, revela-se que os profissionais da UE têm conhecimento básico, sucinto e limitado ao definir DF.

Salienta-se que o seqüestro esplênico não é o único evento hemorrágico que culmina, rapidamente, com óbito as pessoas com DF, distúrbios de coagulação, AVC hemorrágico, colelitíase, e quadros de abdômen agudo com isquemia mesentérica também são complicações esperadas na DF ⁽³⁾.

Outra complicação da DF encontrada nas UE é a síndrome torácica aguda (STA) que consiste em dispnéia, dor torácica, febre, taquipnéia, leucocitose e infiltrados pulmonares na radiografia. Acomete cerca de 30% dos pacientes adultos e pode ser potencialmente fatal. É a segunda causa de internação e a principal causa de morte entre as pessoas adultas com DF ⁽¹⁷⁾.

Medidas imediatas empregadas no cuidado à pessoa com doença falciforme na emergência

O discurso dos profissionais salienta a dor como a situação priorizada no atendimento à pessoa com DF na emergência. Nesse sentido, é centrado na dor que toda a assistência será dirigida, havendo uma desvalorização do exame físico para o levantamento de problemas potenciais que a própria crise algica pode sinalizar. Como se evidencia no discurso a seguir:

Na maioria das vezes, é só mesmo hidratar e analgesia o paciente realmente eles têm crises algicas fortes e precisam de medicações bem eficientes, mais forte do que um simples analgésico o médico prescreve geralmente um grande volume de hidratação venosa, analgésicos começamos sempre com um mais fraco e aumenta conforme as dores dele. A gente hidrata ver a dosagem de hemoglobina, dosa o hematócrito, pra ver se precisa de transfusão e tende a melhorar a sua dor com infusão de soros ou com compressas frias. Na emergência, atuando junto ao corpo médico e de enfermagem, visando amenizar a dor, a gente faz a medicação sintomática, solicita uns exames. A depender da gravidade, a gente interna ou não e encaminha para o setor de hematologia, e ele é acompanhado não mais pelo clínico diarista do hospital e sim pelo serviço de hematologia. Em uma emergência primeiramente é, não só ao cliente como aos familiares, apoio psicológico, o acompanhamento de

entendimento da família é indispensável (DSC3).

Se o exame físico completo é desconsiderado, o cuidado fundamenta-se unicamente no que o sujeito diz estar sentindo, e os profissionais de saúde tendem a tratar apenas os sintomas interpretados pelo doente. Por isso, são oferecidos exclusivamente analgésicos e hidratação ao paciente.

Estudo mostra que 90% das internações hospitalares ocorrem para o tratamento da crise vaso-oclusiva e o surgimento desta é inesperado ⁽¹⁴⁾. Essa crise pode incidir após desidratação, exposição ao frio, estresse emocional, exercício físico intenso, uso de álcool ou diuréticos, acidose ou hipóxia, infecções. Portanto, a equipe multiprofissional deve alertar ao paciente, para evitar estas situações ⁽¹⁰⁾.

A crise algica é o sintoma mais freqüente da DF ocorre pela lentidão do fluxo de sangue e hipóxia, que é influenciada pela quantidade de hemoglobina fetal presente nas células. Esses episódios de dor instalam-se de forma aguda, podendo durar horas ou dias, e atingem frequentemente ossos e articulações, abdome, costas e tórax ⁽¹⁴⁾. Desta forma, requer a intervenção distinta, comparada ao relato dos profissionais em relação às compressas frias, sendo que a exposição ao frio agrava o quadro clínico. Já que a dor crônica é uma questão de saúde pública, é necessário considerar que, em seu tratamento, deve - se atentar para superação da dor e estímulo a adoção de habilidades de autocuidado ⁽¹⁰⁾.

Os discursos revelam como as crises algicas marcam a vida dessas pessoas com DF, a partir do olhar do profissional, assim, para eles, a pessoa com DF experimenta tanto a dor aguda como a crônica. Esses discursos denotam que os profissionais ancoram a imagem da pessoa com DF na dor.

