



*Resumos Expandidos,  
Resumos simples e Mostras  
científicas.*

*09 a 12 de Maio de 2016*

*Patos-PB, 2016*

Os textos dos trabalhos publicados nestes Anais são de inteira responsabilidade dos seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da Coordenação do Evento.

## **Administração Superior**

### ***Diretor-Presidente***

*João Leuson Palmeira Gomes Alves*

### ***Diretor Financeiro***

*José Alberto Alves Monteiro*

### ***Secretária Geral***

*Sylvania Palmeira Gomes Alves*

### ***Coordenação Acadêmica***

*Alana Candeia de Mélo*

*Elzenir Pereira de Oliveira Almeida*

*Luzia Mendonça Torres*

## **Administração do Curso de Enfermagem**

***Coordenadora do Curso de Enfermagem***

*Raquel Campos de Medeiros*

***Coordenadora das Atividades Complementares***

*Tarciana Sampaio Costa*

***Coordenadora de Estágio Supervisionado***

*Rosa Martha Ventura Nunes*

***Coordenadora das Aulas Práticas e TCC***

*Helen Renatta Leopoldino de Medeiros*

***Coordenadora da Tutoria Acadêmica***

*Aristéia Candeia de Melo*

***Coordenadora de ENADE e Simulado***

*Malba Gean Rodrigues de Amorim*

***Coordenadora de Monitoria***

*Claudia Morgana Soares*

***Coordenador do Núcleo de Pesquisa e extensão de  
Enfermagem***

*Theonys Diógenes Freitas*

## **Comissão Organizadora**

### **Coordenação Geral**

*Raquel Campos de Medeiros  
Tarciana Sampaio Costa  
Ana Beatriz Alves Barbosa  
Juliane de Oliveira Costa  
Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas  
Nubia Nataly dos Santos Alexandre  
Tamiris Guedes Vieira*

### **Coordenação Científica**

*Elicarlos Marques Nunes  
Theonys Diógenes Freitas*

### **Coordenação de Patrocínio**

*Ana Paula Dantas  
Juliane de Oliveira Costa*

### **Coordenação de Mini-cursos**

*Aristéia Candeia de Melo  
Hellen Renatta Leopoldino Medeiros*

### **Coordenação de Credenciamento**

*Claudia Morgana Soares  
Malba Gean Rodrigues de Amorim  
Rosa Martha Ventura Nunes*

### **Secretárias**

*Arisangela Araújo Nóbrega  
Débora Mendonça da Silva  
Fernanda Kennya de Souto Angela  
Larissa Ferreira de Mendonça*

## *Comissão Organizadora Discente*

*Alayza Pacheco Alves da Silva*  
*Ana Maria Santos Soares*  
*Ana Virgínia G. Barros*  
*Brenda Raquel C. Mamede Alves*  
*Bruno Bezerra do Nascimento*  
*Cícera Maria Joaquina B. de Lacerda*  
*Damião Bruno B. Soares*  
*Daniel Augusto de Lira Guedes*  
*Daniella Corina de Brito Santos*  
*Dennis Camargo Soares Ribeiro*  
*Elânia Kátia Costa*  
*Fabriciano Santos de Souza*  
*Francisca Dayane dos S. Medeiros*  
*Izabelita Felix de Oliveira*  
*Isabella Evelle Sales Lima*  
*Laisa Estefania Fernandes Moura*  
*Maria Dávila Fernandes Moura*  
*Maria Mônica Galdino de Lima*  
*Marlucy Maria Loureiro Nitão Mendes*  
*Nubia Nataly dos Santos Alexandre*  
*Paulo Henrique Dias dos Santos*  
*Ronivaldo Cordeiro de Moraes*  
*Ruth Fernandes Maia da Silva*  
*Talita Araújo de Souza*  
*Victor Hugo Rodrigues de Sousa Araújo*

## Comissão Científica

*Adalmira Batista de Lima*  
*Allan Martins Ferreira*  
*Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues*  
*Ana Beatriz Alves Barbosa*  
*Ana Karla Bezerra da S. Lima*  
*Ana Paula Dantas da Silva*  
*Anne Milane Formiga Bezerra*  
*Aristéia Candeia de Melo*  
*Carlos Bezerra de Lima*  
*Claudia Morgana Soares*  
*Cristina Costa Melquíades Barreto*  
*Deilton Aires Batista*  
*Denisy Dantas Melquíades*  
*Edmara da Nóbrega X. Martins*  
*Elainy Maria Dias de Medeiros*  
*Elicarlos Marques Nunes*  
*Érica Surama R. César Alves*  
*Erta Soraya R. César Rodrigues*  
*Francisca Eulidivânia de F. Camboim*  
*Hellen Maria Gomes Araújo de Souza*  
*Hellen Renatta Lopoldino Medeiros*  
*Igor Emiliano Araújo*  
*Juliane de Oliveira Costa Nobre*  
*Kamila Nethielly Leite*  
*Kilmara Melo de Oliveira*  
*Malba Gean Rodrigues Amorim*  
*Marcelo Alves Barreto*  
*Maria de Magdala Nóbrega*  
*Maria Mirtes da Nóbrega*  
*Mary Anny Gomes Modesto*  
*Maryama Naara F. de A Lima*  
*Mona Lisa Lopes dos Santos*  
*Priscilla Costa Melquíades Menezes*  
*Raquel Campos de Medeiros*  
*Rosa Martha Ventura Nunes*  
*Sheila da Costa Rodrigues Silva*  
*Silvia Ximenes de Oliveira*  
*Tamiris Guedes Vieira*  
*Tarciana Sampaio Costa*  
*Theonys Diógenes Freitas*  
*Thoyamma Nadja Felix Alencar Lima*  
*Vanessa Diniz Vieira*

# APRESENTAÇÃO

*Os Anais aqui apresentados representam os produtos finais desenvolvidos por meio de Programas de Iniciação Científica, em sua totalidade, elaborados pelo(s) corpo(s) discente(s) sob orientação de docente(s) de cursos Técnicos e de Graduação(ões) das instituições de Ensino Técnico: Escola de Ciências da Saúde – ECISA, Patos – Paraíba e de Ensino Superior: Faculdades Integradas de Patos – FIP, Patos - Paraíba e Faculdade Santa Maria – FSM, Cajazeiras – Paraíba. O incentivo a produções científicas tem sido um elemento de grande importância, caracterizando como sendo em parte, respostas das instituições à população, tendo grandes contribuições no meio científico e refletindo diretamente nas comunidades.*

*O 5º Congresso de Enfermagem das FIP (CONGREFIP) foi realizado no período de 9 a 12 de maio de 2016, sendo organizado por Docentes e Discentes do Curso Bacharelado em Enfermagem das FIP, no intuito de divulgar os estudos e discutir, por meio de Palestras, Mesas Redondas e Mostras Científicas, a temática “**Competências e Habilidades para Formação do Profissional de Saúde**”, onde fizeram parte da coordenação destes debates, docentes de Instituições de Ensino Superior do Brasil.*

*O evento contou com 542 participantes, tendo trabalhos inscritos: 120 Artigos Científicos, 130 Resumos Expandidos e 55 Resumos Simples com perfis nas áreas de: Enfermagem, Saúde Coletiva, Ciências Básicas e Educação e Saúde.*

*Agradecemos a todos os envolvidos na construção do evento.*

**Agradecemos à DEUS em toda sua bondade.**

Coordenação Científica do 5º CONGREFIP



*Resumos*  
*Expandidos*

## ASPECTOS EMOCIONAIS DE PAIS FRENTE À MALFORMAÇÃO CONGÊNITA

Tamires Daiane de Souza Bezerra  
Fabriciano Santos de Souza  
Rakely Fernandes Araújo  
Rayssa de Fátima Morais  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** A gestação envolve um período de mudanças físicas e emocionais que as mulheres vivenciam de formas distintas, e desta maneira, o nascimento de um filho que exige cuidados específicos, leva a mãe a introduzir-se em uma nova realidade. A representação de que o bebê é uma criança que apresenta uma série de agravos à saúde, os quais são capazes de se revelar em sérios riscos de vida (ROCKER, et al. 2012). Esses cuidados específicos dizem respeito a filhos portadores de malformação congênita, sejam essas alterações, detectadas ainda no pré-natal ou após o nascimento. A malformação é um falha morfológica de um órgão, parte de um órgão ou de uma região mais extensa do corpo, como consequência de um processo do desenvolvimento intrinsecamente anormal (MOORE; KEITH; PERSAUD, 2000). Durante o processo histórico as malformações eram vistas negativamente tanto pela família quanto pela sociedade. A exemplo, no período da Idade Média, as mesmas, foram geralmente entendidas como punição religiosa, sendo o pecado da família que traduzia-se em defeitos na criança ou era corrente, a ideia de que malformações fossem presságios, avisos de determinado evento, onde a norma geral era a condenação à morte para recém-nascidos defeituosos. Estes ideais caracterizaram um lado negro da história, porém, com o avanço dos tempos e dos conhecimentos científicos sabe-se que as alterações não possuem nenhuma relação com os aspectos culturais e religiosos que eram vistos na antiguidade e sim, podem ser causados por diversos fatores tais quais: anormalidade cromossômica, herança genética, uso de medicamentos dentre outros. Segundo dados secundários do DATASUS/Sinasc, no ano de 2013, nasceram na região nordeste um total de 5.623 bebês com anomalias congênitas, sendo 428 no estado da Paraíba. Dessa forma, os dados estatísticos em relação ao nascimento de bebês com malformação, desperta para a necessidade de uma assistência de qualidade durante o pré-natal, detectando precocemente essas modificações, e assim, iniciar o processo de acompanhamento com os pais. A assistência prestada à família é indispensável, e requer maior atenção, isto porque, a chegada de uma criança malformada faz com que passem por etapas diferenciadas diante do diagnóstico até chegarem à fase de adaptação, como: choque, negação, tristeza e raiva, equilíbrio e reorganização (SANTOS, et al. 2011). São sentimentos expressos, pela maioria dos pais pois, os estão lhe dando com algo diferente com o que haviam planejado anteriormente, e será imprescindível uma mudança de planos para lhe dar

com a necessidade que o filho apresenta. Objetivou-se nessa pesquisa descrever os aspectos emocionais de pais frente a malformação congênita.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de maio de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Psicologia, relações pais-filhos e malformações congênitas. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2006 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Aspectos emocionais de pais frente a malformação congênita. Também adotou-se dados indexados no DATASUS/Sinasc, que se encaixavam à temática proposta. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** É comum a concepção de um ideal eugenista, direcionado ao nascimento de uma criança física e mentalmente saudável (ROECKER, et al. 2012). Quando tais expectativas não são condizentes com a realidade, na descoberta de modificações no tão esperado filho, é comum os pais sentirem-se em estado de choque. Tanto o choque da descoberta, quanto possíveis comportamentos de rejeição podem estar ligados à frustração de não ter alcançado suas expectativas de normalidade para a criança (CHACON, 2011). Os pais podem ter conhecimento da malformação ainda no processo de realização do pré-natal, onde trata-se de um estado de perda do filho idealizado, estado este que pode persistir por longos anos, manifestando-se através de sentimentos de tristeza, depressão, rejeição, decepção, frustração, incompetência, raiva, tal qual por manifestações comportamentais de choro, vergonha, isolamento, agressividade e outros (CHACON, 2011). Por conta da vivência desses sentimentos diante do diagnóstico, alguns pais sentem o desejo de abortar o bebê pois, se sentem incapazes de lidar com essa nova realidade. Porém, no Brasil, não existindo respaldo legal que permita o aborto nos casos de malformação fetal letal, e o casal que encara tal diagnóstico, se vê angustiado na procura de soluções para o problema (BENUTE, et al. 2006). Um dos primeiros passos a ser dado para enfrentamento do problema, é buscar conhecer o mesmo, isto porque, possuir um conhecimento da malformação, no decorrer do pré-natal, ocasiona a procura por informações e orientações sobre como melhor proceder, como cuidar e garantir a vida do filho após o nascimento, expressando a preocupação real pela sobrevivência do bebê e sua posterior qualidade de vida (ROECKER, et al. 2012). É evidente que os pais, sintam muitas dúvidas e incertezas, o que, na maioria dos casos esse processo é ainda mais difícil para a mãe que é quem mais está envolvida, pelo fato, que alguns pais não acompanham as mulheres nas consultas ou quando vão não se envolvem ou

interagem como o esperado. Entretanto, pode não haver a detecção da malformação no pré-natal, e sim, apenas após o nascimento, o que implica dizer, que se torna mais delicado para os pais o enfrentamento desta situação pois, os mesmos não foram preparados, e até então, o filho idealizado continuava a existir. Dados mostram que cerca de 2% a 4% de nascidos vivos apontam algum tipo de malformação constatada ao nascimento (REIS; SANTOS, 2011). Nesta fase de descoberta, surge a preocupação, que não se restringe entre o pai e a mãe, mas também, o casal sente receio e vergonha no momento de apresentar o filho aos demais familiares e a sociedade onde estão inseridos, além de acarretarem grande abalo na vida e na saúde do portador e de sua família, dada a cronicidade dessa patologia (SANTOS, 2011). Em uma pesquisa realizada no Centro de Tratamento Intensivo Infantil (CTII) de um hospital filantrópico de Juiz de Fora, com mulheres que tiveram filhos com malformação, uma delas relatou que ao ver o filho, chorava o tempo todo, pois não esperava tal situação, e embora seus familiares tentassem acalmá-la, a mesma não queria aceitar que seu bebê tinha problemas (SANTOS, 2011). Neste depoimento, é retratado o desespero ao saber inesperadamente que o bebê possuía problemas, o que leva muitas vezes essas mulheres a desenvolverem depressão pós-parto. Quando acontecem desvio do que era calculado, no nascimento de uma criança malformada, os pais sofrem a eclosão de emoções e sentimentos imprevistos para tal momento (VANZ; RIBEIRO, 2011). Outra questão observada, é que os genitores temem outra gestação, por acharem que o próximo filho poderá também vir com complicações, sejam elas, novas ou as mesmas do herdeiro anterior. Analisando a detecção em dois períodos antes e após o nascimento, os dados mostram que o conhecer da malformação, no decurso do pré-natal ou no momento do nascimento, não é um fator diferenciador da demonstração de sentimento de angústia e luto pela criança malformada que nasceu, e nos dois momentos as mães e familiares apresentaram os sentimentos por meio de choro, vergonha, culpa e a busca por alguma causa ou explicação, medo do próprio preconceito ou da discriminação das outras pessoas (ROECKER, et al. 2012). Os profissionais de saúde têm papel fundamental no acompanhamento da gestação e parto. Devem promover o bem estar da mãe e do bebê, detectando problemas em que suas intervenções são imprescindíveis, para garantir a saúde de ambos. Mediante essa realidade, o profissional enfermeiro, que está presente no acompanhamento da gestante no pré-natal, durante o nascimento e no puerpério, e dar apoio a mãe, preparando-a para tal situação, pois, é uma experiência cheia de dificuldades. Além de lhe dar com a criança, o mesmo terá que criar estratégias para acompanhar os pais. A equipe médica e de enfermagem são encarregados para oferecer esclarecimentos técnicos da patologia, os cuidados necessários e atitudes que serão tomadas, todavia o seu apoio psicológico é indispensável, pois estes lidam com essa realidade que envolve frustrações, perdas, sensação de impotência e dor. (MACHADO, et al. 2015)

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, fica claro, que qualquer gestante está exposta a conceber um filho portador de malformação, e tanto a mãe quanto o pai, por mais orientados e informados que estejam sobre a patologia, na verdade, nunca estarão totalmente preparados para enfrentar esse tipo de situação, pois, como todo casal, criam expectativas

acerca do novo ser gerado, planejando não só o presente, como também um futuro distante, e ao se deparar com o diferente de tudo que haviam sonhado, sofrem uma enorme decepção. Eles terão que conviver com essa nova realidade durante toda a vida, e para isto, terão que se adaptar e passar por um processo de aceitação e reorganização, promovendo assim, uma qualidade de vida para o seu filho.

**Palavras-chave:** Malformações congênitas. Psicologia. Relações pais-filhos

## REFERÊNCIAS

BENUTE, G. R. G. et al. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.28, n.1: 10-7, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/rbgo/v28n1/29588.pdf> Acesso em 10 de abril de 2016.

CHACON, M. C. M. Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. **Rev. Bras. Ed. Esp., Marília**, v.17, n.3, p.441-458, Set.-Dez., 2011. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/72636/2-s2.0-84855987735.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 10 de abril de 2016.

DATASUS. Sistema de informação sobre Nascidos vivos – SINASC. **Anomalia congênita.** 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 05 de Abril de 2016.

MACHADO, J. G. et al. Incidência de malformações genéticas no município de Cachoeirinha: qual o papel da Psicologia e da Enfermagem frente a essa realidade?. **Anais da IX mostra científica do cesuca**, nov, 2015. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1012/pdf> Acesso em 10 de abril de 2016.

MOORE, KEITH L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica.** Editora Guanabara koogan SA. 6º ed. Rio de Janeiro-RJ, 2000.

REIS, A.T.; SANTOS, R. C. Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas. **Esc Anna Nery**, jul-set; v.15, n.3: 490-496, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a07v15n3> Acesso em 10 de abril de 2016.

ROECKER, S. et al. Demandas assistenciais frente à gestação e o nascimento de bebês com malformação. **Rev Enfer UFSM**. Mai/Ago; v.2, n.2: 252-263, 2012. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4614/3749>. Acesso em 10 de abril de 2016.

SANTOS, S. R. et al. A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.4, p. 491-497, 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/62> Acesso em 10 de abril de 2016.

ROECKER, S. et al. A vivência de mães de bebês com malformação. **Esc Ana Nery**, jan-mar; v.16, n.1: 17-26, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a03> Acesso em 10 de abril de 2016.

VANZ, A. P.; RIBEIRO, N. R. R. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.3: 596-602, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300007). Acesso em 12 de abril de 2016.

---

## **ÁCIDO FÓLICO: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA A CERCA DE SEUS BENEFÍCIOS**

Sabrina Alves de Lucena Santos  
Carlos Bezerra de Lima  
Denisy Dantas Melquíades Azevedo

**INTRODUÇÃO:** O ácido fólico, vitamina B9 ou folato é uma vitamina do complexo B com grande importância para o metabolismo do ser humano, estando envolvida em um vasto número de

reações bioquímicas essenciais à vida, na manutenção da saúde, na prevenção de doenças (ESPOLADOR et al., 2015) e tem significativa função na estabilidade e aperfeiçoamento do material genético, além do determinado papel na redução dos defeitos do tubo neural; estudos observacionais apontam para um efeito benéfico na prevenção de acidente cerebral vascular com o aumento da ingestão de folato (MARCHIONI et al., 2013), já sua deficiência tem sido apontada como fator de risco para o câncer, principalmente o de colo e o de reto (UEHARA; ROSA, 2010). Durante o período gestacional, o fechamento do tubo neural ocorre nas primeiras 4 semanas após a fecundação. Quando o tubo neural não consegue completar a neurulação, ocorre a deformação que, dependendo do tipo de imperfeição e do local acometido, pode ocasionar doenças que causam morte ou impactos graves nos neonatos, sendo as mais comuns a anencefalia e a espinha bífida. Sob a perspectiva de sanar essa deficiência no período gestacional, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a suplementação do ácido fólico na dosagem de 5mg/dia para a mulher desde os 3 meses antes da concepção até a 14ª semana gestacional (ESPOLADOR et al., 2015). A ausência dessa vitamina é comum em gestantes subnutridas ou com problemas clínicos inter-relacionados, onde precisam de intensa reprodução celular, como hemólises, doenças inflamatórias crônicas do tubo digestivo, entre outros (PARIZZI; FONSECA, 2010). O ácido fólico pode ser encontrado em farmácias, na forma de suplemento vitamínico como também está presente em praticamente todos os alimentos naturais de origem animal e vegetal. Os alimentos com maior quantidade de folato são as leveduras, vegetais folhosos verde-escuros frescos, fígado e outras vísceras, amendoim, ovo, cereais enriquecidos e grãos integrais. O leite de mulheres com condição nutricional adequada apresenta aproximadamente 85mcg/L dessa vitamina, ao mesmo tempo em que o leite de vaca apresenta 50 mcg/L. Desse modo, crianças que recebem outra forma de alimento além do leite materno têm um grande risco de apresentar algum tipo de deficiência (VANNUCCHI; MONTEIRO, 2010). A partir de tais pressupostos e com base em conversas com a equipe de enfermagem, durante o pré-natal, as mulheres podem ser informadas acerca da contribuição do ácido fólico na fase reprodutiva. Então, essa pesquisa é relevante pelo fato de algumas pessoas ainda não saberem quais são os inúmeros benefícios que essa vitamina possui, quando utilizada corretamente. Com isso, objetivou-se analisar as características gerais do ácido fólico com foco nas contribuições para o binômio mãe e filho durante a gestação.

**METODOLOGIA:** O estudo é do tipo revisão bibliográfica, que tem como intenção analisar as diversas colaborações científicas acerca de algum assunto, de modo que o pesquisador possa utilizá-la para comprovar, comparar ou engrandecer suas teses (SILVA, 2012). Como critérios de inclusão foram adotados artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2010 à 2016, em linguagem brasileira portuguesa, e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: ácido fólico. Para tanto utilizou-se os seguintes descritores: ácido fólico, defeitos do tubo neural, gestação. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos disponibilizados apenas em resumo ou, mediante taxa para acesso. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo pertinente ao estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De acordo com o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), o ácido fólico é uma vitamina do complexo B que age no processo de multiplicação das células e na produção de proteínas estruturais da hemoglobina. As necessidades dessa vitamina aumentam decorrente da gestação, devido à rápida divisão celular no feto e ampliação de perdas urinárias. Daí então, como o tubo neural se fecha por volta do 28º dia de gravidez, quando a gestação pode não ter sido identificada ainda, a suplementação do ácido fólico após o primeiro mês da gravidez possivelmente não impedirá a ocorrência de imperfeições do tubo neural. Apesar disso, o ácido fólico irá colaborar para outros fatores da saúde materna e fetal. Essa suplementação é suficiente para diminuir em até 95% problemas de malformação fetal. Observou-se então que, a maioria (67%) das referências utilizadas comprovam que o ácido fólico é utilizado como prevenção na ocorrência de defeitos do tubo neural e outras malformações, onde devem ser ingeridos juntamente com as multivitaminas nos três meses pré-concepcionais e até 14 semanas pós-concepção, o equivalente a 400 mcg por dia, devendo ser iniciado pelo menos 30 dias antes da concepção. O defeito do tubo neural ocorre devido à falta do ácido fólico, sendo assim, Vannucchi e Monteiro (2010) afirmavam que quando há ocorrência de deficiência aguda por essa vitamina, os sintomas começam a serem notados após a administração de seus antagonistas e incluem anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, ulcerações orais e alopecia, já quando essa carência é crônica envolve, sobretudo o sistema hematopoiético, resultando em eritropoiese ineficaz, onde as células hematopoiéticas da medula óssea desenvolvem formas megaloblásticas, determinando o quadro tradicional de anemia megaloblástica. A avaliação diagnóstica da deficiência de folato é feita através de níveis séricos inferiores a 6,8 nmol/L (ou 3,0 mcg/L) e eritrocitários menores que 320 nmol/L (ou 140 mcg/L). Para a realização desta pesquisa, 13% dos artigos que foram utilizados demonstraram que os defeitos do tubo neural que surgem pela falta do ácido fólico, são caracterizados como malformações congênitas que resultam de falha no término da formação do tubo neural embrionário, na quarta semana após a fecundação, sendo a anencefalia e a espinha bífida as situações mais recorrentes, onde a anencefalia é a ausência parcial ou total do crânio e cérebro; a espinha bífida pode atingir todo o comprimento do tubo neural ou se restringir a um espaço menor, em que pode ocorrer exposição da medula espinhal. E ainda existe outra forma clínica, a qual é chamada de encefalocele, que é quando cérebro e meninges se deslocam por falha na calota craniana. Dos artigos analisados, aproximadamente 6% relataram que existem fatores pelos quais levam a gestante a não adesão ou mau uso do ácido fólico durante o período em que irá ocorrer a formação do tubo neural, entre eles estão: a idade materna, baixo nível de escolaridade, menor condição socioeconômica, ingestão de poucas quantidades de alimentos fortificados, profissionais de saúde desprevenidos para orientar as gestantes, dentre outras causas que podem acarretar possíveis malformações devido ao mau uso dessa vitamina. Seguindo o pressuposto a cerca dos efeitos benéficos que essa vitamina pode trazer para o organismo, algumas pesquisas apontam que o folato intervém com a ampliação dos eritrócitos, o aumento do útero e a expansão da placenta e do feto e pode ser utilizada também como condição para o crescimento regular, no ciclo reprodutivo (gestação e lactação) e na produção dos anticorpos. Cerca de 14% dos artigos pesquisados, demonstraram que o excesso desse suplemento vitamínico desequilibra a associação com vitamina B 12 e estimula a ruptura cromossômica e



descontrole mitótico, onde é excretado pelos rins e uma parte pode ser estocada no organismo, principalmente pelo fígado. Diante disso, essa situação seria responsável pela elevação da incidência de câncer de colo e reto nas mulheres expostas a essa vitamina. Devido ao grande número de situações registradas e das consideráveis pesquisas, evidenciando a efetividade do uso de ácido fólico por mulheres grávidas e na tentativa de suprir as necessidades do ácido fólico, o Ministério da Saúde (MS), através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assumiu a Resolução nº 344, determinando a obrigatoriedade para os fabricantes de farinha de trigo e milho melhorar seus produtos com o ácido fólico e ferro no Brasil, fazendo com que houvesse uma diminuição na incidência de doenças do tubo neural. Como esse incremento tornou-se positivo, por reduzir muitos casos de defeitos do tubo neural, atualmente, aproximadamente quarenta países, tornaram indispensável o fortalecimento da farinha de trigo com o ácido fólico para a mulher durante o período gestacional.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da realização desta pesquisa fica claro que o uso de ácido fólico antes e durante a gestação é essencial para evitar possíveis malformações no feto que muitas vezes resulta na morte do mesmo, porém o excesso desse suplemento pode aumentar a incidência de câncer nas mulheres. Diante disso, o ideal é que a mulher tome doses recomendadas pelo médico do ácido fólico no momento em que já pretende engravidar, pois ajudará em inúmeras funções no organismo da mulher como também ajudará na prevenção de possíveis doenças neurológicas na criança. Além disso, algumas orientações devem ser repassadas para que a mulher tenha uma gestação normal, sem nenhuma complicação, como por exemplo, a mãe deve ter uma alimentação apropriada, além da ingestão do ácido fólico, deve evitar o uso de substâncias (os teratogênicos) que podem ocasionar má formação embrionária e fetal, aborto, nascimento prematuro e com baixo peso, e deve ser informada quanto aos benefícios e malefícios que esse suplemento trará para mãe e para o bebê, dentre outras recomendações que devem ser repassadas pelo enfermeiro no momento do pré-natal. Sendo assim, espera-se que este estudo contribua para o crescimento científico na temática que envolve um dos suplementos que ajudam no não desenvolvimento de doenças que afetam os recém-nascidos.

**Palavras-chave:** Ácido Fólico. Defeitos do Tubo Neural. Gestação

## REFERÊNCIAS

CABRAL, A. C. V., CABRAL, M. A., BRANDÃO, A. H , F., Prevenção dos defeitos de tubo neural com o uso periconcepcional do ácido fólico. **Revista Médica Minas Gerais**, Minas Gerais, v.21, n.2, p.186 – 189, 2011. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/197>>. Acesso em: março de 2016

CFM, Saúde da mulher e da criança: CFM recomenda o uso de ácido fólico para gestantes. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=24374:saude-da-mulher-e-da-crianca-cfm-recomenda-o-uso-de-acido-folico-para-gestantes](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=24374:saude-da-mulher-e-da-crianca-cfm-recomenda-o-uso-de-acido-folico-para-gestantes)>. Acesso em: abril de 2016.



ESPOLADOR, G. M. et al., Identificação dos fatores associados ao uso da suplementação do ácido fólico na gestação. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.5, n.2, p.1552-1561, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/766/857>>. Acesso em: março de 2016.

FUJIMORI et al, Prevalência e distribuição espacial de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo, Brasil, antes e após a fortificação de farinhas com ácido fólico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.145-154, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/17.pdf>>. Acesso em: abril de 2016.

MAGNO, M. A. C. B. ROCHA, N. P. Saúde da gestante e do feto: ingestão de micronutrientes essenciais versus utilização de substâncias prejudiciais – um estudo em Belo Horizonte (MG). **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.4, p.441-448, 2011. Disponível em: <<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1740/601>>. Acesso em: abril de 2016.

MARCHIONI et al., Ingestão de folato nos períodos pré e pósfortificação mandatória: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.10, p.20183-2092, 2013. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/profile/Regina\\_Fisberg/publication/257814458\\_Folic\\_acac\\_intake\\_before\\_and\\_after\\_mandatory\\_fortification\\_A\\_population-based\\_study\\_in\\_So\\_Paulo\\_Brazil/links/00b7d525ef2002b551000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Regina_Fisberg/publication/257814458_Folic_acac_intake_before_and_after_mandatory_fortification_A_population-based_study_in_So_Paulo_Brazil/links/00b7d525ef2002b551000000.pdf)>. Acesso em: março de 2016.

MARQUI et al., Principais Fatores da Baixa Adesão ao Uso do Ácido Fólico. **UNOPAR CientCiêncBiol Saúde**, Cuiabá, v.16, n.2, p.141-148, 2014. Disponível em: <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/516/486>>. Acesso em: abril de 2016.

NETO, F. S. S. ROSA, C. S. ROSA, L. C. Avaliação do processo de enriquecimento de farinha de trigo com ácido fólico em farinhas comercializadas na cidade de Santa Maria – RS. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v.23, n.4, p.577-584, 2012. Disponível em: <<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/view/577/1992>>. Acesso em: abril de 2016.

OMS. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999_por.pdf)>. Acesso em: abril de 2016.

PARIZZI, M. R. FONSECA, J. G. M. Nutrição na gravidez e na lactação. **RevMed**, Minas Gerais v.20, n.3, p. 341-353, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/368>>. Acesso em: abril de 2016.

POLTRONIERI, et al., Nível de conhecimento de mulheres em idade reprodutiva quanto à importância do ácido fólico. **Simpósio Científico de Graduação e Pós-Graduação**, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <http://ojs.ftsg.edu.br/index.php/simposio/article/view/108>>. Acesso em: março de 2016.

PONTES, E. L. B. PASSONI, C. M. S., PAGANOTTO, M. Importância do ácido fólico na gestação: requerimento e biodisponibilidade. **Saúde**, São Paulo, v.1, n.1, p.1-6, 2014. Disponível em: <<http://revistas.facbrasil.edu.br/cadernossaude/index.php/saude/article/viewFile/1/1>>. Acesso em: março de 2016.

SILVA, J. A. OLIVEIRA, D. S. OLIVEIRA, T. Presença de alimentos – fonte de ácido fólico na dieta de gestantes de Mogi Guaçu, SP. **Interciência& Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p.68-76, 2014. Disponível em: <[http://www.fmpfm.edu.br/intercienciaesociedade/colecao/online/v3\\_n2/8\\_presenca.pdf](http://www.fmpfm.edu.br/intercienciaesociedade/colecao/online/v3_n2/8_presenca.pdf)>. Acesso em: abril de 2016.

UEHARA, S. K. ROSA, G. Associação da deficiência de ácido fólico com alterações patológicas e estratégias para sua prevenção: uma visão crítica. **Ver. Nutr**, Campinas, v.23, n.5, p.881-894, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000500018)>. Acesso em: abril de 2016.

VANNUCCHI, H., MONTEIRO, T. H. Funções Plenamente Reconhecidas de Nutrientes Ácido Fólico. **Ilsi Brasil International Life Sciences Institute do Brasil**, São Paulo, v.10, p.1-24, 2010. Disponível em: <<http://www.ilsil.org/Brazil/Documents/10%20-%20C3%81cido%20F%20C3%B3lico.pdf>>. Acesso em: março de 2016.

---

## **A VULNERABILIDADE DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS AEROPORTOS E FRONTEIRAS DO BRASIL**

Kleviane Tomás Gomes  
Brenda Raquel Cavalcanti Mamede Alves  
Fabriciano Santos de Souza  
José Hamylka Ventura Nunes  
Rosa Martha Ventura Nunes

**INTRODUÇÃO:** O Brasil possui características que o tornam um país vulnerável à entrada de emergências em saúde pública. Ele possui grande extensão de fronteiras terrestres com nove países, tendo diferentes status sanitários, além de diversos portos e aeroportos com intensa movimentação comercial e fluxo de indivíduos (ROBSON, BRUNIERA-OLIVEIRA, 2014). As relações entre saúde e turismo são complexas, já que são resultados de interações

entre pessoas, instituições e lugares de difícil reconhecimento e controle. Há riscos que os moradores dos locais de destino sofrem devido à presença das variadas nacionalidades de turistas em nosso país. Este tipo de risco é considerado pela área de saúde e destacado pela mídia como responsável pelo aparecimento de boa parte das doenças emergentes ou reemergentes atuais, a exemplo da Influenza A-H1N1, a reintrodução de sarampo e, mais recentemente, o vírus do dengue tipo 4 no Estado do Rio de Janeiro (MATOS V, et al. 2013). Os aeroportos brasileiros recebem pessoas de todos os países do mundo, e muitas vezes, de lugares onde a incidência de vetores é alta, devido às condições climáticas favorecerem a permanência desse vírus nessas regiões, o que acentua a preocupação. A Lei n.º 9.782, proclamada pelo Congresso Nacional em 27 de janeiro de 1999, estabelece as atribuições e competências exclusivas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as partilhadas pelos outros níveis de gestão e afirma no artigo 6.º que: A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras (COSTA, 2001 apud CORTEZ, DANIELA X., et al. 2015). Devido o aumento significativo do número de casos de pessoas acometidas por arboviroses, tem se questionado muito a respeito da origem dos vetores, como também, por onde eles invadem o Brasil. A entrada de pessoas vindas de outros países sem efetivos cuidados permite possíveis proliferações de doenças e/ou vetores trazidos de várias partes do mundo, sem que se tenha a devida fiscalização suficiente para suprir integralmente toda a demanda de visitantes estrangeiros, no tocante a situação saúde dos mesmos. O último grande evento realizado no Brasil, a copa do mundo, é criticada por alguns autores, por ter sido considerada possivelmente a porta de entrada das principais epidemias causadas pelos sorotipos do *aedes aegypt* existentes no país. Essa suspeita foi se concretizando quando no final de 2013 e início de 2014, período em que ocorreram as copas das confederações e do mundo respectivamente, onde diversos casos de infecções foram associados às arboviroses. Infelizmente, no Brasil não existem, em nosso arcabouço jurídico, leis nem decretos que tratem da gestão dos riscos causados à saúde em realizações de grandes eventos de massa. A matéria é regulada em normas infralegais, por meio de portarias ministeriais e resoluções da diretoria colegiada da Anvisa (FERNANDES, RANGEL, 2015). Pela primeira vez na história, foi documentada a transmissão autóctone da febre do Chikungunya nas Américas e no Caribe em 2013. Depois foi confirmada, no Oiapoque, a ocorrência no Brasil. Até outubro de 2014, foram registrados 828 casos no país, sendo somente 39 vindos do exterior (DONALISIO, MR.; FREITAS, A.R.R, 2015). Por mais que essa incidência seja pequena em relação ao número de casos, as medidas de vigilância em saúde nos aeroportos ainda se mostram tímidas, frente o controle de entrada e saída de imigrantes oriundos desses países. Nos últimos anos, a produção normativa necessária à atuação dos agentes de vigilância em saúde mostrou avanços significativos quanto ao desenho das responsabilidades das esferas de gestão do SUS para o planejamento e execução de ações de vigilância em saúde em grandiosos eventos (FERNANDES, 2015). Com base no exposto acima, surgiu os seguintes questionamentos: Quais as condições da fiscalização de vigilância em saúde nas áreas fronteiriças e aeroportos? Que ações deveriam ser executadas pra que elas

sejam fortalecidas? A pesquisa é importante pelo fato de servir como fonte para que se possa identificar as prováveis falhas presentes na fiscalização em saúde em fronteiras e aeroportos do país. Objetivou-se com esta pesquisa, descrever as possíveis fragilidades dos serviços de vigilância em saúde nos aeroportos e fronteiras do Brasil.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo sistemática, na qual se utilizou as seguintes etapas: levantamento bibliográfico, informações e definições, contidas na bibliografia selecionada. O levantamento foi feito nas bases de dados vinculadas ao Google Acadêmico, utilizando-se os descritores: Aeroportos, Controle de Vetores, Saúde Pública, Vigilância em Saúde. A partir desta busca, foram selecionados dezesseis artigos, tendo como critérios de inclusão ser nacionais e terem sido publicados entre 2012 e 2016 e que se encaixavam a temática proposta, dos quais apenas seis serviram como fontes da pesquisa. Após seleção da literatura, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual foram relacionadas às informações e ideias dos autores com o objetivo do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No presente estudo, constatou-se que, as ações de vigilância sanitária são consequência de políticas que incorporam, dentre outras medidas, a elaboração de normas e regulamentos que, não raro, esbarram em obstáculos, face aos conflitos de competência política e administrativa entre os responsáveis pela gestão dos diversos espaços de atuação (OLIVEIRA, 2015). O processo de globalização favoreceu o desenvolvimento e a diminuição dos custos para tráfego internacional de pessoas e mercadorias, desenvolvendo o comércio e turismo mundial, como pode ser observado na copa do mundo, um evento de repercussão mundial e as próximas olimpíadas, que serão realizadas no Brasil este ano. Por sua vez, a globalização também impulsionou a transnacionalização dos riscos à saúde, facilitada pelo transporte e pela transmissão de doenças novas e reemergente, por meio de pessoas, animais, alimentos, bagagens, cargas, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais, podendo assim expor toda a população mundial a crises sanitárias, epidemias e pandemias (BUSS, 2007 apud LIMA, Aline Daiane dos Reis, 2014). Com a diminuição das barreiras espaciais e temporais, tornou-se possível viajar entre diversas partes do mundo em um tempo inferior ao período de incubação (tempo entre a instalação de uma doença e o início dos seus sinais e sintomas) de muitas doenças infecciosas, dentre as quais se destacam as arboviroses, onde alguns estudos mostraram que foram introduzidas no Brasil por turistas de países com alta incidência de infecções (ROBSON, BRUNIERA-OLIVEIRA, et al. 2014). O baixo número de inspeções em aeronaves é sintomático da insuficiência de planejamento, e outras fontes de risco sanitário devem ser consideradas: a entrada e saída de passageiros, por exemplo, que ocorrem, na sua maioria, por via aérea, pode se transformar em um grande problema de saúde pública logo que, as ações de fiscalização dos aeroportos do país não estão sustentadas por bases técnicas e científicas sólidas, capazes de dar respostas quanto à suficiência dos recursos financeiros, materiais e humanos necessários ao seu

planejamento (FERNANDES, Cássia de Fátima Rangel, 2015). A vulnerabilidade do Brasil no âmbito da vigilância em saúde é uma consequência da existência de grandes territórios fronteiriços, que são pouco vigiados pelos órgãos de vigilância, talvez pelo pequeno contingente de profissionais, assim tornando o serviço incapaz de fiscalizar a entrada e saída de pessoas e alimentos que se dar por vias aéreas, terrestres e aquáticas.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para assegurar que o país esteja preparado para gerir os impactos em uma crise de saúde pública, as ações coordenadas em lugares com grande fluxo de pessoas, fazem-se necessárias. Em virtude das fragilidades encontradas, os programas e políticas voltados para a área de vigilância em saúde devem ser estimulados e desenvolvidos com maior efetividade, para que assim, a população encontre-se protegida e fique fora de qualquer risco que possa advir de outras regiões do mundo. Os aeroportos, por meio de seus administradores e funcionários, devem reivindicar junto aos órgãos governamentais responsáveis, maior fiscalização, de forma que visem o combate e controle de epidemias provenientes de áreas com grande incidência de surtos infecciosos. O problema causado por turistas doentes poderia ser controlado, desde que se tracem algumas estratégias a exemplo de, orientar significativamente as pessoas que saírem do país, bem como às que adentrarem nele, seja por via terrestre, aérea ou aquática. As ações de fiscalização não se restringem somente aos órgãos competentes, é também dever de toda a população fazer o seu papel, e exigir que sejam reforçadas as ações de vigilância em saúde nas fronteiras brasileiras. Dessa maneira, o estabelecimento de uma relação entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) se mostram importantes, para o desenvolvimento de planos de preparação e avaliações de risco nos lugares com grande fluxo de pessoas vindas de outros países do mundo. A falta de coordenação transnacional pode resultar na adoção de medidas desproporcionais ou atraso na capacidade de resposta, podendo trazer sérias consequências para a saúde da população. Portanto, a criação de políticas de saúde internacionais intra e inter blocos reflete o reconhecimento da vulnerabilidade dos países para entrada de ameaças em seus territórios (ROBSON, Bruniera-Oliveira, et al. 2014).

**Palavras-chaves:** Aeroportos, Controle de Vetores, Saúde Pública, Vigilância em Saúde.

## REFERÊNCIAS

- CORTEZ, Daniela X. et al. **Implantação da vigilância sanitária em Campos Sales-Ce.** Revista Interfaces: saúde, humanas e tecnologia, vol.3, nº 1, ano E, 2015. p.3-10. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/251/148>> Acesso: 23 de mar. 2016.
- DONALISIO, MR.; FREITAS, A.R.R. **Chikungunya no Brasil: um desafio emergente.** REV BRAS EPIDEMIOL JAN-MAR 2015; 18(1), p. 283-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00283.pdf>> Acesso: 23 de mar. 2016.

FERNANDES, Cássia de Fátima Rangel. **A preparação da Vigilância em Saúde para atuação em eventos em massa: produção normativa.** Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v.4, n.1, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/190/185>> Acesso: 12 de Abr. 2016.

LIMA, Aline Daiane dos Reis. **Controle Sanitário de Fronteiras: trânsito internacional de pessoas na copa do mundo de 2014.** Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013, p. 882-883. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/129>> Acesso: 27 de mar. 2016.

MATOS, V. et al. **Vulnerabilidade e problemas de saúde em viagem: a visão do turista na cidade do Rio de Janeiro.** Ciências & Saúde Coletiva, 18(1), p. 86, 2013. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/8615/C2%20A0Vulnerabilidade%20e%20problemas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20viagem%20a%20vis%C3%A3o%20do%20turista%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro.pdf?sequence=2>> Acesso: 27 de mar. 2016.

OLIVEIRA, Maria das Graças Ramos. **Reflexões sobre o modelo de fiscalização sanitária nos portos, aeroportos e fronteiras do Brasil.** Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit, Brasília, V.4, n. 1, jan/mar. 2015. p. 5. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/188/194>> Acesso: 28 de mar. 2016.

ROBSON, Bruniera-Oliveira. et al. **Desenvolvimento da vigilância epidemiológica de fronteira no contexto da globalização: conceitos e marcos teóricos.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8(3), p. 77-78, set, 2014. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1565/1346>> Acesso: 04 de Abr. 2016.

---

## A SENSIBILIDADE E EFICÁCIA DA TRIAGEM NEONATAL

Kaline Santos da Silva  
Silvânia Araújo Barbosa  
Cristina Costa Melquiatedes Barreto

**INTRODUÇÃO:** A Triagem Neonatal (TN) é um procedimento que visa identificar possíveis doenças em indivíduos aparentemente saudáveis e sem manifestações clínicas. A TN é feita através de exames laboratoriais, popularmente conhecido como Teste do Pezinho, de modo que são feitas coletas de amostras de sangue de recém-nascidos nos primeiros dias de vida. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) atua na pesquisa de patologias como Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias, a fim de detectar e tratar precocemente essas doenças que, se prevenidas

e tratadas imediatamente, evitam sequelas irreversíveis como a deficiência mental nessas crianças (BOTLER, 2010). Tais doenças apresentam-se geralmente assintomáticas nos primeiros meses de vida da criança. Entretanto, se forem diagnosticadas precocemente, existe grande probabilidade de o tratamento prevenir suas graves consequências. No Brasil, a TN surgiu na década de 70 e tornou-se obrigatória em meados da década de 90 de acordo com a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Esta Lei estabelece que hospitais ou serviços de saúde capacitados, possam realizar a TN. No ano de 2001 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio da Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001, que visa à cobertura universal em todo território brasileiro (BRASIL, 2001). De acordo com Garcia (2007) a falta de conhecimento e informações das mães podem dificultar a adesão ao Teste do Pezinho e ao tratamento, o que pode acarretar danos ao desenvolvimento desses recém-nascidos, visto que, se não tratado corretamente, o indivíduo poderá evoluir a óbito em um prazo curto de tempo. Desta forma a sensibilização das mães, por parte da equipe de saúde, é de extrema importância para que se tenha uma eficácia na realização do teste do pezinho.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura acerca da Triagem Neonatal, ressaltando a sensibilidade e eficácia da realização do mesmo.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Constitui de uma revisão literária, realizada entre março e abril de 2016 na plataforma científica Scielo, que abordava a temática pré-determinada. Onde foram selecionados doze artigos para a análise e construção deste trabalho, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado há no mínimo cinco anos, apresentar linguagem clara, ser objetivo e fazer uso da temática pré-estabelecida para a construção deste resumo estendido.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Triagem Neonatal é uma forma de amenizar a morbimortalidade infantil, portanto, a sua importância, sensibilidade, eficácia e finalidades devem ser evidenciadas pelos profissionais de saúde em relação aos familiares da criança. Segundo Santos (2012) as práticas educativas, que levam a uma melhor eficácia no teste do pezinho, podem acontecer durante as consultas de pré-natal, grupos de gestantes, nas salas de espera, que geralmente são os locais em que os profissionais de saúde têm a oportunidade de desenvolver as ações de educação em saúde com as gestantes, disseminando informações, auxiliando na prevenção, promovendo a saúde do binômio mãe e filho e ressaltando os direitos e deveres das famílias. As práticas educativas podem acontecer durante o pré-natal, na maternidade, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em qualquer ocasião em que os pais possam estar junto da criança. Preconiza-se que a coleta do Teste do Pezinho deve ser feita do 3º ao 5º dia de vida do recém-nascido, onde o teste é feito por meio de uma punção no calcâneo do bebê com uma lanceta estéril e as gotas de sangue são inseridas no papel filtro de



acordo com o protocolo pré-estabelecido pelo MS. A mãe ou responsável deverá comparecer com a criança até a UBS ou centro de referência do município mais próximo de sua residência para a realização do teste (BRASIL, 2014). Por ser uma doença genética de caráter autossômico, a fenilcetonúria é recessiva, isto é, os pais da criança não apresentam a doença, mas são portadores do gene defeituoso. Esta doença é causada pela deficiência de uma enzima hepática (fenilamina-hidroxilase) que faz com que uma substância chamada fenilalanina se acumule no sangue. A fenilalanina é um aminoácido presente em vários alimentos, como exemplo no leite, e seu acúmulo resultam em uma deficiência mental progressiva. O hipotireodismo congênito é causado por uma deficiência do hormônio tireoidiano T4. Sem tratamento, os bebês afetados podem morrer de obstrução respiratória ou de outras complicações com as infecções intercorrentes. Os bebês que sobrevivem tornam-se anões com deficiência mental. O tratamento das patologias triadas pelo PNTN, quando iniciado precocemente, propicia grandes chances de as crianças não possuírem sequelas consequentes da falta de adesão ao teste/tratamento nos seus primeiros meses de vida. A falta de conhecimento e de informações dos pais/familiares podem acarretar muitas dificuldades na compreensão da importância do Teste do Pezinho para a vida das crianças e se o mesmo for positivo, a adesão tardia poderá comprometer o tratamento, o que lesionará, geralmente, o sistema neurológico e o desenvolvimento das crianças (SANTOS, 2011). O profissional deve ter conhecimento sobre o PNTN, as técnicas corretas de abordagem das famílias para que o conhecimento seja repassado de forma eficaz. Assim, os pais, mesmo não sabendo de todas as doenças triadas pelo teste, reconhecerão a importância do teste, seus objetivos e as consequências da falta de adesão ao tratamento para a vida da criança. Quando as práticas educativas são repassadas de forma autoritária e impositiva a percepção de quem está participando das atividades pode ser comprometida pelo fato de como a mesma foi repassada para a gestante e sua família (SANTOS, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante a atuação dos profissionais de saúde nos primeiros cuidados com os recém-nascidos, eles desenvolvem interação com a família, o que proporciona condições favoráveis para reforçar as informações repassadas durante o pré-natal. Estes profissionais devem usar todo o conhecimento técnico-científico para abordar o público, de acordo com as condições socioeconômicas das famílias, considerando o saber e a cultura, principalmente das mães que, na maioria dos casos, estarão presentes na vida dos filhos, conscientizando-as sobre a importância do teste. A realização deste estudo possibilitou ampliar a visão em relação à compreensão de algumas dificuldades e limitações vivenciadas pelas mães e pelos profissionais de saúde sobre a sensibilização, conscientização e as informações sobre a TN. Acreditamos que as orientações deveriam ser repassadas para as gestantes nas unidades de saúde, durante o momento do pré-natal ou em qualquer local em que a equipe multidisciplinar tivesse a oportunidade de disseminar essas informações. É necessário despertar a atenção dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, que atuam na prestação de atendimento ao recém-nascido, da gestante antes e após o parto e da família, sobre a importância do diagnóstico precoce das patologias

pesquisadas e identificadas no PNTN, com finalidades primordiais de assessorar o lactente para o seu bom desenvolvimento físico, neurológico, psicológico e intelectual.

**DESCRITORES:** Triagem neonatal. Recém-Nascido. Saúde da Criança.

**REFERÊNCIAS:**

BOTLER J, CAMACHO L.A.B, CRUZ M.M, GEORGE P. Triagem neonatal: o desafio de uma cobertura universal e efetiva. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 822/ GM em 6 de junho de 2001. Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística e Hemoglobinopatias – Brasília, MS/ 2001.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Diagnóstico, Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

GARCIA M.G, FERREIRA E.A.P, OLIVEIRA F.P.S. Análise da compreensão de pais acerca do Teste do Pezinho. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, Abr. 2007.

SANTOS E.C, GAÍVA M.A.M, SANTOS J.G, ABUD S.M. O conhecimento de puérperas sobre a Triagem Neonatal. **Cogitare Enfermagem** v.16, n. 2, Abr. 2011.

SANTOS, D.S. et al. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Mar. 2012.

---

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DE FATORES QUE  
INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE**

Thamiris Gonçalves de Azevedo  
Valdemberg Primo de Araujo  
Allissa Mendonça Freitas  
Aline Galdino de Almeida  
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** É inquestionável o valor do aleitamento materno exclusivo até os seis meses na vida do bebê, os benefícios que esse tipo de alimentação proporciona são inúmeros, tanto pra mãe, quanto para a criança. O aleitamento materno é considerado a nutrição ideal para todos os bebês, ele é extremamente importante para a saúde da criança, uma vez que

disponibiliza proteção imunológica contra vários tipos de doenças. Atualmente existem várias estratégias de promoção, proteção, incentivo e apoio a amamentação, isso tem contribuído de maneira positiva para a sua manutenção (BRASIL, 2011). Porém, apesar de todos os esforços do Ministério da Saúde incluindo campanhas sobre a amamentação pesquisas comprovam que, ainda existe uma alta taxa de desmame precoce, ou seja, de mães que não amamentam exclusivamente seus filhos até o sexto mês de vida, por isso ainda estamos longe do recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Realizar o desmame em crianças menores de seis meses constitui como um fator de prejuízos à saúde do lactente. Dentre os principais prejuízos do interrompimento precoce dessa atividade destaca-se: o aumento de diarreias, que é um sintoma preocupante em crianças, pois, rapidamente leva a desidratação; maior ocorrência de internações por patologias respiratórias; risco de desnutrição e obesidade (BRASIL, 2012). Pesquisas apontam que as principais queixas das mães para o abandono da amamentação são: leite fraco ou produção insuficiente, criança não quis mamar, problemas maternos na produção, atividades extradomiciliares, recomendações médicas e tabus populares, além do uso de mamadeiras e chupetas (SOUZA; SODRÉ; SILVA, 2015). A amamentação não é apenas um fator biológico, mas uma associação de fatores históricos, educacionais, sociais, culturais e psicológicos. Deste modo, o enfermeiro não deve apenas informar, é necessário tentar mudar crenças, quebrar tabus da população em geral, conceitos errôneos que transmitidos de geração em geração (SILVA; GUEDES, 2012). O desmame precoce é um problema de saúde pública no Brasil, por isso se faz necessário que o enfermeiro em diferentes níveis da assistência realize um atendimento onde se estabeleçam práticas de educação em saúde voltadas à amamentação, de acordo com as particularidades de cada mulher, com o intuito de diminuir o desmame (FORTA et al ,2009). Este estudo objetiva mostrar a importância do enfermeiro na diminuição de fatores que influenciam no desmame precoce.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no mês de abril de 2016, a busca de materiais indexados na seguintes base de dados: SCIELO.Utilizando-se os descritores:assistência de enfermagem; desmame precoce; saúde da criança. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática descrita, publicadas em português, sendo incluídos trabalhos dos últimos oito anos e em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra na base de dados e com mais de oito anos de publicação.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A falta de conhecimento materno quanto aos benefícios, desinteresse em aprender a maneira correta de amamentar, volta à jornada de trabalho que faz com que a mulher não tenha tempo para realizar tal prática e assim introduza alimentos complementares na dieta da criança, uso de medicamentos que passam para o leite e força a mulher ao desmame, mães muito jovens e inexperientes, entre outros motivos devem ser avaliados pelo enfermeiro para que se formulem estratégias positivas e efetivas compatíveis

com a realidade da mulher e que desperte a vontade de querer amamentar para que essa atividade seja realizada. O desmame precoce é determinado, em parte, por concepções já formadas durante a gravidez, a partir de crenças, conhecimento, sentimentos e experiência de outras pessoas ou da própria mulher. Além das causas já citadas observa-se ainda que o desmame precoce acontece em períodos críticos onde surgem problemas como rachaduras no mamilo, ingurgitamento mamário, dor à sucção, angústia e ansiedade (RAMOS, 2011). O uso de chupeta e mamadeira também é um fator que em muito interfere no desmame segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). É discutido entre autores que o ato de sucção a chupeta ou a mamadeira inibe a amamentação, pois o bebê sente a facilidade de se alimentar e depois se colocado novamente ao seio a recusa é inevitável (SOUZA; SODRÉ; SILVA, 2015). Além disso, lactentes desmamados precocemente apresentam maior índice de morbidades e internações hospitalares. O aleitamento materno exclusivo é apontado como forma de prevenir cerca de 6 milhões de mortes em crianças menores de 12 meses, a cada ano. Se não houvesse desmame precoce mais de 2 milhões de mortes infantis iriam ser evitadas (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013) De acordo com Cruz et al, (2010), para que se diminuam as taxas de desmame precoce o enfermeiro deve oferecer as mães apoio permanente durante a gestação para que a mulher já se prepare antes de parir, e são nas consultas de pré-natal que devem-se abordar essas mulheres e também as suas famílias. Nesse contexto, o puerpério imediato é decisivo para o sucesso da amamentação, tão importante quanto às orientações do enfermeiro, é a continuidade da assistência e auxílio no decorrer desse processo, para que as mulheres se sintam amparadas e apoiadas, evitando assim o desmame precoce (MONTEIRO et al, 2011). O enfermeiro deve fazer visitas domiciliares, não apenas realizando o exame clínico e físico da mulher, mas que, se crie um vínculo enfermeiro/paciente baseado na confiança, para que a puérpera se sinta a vontade e retire as suas dúvidas, angústias, medos e que estes possam ser minimizados. Por isso o enfermeiro deve realizar ações de promoção a saúde e qualidade de vida da mãe e bebê, devendo estar atento quanto as dificuldades e particularidades de cada família e contribuir de forma positiva para a diminuição do índice de desmame precoce (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O sucesso do aleitamento materno exclusivo depende de vários fatores que podem influenciar de maneira positiva ou negativa. Para se alcançar essa meta é importante que se conheça qual a causa do problema para então agir sobre ele e conseguir mobilizar as mães de maneira individualizada a aderirem a essa atividade, evidenciando os benefícios para a mãe e bebê de manter aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos de vida da criança.

**Palavras chave:** assistência de enfermagem. desmame precoce. saúde da criança

## REFERÊNCIAS

BATISTA, K.R.AI; DE FARIAS, M.C.A.D; MELO, W.S.N. Artigo Original: Influência Da Assistência De Enfermagem Na Prática Da Amamentação No Puerpério Imediato. **Saúde debate**. vol.37 no.96 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013. Disponível EM:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100015&lang=pt)>

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**.Brasília, 2011. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_amamenta\\_brasil\\_primeiros\\_passos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília, 2012. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)>

CRUZ; S. H. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 259-267, 2010.