Apesar dos profissionais focarem sua atenção na dor, esse sintoma na emergência é subavaliado e subtratado. Em sua grande maioria os pacientes vivenciam dores em que não aliviam conforme conduta analgésica proposta. O Ministério da Saúde reforça a importância da padronização de condutas analgésicas no atendimento de crises algicas, ao disponibilizar um protocolo específico para manejo nos eventos agudos ⁽¹⁸⁾.

Avaliar a dor é responsabilidade majoritária da equipe médica e de enfermagem e, assim, exige pensamento crítico e efetivo. Nas intervenções de alívio da dor requer avaliar o paciente após um período de tempo e, o exame físico deve ser um meio facilitador para investigação clínica. Portanto, uma adequada avaliação da equipe viabiliza condutas, a fim de, minimizar possíveis danos a saúde do paciente.

Ao referir dor, como condição de doença crônica, na DF, cuja pessoa e família têm uma história e experiências prévias em relação a essa dor, observou o quanto é difícil para o profissional de saúde avaliar a dor longe do contexto social, cultural, histórico, psicológico e emocional no qual a pessoa está inserida. Para isso, é preciso que se estabeleça uma relação de confiança desse paciente e família com a equipe multiprofissional.

Diante de uma doença marcada pela hipóxia dos tecidos, os profissionais não citaram em nenhum de seus depoimentos a oxigenoterapia como medida a ser oferecida na emergência. O oxigênio deve ser utilizado de forma suplementar e, se houver hipoxemia. A transfusão sanguínea deve ser mediada apenas em crises refratárias, com o cuidado de não elevar o hematócrito acima de 30%, portanto deve-se transfundir o concentrado de hemácias leucorreduzidas descartando doadores com traço falciforme para evitar a incompatibilidade Rh⁽¹⁴⁾.

Em decorrência dos agravantes da doença, é necessário que a equipe multiprofissional mantenha vigilância, atentando aos sinais de: palidez, febre, mudanças de comportamento, dores, dispnéia, taquipnéia, fraqueza, aumento do baço, cansaço e demais agravos. O enfermeiro e o médico devem realizar o exame físico criterioso e minucioso para que possam ser identificadas na avaliação, alterações sistêmicas, entre outros⁽¹⁶⁾.

Fica evidente, no tocante à atuação dos profissionais de saúde, o desafio que enfrentam para conhecer e intervir nas questões que envolvem as pessoas com DF, seres humanos que constroem suas vivências nas experiências diárias com a família, os grupos, a ciência, a sociedade e a política. Esses profissionais precisam de qualificação constante para o manejo clínico e o reconhecimento precoce das

complicações, além de ouvir e compreender o que o outro tem a dizer, orientando suas atitudes e decisões e respeitando suas narrativas⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Neste estudo, uma equipe multiprofissional evidencia, por meio dos discursos, a imagem que elaboram sobre a pessoa com DF que adentra a unidade de emergência em que atuam, remetem à figura de uma pessoa frágil, vulnerável e carente de cuidado, contudo há limitações na oferta dessa assistência na medida em que, apesar de apontar diversas situações graves, apresentadas por essas pessoas, revelam que há lacunas de conhecimento dessa equipe para a identificação de complicações importantes da DF.

Na emergência, ao versar sobre o atendimento oferecido, esses profissionais centram seu discurso em ações de controle unicamente da dor. Isso se apresenta como um problema a ser corrigido, na unidade em estudo, com foco na melhoria das condições oferecidas à equipe para a execução do trabalho, além da construção de protocolos que guiem esse fazer diário.

Como considerações para o cuidado às pessoas com DF, é importante que a equipe multiprofissional tenha uma adequada observação e avaliação dos quadros clínicos possibilitando ajudar o paciente, a saber, lidar com o problema durante o percurso da vida, reconhecendo sinais de complicação da doença, observando os efeitos colaterais e duração da ação dos medicamentos e auxiliando na identificação de problemas psicossociais.