FROTA et al .Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev RENE**. 2009. Disponível em:<<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/7037-26342-1-SM.pdf>>

MONTEIRO et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto contexto- enferm.**, Florianópolis, v.20 , n.2, jun.2011. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3384.pdf>>

RAMOS, Sebastiana Batista. Causas do desmame precoce e estratégias de intervenção para sua prevenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**.Governador Valadares, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3384.pdf>

SILVA, W.F.S; GUEDES, Z.C.F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC**,vol.15 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2013EpubJune 26, 2012. DISPONIVEL EM: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000055>

SOUZA, M.H.N; SODRÉ ,V.R.D; SILVA, F.N.F. Prevalência E Fatores Associados À Prática Da Amamentação De Crianças Que Frequentam Uma Creche Comunitária:**Cienc. enferm**. Vol.21 no. 1 ,abr. 2015.disponivel em:<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000100006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100006&lang=pt)>

---

## A IMPORTÂNCIA DO CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

Valdemberg Primo De Araújo  
Gabriela Pinto de Freitas

Gislaine Grazielle Arante Felix  
Maria Do Socorro Araújo  
Fabiana de Sousa Lima e Silva  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** No ano de dois mil e onze foi instituído o decreto n° 7.508 para regulamentar a lei orgânica, a mesma trata da organização, do planejamento, da assistência e da articulação interfederativa, ou seja, do vínculo entre federativos. O Decreto, ao regulamentar a Lei 8080/ 90, compreende a saúde como um direito do ser humano, assim o modelo de assistência é baseado não só na terapêutica, mas também no incentivo a prevenir doenças. Através desse decreto foi instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que é um acordo entre federativos nas regiões que é expresso por meio de documentos que formalizam as responsabilidades de cada um. Por meio dele são definidas as responsabilidades individuais e solidárias dos órgãos com relação a ações e serviços, indicadores e metas, avaliação da execução, disposição dos recursos, forma de controle e vigilância da prática e o que mais precisar para realizar de forma integral a rede regional. A proposta é baseada na organização e a integração das ações e dos serviços onde está sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região o que resulta na integração do plano, fundamentado nas pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Desta maneira, são observadas e identificadas as necessidades locais e regionais; Oferta de serviços, princípios da atenção básica em âmbito local; Tarefas assumidas perante a população no processo de integração, as quais serão criadas de maneira individual, de acordo com o perfil, a ordem e a capacidade de prestação de funcionamento e realização de tarefas cada um da sua região; Indicadores e metas, além de planejamento para a melhoria de projetos já existentes (BRASIL, 2016). O mesmo recebe a assinatura dos federativos e cada município pode participar de um plano regional de saúde (BRASIL, 2013). Objetiva – se Descrever a importância do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica e exploratória. Realizada no mês de março de dois mil e dezesseis procurando materiais que encontrava-se nos seguintes sites de indexação científica: BIREME e SCIELO. Além de sites do ministério da Saúde. Utilizando-se os descritores: Plano de Saúde; Vigilância em Saúde Pública; Indicador de Saúde. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática importância do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, publicadas em português, sendo incluídos trabalhos dos últimos quatro anos e em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas anteriormente. Salienta-se que a busca foi realizada de forma ordenada; desta maneira, as que encontravam-se indexadas em mais de uma, foram selecionadas na primeira busca.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise dos dados possibilitou observar que a importância de firmar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde consiste na definição clara de responsabilidades sanitárias de cada governo na divisão das tarefas (SANTOS; ANDRADE, 2013) Ele procura melhorar e tornar organizada a ligação das ações e serviços. Além disso, é de suma importância para estabelecer a segurança jurídica quanto às definições dessas responsabilidades na judicialização; melhor definição dos papéis do estado em relação às cidades, além da união em relação ao estado e municípios, possibilidade de se garantir a assistência integral a população de localidades menores. Quanto à avaliação da sua execução, ela é baseada em meio a um documento de gestão, de cada órgão, devendo ser

acompanhada pelos conselhos de saúde, eles irão através desses dados observar, caso esteja sendo efetivo não se realiza alterações ou intervenções, caso sim ocorre à necessidade de reavaliar a sua execução. O estudo revelou a importância do processo. Porém dado ao fato de que a esfera estadual pode ainda apresentar dificuldades para assumir a efetiva coordenação desse processo, restringindo-se ao gestor a prestação de suas próprias atividades. Nesse sentido, a construção histórica de apoios técnicos regionais pode melhorar a associação solidária dos coordenadores na construção de regiões interligadas. É importante que tenha a existência dos pactos para contemplarem solidariamente os lugares com maiores prioridades sociais, econômicas, epidemiológicas, demográficas e de oferta de atividades, com metas para fortalecer o vínculo entre líderes municipais, e possibilitar a maior integração entre ambos. Um dos desafios do decreto é a disciplina das regiões e a visualização da atenção básica como porta de entrada. Desde a sua criação, a integração das regiões tem melhorado significativamente. Por isso, espera-se com a instituição, é que aja de maneira regionalizada e hierarquizada, para conseguir alcançar os princípios estabelecidos como a integralidade do atendimento para os usuários. Enquanto a cidade cabe à obrigatoriedade de garantir a atenção básica, a região deve, através da rede de atenção, oferecer a continuidade, de maneira que todos possam ter acesso a atividades complexas. E para evitar o foco em algumas cidades, como aconteceu o decreto propõe um novo desenho das regiões, de forma a garantir o atendimento o mais próximo possível dos clientes. Além disso, assume o desafio de investir na infraestrutura e melhorar a capacidade instalada em novos lugares, diminuindo assim os vazios assistenciais. A interação de diferentes regiões é mais do que um processo de organização das atividades no território, visando assegurar a integralidade da atenção, é uma construção que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento dos problemas encontrados em diferentes locais (PERALTA; PERUZZO; BOTH, 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As organizações das redes buscam partilhar atividades de saúde através de um planejamento regional integrado, garantindo a atenção de maneira contínua, com a atenção primária sendo a porta inicial dessa rede (BRASIL, 2011). A reunião sobre a elaboração do Contrato Organizativo é ativa e os gestores municipais e estaduais realizam grandes esforços no sentido de manter a ordem, disponibilidade e análise dos indicadores abordados (MENDES et al, 2015). O mesmo visou melhor organizar a precária questão da interação de tarefas em que nunca conseguiram alcançar a virtuosidade necessária ante a falta de elementos que pudessem fazer parte dos serviços de maneira responsável e mediante negociação federativa (SANTOS; ANDRADE et al, 2013). De maneira geral, fica claro o valor que a dimensão territorial vem tomando no processo de regionalização da política de saúde. A distribuição dos recursos para a atenção para buscar as atividades disponibilizadas para todos os cidadãos precisa ser objeto de pactuação entre os entes federados, em especial os municípios que compõem as regiões. Nelas é que grande parte da carência dos cidadãos deve ser atendida( MENDES et al, 2015).A análise sobre a execução merece um tratamento integrado entre os perfis das condições das áreas e o desenvolvimento do processo político por parte dos federativos para ocorrer a integração. Permite compreender que serve de base para o processo, estimulado após a publicação do decreto judicial. É importante ver que, ao incentivar o avanço do processo de regionalização, ainda com todos os problemas que a pesquisa descrita revelou, vem causando no país uma estratégia, não só para a própria área. Ao propor a pactuação regional está colocando algo de novo nas relações interfederativas do Brasil, o que implica gerar os sucessos e desafios. Assim, entendemos que a categoria região é centrada no desenvolvimento futuro, na medida em que ela regula os diferentes níveis de gestão (PERALTA; PERUZZO; BOTH, 2014).

**Palavras-Chave:** plano de saúde. regionalização. saúde pública. vigilância em saúde pública

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério Da Saúde Secretaria De Gestão Estratégica E Participativa – Sgep Comitê Gestor Do Decreto 7508 – Ge Coap. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato\\_organizativo\\_acao\\_publica\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf)

BRASIL. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Contrato Organizativo Da Ação Pública Da Saúde – Coap. Salvador – Bahia. Abril de 2016. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=4>

MENDES et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. São Paulo. Saúde soc. v.24, n.2, p.423-437, apr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104-12902015000200423&lang=pt>.

SANTOS; ANDRADE. Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Contrato Organizativo De Ação Pública (Coap). Dezembro, 2013. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/12/27/contrato-organizativo-de-acao-publica-coap/>

PERALTA; PERUZZO; BOTH. Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) de olho no COAP. Passo Fundo; IFIBE, 2014. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/05/Cartilha.pdf>

---

## **A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM**

Ronivaldo Cordeiro de Morais  
Flavia Maria Palmeira Nunes  
Marie Oliveira Nóbrega  
Nicassia Melo  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** Entre todos os processos reais e existentes na função administrativa para a enfermagem, encontra-se a auditoria em enfermagem, considerando esta como uma avaliação sistemática para a qualidade da assistência da equipe de enfermagem (SANTANA, 2009). As mudanças tecnológicas têm provocado relevante repercussão na área da saúde, com essas inovações surgem desafios e novas perspectivas para a atuação da enfermagem, vista a necessidade de redefinição da sua função na busca de aprimorar o seu papel e compromisso com a qualidade de assistência à saúde prestada a população. O enfermeiro precisa ser capaz de enfrentar os desafios da profissão, buscando novas abordagens tais como a gerência participativa e os programas de qualidade que são fundamentais para o serviço de auditoria. A



auditoria é uma ferramenta gerencial, usada para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos gerados pelos serviços prestados desta atividade, tendo em vista sempre o bem-estar do ser humano enquanto paciente (SILVA et al., 2012). Com base nessa lógica mercadológica as operadoras de serviços vêm conquistando espaços na atenção à saúde, recrutando enfermeiros para atuar no gerenciamento dos serviços prestados à população, visando a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem em todos os aspectos. Na atualidade, o enfermeiro auditor retrata sua função na dimensão burocrática, inserida nas exigências das instituições de saúde contemplando os aspectos de caráter contábil, financeiro e da disposição de custos. Assim, a pesquisa teve como objetivo descrever a importância da auditoria em enfermagem.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - ScientificElectronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Auditoria de enfermagem e serviços de saúde. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Auditoria em enfermagem. Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS:** compete ao profissional enfermeiro a garantia da assistência prestada ao usuário, conferindo-lhe segurança e confiabilidade na relação, viabilizando economicamente o estabelecimento de saúde, efetuar o levantamento dos custos para direcionar as metas gerenciais, conferir a correta utilização/cobrança dos recursos técnicos disponíveis bem como educar a prestadora e os prestadores de serviço (SILVA et al., 2012). Os métodos utilizados para a realização da auditoria de enfermagem baseiam-se na utilização da coleta de dados do prontuário do usuário, manuais de procedimentos, padrões da assistência, rotinas, coleta e análise dos custos e benefícios dos recursos técnicos disponíveis no serviço. É necessário que o enfermeiro auditor desenvolva um olhar crítico sobre a assistência prestada realizando visita técnica ao prestador, observando o serviço operacional, esclarecendo dúvidas levando em conta as questões éticas e estabelecendo um vínculo de confiança e credibilidade com a instituição prestadora de serviços (SCARPARO et al., 2010). Visto que a auditoria é uma análise das transações, operações e procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem, no qual são averiguados documentos, livros, registros, demonstrações ou mesmo qualquer tipo de consideração contábil, com o objetivo de averiguar a veracidade e confiabilidade desses registros e das demonstrações contábeis deles decorrentes, buscando à apresentação de opiniões, críticas, conclusões e orientações. Também consiste em controlar áreas específicas nas empresas prevenindo situações que possa provocar fraudes, desfalques e

subornos, por meio de observação regular nos controles internos de cada organização (MENEZES; BUCCHI, 2011). A prática dos enfermeiros auditores possui grande importância na distribuição dos recursos físicos e materiais disponibilizados nos serviços de saúde, desenvolvendo planejamentos e melhorando a execução técnica do trabalho, a relação custo/benefício para o usuário, além de fornecer subsídios para o aprimoramento no gerenciamento e implantação de uma assistência com qualidade (PINTO; MELLO, 2010). Com tudo, o enfermeiro auditor busca atender as necessidades tanto da população quanto das instituições de serviços com relação aos fatores geradores de altos custos e identificar áreas deficientes nos serviços de enfermagem, a fim de remanejar tais condições e garantir a ambas as partes a qualidade no fornecimento e atendimento nos serviços de saúde tanto nas instituições privadas como as públicas (DIAS et al., 2011). Desta forma, a prestação da assistência de enfermagem, atrelada à auditoria procura analisar constantemente os indicadores assistenciais, na busca de melhorias na gestão dos serviços de enfermagem e, contribuindo assim, com a organização e para a excelência na gestão hospitalar, conseqüentemente na busca da diminuição das ocorrências de erros da equipe não só para a enfermagem como, também, para a equipe multidisciplinar (MENEZES; BUCCHI, 2011). Sendo assim, o trabalho do auditor em enfermagem procura legitimar todas as funções de enfermagem do ponto de vista assistencial, organizacional e de gestão, nos três níveis de cuidado a saúde, a partir do registro até a execução da prática na enfermagem.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** o serviço de auditoria realizada com qualidade proporciona a melhoria no gerenciamento dos cuidados e da assistência de enfermagem, garantindo o bom aproveitamento dos recursos técnicos e programas em saúde voltados para a população. O desenvolvimento da auditoria em enfermagem enfrenta ainda muitos desafios como interagir com enfermeiros auditores de todo o país, aprofundar os conhecimentos buscando a essência da auditoria articulada de forma interdisciplinar, reconhecer os diferentes atores que atuam no mercado de auditoria em saúde, buscar medidas cabíveis para aumentar a qualidade na prestação de serviços e garantir uma boa interação entre o usuário e a instituição. Diante dessa perspectiva, o enfermeiro auditor poderá enriquecer suas funções no que diz respeito às necessidades financeiras da instituição e mais ainda as necessidades dos usuários. Acredita-se que este trabalho, contribua para melhorias na gestão da equipe de enfermagem, bem como para a qualidade da assistência de enfermagem, além de servir de subsídio para a comunidade científica e áreas afins.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Auditoria de enfermagem. Serviços de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.



BRASIL. COFEN. **Resolução 266 de 05 de outubro de 2001**. Aprova atividades do enfermeiro auditor. Brasília: COFEN, 2001.

DIAS, T. C. L., et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 931-937, set-out, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2016.

FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023884002>>. Acesso em 11 de abril de 2016.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 243-249, mar-abr, 2010. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/4193>>. Acesso em 08 de abril de 2016.

MENEZES, J. G. B. R. L.; BUCCHI, S. M. Auditoria em enfermagem: um instrumento para assistência de qualidade. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 12, n. 1, p. 68-72, 2011. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-1-12.pdf>>. Acesso em 09 de abril de 2016.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, 684-91, jul-ago, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a09v64n4.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2016.

PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 671-678, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=561401&indexSearch=ID>>. Acesso em 09 de abril de 2016.

SANTANA, R. M. **Auditoria em enfermagem:** uma proposta metodológica / Ricardo Matos Santana, Verônica Gonçalves da Silva. – Ilhéus : Editus, 2009.

SCARPARO, A. F., et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 85-92, jan-mar, 2010. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3644>>. Acesso em 12 de abril de 2016.

SETZ, V. G.; DÍNNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2016.

SILVA, J. A., et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery** (impr.), v. 16, n. 3, p. 576-581, jul-set, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300021>>. Acesso em 10 de abril de 2016.

SILVA, M. V. S., et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 535-538, mai-jun, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300021>>. Acesso em 08 de abril de 2016.

SILVA, R. B., et al. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 114-120, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/36792>>. Acesso em 12 de abril de 2016.

TAJRA, F. S., et al. Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 157-169, jan-mar, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0157.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2016.

---

## **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Luana Almeida de Figueiredo  
Cícera Maria Joaquina Bezerra de Lacerda  
Francisca Izabela Soares Felix  
Sosthenes dos Santos Alves  
Tarciana Sampaio Costa

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem vem ampliando, crescentemente, o seu espaço de atuação na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo, no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades. A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está amparada pela Lei n. 7.498/1986 e pelo Decreto n. 94.406/1987 que regulamentam a profissão, sendo estabelecida como atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Entretanto, essa prática vem tomando contorno mais nítido nos últimos anos mediante a publicação de protocolos assistenciais instituídos pelo Ministério da Saúde. O enfermeiro no exercício de suas funções, gradativamente, vem conquistando os espaços que lhe são conferidos por direito, e mediante fundamentos legais persiste por meio do esforço conjunto entre Conselhos e categoria, na luta pela sua devida autonomia como integrante de uma profissão tradicional independente. À medida que o campo de trabalho se amplia aumenta a necessidade de se organizar em torno da legislação com foco das atribuições na interação multiprofissional e interprofissional e, para tanto, Conselhos e profissionais de enfermagem se mobilizam de várias maneiras na tentativa de direcionar suas atividades ao que corresponde a função. Um dos grandes exemplos vem ser o esforço empregado pelo Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/ PB), na produção e publicação do Protocolo de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2014, por meio da decisão 027/2012, o qual foi homologado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Percebe-se a prescrição de medicamentos como uma atividade inerente ao exercício do enfermeiro e tomando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ponto de partida e modelo de desenvolvimento da promoção, prevenção, intervenções e tratamento, este profissional se destaca como sendo uma figura mais próxima das pessoas tornando-se conhecedor da situação real em seu contexto sanitário, obtendo uma bagagem diferenciada capaz de desenvolver melhor assistência à saúde da população. Neste contexto, esta pesquisa objetivou discutir os limites e possibilidades da prática da prescrição de medicamentos pelos enfermeiros, e buscou-se compreender o trabalho desenvolvido por eles na consulta de enfermagem, no sentido de entender sua visão sobre a prescrição de medicamentos nas intervenções diárias, é preciso considerar que o cuidado profissional do enfermeiro não é um fenômeno natural e sim uma habilidade desenvolvida ao longo da formação profissional sendo aperfeiçoada pela educação permanente que vem a resultar numa prática reflexiva e crítica.

**OBJETIVO:** Traçar reflexões acerca da prescrição de medicamentos por enfermeiros.

**METODOLOGIA:** O estudo é do tipo bibliográfico, na qual o pesquisador tem “uma atitude uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta uma “carga histórica” reflete posições frente a realidade (MINAYO, 2010). Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2011 a 2016, em língua brasileira portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: a história da psiquiatria. Para tanto utilizou-se os seguintes descritores: Enfermagem e Prescrição de Medicamentos. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo dessa pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica pertinente ao estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental nos sistemas de saúde, considerando a complexidade e as expectativas em torno das demandas de saúde da população. A orientação para a promoção da saúde, ao contrário do foco na doença, implica novas habilidades e competências profissionais do enfermeiro na área social e política, e força-o ao desenvolvimento responsável, a promoção da saúde, o monitoramento e controle de doenças crônicas, tanto em nível local, regional e nacional quanto internacional. Para orientar o enfermeiro quanto à segurança na prescrição de medicamentos, o COFEN baixou a Resolução n.º 195, de 18 de fevereiro de 1997, segundo a qual o enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares<sup>(4)</sup>. Essa Resolução se pautou na própria Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/86 e no seu Decreto regulamentador n.º 94.406/87<sup>(5)</sup>. Essa resolução encontra-se respaldada nos seguintes programas do Ministério da Saúde: Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS da Coordenadoria de Assistência à Saúde; Viva Mulher; Assistência Integral; e Saúde da Mulher e da Criança; Controle de Doenças Transmissíveis, dentre outros. Encontra respaldo também nos Manuais de Normas Técnicas publicados pelo mesmo Ministério, tais como: Capacitação de enfermeiros em Saúde Pública para Sistema Único de Saúde Controle das Doenças Transmissíveis; Pré-natal de baixo risco (1986); Capacitação do instrutor/supervisor enfermeiro na área de controle da hanseníase (1988); Procedimento para atividade e controle da tuberculose (1989); Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase (1990); Guia de controle de hanseníase (1994); e, Normas de atenção à saúde integral do adolescente, de 1995. A inserção dos enfermeiros no ato da prescrição de medicamentos nos programas de saúde pública se configura ainda como uma ‘nova realidade’ para a categoria. Pois, tal ação, para se tornar algo permanente no cotidiano do trabalho junto à ESF, necessita ser refletida e praticada com responsabilidade e competência teórica, ética e, principalmente, com conhecimento legal sobre os trâmites que normatizam as atribuições do enfermeiro para realizarem a consulta de enfermagem. O enfermeiro demonstrará satisfação em desenvolver o ato de prescrever medicamentos junto aos programas de saúde pública existentes no âmbito de trabalho ao qual ele está diretamente ligado (VASCONCELOS et. Al 2014). Indiscutivelmente, uma das atribuições da equipe de enfermagem tem sido a

administração de medicamentos, envolvendo a requisição do medicamento à farmácia, utilizando-se a prescrição médica para esse procedimento; também, cabe aos profissionais de enfermagem a manipulação e o preparo do medicamento e a infusão do mesmo no cliente. Todas essas ações, envolvem aspectos legais e éticos de impacto sobre a prática profissional. A administração de medicamentos prescritos é um papel fundamental à maioria das equipes de enfermagem. Não é somente uma tarefa mecânica a ser executada em complacência rígida com a prescrição médica. Dessa maneira, a administração de medicamentos exige que o profissional de enfermagem detenha conhecimentos técnico-científicos, além de discernimento para o exercício de juízo profissional. Ao se propor essa discussão e reflexão acerca da prescrição de medicamentos por enfermeiros, convém ressaltar que o processo de construção social da identidade profissional da enfermagem especializada ainda não se consolidou, ou seja, as instituições formadoras, construtoras sociais do campo profissional da enfermagem, ainda não se definiram pela figura de um só perfil generalista ou especialista e, por isso, esta construção ainda encontra-se inacabada.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O papel do enfermeiro é reconhecido, em suma, pela capacidade e habilidade de compreender o ser humano como um todo, pela integralidade da assistência à saúde, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, pela capacidade de acolher e compreender as diferenças sociais, bem como pela capacidade de promover a interação e associação entre os usuários, a equipe de saúde da família e a comunidade. Não basta a existência da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem n.º 7.498/86 e do seu Decreto regulamentador n.º 94.406/87, para que seja assegurado o direito do enfermeiro prescrever medicamentos. Embora essa legislação contemple as atividades privativas do enfermeiro, é imprescindível que a essa mesma legislação contemple os limites e a abrangência da atuação do enfermeiro, particularmente no que tange à prescrição de medicamentos por enfermeiros, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares. Sobre a atuação do enfermeiro brasileiro, temos como experiências bem sucedidas a prática da prescrição de medicamentos realizada no estado do Ceará e, mais recentemente na cidade do Natal, Rio Grande do Norte, onde a Secretaria Municipal de Saúde, através de portaria, autorizou a prescrição de medicamentos, além da solicitação de exames de rotina e complementares, por enfermeiros da ESF, previamente estabelecidos em Programas de Saúde Pública, e em rotina aprovada pelas instâncias competentes do SUS, as quais normatizam os protocolos terapêuticos a serem trabalhados no município. Um dos principais desafios é a conquista de novas relações do enfermeiro com outros profissionais da equipe, usuários e a gestão dos serviços de saúde. A posição de submissão assumida pela enfermagem ao longo do tempo não favorece um clima de confiança e respeito, necessários para desenvolver a responsabilidade da prescrição de medicamentos mesmo diante da prerrogativa do trabalho em equipe na atenção básica. Conclui-se que há tendência de prescrição de medicamento, por enfermeiros, permanecer apenas na legalidade e o principal desafio é alcançar a legitimidade.

## REFERÊNCIAS

Araújo MFS, Oliveira FMC. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, setembro , 2009; (14): 1-14. Disponível em:

<[http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE\\_TEXTO%20I\\_AT A%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%20I_AT A%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf)> Acesso em: março de 2016.

Borges IAL. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica de saúde. **[Internet]** 2010; 1(1): 05-08. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1/1>> Acesso em: março de 2016.

CFF. **Conselho Federal de Farmácia**. Resolução Nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=136&data=26/09/2013>> Acesso em: março de 2016.

Kletemberg DF, Siqueira MTD, Mantovani MF, Padilha MI, Amante LN, Anders JC. O processo de enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010, jan-fev; 63(1): 26-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>> Acesso em: março de 2016.

Martiniano CS, Andrade PS, Magalhães FC, Souza FF, Clementino FS, Uchoa SAC. Legalização da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no Brasil: história, tendências e desafios. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015, jul-set; 24(3):809-17. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf)> Acesso em: março de 2016.

Oguisso T, Freitas GF. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** [internet] 2007; 60(2). <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200003>> Acesso em: março de 2016.

Protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da Paraíba. João Pessoa: **COREN PB**, 2014. Acesso em: março de 2016.



Stein-Backes D, Stein-Backes M, Erdmann AL, Bucher A, Salazar-Maya AM. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. Aquichán, Bogotá, Oct./Dec., 14(4), 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972014000400010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010)>Acesso em: março de 2016.

Vasconcelos RB, Araújo JL. A prescrição de medicamentos pelos enfermeiros na estratégia saúde da família. **CogitareEnferm**, 2013 Out/Dez; 18(4): 743-50 Disponível em:  
<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/34931/21683>>Acesso em: março de 2016.

---

## **ACOLHIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS VISUAL E AUDITIVO: UM DESAFIO PARA O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA.**

Maria Jannifer da Silva  
Delmira Beserra Diniz  
Eliézio Inácio de F. Segundo  
Ana Karla Bezerra da Silva Lima

**INTRODUÇÃO:** O acolhimento é um instrumento imprescindível para o trabalho da equipe de saúde e para o paciente que necessita dos serviços dessa equipe, sejam esses pacientes portadores de alguma deficiência ou não. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a deficiência como toda a perda ou a anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Em decorrência disso, é preciso assegurar a essas pessoas o exercício efetivo da cidadania e da convivência social, mediante o direito de liberdade e de autonomia para ir e vir conforme nos asseguram as leis orgânicas de nosso país (SILVA, 2015). Entre as diversas deficiências destacam-se a auditiva e visual, pelo impacto que promovem na vida social das pessoas. Preliminarmente, vamos abordar o assunto que diz respeito ao acolhimento dos portadores de deficiência visual e auditiva na atenção básica e verificar os desafios que os enfermeiros enfrentam neste acolhimento. O acolhimento está baseado no estabelecimento de relações solidárias e de confiança entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços buscando uma solução para seu problema de saúde, tornando-se aspecto importante para que ocorra o vínculo, contribuindo para a resolubilidade do problema (TEDESCO; JUNGUES, 2013). O acolhimento é de fundamental importância para o acesso e a reorganização das ações. Os portadores de necessidades especiais exigem uma atenção específica, principalmente os que possuem surdez e cegueira pois, apresentam

maior desafio no acolhimento de suas necessidades, por causa da barreira imposta pela linguagem. Nesse cenário, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabeleceu estratégias para atender, de forma qualificada, às pessoas com deficiência, priorizando a formação e a capacitação de profissionais de saúde para atuarem, desde a atenção básica na estratégia de saúde da família, até o nível terciário de atendimento. Entre esses profissionais, destaca-se a equipe de Enfermagem, que lida com o paciente desde sua entrada no estabelecimento de saúde, até as últimas orientações sobre procedimentos e retorno àquele estabelecimento. No entanto, embora a temática da inclusão social de pessoas com deficiência esteja sendo ressaltada, percebe-se que faltam preparação e conscientização dos profissionais da área de saúde e incentivo por parte dos governantes, no intuito de capacitá-los para atenderem satisfatoriamente a essa população. Desse modo, a assistência da equipe de enfermagem a esses pacientes tende a se desenvolver de forma fragmentada, e não humanizada, o que contraria os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009). Diante desse contexto, ressalta-se a importância da comunicação entre a equipe de enfermagem e as pessoas com deficiência auditiva, com vistas a promover a inclusão social dessas pessoas e a aprimorar a prática assistencial, mediante a criação de estratégias de comunicação verbal e não verbal Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), visto que é por meio da comunicação que o profissional poderá entender as necessidades reais do paciente, compreendê-lo como ser holístico e prestar-lhe assistência adequada e eficaz (DANTAS, 2014). A audição é um dos sentidos mais nobres, porquanto sua principal função está ligada à aquisição e ao desenvolvimento da linguagem oral, essencial nas relações interpessoais e com o meio ambiente. Essa deficiência é considerada altamente incapacitante, devido aos seus efeitos na comunicação humana e ao impacto que causa no desenvolvimento cognitivo e psicossocial e na linguagem oral e escrita. O impacto de uma privação sensorial auditiva interfere na habilidade de interpretar sons de fala e implica desvantagens econômicas e educacionais (DANTAS et al, 2014). Já o conceito de deficiência visual não se restringe apenas à cegueira, ou seja, incapacidade de enxergar. Inclui também grande ou alguma dificuldade permanente de enxergar, mesmo após tratamentos clínicos e ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. Ambas podem afetar as pessoas portadoras de tais deficiências na sua aprendizagem e no seu desenvolvimento integral (ARAUJO et al., 2015) Nesse sentido, a comunicação com deficientes auditivos e com cegueira é um grande obstáculo para os profissionais da área de saúde. Reconhecer a deficiência na comunicação, em situação de cuidado voltado para a saúde, leva os profissionais a refletirem sobre essas questões e a melhorarem os serviços.

**OBJETIVO:** Analisar os desafios a serem vencidos pelos profissionais diante da procura de uma pessoa com deficiência ao serviço de saúde.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O presente estudo, realizou uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica, onde para a realização deste, foram selecionados trabalhos que

abordassem os principais aspectos relacionados ao conteúdo científico e documentos oficiais referentes às políticas públicas da área como referência, acerca do acolhimento a pessoas com deficiências visual e auditivo na atenção básica, pesquisa realizada em março e abril de 2016, nas bases de dados do site Scielo e no Google acadêmico, utilizando-se os unitermos: Desafios da Enfermagem; Acolhimento; Pessoas com Deficiências. Foram selecionados seis artigos para a análise e construção deste trabalho. Com relação a riscos e benefícios a pesquisa teve risco mínimo uma vez que a mesma se trata de uma revisão bibliográfica, assim sendo o desenvolvimento da presente pesquisa trouxe benefícios como, informações atualizadas sobre o acolhimento e desafios na atenção básica, dados estes que disponibilizados para aqueles que tiverem a oportunidade de ler o presente trabalho.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Desde a década de 90, com a instituição da Lei Orgânica Nº 8.080, vem sendo uma constante a tentativa de se concretizar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na prática profissional. O SUS, de uma forma efetiva, é definido como uma Política de Saúde que busca direcionar a reorganização dos serviços e ações profissionais e que tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade. As necessidades em saúde da população tem sido objeto de estudos, debates e políticas de saúde. Autores nacionais e estrangeiros têm produzido estudos que visam responder principalmente à questão do reconhecimento e resposta a essas necessidades. (ARAUJO et al., 2015). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o direito que respalda as pessoas com deficiência, está considerado na Constituição Federal de 1988, que determina como competência das três esferas do governo, cuidar da saúde e assistências públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências. E ao longo dos anos, vem sendo amplamente discutido e regulamentado através de outros instrumentos legais, com realce para as Leis nº 7.853/89 (refere o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social); nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); nº 10.048/00 (situa prioridades ao atendimento); nº 10.098/00 (origina critérios para promover a acessibilidade); os Decretos nº 3.298/99 (dispõe Sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº 5.296/04 (Regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00); e a Portaria nº 10.060/2002 (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência abrange o detalhamento para as ações tanto no Sistema Único de Saúde – SUS como nas diversas instâncias governamentais e não Governamentais) (BRASIL, 2009 e 2010). Dessa forma se torna muito claro que as ações de saúde no Brasil devem conter um caráter extremamente universal. Nela são estabelecidas orientações gerais para a elaboração de planos, projetos e atividades voltados à saúde das pessoas com deficiência nos estados, Distrito Federal e municípios. Seu principal objetivo é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários. É importante enfatizar, no entanto, que a viabilização desta Política Nacional deve-se a uma conjugação de esforços que tiveram seu início na decisão política dos governantes em responder positivamente às reivindicações de movimentos sociais de pessoas com deficiência (ARAUJO et al., 2015). A Enfermagem, enquanto Ciência da

Saúde direcionada a atender as necessidades da população, deve absorver os conceitos de individualidade e sociedade a fim de compreender que determinadas respostas humanas estão diretamente correlacionadas ao contexto social em que o paciente está inserido, e que para atendê-las precisa implementar ações congruentes com os preceitos que as Políticas Públicas de Saúde do país propõem (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que o aprimoramento técnico e científico do enfermeiro, muito pode contribuir no acompanhamento destes usuários do serviço de saúde dentro de uma equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem-estar destes. E, para cuidar dessa população de deficientes visuais e auditivos, os enfermeiros precisam aprender a utilizar com mais propriedade outras maneiras de comunicação além da fala, especialmente por meio de elementos não-verbais, tornando o relacionamento eficaz. Problemas de comunicação interpessoal são identificados em todo o sistema de saúde e tornam-se mais agravantes quando englobam barreiras de linguagem e cultura. Diante disso, a comunidade surda também necessita recorrer a um outro canal para se expressar, representado pela língua de sinais. Sendo assim deve-se haver capacitação para esses profissionais e com isso planejar estratégias específicas e eficazes para que haja um bom acolhimento a esse usuários dos serviços de saúde.

**DESCRITORES:** Desafios da Enfermagem. Acolhimento. Pessoas com Deficiências.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. S. et al. Formação e atuação dos Enfermeiros diante de necessidades identificadas em pessoas com comprometimento visual e auditivo. **Rev. Enferm.** v.19, n.1. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/>

article/view/11634>. Acesso em: 13 abr. 2016.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.** 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>

publicacoes/atencao\_saude\_pessoa\_deficiencia\_sus>. Acesso em: 05 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.**



Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

CHERNICHARO I. M.; SILVA F. D.; FERREIRA M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Rev. Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro. 2011. v. 15, n. 4, p. 686-693. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

[php?pid=S141](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141)>. Acesso em 14 abr. 2016.

DANTAS, T. R. A. et al. Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva, **Rev. Enferm.** v. 22, n. 2, p 169-174. UERJ, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em < [www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a04.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a04.pdf) >. Acesso em: 28 mar. 2016.

SILVA, D. C. N. et al. Acessibilidade de portadores de deficiência física ou mobilidade reduzida na unidade básica de saúde Jonas Manoel dias em são luís de montes belos – GO. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**. 2015. v. 8, n. 3, p. 37-179. Disponível em: <[revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/download/189/178](http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/download/189/178)>. Acesso em: 05 abr. 2016.

TEDESCO, J. R.; JUNGES, J. R. **Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 29, n.8, p. 1685-1689, ago.2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a21.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

---

## ANEMIA FERROPRIVA

Carla Danielle de Lima Sousa  
Gislene Alves de Souza  
Kalyane Souza Amarante  
Luciana Alves  
Carlos Bezerra de Lima

**INTRODUÇÃO:** A deficiência de ferro é um distúrbio que acomete principalmente crianças, adolescentes do sexo feminino, mulheres em idade fértil e gestantes, pois essas pessoas estão mais susceptíveis à escassez de ferro, devido à demanda aumentada nessas situações. Entre os fatores que ajudam a desencadear uma anemia ferropriva estão a ingestão deficiente de alimentos ricos em ferro. Este ferro existente no organismo é obtido através de duas fontes principais: Na dieta rica em ferro e na reciclagem de hemácias senescentes (AMARANTE et

alv.17, n.1,2015). A absorção do ferro da dieta equivale a 1\3 do total e é proveniente da hemoglobina e da mioglobina, encontradas na carne vermelha. A baixa concentração de hemoglobina no sangue dificulta o transporte de oxigênio para os diversos tecidos do corpo, acarretando desânimo para o esforço e desempenho físico em pessoas anêmicas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a anemia atinge cerca de 30% da população mundial, sendo a metade devido à deficiência de ferro. Essa anemia é definida como aumento ou diminuição no tamanho das hemácias, com redução ou não da hemoglobina (AMARANTE et alv.17, n.1,2015). Devido à alta prevalência e às suas consequências, o combate e a prevenção da anemia ferropriva é uma das prioridades para os profissionais de saúde, encontrando respaldo político no compromisso social, assumido pelo Brasil de reduzir a anemia por carência de ferro. Com isso o Ministério da Saúde tornou obrigatória a fortificação das farinhas de milho e trigo com ferro e ácido fólico, por serem alimentos de fácil acesso à população e não terem alterações de suas características no processo de fortificação, além de ser economicamente viável ao país. A partir de 1998, foi implantado o Programa Nacional de Suplementação Medicamentosa de ferro aos grupos de risco. No Brasil, não há levantamento nacional do número de casos de anemia ferropriva, somente em determinadas regiões que têm demonstrado alta prevalência, em todas as idades e níveis socioeconômicos. Assim, o presente estudo teve como objetivo estudar a anemia ferropriva; discutir suas implicações para o organismo (SPERANDIO et al, 2015).

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Este estudo foi desenvolvido mediante uma pesquisa bibliográfica, com o objetivo de colher informações sobre o tema escolhido a fim de estudar a anemia ferropriva. As fontes secundárias de informações foram compostas de artigos científicos publicados entre 2014 à 2016, disponíveis nas bases de dados do Google Acadêmico. A busca de informações foi feita através do descritor Anemia ferropriva. Após a seleção dos textos, deram-se as leituras para apreensão do conteúdo e reflexões acerca dos objetivos do estudo para a elaboração do relatório final.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os eritrócitos são produzidos pela medula óssea e duram de três a quatro meses no organismo, para ser então eliminados e substituídos por novas células. O ferro é um componente importante na formação das hemácias, ele tem que ser permanentemente suprido pela dieta, embora a maior parte seja suprida pela reutilização do ferro dos antigos glóbulos vermelhos. A sua deficiência no organismo pode ocorrer através de sangramentos, má absorção do organismo devido a algumas patologias, quando o organismo precisa de ferro sendo a demanda maior que o normal como por exemplo no crescimento, na gravidez, na amamentação, ou até mesmo na ingestão deficiente de alimentos ricos nesse mineral tão importante. A carência desse mineral traz alguns sintomas para o indivíduo acometido por anemia ferropriva como mau humor, fraqueza, cansaço, dores de cabeça, dificuldades de concentração ou raciocínio. Conforme a progressão da deficiência, os sintomas podem ser mais específicos: coloração azulada no branco dos olhos, unhas frágeis, tontura ao levantar-se, palidez, falta de ar, maior susceptibilidade a infecções, taquicardia, falta de apetite e vontades incomuns de ingerir substâncias não-nutritivas. As anemias ferroprivas podem afetar o desenvolvimento físico e mental, ocasionando uma diminuição na capacidade cognitiva da pessoa (MINUTO ENFERMAGEM, 2016). A mesma caracteriza-se pela diminuição do volume corpuscular médio, acompanhado pela baixa de hemoglobina corpuscular média e da concentração de hemoglobina corpuscular média. Para diagnosticar a presença de uma anemia, basta a solicitação de um hemograma completo, onde vai ser observada a série vermelha do mesmo. Atentando para valores baixos de hemoglobina e do hematócrito, que identificam a presença de uma anemia, mas não o tipo, nem o fator que a

desencadeou. Um diagnóstico diferencial da anemia ferropriva é a talassemia-beta menor, observa-se contagem normal ou aumentada de glóbulos vermelhos, RDW menor que 18%, redução discreta de hemoglobina A, e aumento de hemoglobina A<sub>2</sub>, na dúvida dessa associação deve-se realizar a avaliação posterior da eletroforese de hemoglobina. Devendo ainda ser feitos exames complementares para verificação dos níveis de ferro no sangue, como ferritina sérica, e o nível de ferro sérico. Outros exames que podem ser realizados para investigação de possíveis causas são a colonoscopia, parasitológico de fezes, e endoscopia digestiva alta. O diagnóstico poderia ser simples se não fosse uma série de situações clínicas que interferem no perfil do ferro, pacientes hospitalizados e em geral indivíduos com doenças inflamatórias. A deficiência de ferro acontece no organismo de forma gradual e progressiva tendo diversos parâmetros hematológicos e bioquímicos que refletem os três estágios de deficiência, podendo ser utilizado ou associado ao diagnóstico do estado nutricional do ferro em indivíduos. No primeiro estágio da deficiência de ferro ocorre uma diminuição nos estoques de ferro no organismo, realizada a dosagem de ferritina sérica menor que 15mg/ml, sendo atribuída a anemia por deficiência de ferro. O segundo estágio de deficiência de ferro acomete uma diminuição do ferro de transporte, caracterizando o baixo nível do ferro sérico, e um aumento na capacidade de ligação do ferro, resultando na queda da saturação de transferrina. O terceiro estágio ocorre quando a quantidade de ferro está só para a produção de hemoglobina, apresentando células hipocrômicas e microcíticas. O diagnóstico correto da anemia por deficiência de ferro é de essencial importância para prevenir e reduzir os riscos à saúde. Após o diagnóstico de anemia ferropriva, se dará início ao tratamento, que tem como objetivo restabelecer uma alimentação rica em ferro, sendo a ingestão desses alimentos essenciais para a manutenção do ferro em nosso organismo, alimentos como carne de frango e peru, lentilhas, ervilhas e feijões, peixes, carnes vermelhas, fígado, amendoim, soja, pão integral, aveia, passas, ameixas, damasco, espinafre, couve, atentando para aquelas verduras verde escura, pois as mesmas tem uma maior concentração de ferro do que as demais. Outra opção ou complementação é suprir essa necessidade de ferro através de suplementos, como exemplo os sais ferrosos, como sulfato, gluconato, fumarato ou succinato de ferro. Em casos extremos onde a reposição de ferro tem que ser imediata é realizado a transfusão sanguínea, na qual é ofertado um concentrado de hemácia para o reestabelecimento imediato do ferro e outros elementos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao término deste estudo foi possível observar que seus objetivos foram alcançados. O conteúdo discutido contribuiu para alargar o conhecimento que detínhamos acerca da temática anemia ferropriva, possibilitou a elaboração de um relatório de pesquisa que, provavelmente, irá subsidiar discussões acerca desta temática, planejamento de ações assistenciais, principalmente, quanto à nutrição para a população alvo. Tendo em mente que gravidez é um fator predisponente a anemia ferropriva, ela é bastante comum nesse período, portanto, necessita de atenção especial, a fim de evitar complicações tanto para a mãe, quanto para o feto. Investindo na profilaxia e iniciando a reposição de ferro a partir do primeiro trimestre, utilizando-se sulfato ferroso e o ácido fólico, além de orientar quanto a alimentação rica em ferro (RODRIGUES et al, 2015). Em crianças e adolescentes, também ocorre essa carência de ferro devido ao aumento na necessidade de ferro, ocasionado pelo crescimento e sua hiperatividade e pouca suplência de ferro em relação à necessidade do organismo (OLIVEIRA et al, 2014). Portanto é necessário frisar em uma alimentação saudável, rica em ferro a fim de prevenir a anemia ferropriva e evitar complicações descritas nesse estudo.

**Palavras chave:** Anemia. Deficiência. Ferro.

## REFERÊNCIAS

**AMARANTE** et al. Anemia Ferropriva: Uma visão atualizada. **Biosaúde**, Londrina, v.17, n.1, 2015.

**MINUTO ENFERMAGEM**, Anemia Ferropriva, **Abc med**, 2016.

**OLIVEIRA** et al. Anemia entre pré-escolares-um problema de saúde pública em Belo Horizonte, Brasil, **Ciência&SaúdeColetiva**, 2014.

**RODRIGUES** et al. Anemia Ferropriva em Gestantes no Brasil. **Revistas de ciências**, v1, 2015.

**SPERANDIO** et al. Diferenças do ponto de corte de hemoglobina para Diagnostico de Anemia em Função da Raça\cor. **Rev. Med. Minas**, 2015.

---

## ANEMIA FERROPRIVA NO IDOSO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Janyclebia Nunes de Andrade  
Marquelandia Galdino dos Santos Rodrigues  
Maria Daguia valesca Alves Pereira  
Nataniele Rodrigues Monteiro  
Cláudia Morgana Soares

**INTRODUÇÃO:** O ferro é um metal extremamente importante para o organismo e suas maiores fontes tem origem na alimentação. É utilizado na produção de hemeproteínas como a hemoglobina, pigmento que está presente nas hemácias responsável pelo transporte de oxigênio pelo corpo, e da mioglobina encontrada nos músculos (SZARFARC; BRUNKEN, 1999). O ferro também é fundamental para a produção de DNA e no metabolismo energético (GROTTO, 2008). No organismo o ferro se encontra agregado a dois grupos de componentes: aqueles que possuem função metabólica ou enzimática (componentes funcionais como hemoglobina e a mioglobina) e aqueles associados ao armazenamento. O ferro também é responsável por uma variedade de processos bioquímicos, incluindo o transporte de elétrons na mitocôndria, metabolismo das catecolaminas e síntese de DNA (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a anemia é definida quando ocorre uma diminuição da concentração de hemoglobina do sangue, em decorrência da carência de um ou mais nutrientes essenciais. Uma das causas de anemia é o déficit de ferro, resultado de um grande período de balanço negativo entre a quantidade de ferro biologicamente disponível e a necessidade orgânica desse elemento (JORDÃO; BERNARDI; FILHO, 2009). A anemia por deficiência de ferro ou anemia ferropriva é provocada devido a



interação de múltiplos fatores etiológicos. Dentre eles, uma das principais causas é a ingestão deficiente de ferro, principalmente na forma heme, em virtude do baixo consumo de alimentos de origem animal. Além destes, outros fatores como o baixo nível socioeconômico, as condições precárias de saneamento e o alto predomínio de doenças infectoparasitárias, principalmente as que provocam perdas sanguíneas crônicas (AMARANTE et al., 2015). A anemia ferropriva é uma das deficiências nutricionais mais comuns em todo mundo, principalmente em países em desenvolvimento e é reconhecida como uma das mais relevantes essencialmente pelo fato de que qualquer grupo etário é vulnerável a essa deficiência, no entanto compromete, principalmente, alguns grupos mais sensíveis à falta de ferro (SALTZMAN; KARL, 2013). Um fator primordial que afeta o sistema hematopoiético é o envelhecimento. Há uma perda de elementos essenciais na massa celular da medula óssea, que a partir de trinta anos de idade reduz à cerca de 50%, e aos 65 anos a 30%. A medula, mesmo com a depleção, preserva os eritrócitos, plaquetas e glóbulos brancos em concentrações adequadas para a manutenção do organismo, mas, se ocorrer um aumento da necessidade destes, pode haver a limitação das reservas. Para que ocorra um correto funcionamento da homeostasia em indivíduos de idade avançada o estado nutricional é um fator extremamente importante. As deficiências e défices nutricionais tornam o organismo mais susceptível a certas enfermidades, como a anemia ferropriva (GONDIN; TIBO, 2007). As anemias atingem grande parte da população mundial, de acordo com os padrões da OMS mais de 10% dos idosos tem anemia, a prevalência de anemia tem tendência a aumentar com a idade avançada e adoce mais de 20% dos idosos com mais de 85 anos. Devido a natural interferência de suas capacidades fisiológicas a anemia em idosos, mesmo leve, pode repercutir prejudicando a saúde física e mental, comprometendo a qualidade de vida do paciente, representando maior risco de mortalidade em paciente idosos anêmicos comparado aos que não possuem anemia (GUALANDRO; HOJAJI; FILHO, 2013). A detecção da deficiência de ferro até a anemia propriamente dita pode ser feita a partir de exames laboratoriais com base em parâmetros bioquímicos e hematológicos, os quais irão especificar a deficiência em um processo de 3 etapas que consistem em dosagem de hemoglobina e os índices hematimétricos principais, tais quais volume corpuscular médio (VCM), amplitude de variação de tamanho (RDW), hemoglobina corpuscular média (HCM) e concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM) são exames que possuem grande importância na identificação de anemias, pois possibilitam analisar o estado geral da hemoglobina no sangue (CARVALHO; BARACAT; SGARBIERI, 2006). O objetivo deste estudo foi evidenciar que a anemia ferropriva acomete frequentemente idosos e que por ser uma população fisiologicamente frágil se faz necessário um maior cuidado com a mesma.

**METODOLOGIA:** Este estudo foi realizado por meio de levantamento bibliográfico, abrangendo o período de 1999 a 2015. A busca bibliográfica foi realizada em estudos indexados nas bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE) e na coleção Scientific Electronic Libraty Online (SCIELO) após consulta às terminologias em saúde a

serem utilizadas na base de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Bireme (Decs) e Pubmed (Mesh). Os descritores utilizados foram: anemia, anemia ferropriva em idosos. Os estudos, cujos selecionados foram nacionais e internacionais publicados nos idiomas português e inglês no período anteriormente mencionado. Foram encontrados ao todo 14 artigos sobre o assunto, destes foram aproveitados 9 publicados no Scielo. Para enriquecer o mesmo utilizou-se ainda bibliografia científica da medicina.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Szarfarc; Brunken (1999), descrevem o ferro como um mineral de extrema importância para o bom funcionamento do organismo. Devido a sua função metabólica é responsável por uma série de processos bioquímicos, incluindo a síntese de DNA, e sua carência ou sua total falta, é capaz de desestabilizar grande parte das funções do organismo (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005). Segundo Saltzman; Karl (2013), a anemia ferropriva é a anemia mais comum e que pode acometer qualquer indivíduo, de qualquer classe social, no entanto, ela prevalece em países em desenvolvimento e atinge grupos mais susceptíveis, incluindo a população idosa. Gondin; Tibo (2007) mostraram que o envelhecimento afeta de forma direta a produção hematopoiética devido perca de elementos essenciais na massa celular da medula óssea, que ocorre a partir dos 30 anos de idade, com uma estase de 30% após os 65 anos. Demonstrou também que a medula mantém os níveis das células sanguíneas estáveis, mas em casos de aumento de necessidade há uma carência de produção para suprimir a demanda. Dados da OMS mostram que 10% dos idosos tem algum tipo de anemia e que essa porcentagem tende a aumentar após os 85 anos. E devido a baixa da atividade fisiológica dos idosos, uma anemia, mesmo leve, pode repercutir e prejudicar a saúde física e mental, provocando um dano a qualidade de vida do idoso, representando maior risco de mortalidade tanto em pacientes anêmicos quanto nos que não possuem anemia (GUALANDRO; HOJAI FILHO, 2013). Os sintomas da anemia ferropriva ocorrem de forma gradual, surgindo de acordo com a gravidade. O decréscimo de hemoglobina provoca cansaço generalizado, palidez de mucosas e da pele, desânimo, fraqueza e prejuízo no desempenho dos músculos, piorando com a evolução da afecção. A carência de ferro, por sua vez, atinge todo o organismo, repercutindo de forma negativa na resposta imunológica e aumentando a vulnerabilidade à infecções (BRASIL, 2007). A progressão deste quadro clínico é caracterizada por prejuízos no desempenho neurológico e distúrbios comportamentais (CANÇADO et al., 2005).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As informações expostas anteriormente, demonstraram que o idoso, devido a sua fragilidade fisiológica é extremamente susceptível a alterações hematológicas, neste caso a anemia ferropriva. Nesse contexto é essencial que os profissionais da área de saúde dediquem um maior cuidado com esse tipo de paciente.

**Palavras-chaves:** anemia, anemia ferropriva em idosos

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, M. K.; OTIGOSSA, A.; SUEIRO, A. C.; OLIVEIRA, C. E. C.; CARVALHO, C. R. C. Anemia Ferropriva: uma visão atualizada. **Revista Biosaúde**; v. 17, n. 01, p. 34-45. 2015.  
<http://www.uel.br/revistas/wrevojs246/index.php/biosaude/article/view/25298/18490> Acesso em: 12/04/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carências de micronutrientes. **Série Cadernos de Atenção Básica**; ed. 1, n. 20, Brasília (DF), 2007. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd20.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd20.pdf) Acesso em 14/04/2016.
- CANÇADO, R. D.; BRASIL, S. A. B.; NORONHA, T. G.; CHIATTONE, C. S. O uso intravenoso de sacarato de hidróxido de ferro III em pacientes com anemia ferropriva. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**; v. 51, n. 06, p. 323-328. 2005 <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v51n6/27533.pdf> ,acesso em 12/04/2016.
- CARVALHO, M. C.; BARACAT, E. C. E.; SGARBIERI, V. C. Anemia ferropriva e anemia de doença crônica: Distúrbios do metabolismo de ferro. **Segurança Alimentar e Nutricional**; v. 13, n. 02, p. 54-63, 2006.  
<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/login?source=%2Ffojs%2Findex.php%2Fsan%2Farticle%2Fview%2F1832%2F1885> Acesso em 12/04/2016.
- GONDIM, M.; TIBO, M. Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso. **Revista Médica Ana Costa**, v. 12, n. 02, p. 42, 2007.
- GROTTO, H. Z. W. Metabolismo do ferro: uma revisão sobre os principais mecanismos envolvidos em sua homeostase. **Revista Brasileira de Hematologia Hemoter**; v. 30, n. 05, p. 390-397, 2008.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-84842008000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842008000500012) Acesso em 14/04/2016.
- GUALANDRO, S. F. M.; HOJAIJ, N. H. S. L.; FILHO, W. A. J. A deficiência de ferro no idoso. **Revista Brasileira de Hematologia**. São Paulo, 2010. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/2010nahead/aop58010.pdf> .Acesso em: 15 de abril de 2016.
- JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; FILHO, A. A. B. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.  
[http://licitarealimentos.com.br/nutricao/wp-content/uploads/2012/10/Preval%C3%Aancia-de-anemia-ferropriva-no-brasil\\_Artigo3.pdf](http://licitarealimentos.com.br/nutricao/wp-content/uploads/2012/10/Preval%C3%Aancia-de-anemia-ferropriva-no-brasil_Artigo3.pdf) Acesso 14/04/2016.
- OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**; v. 81, n. 05, p. 361-367, 2005. <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5/v81n5a04> Acesso em 14/04/2016.
- SALTZMAN, E.; KARL, J. P. Nutrient Deficiencies After Gastric Bypass Surgery. **Annual Review of Nutrition**, v. 33, p. 183-203, 2013. <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-nutr-071812-161225> Acesso em 12/04/2016.
- SZARFARC, S. C.; BRUNKEN, G. S. Ferro: metabolismo, excesso e toxicidade e recomendações. Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Nutrição**, v. 18, p. 23-34, 1999.  
<file:///D:/Usu%C3%A1rios/FIPBH/Documents/Claudia/Congrefip/Nutrire.Abril.2011.PDF> Acesso em 12/04/2016.
-

## **ANÁLISE DOS PROTOCOLOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Karine Lucena Alves  
Ana Virgínia Gomes Barros  
Henrique José Bandeira Formiga  
Sosthenes dos Santos Alves  
Anne Milane Bezerra Formiga

**INTRODUÇÃO:** O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013 lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente, (PNSP), cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, por exemplo, incidentes que resultam em danos ao paciente como troca de pacientes, falta de comunicação, infecções, quedas, aparecimento de úlceras por pressão, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. De acordo com a portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013, os objetivos específicos do PNSP incluem promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, envolver as famílias e os pacientes nas ações de segurança do paciente, oferecer à comunidade mais formas de acesso às ações de segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir os conhecimentos sobre segurança do paciente e mostrar a importância da inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, foi instituído um Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança dos Pacientes (CIPNSP), responsável por propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, como por exemplo: prevenção de quedas e úlceras por pressão, a CIPNSP é também responsável por aprovar o documento de referência do PNSP, incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente, propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente, dentre outras funções. (BRASIL, 2013). Posteriormente à criação da portaria nº 529, no mesmo ano, foram instituídas as portarias nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, onde foram aprovados os protocolos básicos de segurança do paciente. Com o estudo, objetiva-se analisar os protocolos existentes na literatura que abordam as ações de segurança do paciente.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** A Pesquisa foi realizada com base nos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que incluem: o documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e os 06 (seis) protocolos criados pelo Ministério da Saúde, que são: prática de higiene das mãos em serviços de saúde; identificação do paciente; prevenção de quedas; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e cirurgia segura. Todos foram publicados no ano de 2013.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O primeiro protocolo do Programa Nacional de Segurança do Paciente a ser analisado, foi o protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, sendo que todos foram elaborados pelo Ministério da Saúde, ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), em 2013. Este protocolo tem a finalidade de instituir e promover a higiene das mãos em todos os serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes, sendo obrigatório a sua aplicação em todos os serviços de saúde nacionais sejam estes públicos ou privados, independente do nível de complexidade. O protocolo é bem detalhado, descrevendo bem todas as ações a serem realizadas que diminuam as IRAS. São descritos os momentos em que se devem lavar as mãos; são dadas recomendações da maneira correta de como lavar as mãos; as técnicas de higiene simples das mãos e de higienização antisséptica são descritas detalhadamente; e é abordada também, a estratégia multimodal (um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais), como por exemplo, existir nas instituições 01 (uma) pia para cada dez leitos, que tenha acionamento automático. O segundo protocolo é sobre a identificação do paciente, que tem por finalidade garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Nesse protocolo, é abordada a importância e a maneira correta de como identificar o paciente. A forma de identificação abordada é através do uso de pulseiras de cor branca que sejam confortáveis, não alergênicas, duráveis, que contenham dados do paciente digitados ou escritos e que com essas características seja possível confirmar pelo profissional de saúde a identificação do paciente antes de qualquer cuidado a ser prestado. O terceiro protocolo é o de prevenção de quedas, que tem por finalidade a redução da ocorrência de queda de pacientes e o dano causado nos pontos de assistência, por meio da implantação de medidas que visem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Segundo o protocolo, o profissional de saúde no momento da admissão deve fazer a avaliação do risco de queda, avaliando os fatores de risco, como por exemplo, idade e uso de medicamentos, e após isto, realizar ações preventivas que devem acontecer para todos os pacientes independente do nível de risco. As ações preventivas acontecem desde a fiscalização da parte física do ambiente, como por exemplo: a presença de pisos antiderrapantes, e vai até as ações preventivas que envolvem orientações que devem ser dadas aos pacientes e seus familiares, quanto aos riscos e danos que podem ser causados e quanto a medidas de prevenções. O quarto protocolo, trata de prevenção de úlcera por pressão, e tem por finalidade a promoção e a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele, lesão esta muito comum, quando é longa a permanência do paciente em hospitais. O protocolo trata inicialmente de explicar as definições de UPP, cisalhamento e estadiamento, como também descreve as etapas de prevenção de UPP, que são respectivamente: avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes; a reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados, que deverá ser executada através da Escala de

Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 05 anos; inspeção diária da pele (de toda superfície cutânea da cabeça aos pés), onde deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas; a quarta etapa é o manejo da umidade (manutenção do paciente seco e com a pele hidratada); a quinta etapa é a otimização da nutrição e da hidratação; seguindo da necessidade de minimizar a pressão (fazendo a mudança de decúbito). O quinto protocolo trata da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, que tem a finalidade de promover a prática segura do uso de medicamentos em estabelecimentos. Algumas informações do protocolo explicam como devem ser realizadas as prescrições, por exemplo: com identificação correta do paciente, realizando a identificação do prescritor na prescrição, identificando a instituição na prescrição, identificando a data da prescrição, realizar todas essas medidas com letra legível, não fazer uso de abreviaturas, fazer a denominação do medicamento utilizando a denominação comum brasileira (caso não seja possível, utilizar a internacional), prescrever medicamentos com nomes semelhantes de forma que seja visivelmente notória a diferença entre os nomes, como exemplo: utilizando letra maiúscula e negrita, e expressar a dose utilizando o sistema métrico. O protocolo aborda também as práticas seguras na administração dos medicamentos, estimulando o uso dos sete certos na administração de medicamentos, que são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo e razão, contribuindo desta forma para uma assistência de enfermagem mais segura. O sexto e último protocolo aborda informações sobre uma cirurgia segura, tendo como finalidade determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade nas cirurgias, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que realiza verificações sobre o paciente antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operação. É necessário que todas as instruções contidas neste protocolo sejam adequadas à realidade de cada instituição, respeitando os princípios de cirurgia segura. Uma única pessoa deve ficar responsável para checar os itens da lista de verificação, e em cada fase esse responsável deve confirmar se a equipe concluiu suas tarefas antes de seguir para a próxima etapa.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foram duas questões principais que motivaram a OMS a eleger esses 06 protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que relataram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente. (BRASIL; FIOCRUZ; ANVISA, 2014). Esses protocolos foram criados com o objetivo principal de melhorar a assistência prestada ao paciente, diminuindo o risco de erros e contribuindo diretamente para a sua segurança antes, durante e depois de qualquer procedimento e internamento, como também em atendimentos de baixa complexidade com, por exemplo, nas

Unidades Básicas de Saúde. A importância da adesão desses protocolos pelas unidades de atendimento brasileiras é muito grande, pois dessa forma as ações estariam preconizadas, cada profissional saberia onde recorrer para retirada de dúvidas e a assistência se tornaria igual para todos.

**Palavras-chaves:** PACIENTE. PROTOCOLO. SEGURANÇA

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) Acesso em: 28 de Março de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolos de segurança do paciente.** Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html) Acesso em: 28 de Março de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo Básicos de Segurança do Paciente.** Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html) Acesso em: 30 de Março de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo prevenção de quedas.** 2013. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/02/Protocolo---Preven---o-de-Quedas>  
Acesso em: 01 de Abril de 2016

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.** 2013. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-HIGIENE-DAS-M--OS.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2016.



\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo para cirurgia segura.** 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-CIRURGIA-SEGURA.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-ULCERA-POR-PRESS--O.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo de identificação do paciente.** 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica---o-do-Paciente.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf) Acesso em: 02 de Abril de 2016.