Essas pessoas necessitam ser acompanhadas em Centros de referência especializados capazes de oferecer atendimento global, multidisciplinar e multiprofissional. Diante de tal realidade, fica claro que é preciso garantir à pessoa com DF amplo acesso à saúde, mediante uma política de atenção integral, iniciando-se pela triagem neonatal, medidas preventivas conduzindo-as ao tratamento das complicações agudas e crônicas o mais precoce possível.

Por reconhecer a magnitude das questões que permeiam as discussões sobre a atenção à saúde para as pessoas com DF, cuidar dessas constitui um papel desafiador para equipe

multiprofissional, em que o processo de cuidar não deve se restringir à identificação de sinais e sintomas clínicos da doença. É necessária uma abordagem em uma perspectiva holística, para que as intervenções possam contribuir na superação dos limites impostos pela doença.

Este estudo aponta para a necessidade de aprofundar as questões evidenciadas em novas

pesquisas, a partir da exploração do conhecimento de cada grupo profissional, em particular enfermeiros e médicos por serem esses que avaliam e assistem diretamente as pessoas com DF nas emergências. Além disso, evidencia-se, também, a necessidade da inclusão de temas focados no cuidado às essas pessoas na formação dos profissionais de saúde desde a graduação.

CARE FOR PEOPLE WITH SICKLE CELL IN THE EMERGENCY ROOM: ACCESSING THE KNOWLEDGE OF A MULTIPROFESSIONAL TEAM

ABSTRACT

This is a qualitative study aiming to analyze the knowledge of a multiprofessional team on caring of people with sickle cell disease (SCD) in the emergency room of a public hospital in the state of the Bahia, Brazil. Participants were ten health professionals from various categories, who work in the emergency room. For data collection, a semi-structured interview has been used then subjected to analysis based on the Collective Subject Discourse. From the analysis, three central ideas have built: the image of the person with SCD, explain about the disease and its complications and immediate measures employed in caring of people with SCD in an emergency. The speeches show that complications derive from late diagnosis and that there are failures in the reference system and counter reference one. It observed that the image produced on the person with SCD who admitted for the emergency refers to a fragile and vulnerable person; however, there are limitations on the tour. The care process should not be restricted to the identification of clinical signs and symptoms of SCD. It takes a holistic approach in perspective, so that interventions can contribute to overcome the limitations imposed by the disease.

Keywords: Hemoglobin sickle. Emergency hospital service. Patient care team.

CUIDADO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA: EL DISCURSO DE UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, con el objetivo de analizar el discurso de un equipo multiprofesional sobre el cuidar de personas con enfermedad falciforme en la unidad de urgencias de un hospital público en el estado de Bahia en Brasil. Participaron 10 profesionales de salud de distintas categorías, que actuaban en urgencias. Para la toma de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada, a continuación, se sometió al análisis mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. A partir del análisis, se construyeron tres ideas centrales: la imagen de la persona con enfermedad falciforme; explicación sobre la enfermedad y sus complicaciones; y medidas inmediatas empleadas en el cuidado a la persona con enfermedad falciforme en urgencias. Los discursos evidencian que las complicaciones son provenientes del diagnóstico tardío y que hay fallas en el sistema de referencia. Se observa que la imagen elaborada sobre la persona con enfermedad falciforme que entra en urgencias se refiere a una persona frágil y vulnerable, con todo hay limitaciones en la atención. El proceso de cuidar no debe limitarse a la identificación de indicios y síntomas clínicos de la enfermedad falciforme. Hay una necesidad de un abordaje en la perspectiva holística, para que las intervenciones puedan contribuir en la superación de los límites impuestos por la enfermedad.

Palabras clave: Hemoglobina falciforme. Servicio hospitalario de urgencia. Equipo de atención al paciente.