---

## ACUMULAÇÃO COMPULSIVA NO IDOSO

Allissa Mendonça Freitas  
Thamiris Gonçalves de Azevedo  
Núbia Nataly dos Santos Alexandre  
Elainy Maria Dias de Medeiros França

**INTRODUÇÃO:** A Acumulação Compulsiva trata-se de um transtorno mental em que o portador apresenta a compulsão de acumular objetos, sem utilidade para si, de maneira desarranjada no seu lar, desenvolvendo um apego excessivo com esses e, conseqüentemente, o temor em perdê-los. Essa compulsão faz com que o indivíduo, compre o que não precisa, ou principalmente, recolha materiais descartados, que geralmente são sem utilidade e o portador



não possui consciência com relação ao seu problema, por isso se faz importante que os profissionais compreendam o funcionamento da desordem mental, tentando entender o que representa o acúmulo para esses indivíduos, a fim de que saibam o que acontece com a mente dessas pessoas acometidas (MÜRER, 2014). De acordo com Fontenelle (2014), esse transtorno era antes considerado apenas como um sintoma do TPOC (Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo), quando leve, ou do TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo), quando grave. Entretanto, atualmente alcançou maior status nosológico, sendo atualmente considerada uma doença independente, embora pertença ao grupo relacionado ao TOC. A Acumulação Compulsiva pode ser denominada também como Transtorno de Acumulação, Disposofobia, Síndrome de Miséria Senil ou Síndrome de Diógenes e, além de poder produzir prejuízos sociais e familiares, pode também prejudicar à saúde do portador, visto que o ambiente repleto de coisas acumuladas desordenadamente torna-se insalubre, de difícil passagem e ainda há chances de ocorrer desabamentos, incêndios, proliferação de pragas e doenças, ocasionando problemas de saúde pública (ALMEIDA; PONTES, 2014). Murer (2014) relata que essa psicopatologia pode atingir indivíduos de ambos os sexos, de todas as classes sociais e também adultos e jovens, sendo bastante conhecida como uma doença da terceira idade, por acometer muito os idosos. Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Quais são os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos do Transtorno de Acumulação em pessoas idosas? A escolha do tema se deu pela necessidade de conhecer o transtorno, sendo este pouco mencionado na literatura, e por vezes, desconhecido por muitos profissionais de saúde, retardando o diagnóstico correto do transtorno especialmente entre os idosos no qual confunde-se o problema erroneamente com a demência.. A pesquisa é relevante por servir de fonte norteadora para a identificação das reais necessidades dessa clientela, com vistas a melhorar a qualidade de vida e minimizar a aquisição de novos agravos à saúde desses indivíduos. Objetivou-se com este estudo identificar os principais aspectos da Acumulação Compulsiva presentes na literatura.

**OBJETIVOS:** Investigar e conhecer, em literaturas referentes ao tema, os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos do Transtorno de Acumulação em pessoas idosas.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo revisão bibliográfica, realizada em diversos sites de indexação científica, durante o mês de Março de 2016, onde utilizou-se como população cinco artigos, sendo a amostra composta por quatro dos artigos elencados, utilizando-se como critérios de inclusão: serem relacionados à temática e publicados nos últimos cinco anos. A coleta de dados se deu através dos descritores: Transtorno de Acumulação e Acumuladores Compulsivos, os quais foram analisados à luz da literatura pertinente ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O portador desse transtorno apresenta, em geral, a seguinte sintomatologia: compulsão de recolher e acumular em excesso objetos sem utilidade para si; angústia e incapacidade para descartá-los; constante necessidade de adquirir coisas; residir em condições insalubres devido a esse acúmulo excessivo; sentir vergonha, não admitir que seja exagerado esse acúmulo e não permitir que alguém arrume a desorganização (ALMEIDA; PONTES, 2014; LIMA, 2011; MÜRER, 2014). Qualquer pessoa pode colecionar e acumular coisas, entretanto, esse tipo de comportamento pode ser normal (em que a pessoa é colecionadora e organiza as coisas e calcula espaço e valores) ou patológico (em que a pessoa é acumuladora e não organiza seu espaço de convivência pois não tem autocontrole ao adquirir as coisas) e no caso deste é a Disposofobia, em que a pessoa acometida pelo transtorno tende a guardar e armazenar coisas aleatoriamente, crendo que

estas poderão um dia ter alguma utilidade ou algum valor financeiro ou afetivo, e por isso sentem-se mais seguros ao amontoá-los e temem perdê-los (LIMA, 2011). Os acumuladores compulsivos colecionam e acumulam qualquer coisa, como: objetos velhos ou novos, animais, lixo, entre outras. Os meios para adquirir essas coisas pode ser a compra por compulsão, a coleta livre ou até mesmo o roubo. A obsessão de acumular coisas, que esse tipo de transtorno causa, acaba por prejudicar as Atividades de Vida Diária (AVD's) do idoso, até mesmo as básicas diárias, como por exemplo, a sua alimentação, a sua maneira de se vestir e sua higiene pessoal e, por isso, a maioria dos pacientes vivem sob condições não higiênicas, muitas vezes são deprimidos e sem capacidade de se cuidarem sozinhos e acabam adquirindo doenças. A interferência nas AVD's deve-se ao fato de que o idoso ficará com o seu tempo diário dedicado apenas a acumular desarranjadamente coisas em sua residência. O diagnóstico dessa psicopatologia é feito com base nessa sintomatologia que o portador pode apresentar e também através de diagnósticos diferenciais a fim de se descartar outras patologias (como, demência, os estados confusionais, TOC). É importante o diagnóstico precoce, pois de acordo com Schmidt, Della Mea e Wagner (2014), a Acumulação Compulsiva trata-se de uma patologia crônica em que os sintomas tendem a avançar à medida que o tempo passa e que mais coisas são acumuladas. O tratamento é bastante demorado e é feito através de abordagens psicoterapêuticas com técnicas cognitivo-comportamentais (que visam identificar as causas da acumulação compulsiva) associadas a uma medicação adequada (inibidores seletivos da recaptção de serotonina, além de outros antidepressivos) (ALMEIDA; PONTES, 2014). É importante o apoio da família no tratamento, sendo este conduzido de forma associada (acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico) visto que como medida terapêutica, encoraja-se também o desapego aos objetos acumulados, o que constitui-se em um grande desafio para o portador do transtorno mediante o vínculo afetivo que as coisas amontoadas representam para este indivíduo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Transtorno de Acumulação é uma patologia mental crônica pouco conhecida e discutida atualmente, possuindo sintomatologia de fácil identificação, porém, de difícil recuperação e necessitando de muita compreensão da família e desenvolvimento da autocrítica do portador para que se obtenha êxito no tratamento. É muito importante a realização de mais estudos, a fim de que os profissionais de saúde conheçam mais patologia e consigam identificar, lidar melhor e tratar adequadamente as pessoas que sofrem desse transtorno, pois, este causa muitos prejuízos à vida dessas pessoas: déficit no autocuidado, surgimento de outras doenças, término de relacionamentos afetivos, afastamento e revolta de familiares e de pessoas que moram próximo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acumulação Compulsiva. Acumuladores. Idoso.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. L.; PONTES, H. H. S. Disposofobia: a função existencial de acumular. **Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde**. [online] Boa Vista, n. 04, 2014. Disponível em: <<http://200.230.184.11/ojs/index.php/CCBS/article/view/109/89>> Acesso em: Mar. 2016.
- FONTENELLE, L. M. O que aconteceu com os transtornos de ansiedade na DSM5? **Revista Med D'Or**. [online]. Ano XIII. nº 1. p. 13-14. 2014. Disponível em: <[http://riodor.com.br/images/userfiles/file/REDE%20D'OR/MED%20D'OR/Med%20D'Or%202014\\_1%20-%20Mar%C3%A7o%202014.pdf#page=13](http://riodor.com.br/images/userfiles/file/REDE%20D'OR/MED%20D'OR/Med%20D'Or%202014_1%20-%20Mar%C3%A7o%202014.pdf#page=13)> Acesso em: Mar. 2016.

LIMA, R.. Acumuladores compulsivos - uma nova patologia psíquica. **Revista Espaço Acadêmico**. [online] n° 126. Ano XI. ISSN 1519-6186. Nov de 2011. Disponível em:  
<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/15203/8158>> Acesso em: Mar. 2016.

MÜRER, F. P. Acumulação Compulsiva. **Ativamente Clínica de Psicologia**. Artigos e Notícias. [online]. 2014. Disponível em: <<http://www.ativamente.org.br/artigos-e-noticias/acumulacao-compulsiva>> Acesso em: Mar. 2016.

SCHMIDT, D. R.; DELLA MEA, C. P.; WAGNER, M. F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. **CES Psicol** [online]. vol.7, n.2, pp. 27-43. ISSN 2011-3080. 2014. Disponível em:  
<<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v7n2/v7n2a04.pdf>> Acesso em: Mar. 2016.

---

## ANÁLISE DOS ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL

Tacyane Fabíola Dantas Caldas  
Renata Santos Carvalho  
Geórgia Cristina dos Santos Dantas  
Moniza Karlla Silva Cavalcante  
Denisy Dantas Melquíades Azevedo

**INTRODUÇÃO:** A mortalidade infantil é considerada um sério problema de saúde pública em virtude das condições socioeconômicas presentes em nosso país, esse índice é caracterizado pelo óbito ocorrido em crianças de até um ano de vida, no qual é dividido em duas fases, a neonatal que consiste nos primeiros 27 dias de vida e a pós-neonatal que decorre do 28º dia até seu primeiro ano (CALDEIRA et al, 2005 apud RODRIGUES et al, 2013). Ao longo dos anos, no Brasil, acontecimentos envolvendo mortes em recém-nascidos não eram considerados como problemas sociais e políticos, mas sim, uma eventualidade. E, foi assim, gradativamente, que essa concepção foi sendo alterada. Atualmente, existe a concordância de que essas mortes poderiam ser evitadas, na grande parte dos casos, mediante o acesso a ações de promoção e prevenção da saúde, bem como através da oferta de serviços de qualidade. Dessa forma, foram pactuadas como prioridades pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000, ao se investigar os principais problemas enfrentados à nível mundial: a redução da mortalidade infantil e a melhoria da qualidade de saúde das gestantes, ficando desse modo, incluídas dentre os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UNICEF, 2012). É válido salientar que, no mundo, os países com menores índices de desenvolvimento são os mais atingidos pelas altas taxas de mortalidade entre crianças, bem como os grupos sociais e regiões com menor poder aquisitivo. Além das diversidades

existentes oriundas de fatores socioeconômicos e geográficos, os óbitos infantis surgidos na primeira semana de vida, denominado óbito neonatal precoce, não conseguiram ser reduzidos plenamente e hoje constituem um grande desafio no que diz respeito ao enfrentamento da mortalidade infantil no Brasil. Em contrapartida, as mortes ocorridas a partir de 22 semanas de gestação até o nascimento, denominada óbito fetal, são constituintes da mortalidade infantil pouco conhecidas e divulgadas, mas que apresentam um relevante potencial de redução em todo o país. O óbito neonatal precoce e o óbito fetal integram a mortalidade perinatal, a qual poderia ser minimizada em até 70% através de uma assistência satisfatória à gestante, ao parto e ao neonato. Neste sentido, os nascimentos pré-termos tem se mostrado como principal causa de morte neonatal precoce, porém ainda são consideradas causas importantes as doenças perinatais e outras intercorrências, principalmente no Norte e Nordeste do Brasil. Para investigação das causas responsáveis pela mortalidade infantil no Brasil, os governos utilizam a informações coletada pelos respectivos sistemas de saúde: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), a partir dessas informações colhidas pelos serviços de saúde é possível reconhecer inúmeros aspectos essenciais para o enfrentamento da mortalidade infantil, como as principais razões que levam a ocorrência de morte nessa faixa etária, quando estas acontecem e se poderiam ser prevenidas (BRASIL, 2015a). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) no Brasil houve 31.441 casos de mortalidade fetal e infantil, apresentando uma incidência maior no mês de Maio, já em relação à região Nordeste, a mesma registrou 9.737 óbitos, ficando o estado da Paraíba com 568 óbitos notificados (BRASIL, 2015b). De acordo com Bustamante et al (2014), as ocorrências de óbitos podem ser desencadeadas por múltiplas causas, tais como doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso, doença do aparelho circulatório, algumas afecções originadas no período perinatal, doença do aparelho respiratório, malformação congênitas, deformidade, anomalias cromossômicas e causas externas de morbidade e mortalidade. Outro fator responsável, conforme Gomes et al (2015) é a questão da falta de comprometimento das gestantes para a realização do pré-natal apresentando uma frequência insuficiente para a execução do mesmo. Além disso, outras condições que ocorrem com determinada frequência são, mudança de região afetando diretamente no acompanhamento da gestante por não haver comunicação entre os enfermeiros para que possa dar continuidade adequada a este acompanhamento, como também o uso de drogas ilícitas pelas gestantes. Sendo, portanto, competência do enfermeiro oferecer assistência e orientações viabilizando a prevenção de possíveis riscos que possam levar a ocorrência da mortalidade infantil. Levando em consideração que os óbitos infantis são mortes precoces e, em sua maioria, consideradas evitáveis por atuação dos serviços de saúde, ações e políticas públicas (BARBOSA et al, 2015) surgiu o seguinte questionamento: Qual a situação do Brasil frente à problemática de mortalidade infantil? Quais as possíveis causas relacionadas? A pesquisa é relevante pelo fato de servir como ferramenta de estudo, para que ações possam ser desenvolvidas nessa área, e consequentemente contribuam para a melhoria da assistência e redução de mortes precoces. É objetivo desse estudo analisar através de pesquisas bibliográficas em base de dados nacionais os índices de mortalidade infantil no Brasil. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, efetuada através das bases de dados vinculadas ao Google Acadêmico.

Foram utilizados artigos publicados entre 2012 e 2016. A coleta de dados foi feita durante o mês de Abril de 2016, após a seleção da literatura, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual foram relacionadas às informações e idéias dos autores com o objetivo do estudo. Foram excluídos os artigos que não abordavam a temática do estudo e que não se incluíam nos últimos cinco anos e foram incluídos aqueles que se adequavam às exigências anteriores.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O Brasil tem vivenciado mudanças no que se refere às condições de saúde da população infantil. A diminuição dos índices de mortalidade infantil no país está vinculada a diversas melhorias nas condições de vida e de atenção à saúde infantil, ligadas a questões nutricionais, saneamento básico, imunização e modelo de atenção à saúde. O Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2013) destaca que os índices de mortalidade ocorridos em crianças menores de 5 anos no Brasil reduziram-se 77% entre os anos de 1990 e 2012, um dos declínios mais substanciais verificados no mundo em tal período. No entanto, a mortalidade infantil ainda continua sendo um grande desafio para a saúde pública. Durante a análise dos artigos selecionados foi possível observar que é durante o período neonatal que ocorrem os maiores índices de óbitos (VIEIRA, 2015; BUSTAMANTE et al. 2014). Segundo Rodrigues et al (2013) verificou-se a redução da mortalidade neonatal em regiões mais desenvolvidas, porém houve crescimento relativo em regiões e comunidades mais vulneráveis, em consequência da diminuição da mortalidade infantil pós-neonatal. Daí a importância de aperfeiçoar cada vez mais a assistência prestada à gestante durante a fase do pré-parto, parto e os cuidados imediatos fornecidos à criança no nascimento, considerando a sua estreita relação com a mortalidade expressa nesse período (VIEIRA et al, 2015). O que pode-se também comprovar pelos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é que durante o ano de 2015, os maiores índices de mortalidade foram identificados na fase neonatal precoce e levando em consideração as regiões brasileiras, a região Nordeste foi a que obteve maior índice de óbitos, contabilizando 9737 óbitos, seguido pela região Norte com 4074 óbitos, a Sudeste com 11508 óbitos, a Sul com 3636 e por último a região Centro-Oeste com 2486 óbitos (BRASIL, 2015b).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A mortalidade infantil é uma questão de extrema relevância, sendo considerada um problema de abrangência mundial. Nesse sentido, conhecer o perfil da mortalidade infantil, as situações de desigualdade que requerem ações específicas é essencial para a formulação de estratégias que permitam dar subsídio aos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido, bem como assistir adequadamente as crianças consideradas de risco. Assim, torna-se imprescindível a responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) pela cobertura ampla de suas respectivas áreas, tendo em vista a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil, auxiliando na detecção precoce de possíveis óbitos como também contribuindo na redução de riscos e complicações que possam ocorrer durante a gestação

**DESCRITORES:** Atenção à Saúde. Mortalidade Infantil. Saúde Pública

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Thania Aparecida Gomes da Silva et al. Determinantes da Mortalidade Infantil em Municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, Out/dez 2014. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/972>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sitense\\_evidencias\\_politicas\\_saude\\_reduzindo\\_mortalidade\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sitense_evidencias_politicas_saude_reduzindo_mortalidade_2ed.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. (Org.). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**. 2015b. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BUSTAMANTE, Talita de Faria et al. Estudo Sobre a Mortalidade em UTI Neonatal de um Hospital Escola no Sul de Minas. **Revista Ciências em Saúde**, v. 4, n. 2, p.1-11, abr/jun 2014. Disponível em: <[http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/231/200](http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/231/200)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

GOMES, Raimundo Nonato Silva et al. Correlação da assistência médica e de enfermagem, no pré-natal, com a mortalidade fetal e neonatal. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 31-38, jul. ago. set.2015. Disponível em: <[revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/753/pdf\\_235](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/753/pdf_235)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

KLEIN, Cecília de Jesus et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 1, n. 56, p.11-16, jan/mar 2012. Disponível em: <[http://www.amrigs.org.br/revista/56-1/0000095572-3\\_923.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/56-1/0000095572-3_923.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

RODRIGUES, Luciana Soares et al. Aspectos importantes sobre a mortalidade infantil em Itapeçerica- Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p.498-506, jan/abr2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/351/383>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

UNICEF. Avanços e Desafios. A redução da mortalidade infantil em Alagoas. Brasília, DF: UNICEF, 2012. Disponível em: <[http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/avancos\\_e\\_dasafios\\_mortalidade\\_alagoas.pdf](http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/avancos_e_dasafios_mortalidade_alagoas.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

UNICEF United Nations Children's Fund (UNICEF). *Committing to child survival: a promise renewed*. Progress report 2013. New York: UNICEF; 2013. Disponível em:

<[http://www.unicef.org/lac/Committing\\_to\\_Child\\_Survival\\_APR\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/lac/Committing_to_Child_Survival_APR_9_Sept_2013.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

VIEIRA, Tereza Maria Mageroskaet al. Mortalidade Perinatal e Diferenças Regionais no Estado do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p.783-791, Out/dez2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/42626/26750>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

---

## **PLANEJAMENTO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVE**

Maria Lara Medeiros da Silva  
Gabriella Matias da Silva  
Joyce Maria da Graça Santos  
Izaura Maylla Matias  
Ana Paula Dantas da Silva

### **INTRODUÇÃO**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das doenças cerebrovasculares que mais acomete a saúde da população, sendo responsável pelo aumento do índice de mortalidade no mundo. De acordo com SCHÄFERA, 2010 o AVE é uma lesão vascular causada por distúrbios de coagulações hemodinâmicas, ou pode ser compreendida também como um déficit neurológico, que ocorre devido a obstruções causadas por trombos nas veias ou artérias que fazem parte ou que demandam alguma quantidade do fluxo de sangue oxigenado para o sistema nervoso, os sintomas são mais frequentes na terceira idade e podem ser sensação de fraqueza, distúrbios na fala, alteração da visão, paralisia de alguma parte do corpo, dificuldade para se movimentar, cefaleia e entre outras. Contudo, mostra-se que a incidência de primeiro AVE é duas vezes maior e mais precoce, acomete mais homens e pessoas de raça negra, e está incidência dobra após os 55 anos, além de que, o AVE pode ser classificado em: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (resultado da falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido cerebral de oxigênio e substratos) e AVE hemorrágicas (resultado do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central). Os subtipos isquêmicos são lacunares, ateroscleróticos e embólicos, e os hemorrágicos são intraparenquimatosos e subaracnóidea (GONGOLO, 2012). Em relação aos fatores de risco são divididos em modificáveis e não modificáveis, que são eles: Fatores de riscos modificáveis, hipertensão, diabetes, fumo, fibrilação atrial e entre outros. Já os fatores de risco não modificáveis são: Idade, sexo, raça, hereditariedade e entre outros. (OLIVEIRA, 2015).

### **OBJETIVO**

Identificar estratégias utilizadas para a realização de um melhor planejamento na assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de AVE.

## **METODOLOGIA:**

O estudo será do tipo bibliográfico “a revisão bibliográfica é uma fundamentação teórica que visa dar sustentação ao desenvolvimento da pesquisa”. Trata-se do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar um mapeamento histórico do tema proposto. (DOS SANTOS, 2013) Como critérios de inclusão adotaram-se artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2010 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: o planejamento da assistência de enfermagem para pacientes com suspeita de AVE. Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados adotou-se a técnica pertinentes ao estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diante das pesquisas realizadas no decorrer do presente trabalho, das análises feitas em pacientes, no que tange ao estudo do Acidente Vascular Encefálico – AVE, foi possível constatar que os pacientes acometido com a patologia, 72,09% são do sexo masculino e 27,91 são do sexo feminino, valendo salientar que os estudo realizadas mostraram que a incidência de AVE ocorrem com mais frequência nos indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos, bem como as pessoas de cor branca representam 90,7 % dos pacientes e a população negra apenas 9,3%, assim os as pesquisas realizadas mostraram que os paciente que sofreram com Acidente Vascular Encefálico, pós-AVE a maior parte deles apresentou complicações secundárias. Dentre os fatores de risco isolado mais encontrado neste estudo foi a Hipertensão Arterial Sistêmica com 79% prontuários, seguido de Doença Cardíaca coletada em 13,9%; o abuso do álcool corresponde a 9,3%, o sedentarismo 6,9% dos pacientes, 4,6% faziam uso do tabaco e 2,3% possuía Diabetes Mellitus. Observando os fatores de risco é perceptível que a hipertensão é o principal fator de risco para AVE, estando associada a doença de pequenas e grandes artérias, o risco imposto pela hipertensão é maior para insuficiência cardíaca e AVE. Ainda não está claro se a pressão diastólica elevada ou hipertensão sistólica isolada apresentam riscos distintos, mas a excessiva valorização da pressão diastólica para avaliar risco pode ser inadequada na idade avançada. Outros sim, como relatado no decorre desta pesquisa, há dois tipos de Acidente Vascular Encefálico, o AVE isquêmica, correspondendo a 86,1% dos pacientes, com maior incidência com aqueles com idade acima de 36 anos, e sendo diagnosticada a trombose como causa provável AVE isquêmico e 13,9% sofreram AVE hemorrágico. Do exposto, analisando os dados e resultados obtidos com as pesquisas realizadas, pode-se constatar que o AVE é um “flagelo” da humanidade. Cerca de 5 milhões de pessoas morrem anualmente por AVC/AVE. A incapacidade resultante do AVC/AVE



atinge por ano cerca de 15 milhões de pessoas. A terapêutica trombolítica para o AVE foi recentemente autorizada na Europa, mas esta não é curativa e apenas vai beneficiar um número muito limitado de doentes. Atualmente, a única arma eficaz no tratamento do AVE é a sua prevenção. A prevenção deve começar cedo, talvez na adolescência, promovendo uma dieta saudável e informando os adolescentes do malefício do tabaco, do álcool, da inatividade física e outros fatores ou atitudes, em relação às doenças cardiovasculares.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho tem como meta proporcionar um olhar especial sobre planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de AVE, tendo em vista que a incidência de AVE é constante no dia a dia de nossos pacientes. Diante deste contexto a comunicação de paciente, enfermeiro e familiares é um grande fator positivo e relevante para facilitar o desenvolvimento de estratégias que beneficiem o tratamento, melhorando assim a assistência de enfermagem e promovendo um bom relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para uma assistência com qualidade. Devendo a assistência de enfermagem realizar trabalhos que facilitem o atendimento e tratamento com uma equipe multidisciplinar engajada em um só objetivo, que é um tratamento adequado evitando possíveis complicações no estado geral do paciente. A enfermagem possui um importante papel na promoção do retorno do paciente à sociedade, dispondo de informações importantes sobre a patologia, melhorando a qualidade de vida do paciente e garantindo todos os cuidados necessários que o doente venha a necessitar tanto no cuidado emocional como o cuidado técnico, facilitando o entendimento de suas limitações para paciente e familiar, promovendo melhor recuperação e adaptação ao estado em que se encontram. Entretanto somente será possível, se a equipe em conjunto assumir um papel fundamental de forma a atender aos pacientes com segurança oferecendo um trabalho de boa qualidade, ao doente que necessite do tratamento, para que se concretize os objetivos e as metas no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de AVE.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Encefálico. Enfermagem. Assistência de Enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

DOS SANTOS, Juliano Ciebre. Diretrizes para elaboração de Artigos Científicos da Faculdade de Ciências Sociais de Guarantã do Norte-MT. 2013.

SCHÄFERA, Priscilla Santos; OLIVEIRA-MENEGOTTO, Lisiane de; TISSER, Luciana. Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 2, p. 202-215, 2010.

GONGOLO, Melvire da Conceição. Avaliação dos aspectos físico-funcionais e de qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico com limitação nos movimentos de punho que utilizam o video game nintendo wii como terapia complementar. 2012.

OLIVEIRA, Rita de Cássia de Souza. O escore de risco Framingham é uma ferramenta útil e eficaz na identificação dos indivíduos com risco de desenvolver um AVE? Uma revisão de literatura. 2015.

DE SOUZA RIBEIRO, Anne Rafaela et al. INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PARA PACIENTES DA ATENÇÃO BÁSICA. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 1, n. 1, 2016.

MOURA, Mirian; CASULARI, Luiz Augusto. Impacto da adoção de medidas inespecíficas no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo em idosos: a experiência do Distrito Federal, Brasil. 2015.

COSTA, Vivian Nunes et al. DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE AVCI: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, 2015.

---

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE CRÍTICO COM GUILLAIN-BARRÉ**

Silvânia Araújo Barbosa  
Ângela Alves Herculano  
Delmira Bezerra Dinis  
Érica Surama Ribeiro César Alves  
Elicarlos Marques Nunes

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de guillain-barré é uma doença de caráter autoimune e inflamatório, atacando deste modo o sistema nervoso causando a desmielinização. Desta forma é caracterizada com uma polineuropatia aguda ou subaguda, proveniente de uma infecção respiratória ou gastrointestinal, iniciando o quadro após três a seis semana da infecção, sendo o *Campylobacter* o principal agente etiológico causador da síndrome. Portanto é precedida em muitos casos por dores lombar baixa e mialgias, evoluindo de forma rápida com hipotonia, falha respiratória e disautonomias, Com evolução ascendente, acometendo desde de nervos periféricos, raízes e medula espinhal. Ainda quanto a evolução da síndrome de Guillain-barré. Platón et al. (2003), fala que se caracteriza clinicamente de forma típica por uma tríade que consiste em parestesia, debilidade em geral ascendente e arreflexia. As manifestações progridem rapidamente causando paralisia e fraqueza muscular, sintomas típicos como alterações nas sensações, tais como entorpecimento, diminuição da

sensibilidade, dor tendinosa ou muscular, que usualmente acompanha ou precede a fraqueza muscular, sendo um sinal comum em pacientes portador de síndrome de Guillain-barré. A fase inicial da doença é acompanhada de rápida piora; os sintomas mais severos manifestam-se em poucas horas e podem durar cerca de três semanas, sendo seguidos por uma fase de estabilidade, no qual não há nenhuma alteração. Alguns outros sintomas que podem estar associados à doença: visão confusa, dificuldade de movimentação dos músculos da face, palpitação e contração muscular, dificuldade de deglutição, dificuldade respiratória, ausência temporária do movimento respiratório, incapacidade de realização do movimento respiratório e desmaio. De acordo com o exposto surge o seguinte questionamento: Quais as assistências de enfermagem na UTI para pacientes com síndrome de Guillain-barré? A pesquisa foi de suma importância, e servirá como referência para acadêmicos e profissionais da instituição, como também irá reforçar o conhecimento os profissionais de saúde sobre as práticas de cuidados em pacientes com síndrome de Guillain-barré. Esta pesquisa tem como objetivo investigar, através de pesquisa bibliográfica as características da síndrome e desenvolvimento das atividades de enfermagem para consequente melhoria do paciente.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa mediante uma revisão de literatura através dos sites de indicação científica Scielo no qual utilizou-se seis artigos publicados entre 2003 à 2014, através dos descritores: assistência de enfermagem, paralisia, fraqueza muscular. Após a análise do conteúdo os mesmos, foram utilizados como subsídio para a referida pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma neuropatia aguda frequente, com evolução mais rápida e potencialmente fatal. De acordo com Lyons (2008) A equipe de Enfermagem deve atento aos principais sinais e sintomas apresentados pelos portadores da síndrome, pois a doença tem progressão rápida, tornando-se extremamente grave, as medidas de tratamento incluem internação na unidade de terapia intensiva, conforme Sousa e Comarella (2014) Um dos tratamentos empregados em pacientes com SGB é o uso da plasmaferase e imunoglobulina. Quando o paciente é tratado com imunoglobulina, é importante que a equipe de Enfermagem esteja atenta à realização da avaliação prévia da função renal (principalmente em pacientes diabéticos), hidratação prévia, controle de sinais clínicos para anafilaxia e efeitos adversos – por exemplo, dor moderada no peito, no quadril ou nas costas, náuseas e vômitos, calafrios, febre, mal-estar, fadiga, sensação de fraqueza ou leve tontura, cefaleia, urticária, eritema, tensão do tórax e dispneia (BRASIL, 2009). É indispensável o acompanhamento multiprofissional além do enfermeiro deve ter assistência de fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e terapia ocupacional. A necessidade de internação na UTI, consequentemente precisará ser sedado e intubado, portanto a equipe de enfermagem deve ficar atenta quanto a monitorização hemodinâmica e ventilação mecânica, pois pacientes portadores de SGB podem apresentar complicações respiratórias, devendo estar sempre atentos a frequência respiratória, presença de esforço e insuficiência respiratória,

frequência cardíaca e presença de arritmias. Como também faz-se necessário a lubrificação do globo ocular e fechamento suave das pálpebras devido a disfunção do nervo facial. Quanto a alimentação, é importante verificar a presença de resíduo gástrico e, se necessário, realizar descompressão gástrica, porém deve-se atentar para a estimulação do nervo vago, o que pode aumentar o risco de aspiração. (Lopes, 2012; Simmons, 2010). Estes pacientes ainda apresentam alto risco de úlcera por pressão devido a imobilidade, no entanto faz-se necessário inspecionar a pele diariamente, avaliação do estado nutricional, hidratação da pele, evitar a umidade e reposicionamento no leito a cada duas horas. Também é indispensável manter o paciente com elevação da cabeceira de 30° a 45° e instituir outras medidas preveníveis de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), conforme Simmons (2010) havia relatado. É importante estabelecer comunicação da enfermagem com o paciente e a presença de acompanhante, o paciente não fala devido a paralisia do nervo facial, mas diminui a sensação de isolamento. A utilização da SAE é indispensável, de acordo com Adamy e Tosatti (2012) a SAE busca promover uma assistência holística, individualizada e mais qualificada ao paciente, consolidando a responsabilidade do profissional perante o paciente, a família e a comunidade. A enfermagem enquanto parte integrante da equipe multidisciplinar é fundamental, pois este responsável pelo cuidado direto e contínuo dos pacientes, na busca de uma melhor assistência, no entanto de acordo com Silva, Sanches e Carvalho (2006) “o enfermeiro, conquistou seu espaço na equipe multidisciplinar, porém continua sendo visto como mero cumpridor de trabalho mecanicista,” no entanto tanto em portadores da síndrome de guillain-barré, como nas diversas que o enfermeiro exerce fundamental autonomia, na implementação de cuidados dos pacientes. Como o emprego da SAE na assistência da equipe de enfermagem, que auxilia no cuidado, sendo traçados diagnósticos, mediante os sinais e sintomas apresentados pelo portador da síndrome. Conforme Lyons, (2008) A Enfermagem assume tem papel importante no detecção precoce dos sinais e sintomas que sugerem o diagnóstico de SGB, pois a doença tem progressão rápida, tornando-se extremamente grave.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O conhecimento da Síndrome de Guillain-barré é indispensável para a enfermagem, através dele pode-se empregar melhores métodos na prática do cuidado com o paciente, atuando de acordo com as necessidades apresentadas pelo portador da SGB. Espera-se que este estudo sirva de subsídio no desenvolvimento do conhecimento da patologia e cuidados.

**Palavras-chaves:** cuidados de enfermagem, Guillain-Barré, Síndrome,

#### **REFERÊNCIAS:**

ADAMY, E. K.; TOSATTI, M. **Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório:** visão da equipe de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa

Maria, v. 2, n. 2, p. 300-310, maio/ago. 2012. Disponível em: <  
<http://cascavel.cpd.ufsm.br/>> Acesso em: 12 de abril de 2016

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 497**, de 22 de dezembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 220-222, 24 dez. 2009. Disponível em: <  
<http://neurologiahu.ufsc.br> > Acesso em: 12 de abril de 2016

LYONS, R. **ElusivebellypainandGuillain-Barrésyndrome**. JournalofPediatric Health Care, Saint Louis, v. 22, n. 5, p. 310-314, 2008. Disponível em: < <http://emj.bmj.com/>> Acesso em: 12 de abril de 2016

PLATÓN, E. I. B.; FRANCO, J. A. S.; GÓMEZ, M. L.; LIBORIO, S. P. Síndrome de Guillain-Barré. Experiência enel INNN. Búsqueda de Factoresdel Mal Pronóstico. Revista Ecuatoriana

de Neurologia, Equador, v.12, n.1-2, 2003. Disponível em: <[fait.revista.inf.b](http://fait.revista.inf.b)> Acesso em: 12 de abril de 2016.

SIMMONS, S. **Guillain-Barrésyndrome**: a nursingnightmarethatusuallyendswell. Nursing, Jeckintown, v. 40, n. 1, p. 24-9, jan. 2010. Disponível em: <<http://journals.lww.com/nursing>> Acesso em:12 de abril de 2016

SOUZA, L. S.; COMARELLA, L. **Comparação da eficácia e segurança da gabapentina no tratamento da dor na síndrome de Guillain-Barré**. Revista Saú- de e Desenvolvimento, v. 5, n. 3, p. 196-208, jan./ jun. 2014. Disponível em: <[grupouninter.com.br](http://grupouninter.com.br)> Acesso em: 12 de abril de 2016

---

## ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE OS ESTÁGIOS NA ADAPTAÇÃO A DOENÇA

Amanda Caroline Silva Morais  
Angelina Maria Marcelino Firmino  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** A medida, que examinamos o nosso cotidiano e cotejamos com a bibliografia referente, verificamos a necessidade de conscientização do enfermeiro frente às

variações comportamentais do paciente. Este deverá ser constantemente visto como um todo, pois seu físico e social formam uma unidade sem cisão dual. O profissional deverá enriquecer sempre mais sua bagagem científica para que possa identificar interpretar e manejar as múltiplas reações comportamentais de seus clientes. Psíquico e soma, tratam de um mesmo fenômeno estrutural, apresentando, no entanto, validades diferentes, que são até objetos de disciplinas distintas (SciELO). A transição do vigor uma experiência complexa e altamente individual. No ciclo de vitalidade, muitas pessoas passam pela transição da saúde para o adocimento, o período de aceitação da enfermidade. A duração e o tipo de experiência que um individuo têm nesses estágios variam com sua personalidade, alteração específica e mudanças que ocorrem em sua vida. Esse estudo como objetivo analisar a Assistência da Enfermagem Frente os Estágios da Doença: O papel do enfermeiro durante os momentos de convivência com a patologia, e contribuir com seus clientes em todos os momentos, dando o apoio emocional, atenção, respeitando seus sentimentos e limitações. O profissional deve estar preparado para um atendimento de qualidade. Compreender o tempo da duração da afecção é frequente e tem o acompanhamento de várias sensações sendo expressas por sofrimento e fraqueza. Ele foi dividido em alguns pontos, no primeiro, de acordo com o plano de luta do enfermo, a ansiedade é mais frequente; no segundo, começa a acontecer um conhecimento, uma mudança é percebida e com tudo, a equipe de saúde é procurada para um apoio psicológico; e no terceiro e último estágio é o retorno do vigor da força física sentindo-se assim uma atitude de bem-estar (SciELO). Analisar o resignado passando por dificuldades não descarta os problemas existentes, ou seja, quando ocorre a interrupção do tratamento, o padecimento irá resistir, se houver um recuo às consultas. Ressaltando um estímulo de sua debilidade, o resignado renova o seu interesse e comunica-se melhor com a família, chegando a fazer planos para o futuro. Observando os conhecimentos da enfermagem, em relação ao acaque, as alterações e as modificações dos padrões usuais conduzidos através do processo extenso é contínuo. Tudo irá depender do grau da incapacidade e da personalidade do próprio.

**METODOS E MATERIAIS:** trata-se do estudo de referência bibliográfica, exploratória, onde sobre a Assistência da Enfermagem frente os estágios na Adaptação a Doença, que trata dos momentos que o enfermo vive juntamente com os profissionais, examinados o nosso cotidiano e cotejamos. Este deverá ser constantemente visto como um todo, pois seu físico e social formam uma unidade sem dissidência. (SciELO).

**RESULTADOS E DISCURSÃO.** Os momentos passados pelos clientes são chamados de estágios, que são os estímulos feitos a doente para renovação o seu interesse em comunicar-se melhor com sua família e a fazer planos para o futuro. Os aprendizados da alteração da saúde para a enfermidade estão claramente definidos quando uma pessoa que apresenta uma condição crônica e isolada que responde favoravelmente ao tratamento. O desenvolvimento de sintomas frequentes vem acompanhado de sensações desagradáveis, perda de vigor, resistência, e uma diminuição na capacidade funcional. Enquanto a consciência da higiene se

exprime, as dores são expressas por sofrimento e fraqueza. Isto vem gerar incômodos e surgem os fantasmas de possíveis complicações, e as possíveis destruições. O anseio e frequentemente presente, e o indivíduo usa isso como seu plano de luta comum. Para afastar a perspectivas, o cliente foca no seu trabalho e nas atividades sociais ou pode torna-se passivo e isolar-se, esperando que os sintomas vagos terminem. Considerando a recusa de suas consulta, frente a uma indisposição ou quando interrompe o tratamento já em curso, adiando sua ida ao médico com medo de um possível agravo de seu diagnóstico; a culpa, a vergonha e a negação são preeminentes durante esse período inicial. Alguns saem atrás de outras equipes de saúde, em outros bairros, cidades, esperando descobrir qual e realmente o problema ou procurando evidências de que o diagnóstico anterior é incorreto. A mudança para o período de aceitação da perturbação vivida nos últimos dias. Quando o indivíduo aceita e reconhece a que não tem condições para aguentar sozinho seus problemas, a assistência da enfermagem é procurada para busca um apoio psicológico na equipe, não só quanto ao diagnóstico, mas também o tratamento. Temporariamente, ele se afasta de suas atividades e dedica-se exclusivamente a cuidar de sua condição patológica. Reconhecer e enfrentar as alterações em sua vida imposta pela condição, embora que possa atravessar um período de descontrole emocional, ele capaz de se considerar como uma pessoa fútil se no momento e dependente. A boa interação pode permitir o conhecimento de seu pensamento. Os estudantes frequentemente se interessam em que os enfermos se tornem bastantes dependentes delas, podendo assim ter uma apreciação realista do estágio de seu distúrbio, da premência seu resignado, da dependência e da sua necessidade de ter uma pessoa em quem confiar e que o cuide. Durante a aceitação, sintomas como raiva, culpa e ressentimento podem ser apresentados, sendo muito crítico acerca de seus cuidados recebidos da equipe responsável, afastando principalmente os seus familiares, daqueles que ele mais precisa. O período de restituição. O retorno de suavidade e de sua força física, frequentemente precede o seu pensamento e uma atitude de “sentir-se bem”. Este implica de desistir de uma dependência, de uma posição regressiva, e assumir a responsabilidade de adulto e relações normais com os outros; e nesse instante que a enfermagem pode auxiliar o seu cliente, assumindo um papel de responsabilidade. A assistência graduada relaxa sua proteção e oferece orientação, conselho e encorajamento para o progresso, de uma maneira discreta, ela se retira pra o lado, pronta para tranquilizar o enfermo, porém encorajando-o a experimentar novas habilidades, estimulando-o a renovar o seu interesse a comunicar-se melhor com seus entes com mais afetividade e a fazer planos para o futuro. Por exemplo, grupos de apoios com condições semelhantes. Quando o vigor é recuperado, deve ser lembrado para se permitir viver momentos jamais vividos por si. Nesse instante da transição, de saúde o padecimento está claramente definida, quando uma pessoa apresenta uma condição aguda e isolada que responde favoravelmente aos meios tratados.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A enfermagem necessita de ter conhecimento das alterações e dos sentimentos durante a doença, reconhecer as modificações dos padrões usuais a auxiliar seu enfermos a condução do processo. A adequação a uma indisposição crônica e um processo extenso e contínuo. O espaço que requer a adaptação depende do tipo de padecimento, do grau

da incapacidade e da personalidade do próprio doente. Em todo o processo, a assistência está em posição de fornecer um cuidado elaborado, juntamente com humanização, interesse e inteligência.

**Palavra Chave:** Apoio ao paciente, Enfermidade, Profissional da Enfermagem.

**Referências Bibliográficas:** Apostila de Enfermagem de Psicologia Aplicada a Saúde

---

## **ASSISTÊNCIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM SÍNDROME DE PARKINSON**

Josefa Ylanne Florentino Francelino  
Dayanne Barbosa Wanderley  
Déllis Maia Silvino  
Sabrina Alves de Lucena Santos  
Ana Paula Dantas da Silva

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Parkinson também conhecida como mal de Parkinson ou doença de Parkinson é uma degeneração duradoura e gradual do sistema nervoso (SOUZA et al, 2011), determinada por um conjunto de quatro sintomas motores: tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural (SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011) e ocorre devido a alteração das células localizadas numa região do cérebro denominada substância negra. Essas células produzem a substância dopamina, que conduz as correntes nervosas (neurotransmissores) ao corpo. A falta ou diminuição de dopamina afeta os movimentos provocando os sintomas da doença de Parkinson (BVS, 2012). Os principais sintomas da doença de Parkinson podem causar limitações das atividades de vida diária já na fase inicial da doença, como por exemplo, comprometimento da marcha, da fala, do equilíbrio e desencadear diferentes outros sintomas como dores, fadiga, cansaço e depressão. (PETERNELLA; MARCON, 2010). A maioria dos casos ocorre entre os 55 e 65 anos de ambos os sexos e diferentes raças, porém pode afetar pessoas em qualquer idade em todo o mundo. A etiologia é tida como desconhecida, mas estudos acreditam que essa enfermidade pode ser decorrente de um aglomerado de elementos, sejam eles genéticos, toxinas ambientais, estresse oxidativo, irregularidades mitocondriais e/ou modificações do envelhecimento (SOUZA et al, 2011). A grande parte dos portadores de Parkinson apresenta uma relação deficiente dos sistemas responsáveis pelo equilíbrio corporal e,



consequentemente, tende a mover o centro de gravidade para frente. Além disso, os sujeitos acometidos se tornam incapazes de executar movimentos compensatórios para readquirir a estabilidade estática e dinâmica do corpo, gerando, com certa frequência, situações de quedas (CHRISTOFOLETTI et al., 2010). Diante disso, o paciente necessitará de ajuda, em algumas ou todas as suas atividades de vida diária devido às incapacidades que limitam as suas ações e participação social, interferindo na qualidade de vida, no âmbito da cultura e da instituição de princípios que habita, levando em conta seus objetivos, suas perspectivas, seus valores e seus deveres. A condição pode ser acometida pela relação entre saúde, o nível mental, a religiosidade, o convívio das pessoas e os elementos do ambiente. (SILVA et al., 2010). O conhecimento dos aspectos referente à percepção da qualidade de vida é essencial para a construção de uma estratégia de intervenção adequada aos indivíduos com doença de Parkinson (SILVA; FILHO; FAGANELLO, 2011). A identificação de usuários com essa doença permite que a organização da atenção possa ser articulada entre trabalhadores da saúde e familiares. Assim, a constante troca de informações possibilita aos cuidadores, implementar ações que visem melhorar a qualidade de vida destes usuários dos serviços de saúde (KUSTER et al., 2014). Quando acometido pela doença, o paciente pode se sentir angustiado e distanciar-se do ambiente familiar, causando o isolamento e em alguns casos até depressão. Para tanto, é preciso uma avaliação profunda para detectar de maneira exclusiva a condição de cada paciente bem como seus recursos emocionais (SOUZA et al., 2014). O estudo é relevante pelo fato de algumas pessoas não saberem o quanto a assistência proporcionada ao portador de Parkinson é importante. Com isso, objetivou-se descrever a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com Síndrome de Parkinson.

**METODOLOGIA:** O estudo é do tipo revisão bibliográfica, que tem como função investigar as inúmeras colaborações científicas a respeito de determinado conteúdo, de modo que o pesquisador possa utilizá-la para comprovar, comparar ou engrandecer suas teses (SILVA, 2012). Como critérios de inclusão foram adotados artigos publicados em sites de indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2010 e 2016, em linguagem portuguesa, e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: a síndrome de Parkinson. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo dessa pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica de análise pertinente ao estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No seu estado específico a instalação e avanço da doença é injusto e lento. No entanto, em situações ocasionais, os sintomas e sinais podem apresentar-se de maneira aguda, precipitados por estresse de infecção, ato cirúrgico ou traumatismo (BARROS, 2011). A demência é considerada uma séria complicação resultante da doença de Parkinson, porém ela ocorre mais frequentemente em pessoas idosas e em estágio mais desenvolvido da doença (MACUGLIA; RIEDER; ALMEIDA, 2012). Além disso, de acordo com Bonjorni et al. (2012), a função respiratória pode ser afetada pela doença, e em estágios mais avançados da doença pode ocorrer obstrução grave das vias aéreas superiores, sendo então considerada a maior anormalidade pulmonar. Diante do que foi pesquisado, pode-se considerar como fatores etiopatogênicos mais importantes a chamada causa multifatorial, ou

seja, a combinação de predisposição genética com a presença de fatores tóxicos ambientais. Com relação à contribuição do envelhecimento cerebral, este estaria relacionado com a prevalência da idade, associada à perda neuronal progressiva (SOUZA et al., 2011). Algumas das referências que foram utilizadas para a realização desta pesquisa demonstraram que o diagnóstico dessa doença pode ser feito através da observação dos sintomas associados e também por meio de exames de imagem que ajudam a excluir outras patologias, ou seja, através do diagnóstico diferencial onde dependendo dos sintomas poderá diferenciar as patologias que apresentam similaridade. O exame físico que é feito pelo enfermeiro é importante para observar a flexão ou ampliação dos braços, para investigar se o cotovelo fica firme quando estendido, sinais consideráveis no portador de Parkinson (SOUZA et al., 2014). O tratamento através de medicamento é o principal meio para controlar os sintomas (MARCHI et al., 2013) e é feito com a utilização de Anticolinérgicos, efetivos no controle do tremor, Amantadina, a qual a receptação da dopamina; o Levodopa atua como iniciador da dopamina; o Bromocriptina, Pramipexol e Ropirinol ativam os receptores de dopamina no cérebro e por fim a Tolcapona e Entacapona que são para tratamento adjuvante (SOUZA et al., 2014). No entanto, a terapêutica medicamentosa por si só não é suficiente para manter o portador em melhores condições de bem-estar e qualidade de vida. Por isso, o tratamento e cuidados dos profissionais de saúde são fundamentais como recursos complementares para ajudar o portador de Parkinson a preservar sua funcionalidade e proporcioná-lo a desempenhar as atividades da vida diária e manter o vínculo social, que são indispensáveis para atender suas necessidades psicossociais de apoio comunitário para o seu bem-estar e autoestima (SENA et al., 2010). A assistência de enfermagem na síndrome de Parkinson enfatiza instruções quanto à alimentação, banhos mornos para relaxar a musculatura, suporte assistencial, especialmente no que se refere às alterações vindas do processo de envelhecimento, educação do paciente e de sua família e acompanhamento dos efeitos resultantes do uso de fármacos e tem papel muito importante na terapêutica instituída para o portador de doença de Parkinson, pois pode agir como meio de amenizar o sofrimento do paciente (SOUZA, 2014). Outro aspecto importante a ser abordado pelos profissionais de enfermagem refere-se ao isolamento social, derivado tanto pela presença de sintomas motores quanto por outros motivos como dificuldade de locomoção, sialorreia e dificuldade de fala. A enfermagem e a equipe como um todo devem ainda estar vigilantes para disfunções como constipação, que pode ser minimizado com o aumento da ingestão de fibra e água e com a prática regular de exercícios. (KUSTER et al., 2014). O exercício físico frequente beneficia os indivíduos com Doença de Parkinson, tendo papel fundamental para aliviar ou retardar o surgimento dos sintomas, assegurando alguma independência para os acometidos. Não somente pelo profissional de enfermagem, o portador de Parkinson deve ser acompanhado, mas também por outros profissionais como: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, urologista, psicólogo, neurologista e médico clínico geral. Por isso, é conveniente prescrever tratamento fisioterápico também em todas as fases da doença de Parkinson, destacando que cada paciente deve ser avaliado e tratado individualmente, com ênfase na orientação e reabilitação de acordo com as alterações funcionais (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011). As ações educativas aos familiares de pacientes com essa doença são indispensáveis para que estes possam compreender os sinais e sintomas, os cuidados e a terapêutica

medicamentosa. Também é preciso avaliar e identificar as características e fatores associados com a tensão que os cuidadores vivenciam, para ajudar na implementação de estratégias de promoção à saúde e de suporte social a estas pessoas. Obter muitas informações a respeito dessa doença, é fundamental para fazer adaptações no cuidado de acordo com os deveres de cada pessoa. Os argumentos que envolvem cuidados de enfermagem precisam ir além de tarefas verdadeiramente técnicas. É necessário a compreensão da totalidade do ser que está sendo cuidado com suas limitações, necessidades e particularidades. Demanda, ainda, uma observação voltada aos modos de relacionamento com o outro, pois o cuidado é o sentido do trabalho da enfermagem. (KUSTER et al., 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da realização desta pesquisa fica claro que a assistência realizada pelos profissionais de saúde ao paciente com Parkinson ajudará no seu tratamento, melhorando assim a sua qualidade de vida e a de seus familiares. Sendo assim, espera-se que este estudo contribua para o crescimento científico na temática que envolve uma das doenças que atinge o sistema nervoso.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem. Dopamina. Mal de Parkinson.

## REFERÊNCIAS

BARROS, J. E. F. **Doença de Parkinson.** RBM rev. bras. med, Taubaté, v.69, n.5/6, 2011. Disponível em: <[http://moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5045](http://moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5045)>. Acesso em: abril de 2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Doença de Parkinson.** Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/dicas/251\\_parkinson.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/dicas/251_parkinson.html)>. Acesso em: abril de 2016.

BONJORNÍ, et al., **Influência da doença de Parkinson em capacidade física, função pulmonar e índice de massa magra corporal.** Fisioter. Mov., Curitiba, v.25, n.4, p.727-736, 2012

CHRISTOFOLETTI, et al. **Eficácia de tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.17, n.3, p.259-63, 2010.

GONÇALVES, G. B. LEITE, M. A. A. PEREIRA, J. S. **Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da Doença de Parkinson.** Revista Brasileira de Neurologia, Minas Gerais, v. 47, n. 2, p. 22-30, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2011/v47n2/a2210.pdf>>. Acesso em: abril de 2016.

KUSTER et al., **Cuidados de enfermagem aos usuários com doença de Parkinson na atenção básica de saúde.** Revista de Enfermagem da UFSM, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 1, p. 10-18, 2014.

MACUGLIA, G. R. RIEDER, C. R. M. ALMEIDA, R. M. M. **Funções executivas na doença de Parkinson: Revisão de Literatura.** PSICO, Porto Alegre, v. 43, n. 4, p. 552-561, 2012.

MARCHI et al., **Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado.** Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 855-862, 2013. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csc/v18n3/31.pdf>>. Acesso em: abril de 2016.

PETERNELLA, F. M. N. MARCON, S. S. **A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 415-422, 2010.

SENA et al., **Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.19, n.1, p. 93-103, 2010.

SILVA et al., **Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida.** Revista de Neurociência, Paraná, v. 18, n. 4, p. 463-468, 2010.

SILVA, J. A. M. G.S., FILHO, A. V. D. FAGANELLO, F. R. **Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39.** FisioterMov, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 141-146, 2011.

SOUZA et al., **Doença de Parkinson: atribuição de enfermagem na interação família-doente.** Revista Eletrônica da UNIVAR, Mato Grosso, v. 1, n. 11, 2014.

---

## **ASPECTOS EMOCIONAIS DE PAIS FRENTE À MALFORMAÇÃO CONGÊNITA**

Tamires Daiane de Souza Bezerra  
Fabriciano Santos de Souza  
Rakely Fernandes Araújo  
Rayssa de Fátima Morais  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** A gestação envolve um período de mudanças físicas e emocionais que as mulheres vivenciam de formas distintas, e desta maneira, o nascimento de um filho que exige cuidados específicos, leva a mãe a introduzir-se em uma nova realidade. A representação de que o bebê é uma criança que apresenta uma série de agravos à saúde, os quais são capazes de se revelar em sérios riscos de vida (ROCKER, et al. 2012). Esses cuidados específicos dizem respeito a filhos portadores de malformação congênita, sejam essas alterações, detectadas ainda no pré-natal ou após o nascimento. A malformação é um falha morfológica de um órgão, parte de um órgão ou de uma região mais extensa do corpo, como consequência de um

processo do desenvolvimento intrinsecamente anormal (MOORE; KEITH; PERSAUD, 2000). Durante o processo histórico as malformações eram vistas negativamente tanto pela família quanto pela sociedade. A exemplo, no período da Idade Média, as mesmas, foram geralmente entendidas como punição religiosa, sendo o pecado da família que traduzia-se em defeitos na criança ou era corrente, a ideia de que malformações fossem presságios, avisos de determinado evento, onde a norma geral era a condenação à morte para recém-nascidos defeituosos. Estes ideais caracterizaram um lado negro da história, porém, com o avanço dos tempos e dos conhecimentos científicos sabe-se que as alterações não possuem nenhuma relação com os aspectos culturais e religiosos que eram vistos na antiguidade e sim, podem ser causados por diversos fatores tais quais: anormalidade cromossômica, herança genética, uso de medicamentos dentre outros. Segundo dados secundários do DATASUS/Sinasc, no ano de 2013, nasceram na região nordeste um total de 5.623 bebês com anomalias congênitas, sendo 428 no estado da Paraíba. Dessa forma, os dados estatísticos em relação ao nascimento de bebês com malformação, desperta para a necessidade de uma assistência de qualidade durante o pré-natal, detectando precocemente essas modificações, e assim, iniciar o processo de acompanhamento com os pais. A assistência prestada à família é indispensável, e requer maior atenção, isto porque, a chegada de uma criança malformada faz com que passem por etapas diferenciadas diante do diagnóstico até chegarem à fase de adaptação, como: choque, negação, tristeza e raiva, equilíbrio e reorganização (SANTOS, et al. 2011). São sentimentos expressos, pela maioria dos pais pois, os estão lhe dando com algo diferente com o que haviam planejado anteriormente, e será imprescindível uma mudança de planos para lhe dar com a necessidade que o filho apresenta. Objetivou-se nessa pesquisa descrever os aspectos emocionais de pais frente a malformação congênita.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de maio de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Psicologia, relações pais-filhos e malformações congênitas. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2006 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Aspectos emocionais de pais frente a malformação congênita. Também adotou-se dados indexados no DATASUS/Sinasc, que se encaixavam à temática proposta. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** É comum a concepção de um ideal eugenista, direcionado ao nascimento de uma criança física e mentalmente saudável (ROECKER, et al. 2012).

Quando tais expectativas não são condizentes com a realidade, na descoberta de modificações no tão esperado filho, é comum os pais sentirem-se em estado de choque. Tanto o choque da descoberta, quanto possíveis comportamentos de rejeição podem estar ligados à frustração de não ter alcançado suas expectativas de normalidade para a criança (CHACON, 2011). Os pais podem ter conhecimento da malformação ainda no processo de realização do pré-natal, onde trata-se de um estado de perda do filho idealizado, estado este que pode persistir por longos anos, manifestando-se através de sentimentos de tristeza, depressão, rejeição, decepção, frustração, incompetência, raiva, tal qual por manifestações comportamentais de choro, vergonha, isolamento, agressividade e outros (CHACON, 2011). Por conta da vivência desses sentimentos diante do diagnóstico, alguns pais sentem o desejo de abortar o bebê pois, se sentem incapazes de lidar com essa nova realidade. Porém, no Brasil, não existindo respaldo legal que permita o aborto nos casos de malformação fetal letal, e o casal que encara tal diagnóstico, se vê angustiado na procura de soluções para o problema (BENUTE, et al. 2006). Um dos primeiros passos a ser dado para enfrentamento do problema, é buscar conhecer o mesmo, isto porque, possuir um conhecimento da malformação, no decorrer do pré-natal, ocasiona a procura por informações e orientações sobre como melhor proceder, como cuidar e garantir a vida do filho após o nascimento, expressando a preocupação real pela sobrevivência do bebê e sua posterior qualidade de vida (ROECKER, et al. 2012). É evidente que os pais, sintam muitas dúvidas e incertezas, o que, na maioria dos casos esse processo é ainda mais difícil para a mãe que é quem mais está envolvida, pelo fato, que alguns pais não acompanham as mulheres nas consultas ou quando vão não se envolvem ou interagem como o esperado. Entretanto, pode não haver a detecção da malformação no pré-natal, e sim, apenas após o nascimento, o que implica dizer, que se torna mais delicado para os pais o enfrentamento desta situação pois, os mesmos não foram preparados, e até então, o filho idealizado continuava a existir. Dados mostram que cerca de 2% a 4% de nascidos vivos apontam algum tipo de malformação constatada ao nascimento (REIS; SANTOS, 2011). Nesta fase de descoberta, surge a preocupação, que não se restringe entre o pai e a mãe, mas também, o casal sente receio e vergonha no momento de apresentar o filho aos demais familiares e a sociedade onde estão inseridos, além de acarretarem grande abalo na vida e na saúde do portador e de sua família, dada a cronicidade dessa patologia (SANTOS, 2011). Em uma pesquisa realizada no Centro de Tratamento Intensivo Infantil (CTII) de um hospital filantrópico de Juiz de Fora, com mulheres que tiveram filhos com malformação, uma delas relatou que ao ver o filho, chorava o tempo todo, pois não esperava tal situação, e embora seus familiares tentassem acalmá-la, a mesma não queria aceitar que seu bebê tinha problemas (SANTOS, 2011). Neste depoimento, é retratado o desespero ao saber inesperadamente que o bebê possuía problemas, o que leva muitas vezes essas mulheres a desenvolverem depressão pós-parto. Quando acontecem desvio do que era calculado, no nascimento de uma criança malformada, os pais sofrem a eclosão de emoções e sentimentos imprevistos para tal momento (VANZ; RIBEIRO, 2011). Outra questão observada, é que os genitores temem outra gestação, por acharem que o próximo filho poderá também vir com complicações, sejam elas, novas ou as mesmas do herdeiro anterior. Analisando a detecção em dois períodos antes e após o nascimento, os dados mostram que o conhecer da malformação, no decurso do pré-natal ou no momento do nascimento, não é um fator diferenciador da demonstração de

sentimento de angústia e luto pela criança malformada que nasceu, e nos dois momentos as mães e familiares apresentaram os sentimentos por meio de choro, vergonha, culpa e a busca por alguma causa ou explicação, medo do próprio preconceito ou da discriminação das outras pessoas (ROECKER, et al. 2012). Os profissionais de saúde têm papel fundamental no acompanhamento da gestação e parto. Devem promover o bem estar da mãe e do bebê, detectando problemas em que suas intervenções são imprescindíveis, para garantir a saúde de ambos. Mediante essa realidade, o profissional enfermeiro, que está presente no acompanhamento da gestante no pré-natal, durante o nascimento e no puerpério, e dar apoio a mãe, preparando-a para tal situação, pois, é uma experiência cheia de dificuldades. Além de lhe dar com a criança, o mesmo terá que criar estratégias para acompanhar os pais. A equipe médica e de enfermagem são encarregados para oferecer esclarecimentos técnicos da patologia, os cuidados necessários e atitudes que serão tomadas, todavia o seu apoio psicológico é indispensável, pois estes lidam com essa realidade que envolve frustrações, perdas, sensação de impotência e dor. (MACHADO, et al. 2015)

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, fica claro, que qualquer gestante está exposta a conceber um filho portador de malformação, e tanto a mãe quanto o pai, por mais orientados e informados que estejam sobre a patologia, na verdade, nunca estarão totalmente preparados para enfrentar esse tipo de situação, pois, como todo casal, criam expectativas acerca do novo ser gerado, planejando não só o presente, como também um futuro distante, e ao se deparar com o diferente de tudo que haviam sonhado, sofrem uma enorme decepção. Eles terão que conviver com essa nova realidade durante toda a vida, e para isto, terão que se adaptar e passar por um processo de aceitação e reorganização, promovendo assim, uma qualidade de vida para o seu filho.