REFERÊNCIAS

1. Felix AA, Souza HM, Ribeiro, SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. *Rev bras hematol hemoter.* 2010; 32 (3):203-08.
2. Zago M, Pinto A. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. *Rev bras hematol hemoter.* 2007; 29(3):207-14.
3. Brandow, Amanda M, Liem, Robert IMD. Sickle Cell Disease in the Emergency Department: Atypical Complications and Management. *Atypical sickle Cell disease emergencies.* 2011; 12(3):202-12.
4. Serjeant GR, Loy LL, Crowther M, Hambleton I, Thame M. Outcome of Pregnancy in Homozygous Sickle Cell Disease. *Obstetrics and Gynecology.* 2004; 103(06):1278-85.
5. Taylor LEV, Stotts NA, Humphreys J, Treadwell MJ, Miaskowski C. Review of the Literature on the Multiple Dimensions of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease. *J Pain Symptom Manage.* 2010 Sept; 40(3):416-35.
6. Loureiro MM, Rozenfeld S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. *Rev saúde pública.* 2005; 39(6):943-49.
7. Kikuchi BA. *Enfermagem e promoção de saúde na doença falciforme.* São Paulo: AAFESP; 2009.

8. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 8ª. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
9. Lefrèvre F, Lefrèvre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc saúde colet*. 2009 jul-ago; 14(4):1193-1204
10. Ohara DG, Ruas G, Castro SS, Martins PRJ, Walsh IA. Dor osteomuscular, perfil e qualidade de vida de indivíduos com doença falciforme. *rev bras fisioter*. 2012 set-out; 16(5):431-8.
11. Jamison C, Brow HN. A special treatment program for patients with sickle cell crisis. *Nursing Economics*. 2002 mai-jun; 20(3):126-32.
12. Tanabe P, Hafner JW, Martinovich Z, Artz N. Adult Emergency Department Patients with Sickle Cell Pain Crisis: Results from a Quality Improvement Learning Collaborative Model to Improve Analgesic Management. *Acad Emerg Med*. 2012 Apr; 19(4):430-438. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691105/pdf/nihms-358361.pdf>
13. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Cienc cuid saúde*. 2011 abr-jun; 10(2): 366-72.
14. Brunetta DM, Clé DV, Haes TM, Roriz-Filho JS, Moriguti JC. Manejo das complicações agudas da doença falciforme. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*. São Paulo. [on-line]. 2010. [citado 2012 dez 12]; 43 (3):231-7]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2010/vol43n3/Simp2_Manejo%20das%20complica%E7%F5es%20agudas%20da%20doen%E7a%20falciforme.pdf
15. Ribeiro RCM, Cardoso GL, Sousa IEL, Martins PKC. Importância da avaliação da hemoglobina fetal na clínica da anemia falciforme. *Rev bras hematol hemoter*. 2008 mar-abr; 30(2):136-41.
16. Fonseca CSV, Melo CAA, Carvalho RC, Neto JB, Araujo JG, Cipolotti R. Função pulmonar em portador de anemia falciforme. *Rev paul pediat*. 2011 jan-mar; 29(1):85-90.
17. Rodrigues CCM. Assistência de Enfermagem nas urgências e emergências em doença falciforme. São Paulo: AAFESP; 2009.
18. Calil AM. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. *Rev gaúcha enferm*. 2008 jun; 29(2):308-13.
19. Cordeiro RC, Ferreira SL. Narrativas de mulheres com anemia falciforme. *Rev baiana enferm*. 2010 jan-dez; 24(123):33-42.

Endereço para correspondência: Aline Silva Gomes Xavier. Rua Oscar de Freitas, 200 – CS 4C – Santa Mônica II – Feira De Santana – Bahia – CEP 44082070. E-mail: asgx@ig.com.br

Data de recebimento: 20/12/2012

Data de aprovação: 20/01/2014