**Palavras-chave:** Malformações congênitas. Psicologia. Relações pais-filhos

## REFERÊNCIAS

BENUTE, G. R. G. et al. *Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal*. Rev Bras Ginecol Obstet. P. 28(1): 10-7, 2006.

CHACON, M. C. M. *Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física*. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.17, n.3, p.441-458, Set.-Dez., 2011.



DATASUS. Sistema de informação sobre Nascidos vivos – SINASC. **Anomalia congênita**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

Acesso em: 05 de Abril de 2016.

MACHADO, J. G. et al. *Incidência de malformações genéticas no município de Cachoeirinha: qual o papel da Psicologia e da Enfermagem frente a essa realidade?*. Anais da IX mostra científica do cesuca, nov, 2015.

MOORE, KEITH L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**. Editora Guanabara koogan SA. 6° ed. Rio de Janeiro-RJ, 2000.

REIS, A.T.; SANTOS, R. C. *Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas*. Esc Anna Nery, jul-set; 15 (3):490-496, 2011.

ROECKER, S. et al. *Demandas assistenciais frente à gestação e o nascimento de bebês com malformação*. Rev Enfer UFSM. Mai/Ago;2(2):252-263, 2012.

SANTOS, S. R. et al. *A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas*. Revista Mineira de Enfermagem, v. 15, n. 4, p. 491-497, 2011.

ROECKER, S. et al. *A vivência de mães de bebês com malformação*. Esc Ana Nery, jan-mar; 16 (1):17-26, 2012.

VANZ, A. P.; RIBEIRO, N. R. R. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. **Rev Esc Enferm USP** 45(3):596-602, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300007). Acesso em 12 de abril de 2016.

---





## ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO – PACIENTE

Fabiana de Sousa Lima e Silva  
Gislene Alves de Souza  
Carla Danielle de Lima Sousa  
Kalyane Souza Amarante  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** A interação, entre todas as pessoas são expressas através do diálogo, pois as mesmas utilizam para compartilhar diversas **informações entre si**, fazendo com que este processo seja de suma importância para a vida em sociedade (POTT, et al., 2013). Quando trata da prática assistencial a comunicação torna cada vez mais imprescindível para uma relação harmoniosa entre o enfermeiro-paciente, pois esta se torna indispensável no que diz respeito, a todos os pontos que os norteiam, e que encontram intimamente relacionados através da utilização dessa forma de intercâmbio social, onde ambos necessitam desta ferramenta, para que juntos possam chegar a um mesmo denominador comum, que é o reestabelecimento do quadro clínico, através da discursão do seu estado. Partindo desse pressuposto, percebe-se que esta temática configura como uma peça abrangente, podendo ser expressa de diversos modos, sem perder com isso, as suas características comuns, que é a de propagar sentimentos, pensamentos ou manifestações, entre um grupo de pessoas (CAMELO, 2012). No entanto, objetivou-se atribuir a importância do diálogo entre o enfermeiro-paciente.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo revisão bibliográfica, onde para a realização deste estudo, foram selecionados os trabalhos que abordaram os principais aspectos relacionados ao conteúdo científico. Tendo como critérios de avaliação, a qualidade das informações disponibilizadas e, especificamente, aos estudos que analisaram as informações sobre comunicação e suas principais características relacionadas a binômio enfermeiro-paciente. A mesma foi realizada através dos sites de indexação científica Scielo e Lilacs, no período de março a abril de dois mil e dezesseis, onde utilizou como população os artigos e a amostra de cinco deles escolhidos através dos critérios de inclusão, a serem relacionados à temática e publicados nos últimos cinco anos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Hoje se admite a existência de diversas formas distintas de se interagir, cada uma com suas peculiaridades, mas todas indispensáveis para compor o universo das relações entre os indivíduos (SILVA, CRUZ, 2011). Este estudo dará ênfase a comunicação terapêutica, que tem como finalidade contribuir para a resolução de problemas e o enfrentamento de bloqueios à auto-realização. É por meio deste contato estabelecido, que compreende ser como holístico, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir, podendo assim

entender e elencar suas necessidades e prestar um cuidado mais adequado, minimizando dessa forma seu sofrimento. Nesse processo, esta ferramenta de difusão, se configura através de diversos artifícios (POTT, et al., 2013). Para que haja melhor compreensão do quadro, deve-se lançar mão de todo o conhecimento que possa adquirir a fim de contribuir da melhor forma possível, principalmente no que diz respeito a atenção aqueles que possuem alguma condição especial, como por exemplo, deficientes auditivos, visuais e com transtorno mental. Ao abordar este público, o profissional de enfermagem precisa antes de tudo, entender como eles convivem com suas limitações, dessa forma, torna-se fundamental a busca de instrumentos que possam minimizar as barreiras existentes (REBOUÇAS, et al., 2011). O conhecimento da língua de sinais é essencial para todos os profissionais que trabalham diretamente com portadores de deficiência auditiva, pois a mesma faz com que estes sujeitos possam ser melhor assistidos (VALE; AGLIUCA, 2011). No caso das deficiências visuais, deve-se estimular e explorar os demais sentidos, procurando deste modo, entender e investigar quais dificuldades são travadas diariamente pelo mesmo, e o que podemos fazer para diminuir tais circunstâncias (POTT, et al., 2013). Da mesma forma ocorre, no caso da assistência aos portadores de transtorno mental, estes necessitam de uma atenção ainda mais especial, visto que, sua condição acarreta alterações constantes de humor, tornando-os muitas vezes agressivos e inconscientes dos seus atos. A este público, o uso de dinâmicas parece ser uma forma efetiva de lidar sobretudo com seu isolamento. Há também uma grande preocupação com a forma de abordagem de pacientes hospitalizados, visto que, o enfermeiro deve buscar conhecer o cliente, com o propósito de criar principalmente um vínculo. Deve cultivar a confiança deste através do respeito e atenção dispensados durante a assistência, oferecendo um cuidado que busque a redução da ansiedade do cliente, pois devido ao seu estado debilitado, onde o mesmo encontra-se com o sistema imunológico provavelmente comprometido, e o fato de estar internado em um hospital, mudando dessa forma toda a sua rotina, faz com que este sintase fragilizado e solitário. Um indivíduo quando hospitalizado, requer atenção especial, não somente aqueles dispensados através de procedimentos, mas também que façam com que o mesmo sintase acolhido e bem assistido. (SILVA; CRUZ, 2011). Muitas vezes estes cuidados, são deixados de lado, devido ao tempo e ampla carga de serviço que o setor tem, não sobrando momento para a prestação de uma assistência mais humanizada (CAMELO, 2012). É válido ressaltar que quando não há formação de vínculo, há grande prejuízo no reestabelecimento do quadro clínico, pois, diversos estudos comprovam que uma relação harmoniosa tem papel fundamental para o desenvolvimento da terapêutica, bem como a confiança despertada no seu cliente, fazendo com que ele colabore melhor com o tratamento. Todavia, o cuidar requer do profissional de enfermagem uma atenção especial e aptidão para avaliar a necessidade de cada indivíduo e dos seus familiares, estudando cada caso, identificando seus problemas com o propósito de assim possa garantir uma melhor prestação de seus serviços, bem como, um dinamismo maior para lidar com as possíveis surpresas que aparecerão na sua carreira. Todos aqueles que encontram com sua saúde debilitada, sofrem diversas alterações principalmente psicológicas, dessa forma, um cuidado que priorize, sobretudo a humanização, são indispensáveis para que todos possam sentir acolhidos, seguros e vistos como peças importantes, contribuindo para uma melhora no seu estado.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, percebemos que a comunicação é de suma importância para a prática assistencial, ajudando na estabilização do quadro clínico, sobretudo, quando utilizada de forma humanizada. Assim, faz-se necessário que tenhamos uma visão mais abrangente sobre este tema, pois através de um simples gesto, podemos ganhar a confiança do paciente, e conseguir com isso informações essenciais que poderão auxiliar a traçar um melhor diagnóstico e um plano de cuidado mais eficiente, facilitando dessa forma nosso trabalho.

**PALAVRAS-CHAVES:** Comunicação. Métodos de Comunicação Total.

Relações Enfermeiro e Paciente.

## **REFERENCIAS**

CAMELO, SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 1-9, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf). Acesso em 16abr. 2016.

POTT, FS. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v.66, n. 2, p.174-9, 2013. Disponível em <http://search.proquest.com/openview/216a1e83dfa94f02f4f7f6e1f8258f5e/1?pq-origsite=gscholar>. Acesso em 25mar. 2016.

REBOUÇAS, CBA. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.24, n. 1, p.80-6, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a12>. Acesso em 13 abr. 2016.

SILVA, RCV, CRUZ EA. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc Anna Nery**. v.15, n. 1, p. 180-185, 2011. Disponível em <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/2806/1/25.pdf>. Acesso 13 abr. 2016.

VALE EG, PAGLIUCA L M F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **RevBrasEnferm**, Brasília. v. 64, n.1, p.106-13, 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0211/pdfs/IS31\(2\)039.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31(2)039.pdf). Acesso em 15 abr. 2016.

---

## AS REAÇÕES ADVERSAS DA VACINA PENTAVALENTE EM CRIANÇAS E O PAPEL DO ENFERMEIRO

Thamiris Gonçalves De Azevedo  
Emiliana Soares de Araujo  
Valdemberg Primo de Araujo  
Hislane Rayssa Maia Nunes Kilmara Melo

**INTRODUÇÃO:** A vacinação atualmente no Brasil é comandada pelo Programa Nacional de imunização (PNI) que foi criado no ano de 1973, atualmente o país é uma referência mundial no que se diz respeito a produzir vacinas com qualidade e eficiência, além, de exportá-las para outros países. O Programa é de suma importância para resultados positivos da Saúde Pública brasileira e protagoniza um momento, no qual o quadro epidemiológico e a criação de novas vacinas estão exigindo uma mais adequada e inédita maneira de organizar as ações de vacinação. O calendário vacinal tem sofrido desde a criação desse programa varias alterações, lançamento de novas vacinas, padronização técnica e a adoção de estratégias a exemplo da combinação de vacinação de rotina com campanhas de vacinação, essas novas ações tiveram e tem atualmente um papel essencial no controle e eliminação de muitas doenças (JUNIOR, 2013). O PNI tem ofertado vacinas seguras e eficazes, hoje ele oferece 43 produtos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas para todas as idades populacionais e o público alvo das atividades de imunização, são crianças, jovens, adultos, idosos e indígenas. A vacinação é essencial para manter a população saudável. No ano de 2012 foi incluída ao calendário vacinal da criança, a vacina pentavalente, ela é uma vacina combinada, ou seja, ela faz o organismo estimular anticorpos contra várias doenças em uma única dose, isso diminui o nº de injeções em um mesmo momento. Apresenta antígenos que atua contra patologias como: Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, elas são administradas em três doses no bebê aos dois, quatro e seis meses de vida, com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias) e não é necessário o reforço (BRASIL, 2016). As reações adversas da vacina pentavalente (DTP/HB/Hib) não diferem dos eventos das vacinas DTP, Hep B e Hib, escritas de maneira separada (BRASIL, 2012). O Brasil é um dos primeiros países que atua na investigação de reações adversas após a vacinação. O PNI realiza uma busca intensa, investiga e elucida todos os casos além de oferecer esclarecimentos necessários a toda sociedade mostrando assim o compromisso, segurança e seriedade do programa (BRASIL, 2014). Objetiva-se com esta pesquisa descrever as reações da vacina pentavalente em crianças e qual o papel do enfermeiro diante dessas situações.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em abril de 2016, buscando publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando-se como descritores: reações; saúde da criança; vacinação. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática descrita, publicadas em português e em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas, além de publicações em outro idioma.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** É considerada reação adversa qualquer ocorrência clínica indesejável na pessoa que tenha recebido algum imunobiológico, as manifestações podem ser sistêmicas ou locais e são classificadas quanto à intensidade, estas variam entre os organismos e o enfermeiro deve estar atento a qualquer situação inesperada que pode ocorrer, devendo também estar preparado para orientar adequadamente as mães ou responsáveis pela criança sobre as condutas necessárias. Dentre as reações da vacina no bebê as principais são: abscessos ou outras reações locais intensas (edema e/ou hiperemia extensos, neste caso o enfermeiro pode recomendar a utilização de compressas frias no local de aplicação para alívio da dor e ou da inflamação), diminuição dos movimentos dos membros, reação local associada eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal, o prognóstico reações adversas locais é positivo, com rápida melhora e cura espontânea na maior parte dos casos; Além disso, febre, irritabilidade, fadiga, tonturas, cefaleia, vômitos, diarreias e recusa alimentar são sintomas relatados pelas mães, na presença destas manifestações a continuidade do calendário vacinal deve ser seguida. Dentre as manifestações raras destacam-se: anorexia e desnutrição, gripe, choque anafilático, choro persistente  $\geq 3$  horas, convulsões (podem ocorrer nas primeiras 72 horas após a vacinação), hipotonia hiporresponsiva, apneia (nestes casos o enfermeiro deve realizar estimulação tátil, oxigenioterapia, assistência ventilatória, de acordo com as indicações de cada caso), púrpura trombocitopênica, mortes rápidas e inesperadas. Na presença destes sinais e sintomas deve-se notificar e investigar os todos os casos imediatamente (BRASIL, 2012). Quanto à finalidade da vacinação, a maioria das mães/responsáveis pela criança 88,4% sabe que serve para prevenir doenças, mesmo sem saber as reações adversas que podem ocorrer após a vacinação. Assim sendo o enfermeiro deve fornecer à mãe ou responsável pela criança todas as informações pertinentes à vacina que irá ser administrada, bem como os seus benefícios e reações adversas (OLIVEIRA, 2010). Caso a mãe traga a criança até o local onde foi realizada a vacina o enfermeiro deve avaliar clinicamente o local da lesão ou sintoma, perguntar a mãe/responsável pelo bebê se não está realizando nenhum tratamento farmacológico, visando à possibilidade de ser uma reação do medicamento utilizado e não da vacina, recomendar a administração de antitérmicos de acordo com o peso e idade do lactente após a vacinação como profilaxia das reações, e incentivar que a mãe amamentar exclusivamente com leite materno na tentativa de diminuir e evitar as reações adversas. (BRASIL, 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A administração de vacinas é competência do enfermeiro e requer responsabilidade, ética, conhecimento científico e habilidade para manuseio e armazenamento corretos. Nos serviços de saúde, os enfermeiros têm desempenhado um papel

importante na implementação das ações de vacinação. Por isso é necessário que o enfermeiro conheça todas as reações adversas das vacinas para que oriente as mães a ficarem atentas quanto às manifestações da criança e em caso de alguma alteração procurar rapidamente os serviços de saúde para esclarecer se os sinais e sintomas são decorrentes da vacinação e iniciar o tratamento, se houver necessidade e conforme prescrição médica. O enfermeiro deve estar vigilante e posicionado a qualquer momento para realizar a assistência juntamente com a equipe e realizar as funções de sua competência para conseguir minimizar os prejuízos à saúde da criança.

**PALAVRAS-CHAVE:** reações adversas. saúde da criança. vacina pentavalente

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 2ª ed. Brasília; 2008. Disponível em:[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual\\_Eventos\\_adversos.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_Eventos_adversos.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Subsecretaria De Promoção, Atenção Primária E Vigilância Em Saúde Superintendência De Vigilância Em Saúde Coordenação Do Programa De Imunizações**. Informe Técnico, RJ. Agosto/2012. Disponível em:  
[http://www.soperj.org.br/imageBank/informe\\_tecnico\\_pentavalente\\_e\\_vip.pdf](http://www.soperj.org.br/imageBank/informe_tecnico_pentavalente_e_vip.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação**. 3º ed, Brasília / DF, 2014. Disponível em:  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual\\_Eventos\\_adversos.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_Eventos_adversos.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação da Criança (PNI) – 2016**. Disponível em:  
<http://novo.saude.es.gov.br/Media/sesa/Calend%C3%A1rio%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o/Calend%C3%A1rio%20Nacional%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o%20da%20Crian%C3%A7a%20-%20PNI%20-%202016.pdf>

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22 n.1 Brasília mar.

2013. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100001&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100001&script=sci_arttext&tlng=es)

OLIVEIRA, V.G et al. Vacinação: o que fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. Disponível em: [http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/18279/1/AkemiMA\\_Vacina%C3%A7%C3%A3o%20o%20fazer%20da%20enfermagem%20e%20o%20saber%20das%20m%C3%A3es%20e%20cuidadores\\_478-1823-1-PB.pdf](http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/18279/1/AkemiMA_Vacina%C3%A7%C3%A3o%20o%20fazer%20da%20enfermagem%20e%20o%20saber%20das%20m%C3%A3es%20e%20cuidadores_478-1823-1-PB.pdf)

---

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA URPA

Joyce Pereira da Silva  
Maria Monica Galdino de Lima  
Ana Renata Silva Rodrigues  
Josefa Daniela Franco Felismino  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** A Unidade de Recuperação Pós Anestésica (URPA) é o local onde o paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer em observação e em cuidados constantes da equipe de enfermagem até que suas condições basais retornem além da prevenção e detecção de complicações que porventura possam ocorrer (NUNES; MATOS; MATTIA, 2014). A URPA deve estar agregada as salas de cirurgia, para facilitar o acesso da equipe e diminuir os riscos durante o transporte do paciente inconsciente. O profissional de enfermagem que atua no período pós-operatório imediato deve possuir conhecimentos e habilidades qualificadas para atender pacientes submetidos a diferentes tipos de cirurgias, de complexidades diferenciadas e que necessitam de assistência específica e individualizada (SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012). Além de conhecer a principais intercorrências associadas ao estresse cirúrgico, para garantir um melhor cuidado ao cliente (SARAIVA; SOUZA, 2015). Durante o período de Recuperação Anestésica (RA) o paciente torna-se vulnerável a várias complicações: alterações respiratórias, cardiovasculares, sistema nervoso central e hemorragias (NUNES; MATOS; MATTIA, 2014). A escolha dessa temática surgiu com intuito de mostrar as principais complicações que ocorrem no pós-cirúrgico imediato na Unidade de Recuperação Pós Anestésica, assim como demonstrar os meios de contribuir para qualidade da assistência aos pacientes quanto ao controle dessas complicações. A partir daí surgiu os seguintes questionamentos: Quais são as complicações que os pacientes podem vir a ter no pós-operatório imediato na URPA? Qual a assistência de enfermagem para identificar e aplicar as intervenções? Logo, os objetivos serão: Descrever as complicações que

os pacientes podem vir a ter no pós-operatório imediato na URPA. E identificar qual assistência deverá ser prestada a esses pacientes.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura, realizada nos meses de abril de 2016, a busca das publicações indexadas nas seguintes bases de dados: 08 artigos retirados dos sites: Sobecc, Google acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os critérios de inclusão foram: Artigos em português gratuitamente nas referidas bases de dados, que citam no resumo referências assistência de enfermagem no pós-operatório imediato. Foram excluídas do artigo as teses e dissertações, bem como artigos que não abordavam ou referiam a temática. A busca foi realizada pelos autores, e para realizar a pré-seleção dos artigos foi elaborado um instrumento de coleta de dados, selecionando todos os resumos disponíveis para categoria do estudo. Não houve restrição quanto ao ano de publicação dos artigos selecionados, haja vista alguns conteúdos possuíam pouca literatura. Como descritores adotou-se: pós-operatório imediato; complicações operatórias; recuperação pós-anestésica.

**RESULTADOS:** O material utilizado contém dados produzidos pelos estudiosos da área de cirúrgica que se voltaram para essa temática. Segundo Souza; Carvalho e Paldino (2012) o paciente será encaminhado pelo anesthesiologista para a URPA. O enfermeiro do setor deverá receber as informações como: identificação do paciente, tipos de cirurgia, tipo de anestesia, intercorrências, localização de sondas, drenos, cateteres, incisões e curativos. Seguindo com a avaliação dos sinais vitais e do padrão respiratório. Recomenda-se que esta avaliação seja feita a cada 15 minutos na primeira hora, e a cada 30 na segunda hora. Se o paciente estiver instável hemodinamicamente, os intervalos devem ser menores. Saraiva e Souza (2015) afirmam que o enfermeiro deve estar atento as intercorrências que podem vir a mudar a homeostasia orgânica do paciente, assim como quais condutas irá realizar. De acordo com Popov e Peniche (2009) as incidências das complicações na Recuperação Anestésica estão relacionadas principalmente com as condições clínicas pré-operatórias e o tempo e o tipo da cirurgia submetida. Amante, Slomochesk e Teixeira (2012) destacam as principais complicações: hipotermia, dor, náuseas e vômitos, hipoxemia, hemorragias, hipotensão arterial e alterações na consciência. **HIPOTERMIA:** A hipotermia pode ocorrer por vários fatores, efeitos anestésicos, temperatura ambiental, tempo e tipo de cirurgia (sendo que as cirurgias mais longas contribuem para a diminuição da temperatura). Essa diminuição aumentará a atividade do sistema nervoso simpático, elevando a resistência vascular periférica e aumentando o risco de isquemia. De acordo com Nunes; Matos e Matias (2014) o enfermeiro deve verificar os sinais vitais do paciente, classificando o tipo de hipotermia: hipotermia leve (35°C à 35,9°C), hipotermia moderada (34°C à 34,9°C) hipotermia severa ( $\leq 33,9^\circ\text{C}$ ), e rapidamente aquecê-lo, usando colchões ou mantas térmicas e aumentando a temperatura ambiente, sempre monitorar cor, temperatura e umidade da pele. **DOR:** No que se diz respeito a dor Lasaponari et al. (2013) afirma: A dor é a complicação mais comum no pós-



operatório imediato. Conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos. Sua intensidade é diferente de uma pessoa para outra, ela irá depender de fatores como: tipo e local da cirurgia, extensão do trauma; fatores psicológicos do paciente (medo, depressão, ansiedade, entre outros). Segundo Souza; Carvalho e Paldino (2012) a assistência de enfermagem subsidiada a essa complicação está voltada na administração dos medicamentos prescritos pelo médico, avaliação das características, intensidade e local da dor, reavaliação da dor após administração da medicação, e atenção integral as necessidades físicas e psicológicas do paciente.

**NÁUSEAS E VÔMITOS:** Em Relação a náuseas e vômitos Machado et al (2013) afirma que cerca de 20 à 30% dos pacientes apresentam náuseas e vômitos durante o pós operatório, essa complicação deve-se principalmente ao tempo de duração do anestésico, a quantidade e os tipos de anestésicos utilizados e os medicamentos associados. Essa alteração pode contribuir na demora do retorno das funções normais do paciente, além de outras possíveis complicações: taquicardia, hipertensão, desidratação aumento da pressão intracraniana, sangramento na ferida operatória, deiscência da sutura e chances de aspiração pulmonar. Quanto aos cuidados de enfermagem mediante náuseas e vômitos, Popov e Peniche (2009) citam: os cuidados de rotina da URPA, administração de medicamentos prescritos, lateralização da cabeça do paciente, anotar momento do vômito (quantidade de líquido, cor).

**HIPOXEMIA:** baixa concentração de oxigênio no sangue arterial. É ocasionado pelos efeitos anestésicos. Nessa complicação o enfermeiro irá realizar: os cuidados de rotina, oxigenoterapia, orientar ao paciente a realizar respiração profunda, avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz), segundo Popov e Peniche (2009).

**HEMORRAGIA:** O sangramento é uma complicação frequente na Recuperação Anestésica, sua etiologia pode ser devido algum distúrbio de coagulação ou mesmo problemas na homeostasia. A gravidade da hemorragia depende da hemorragia, da localização do sangramento e do volume de sangue perdido (Interna e externa) o enfermeiro deve ter um olhar crítico quanto esse sangramento. Os principais sintomas são: hipotensão, palidez cutânea, sudorese, dispneia. Os cuidados do enfermeiro prestados serão: administração de medicamentos e curativos na ferida operatória. De acordo com Nunes; Matos e Mattias a **HIPOTENÇÃO ARTERIAL:** ocorre em 3% dos pacientes na RA, devido à queda do decúbito cardíaco, tendo como resultado um diminuição do fluxo sanguíneo arterial. Os fatores que contribuem para essa complicação estão diretamente associados a hidratação inadequada durante o período anestésico-cirúrgico, efeitos da anestesia, perda sanguínea durante a cirurgia, bem como alguma disfunção cardíaca (infarto agudo do miocárdio, tamponamento). O enfermeiro responsável deve estar atento aos sinais e sintomas como: pulso rápido e filiforme, sonolência, pele fria e pálida, desorientação. Outros cuidados são a administração dos medicamentos prescritos e observar a presença de dor.

**ALTERAÇÕES NA CONSCIÊNCIA:** Nunes, Matos e Mattias (2014) afirmam que essa associação está integrada com a sintomatologia que o paciente apresenta: desorientação, sonolência, delírios. Esta complicação deve-se geralmente a efeitos da anestesia, hipoxemia, dor e ansiedade. A assistência prestada estará voltada aos cuidados de rotina da unidade, e uma atenção diferenciada aos sinais e sintomas.

**CONCLUSÃO:** A Unidade de Recuperação Pós Anestésica tem grande importância na continuidade do cuidado perioperatório. O profissional de enfermagem dessa unidade deve apresentar um olhar clínico para qualquer manifestação que o paciente apresentar. Destacamos a necessidade de estudos valorizando o enfermeiro responsável pela RA, que mostrem a importância desses profissionais na recuperação, detecção e prevenção de complicações anestésicas e operatórias.

**Palavras-chave:** complicações operatórias. pós-operatório imediato. recuperação pós-anestésica

## **REFERÊNCIAS:**

- AMANTE, L. N.; SLOMOCHENSK, L.A.; TEIXEIRA, M. G.P. N.; Ocorrência de Hipotermia Não Planejada em Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Revista. UNOPAR Científica Ciência biológica da saúde**. Santa Catarina, v.14, n.4. p. 211-214. mai/set 2012. Disponível no link: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a11.pdf> . Acesso em: 04 de abril de 2016.
- LASAPONARI, E.F.; COSTA, A. L.S.; PENICHE, A. C.G.; LEITE, R.C.B.O.; Revisão Integrativa: Dor aguda e intervenções de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato. **Revista. SOBECC**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 38-48, jul/set 2013. Disponível no link: [http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18\\_n3\\_%20jul\\_set2013-5.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n3_%20jul_set2013-5.pdf) . Acesso em: 04 de abril de 2016.
- MACHADO, E. C. B.; POMPEO, D.A.; ROSS, L.A. P. L.; DANTAS, R. A. S.; SANTOS, M. A.; Caracterização de Pacientes no Pós-Operatório Imediato Segundo a Presença de Náuseas e Vômitos. **Revista. Ciência Cuidado e Saúde**, v.12, n.2, p. 249-256 abr/jun 2013. Disponível no link: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20283/pdf> . Acesso em: 04 de abril de 2016.
- NASCIMENTOS. P, D, F, S.; BRENDES. A, C.; MATTA. A, L.; Complicações em Idosos em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SPRA). **Revista, SOBECC**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 64-72, abr/jun 2015. Disponível no link: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/v20n2/64-72.pdf> . Acesso: 04 de Abril de 2016.
- NUNES, F.C.; MATOS. S, S.; MATTIAS, A.L.; Análise das complicações em Pacientes no Período de Recuperação Anestésica. **Revista. SOBECC**, São Paulo, v.19, n.3, p. 129-133. jul/set 2014. Disponível em:[http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n3/03\\_sobecc.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/site_sobecc_v19n3/03_sobecc.pdf). Acesso em: 04 de Abril de 2016.
- POPOV, D.C.S.; PENICHE, A.C.G.; As intervenções do Enfermeiro e as complicações em Sala de Recuperação Pós Anestésica. **Revista. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n.4, p: 953-961, jun/dez 2009. Disponível no link: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4.pdf> . Acesso em: 04 de Abril de 2016.

SARAIVA, E. L.; SOUZA, E. S.; Pacientes Críticos na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica: REVISÃO Integrativa. **Revista. SOBECC**, São Paulo, v.20, n.2, p. 104-122, abri/jun 2015. Disponível no link: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/v20n2/104-112.pdf> . Acesso em: 04 de Abril de 2016.

SOUZA, T. M.; CARVALHO, T.; PALDINO, C.; Diagnóstico de enfermagem na sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Revista. SOBECC**. São Paul, v.17, n.4, p.. 33-47 out/dez 2012. Disponível no Link: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/2.pdf> . Acesso em: 4 de Abril de 2016

---

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PUERPERAL**

Maria Monica Galdino de Lima  
Josefa Daniela Franco Felíssimo Silva  
Rosany Biziu de Abreu  
Tamires Marques Dantas  
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** O puerpério ou pós parto é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que o organismo da mulher volta ao seu estado pré-gravídico (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Sendo dividido em três fases: pós-parto Imediato: que corresponde as duas primeiras horas após a dequitação (saída da placenta), também conhecido como Greemberg; pós-parto mediato: tem início no fim da imediata e se estende até o décimo dia; pós-parto tardio: tem início no décimo primeiro dia e vai até o reinício dos ciclos menstruais nas mulheres que não amamentam (BARROS, 2009). É período caracterizado por várias mudanças biológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. A puérpera, encontra-se vulnerável tanto física quanto emocionalmente. Ela necessita de apoio e cuidados da família e dos profissionais de saúde (ADAMCHESKI; WIECZORKIEVICS, 2013). Essas mudanças ocorrem fisiologicamente, porém em alguns casos esses desconfortos causam transtornos maiores a mulher, a menos que ela saiba o que está acontecendo em seu corpo. Por isso, a puérpera precisa de informações e instruções sobre as mudanças que tendem a ocorrer (ZIEGEL; CRANLEY, 2011). Com isso, torna-se essencial a assistência de enfermagem qualificada, que tenha como base a prevenção de possíveis complicações, e que passem um conforto físico e emocional para as pacientes (STRAPASSON; NEDEL, 2010). O estudo objetiva mostrar a importância da assistência de enfermagem no período puerperal. Acredita-se que essa pesquisa servirá como base para desenvolver estudos sobre o tema com intuito de somar mais conhecimento ao universo científico, tornando-se dessa maneira um instrumento de ajuda para os interessados no assunto, bem como servirá como base para aqueles profissionais que precisam dessas informações, para auxiliá-los em seu cotidiano, no desenvolvimento do seu trabalho.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada nos meses de março a abril de 2016, a busca das publicações indexadas nas seguintes bases de dados:

através de 02 livros, de 08 artigos retirados dos sites: Google acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os critérios de inclusão foram: Artigos em português gratuitamente nas referidas bases de dados, que citam no resumo referências a assistência de enfermagem voltada à puerpera. Foram excluídas do artigo as teses e dissertação, bem como artigos que não abordavam ou referiam a temática. A busca foi realizada pelos autores, e para realizar a pré-seleção dos artigos foi elaborado um instrumento de coleta de dados, selecionando todos os resumos disponíveis para categoria do estudo. Não houve restrição quanto ao ano de publicação dos artigos selecionados, haja vista alguns conteúdos possuíam pouca literatura.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De acordo com Morais et al (2015) a assistência de enfermagem no puerpério, vai muito além do banho, da troca de lençóis e administração de medicamentos prescritos. Os cuidados do enfermeiro estão voltados principalmente como prevenção ou diagnóstico precoce de possíveis problemas como as hemorragias (atonía uterina); dificuldades na amamentação, ingurgitamento das mamas e fissuras nos mamilos e prevenção a depressão pós parto. Baggieri et al (2011) definem hemorragia pós-parto aquela em que há perda sanguínea maior que 500 ml após a dequitação. A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia, ela ocorre devido contrações inapropriadas durante o puerpério imediato. Clinicamente falando, haverá a ausência do globo de Pinnard, o sangramento vaginal, levando a hipotensão arterial materna, podendo ocorrer choque hipovolêmico. De acordo com Ziegel e Craleyn (2011) o enfermeiro deverá estar sempre atento a quantidade de sangue expelido no puerpério imediato, saber diferenciar lóquios de sangue hemorrágico, comunicar o médico a alteração, realizar massagem abdominal e administrar ocitócitos prescritos. Com relação a amamentação segundo Batista et al (2013) a orientação sobre amamentar é função dos profissionais de saúde. O enfermeiro é o profissional que deve oportunizar momentos educativos, tornando a amamentação prazerosa e fácil para a mulher. Silva et al (2013) afirmam que são muitas as vantagens para a mulher que amamenta, pois aumenta o vínculo afetivo com o bebê, auxilia na involução uterina, diminui os risco de hemorragia, contribui ainda para o retorno ao peso anterior ao da gestação. Segundo Rocha e Raveli (2014) os traumas mamários como ingurgitamento e fissuras apresentam um grau de dor ou desconforto durante a mamada, elas ocorrem por consequências de posicionamentos incorretos da criança e da mãe, controle inadequado da sucção, prensão incorreta no mamilo ou aréola pelo bebê, e ainda, as alterações anatômicas nos mamilos. Quando não tratado o ingurgitamento pode ocasionar uma mastite. Ziegel e Craleyn (2011) afirmam que esses traumas podem ser evitados através de orientações no puerpério imediato. O profissional de enfermagem poderá auxiliar na prevenção dessa complicação através de cuidados higiênicos e manuseio delicado na mama, realizando massagens e ajudando na ordenha, dando as orientações necessárias e incentivando a prática de aleitamento. Com relação aos problemas psicológicos do pós parto Daanldels (2013) relata que o nascimento representa uma das maiores mudanças na vida da mulher. Fatores como idade (mãe adolescente), transtorno psíquico prévio, vivências estressantes, parto complicado, conflitos conjugais, divórcio, ser solteira, desemprego da própria mulher ou de seu cônjuge e baixas condições socioeconômicas influenciam no surgimento de neuroses. Pode aparecer em cerca de 10 a

20% das puérperas, e está caracterizada como transtorno de humor, iniciando nas primeiras quatro semanas após o parto, sentimentos de inadequação como mãe, transtornos do sono, pensamentos obsessivos e até a não aceitação do filho. Segundo Ziegel e Craleyn (2011) a equipe responsável pela puérpera deve fazer todo esforço para tornar acessíveis os sistemas de apoio disponíveis, e orientar a mãe assim como a família a identificar os profissionais que poderão ajudá-la. A enfermagem deve estar sempre atenta as manifestações psíquicas da puérpera, e facilitar uma boa saúde mental é tão importante quanto prevenir complicações físicas.

**CONCLUSÕES:** Conclui-se que as orientações e a assistência de enfermagem ofertada à mulher desde o início da gestação através da realização do pré-natal é de fundamental importância para evitar possíveis complicações, como também, é indispensável esse seguimento durante o período puerperal. O relacionamento de confiança entre profissional/cliente é essencial para a captação, entendimento e seguimento das orientações dadas pelo profissional. Foi observado que orientações, investigações, intervenções e acompanhamento do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido, além de evitar complicações promove um melhor enfrentamento da mulher durante esse período.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem. Período Pós-parto. Puerpério

#### **REFERÊNCIAS:**

ADAMCHESKI. J, K; WIECZORKIEWICS. A, M. Conhecimento das Mulheres Relacionados ao Período do Puerpério, **Revista Saúde e Meio Ambiente, revista interdisciplinar**, Santa Catarina, v. 2, n.1, p. 69-83, jan/jun 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/411> Acesso em: 12 de abril de 2016.

BARROS. S, M, O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática Assistencial. 2.ed. **Editora Roca Ltda**, São Paulo, 2009, p. 221-236.

BAGIERE. R, A, A; VICENTE. G, S; SANTOS. J, A; CABALERO. M, H, C; BARBOSA. H, M; SANTOS; R. S; BAGIERE. R, A, A; BAGIERE. R, F, A; TRINDADE. C, R; FILHO. A, C. Hemorragia Pós-parto: Prevenção e Tratamento, **Revista Arquivos Médicos dos Hospitais das Faculdades Ciências Médicas**, Santa Catarina, v. 56, n. 2, p. 96-101, fev/mar 2011. Disponível em: [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2011/56\\_2/AA05.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2011/56_2/AA05.pdf). Acesso em: 13 de abril de 2016.

BATISTA. K, R, A; FARIAS. M, C, A, D; MELO; W, S, N. Influência da assistência de Enfermagem na Prática da Amamentação no Puerpério Imediato. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, jan/mar 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/15.pdf> Acesso em: 13 de abril de 2016.

DAANDELS. N; ARBOIT. E, L; SAND. I, C, P, V. Produção de Enfermagem Sobre Depressão Pós-parto, **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 782/788, out/dez 2013. Disponível: em [www.researchgate.net/profile/Isabel\\_Sand/publication/271764526\\_PRODUTO\\_DE\\_ENFERMAGEM SOBRE DEPRESSO\\_PS](http://www.researchgate.net/profile/Isabel_Sand/publication/271764526_PRODUTO_DE_ENFERMAGEM SOBRE DEPRESSO_PS) . Acesso em: 16 de abril de 2016.

MORAIS. H, M, P, L; RIBEIRO. J, F; ARAÚJO. K, R, S; ALMEIDA. B,F. Levantamento do Perfil Obstétrico de Puérperas Assistidas em uma Maternidade Pública: Um estudo de Enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde INNS**, v.6, n.2, p. 1613-1622, 2015. Disponível no Link:

<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/1150/pdf> . Acesso em: 13 de abril de 2016.

ROCHA. S, K; RAVELLI. A, P, X. Práticas Culturais de Puérperas no Aleitamento Materno: Problemas Mamários, **Revista Triângulo**, v. 7, n. 1, p. 140-147, jan/jun 2014. Disponível no Link:

<http://proens.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/495/pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2016.

SILVA. E, P; ALVES. A, R; MACEDO. A, R, M; BEZERRA. R, M, S, B; ALMEIDA. P, C; CHAVES. E, M, C. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 190-195, mar/abr 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/06.pdf> . Acesso em: 16 de abril de 2016.

STRAPASSON. M, R; NEDEL. M, N, B. Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade.

**Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p: 521-525, set 2010. Disponível no link:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300016) . Acesso em: 12 de abril de 2016.

ZIEGEL. E, E; CRANLEY. M, S. Enfermagem Obstétrica. 8.ed. **Editora Guanabara Koogan Ltda**, Rio de Janeiro, 2011, p. 454-464.

---

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO

Geisiane Sousa Nunes  
Fabiolla Kelly Formiga Medeiros  
Maria Regina Nunes Ferreira  
Ravanny Henrique Nicacio  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** O transoperatório compreende todos os momentos da cirurgia, desde a chegada do paciente no bloco cirúrgico até sua saída. Dentre as funções exercidas pelo enfermeiro junto com a equipe multiprofissional, encontra-se a de traçar uma assistência individualizada de acordo com o tipo de cirurgia e a necessidade do paciente, tendo diversas atribuições como coordenador da equipe, enfermeiro assistencial e instrumentador. Desde o princípio, a enfermagem em centro cirúrgico (CC) era de responsabilidade do profissional enfermeiro proporcionar um ambiente seguro, confortável e limpo para que pudessem ser realizadas as cirurgias. Até os anos 60, era direcionada unicamente para função de instrumentador, atendendo as solicitações da equipe médica e as ações de previsão e provisão para o aperfeiçoamento do ato anestésico-cirúrgico, resumindo-se assim o atendimento ao paciente cirúrgico. Após esta fase, houve um intenso aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas e instrumentais tornando as cirurgias mais complexas, ocasionando no enfermeiro a necessidade de uma fundamentação científica que o embasasse e que lhe desse identidade

(SILVA; ALVIM, 2010). O enfermeiro tem o cuidar como principal função no processo de trabalho, e para isso é capacitado e recebe amparo científico, de forma a proporcionar crescimento, segurança e aprendizado com aquela experiência, para dela sair com o mínimo de sequelas emocionais, pois isto resulta no bem-estar e recuperação do cliente (FOSCHIERA; PICCOLI, 2004). Na busca pela melhoria da qualidade do trabalho do enfermeiro do centro cirúrgico e principalmente da assistência de enfermagem prestada nesta unidade, os princípios que norteiam a gestão da qualidade completa, podem ser a direção que irá levar a enfermagem, juntamente as equipes de enfermagem e multiprofissional, à alcançar a principal meta do centro cirúrgico: acompanhar o paciente durante o ato anestésico-cirúrgico e a fase de recuperação anestésica, sem que seja exposto em situações de riscos ou falhas humanas e, em plena capacidade não só para sobreviver, mas viver de forma plena (JOUCLAS, TENCATTI, OLIVEIRA; 1998). Frente à situação de dependência física e fragilidade emocional do cliente e a atuação do enfermeiro de centro cirúrgico, ressalta-se, na presente averiguação, especificamente sobre o risco para as lesões de pele e tecidos. Na literatura, estudiosos apontam para potenciais agravos à condição natural da pele do paciente, durante sua estadia na unidade de centro cirúrgico, mesmo que as lesões se manifestem algum tempo após sua saída desse local, sendo que as sequelas podem ser, principalmente, úlceras de pressão (URSI, GAVÃO, 2006; PICCOLI, GALVÃO, 2004). Os objetivos desse trabalho são: Descrever a assistência e importância da enfermagem no transoperatório; mostrar a devida importância e assistência dos serviços de enfermagem no transoperatório, relatar as funções do enfermeiro no bloco e a qualificação dos profissionais influenciando de forma eficaz nos serviços prestados.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica, realizada através do site de indexação Google acadêmico no período de fevereiro a abril de 2016, onde utilizou-se como população 10 artigos e a amostra constituída por 3 artigos, escolhidos através do critério de inclusão: serem relacionados com a temática. A coleta de dados se deu através dos descritores: Assistência, transoperatório, qualificação. Os quais foram analisados a luz da literatura pertinente ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O tipo de cuidados de enfermagem em Centro Cirúrgico (C.C), no período transoperatório, é um reflexo direto da política de alocação de pessoal. Dessa forma, é necessário estabelecer um nível apropriado de recursos humanos, com um perfil de habilidades adequadas para cuidar de forma segura desses pacientes. Entender a distribuição do tempo despendido em intervenções e atividades de enfermagem direcionadas a pacientes em métodos anestésico-cirúrgicos pode subsidiar as negociações sobre a alocação adequada de profissionais, junto aos órgãos decisórios das instituições de saúde (POSSARI et al, 2015). O enfermeiro, para desenvolver suas funções no centro cirúrgico, deve saber dirigir a equipe de enfermagem para obter o melhor resultado na assistência como um todo. Para o bom exercício do centro cirúrgico, o trabalho em conjunto é primordial pois, em situações que

exigem a combinação em tempo real de múltiplos conhecimentos, experiências e julgamentos, inevitavelmente uma equipe conquista resultados melhores do que um conjunto de indivíduos atuando de acordo com as suas competências e compromissos (SILVA, GALVÃO; 2006). O profissional enfermeiro do centro cirúrgico muitas vezes se mantém fechado em sua unidade, envolvido na resolução de problemas técnico-administrativos, dificultando a aproximação com os pacientes que permanecerão sob seus cuidados (FERRAZ, SALZANO; 1982). O dever do enfermeiro no ambiente social e técnico da unidade de centro cirúrgico, fica mais complexo a cada dia, na medida em que precisa interligar os aspectos humanos, explicitados no atendimento necessário ao paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades e ao mesmo tempo às nuances do relacionamento interpessoal, normalmente dificultado em unidades de serviços fechados, estressantes e dinâmicos, nas quais os profissionais das mais diversas formações interagem e mutuamente se interdependem (URSI, GAVÃO; 2006). A identificação e a aprovação das intervenções/atividades de enfermagem constituem o primeiro passo na direção de um planejamento de recursos humanos mais eficazes, para posteriormente ser atribuído o tempo utilizado nessas intervenções, o que possibilitará propor medidas de carga de trabalho em CC no período transoperatório (POSSARI et al, 2013). O bem-estar do paciente é de responsabilidade dos profissionais que atuam durante a cirurgia, envolvendo cirurgião, anestesista e enfermeiro, que ao longo de todo o tempo monitorizam o estado fisiológico do paciente. As ações planejadas resultam em máxima estabilidade ao paciente e ótimo acesso ao local da cirurgia, o que contribui para o procedimento anestésico cirúrgico ser bem sucedido (MATOS, PICCOLI; 2004). A qualificação dos profissionais de enfermagem: O enfermeiro também deve encarregar-se com o papel de condutor dos exercícios cotidianos do local de trabalho, para isso é preciso que desenvolva competências múltiplas, tanto de fundamentação científica quanto do manuseio prático de materiais e equipamentos que se renovam e se transformam continuamente. Assim, entende-se que a esfera de atuação esperada do profissional de enfermagem do centro cirúrgico contemple atividades administrativas, assistenciais, de ensino e de pesquisa (JOUCLAS; TENCATTI; OLIVEIRA, 1988). Entendeu-se que a assistência de enfermagem no transoperatório ocorre de forma eficaz quando o enfermeiro coordenador organiza adequadamente os serviços a serem prestados. Diante do exposto, é de suma importância a qualificação e o conhecimento do que acontece no período assistencial, visto que as atribuições do enfermeiro são muitas e desempenhadas de forma correta traz diversos benefícios aos pacientes. Existem inúmeras maneiras de se obter um bom resultado prestando assistência adequada, desempenhando suas funções de forma positiva como o enfermeiro coordenador que participa de elaboração de normas e rotinas do setor, elabora escala diárias e fiscaliza toda a equipe, já o enfermeiro assistencial desde receber o paciente identificando e realizando procedimentos necessários (puncionar um acesso venoso, preparar o paciente para assepsia da área operatória, encaminhar para URPA, entre outros).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Atualmente o transoperatório tem sido alvo de constantes pesquisas e discursões na área de cirúrgica, por se tratar de uma área ampla e de grande



importância para a recuperação e reabilitação dos pacientes que necessitam de cuidados prestados pelos profissionais capacitados para desenvolver tais funções. Através da revisão de literatura foi possível perceber que, diante do empenho dos profissionais envolvidos nesse setor é capaz de se obter bons resultados.

**Descritores:** assistência de enfermagem. qualificação. transoperatório

## REFERÊNCIAS

FERRAZ, E. R; SALZANO, S. D. T. O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período transoperatório. **Rev. Bras. Enf.** v.35, n.1, p. 48-59. Jan./mar. 1982. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671982000100048](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671982000100048)>. Acesso em: 04 abril 2016.

FOSCHIERA, F; PICCOLI M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Rev Eletr de Enferm.** v.6, n.2, p 143-15, 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/813/931>>. Acesso em 22 mar 2016.

JOUCLAS, V. M. G; TENCATTI, G. T; OLIVEIRA, V. M. Qualidade do cuidado de enfermagem transoperatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente. **Cogit Enferm.** v.3, n.1, p.43-49, jan./jun. 1998. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/44255>>. Acesso em 22 mar. 2016.

LEITE, R.C.B.O. Assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

MATOS, F. G. O. A; PICCOLI, M. Diagnóstico de enfermagem risco para lesão perioperatória por posicionamento identificado no período transoperatório. **Revs Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v. 3, n. 2, p. 195-201, mai/ago. 2004. Disponível em: <[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/24849/mod\\_resource/content/0/DIAGN%C3%93STICO%20DE%20ENFERMAGEM%20RISCO%20PARA%20LES%C3%83O%20PERIOPERAT%C3%93RIA%20POR%20POSICIONAMENTO%20IDENTIFICADO%20NO%20PERIODO%20TRANSOPERAT%C3%93RIO.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/24849/mod_resource/content/0/DIAGN%C3%93STICO%20DE%20ENFERMAGEM%20RISCO%20PARA%20LES%C3%83O%20PERIOPERAT%C3%93RIA%20POR%20POSICIONAMENTO%20IDENTIFICADO%20NO%20PERIODO%20TRANSOPERAT%C3%93RIO.pdf)>. Acesso em 04 mar. 2016.

PICCOLI, M; GALVÃO, CM. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré- operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine. Cascavel (PR): EDUNIOESTE; 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2016. Acesso em 04 abr.2016.



POSSARI, J. F. et al. Padronização das atividades em centro cirúrgico oncológico segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem, **Rev Esc Enferm USP**. V.47, n.3, p. 606, 2013. Disponível em:

<[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

<https://snt147.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgseW3rI7d5RGOS2w75afbaQ2&folde rid=flinbox&attindex=4&cp=-1&attdepth=4&n=75711578>>. Acesso em 30 mar. 2016.

POSSARI, J. F et al. Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enferm**. v.23, n.5, p.781-788, 2015.

Disponível em:

<<file:///C:/Users/Refina/Downloads/Usoda%20classificacao%20das%20intervencoes%20de%20enfermagem%20na%20identificacao%20da%20carga%20de%20>>. Acesso em 30 mar. 2016.

SILVA M. A; GALVÃO, C. M. Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.1, p.104-112, 2007. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a13.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2016.

SILVA, D. C; ALVIM, N. A. T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. bras. enferm**. v. 63, n.3, p.427-434, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300013)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Práticas recomendadas - SOBECC. São Paulo: SOBECC; 2000. Disponível em:< <http://www.sobecc.org.br/>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

URSI, E. S; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enferm**. v.14, n.1, p 124-131, jan./fev.2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

---

## ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

Priscila Murielli Santos Silva

Jarlene Mantovani

Maria Alice Ferreira Laureano

Núbia Nataly dos Santos Alexandre

Maryama Naara Félix de Alencar Lima Palmeira

**INTRODUÇÃO:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o começo da década de 80 tem levado contribuições importantes ao incentivar o uso adequado de tecnologias para o

parto e nascimento, baseado em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção (COSTA; OLIVEIRA; LIMA, 2010). Antigamente, assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois somente as parteiras realizavam esse procedimento, visto que as mesmas eram conhecidas na sociedade por suas experiências, mesmo não tendo um bom embasamento em conhecimento científico. Desta forma, os acontecimentos na vida da mulher se sucediam na sua residência, onde elas trocavam experiências. A partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gestacional e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde, fato este que favoreceu a submissão da mulher deixando-a de ser protagonista do processo parturitivo (MOURA et al., 2007). A humanização da assistência ao parto inclui inúmeros aspectos, alguns se relacionam a mudanças na cultura hospitalar, com uma assistência realmente voltada para as necessidades das gestantes e suas famílias. Mudanças na estrutura física hospitalar também são muito importantes, pois é necessário transformar o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência de enfermagem. Contudo, a humanização da assistência ao parto, exige que o profissional de enfermagem respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente no procedimento, reconheça as características sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça um suporte emocional essencial a gestante e sua família, formando assim laços afetivos familiares e o vínculo afetivo do binômio mãe-filho. Outros aspectos se referem ao desempenho e autonomia da gestante durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado por todos os profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informados sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005). Partindo do exposto surgiu o seguinte questionamento: Quais condutas os enfermeiros utilizam para realizar um parto humanizado? Objetivou-se fazer uma revisão de literatura acerca da assistência de enfermagem ao parto humanizado e ressaltar as dificuldades enfrentadas pela gestante frente a hora do trabalho de parto.

**MATERIAIS E MÉTODO:** Trata-se de uma revisão literária, realizada em abril de 2016 na plataforma científica Scielo, que abordava a temática pré-determinada. Onde foram selecionados dez artigos para a análise e construção deste trabalho, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado há no mínimo cinco anos, apresentar linguagem clara, ser objetivo e fazer uso da temática pré-estabelecida para a construção deste resumo estendido. As palavras-chaves foram: Parto Humanizado e Assistência de Enfermagem.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria/GM no 569, de 01 de junho de 2000, foi subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a

melhoria do acesso, cobertura e qualidade do atendimento e acompanhamento ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Ele fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2010). Segundo Santos (2001), o enfermeiro obstetra é um profissional que tem um papel fundamental no que diz respeito à humanização durante o processo de nascimento. Contudo, denota-se a necessidade de incentivo aos enfermeiros obstetras e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente. A participação do profissional enfermeiro, no trabalho de parto, expulsão e nascimento, assegura uma grande satisfação à parturiente e ao profissional. A humanização requer do enfermeiro uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro. A assistência à saúde da parturiente muito tem sido discutida na perspectiva de tornar o procedimento do parto um contexto de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido. Os obstáculos para implantação do cuidado humanizado provêm do desconhecimento das gestantes, de seus familiares e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; da falta de orientação e preparo do acompanhante; da relação assimétrica entre profissionais da saúde e parturiente; da insuficiência e negação da informação; das más condições estruturais e a falta de comunicação entre os profissionais da saúde com a parturiente (COSTA; OLIVEIRA; LIMA, 2010). Acredita-se que a o ponto principal da humanização do parto é o pré-natal pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao puerpério afim de conscientiza-las de seus direitos (CARVALHO, 2007). O enfermeiro deve estar alerta às queixas e manifestações que possam indicar algum tipo de intercorrência durante o trabalho de parto, informando a gestante sobre a evolução do TP e ensinando-lhe as condutas a serem tomadas durante o período de dilatação, bem como as técnicas respiratórias a cada contração e relaxamentos nos intervalos. Esse profissional atua também na sala de parto assistindo a mulher no parto normal ou acompanhando a evolução do parto (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Humanizar é saber respeitar o próximo, saber ouvir sua opinião e saber se colocar no lugar deste, é permitir a adequação da assistência no âmbito da saúde seguindo a cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões das gestantes. A equipe de enfermagem necessita encontrar novas formas para que a gestante tenha um maior controle sobre o processo de nascimento e parto, que a mesma seja respeitada enquanto cidadã, tendo o direito de escolha sobre o tipo de parto a ser realizado e que esteja ciente de todos os seus direitos padronizados pela Organização Mundial de Saúde. Os enfermeiros precisam olhar a gestante como um ser único, reconhecendo que o binômio mãe-filho são peças fundamentais no evento do nascimento. Devem compreender que não é necessário proporcionar a mulher um parto somente por via natural, mas sim levar em conta os sentimentos e desejos da parturiente e seus familiares. Faz-se necessário a busca por profissionais enfermeiros qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a gestante com

respeito, ética e dignidade, e que saibam incentivar a gestante a exercer a sua autonomia durante o processo do trabalho de parto.

**DESCRITORES:** Parto Humanizado, Saúde da Mulher, Saúde da Criança.

#### **REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010.

CARVALHO G.M. **Enfermagem em obstetrícia**. 3ª ed. São Paulo: EPU; 2007.

COSTA T, OLIVEIRA F.C, LIMA M.O.P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado, conflitos e dificuldades institucionais na implantação da lei do acompanhante. **Enferm. Brasil**. 2010; 9(3): 140-7.

DIAS M.A.B, DOMINGUES R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005; 10(3): 669-705.

MARQUES F.C, DIAS IMV, AZEVEDO L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Ana Nery Rev. Enferm**. 2006; 10(3): 439-47.

MOURA F.M.J.S.P, et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2007 jul-ago; 60(4):452-5.

SANTOS, B.A. A percepção da Parturiente frente ao parto realizado pela enfermeira obstétrica. Curitiba: UFPR, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, 2001.

---

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE PRÓSTATA**

Gislaine Grasielle Arante Félix  
Carlos Bezerra de Lima

**INTRODUÇÃO:** O câncer de próstata é a patologia mais comum que acomete os homens, representando a segunda causa de morte por câncer. Ocorre mais frequentemente em homens idosos, porém no estágio inicial nem sempre é diagnosticado devido a não realização de exames laboratoriais como o PSA e principalmente pela não realização do toque retal que é o exame mais preciso quando se trata desse tipo de câncer. O diagnóstico tardio geralmente traz problemas como metástase, sofrimento, tratamento oneroso, com consequências para a qualidade de vida do homem. Em meio a esse problema surge perguntas as quais iremos

buscar responder, tais como: O que os enfermeiros podem fazer para que esse índice diminua ou pelo menos não aumente. Como se pode ajudar ao indivíduo a prevenir o câncer de próstata. São esses questionamentos que iremos analisar no desenvolvimento deste trabalho. O desenvolvimento do câncer está relacionado com a modificação na qualidade e no crescimento do número de células. Transformam-se em agressivas, destrutivas independente das células normais, ganhando a capacidade de entrar e invadir os tecidos vizinhos, sendo assim assintomático. No Brasil, de 60% a 70% dos casos de câncer de próstata são diagnosticados quando a doença já está disseminada (LEFORT; ALMEIDA, 2004 apud MAIA; MOREIRA; FILIPINI, 2009). A próstata é uma glândula masculina que se localiza entre a bexiga e o reto e participa da produção do sêmen, líquido que carrega os espermatozoides produzidos no testículo (BRUNNER & SUDDARTH, 2006).

**METODOLOGIA:** Este é um estudo de revisão bibliográfica, desenvolvido mediante uma abordagem qualitativa. Teve como fontes secundárias de informações artigos científicos disponibilizados na base de dados do Google Acadêmico, utilizando os descritores Homem, Câncer de Próstata. Cuidados de enfermagem. A partir da seleção dos artigos, foram realizadas leituras para apreensão do conteúdo, leituras analíticas e críticas, possibilitando a elaboração do presente relatório de pesquisa.

**DESENVOLVIMENTO:** O Câncer de Próstata aparece quando as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, constituindo-se em tumor que pode se desenvolver rapidamente, disseminando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. Uma grande parte, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a apresentar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm<sup>3</sup>. (GUELER, 2002 apud RIBEIRO; OPARACZ; CULIBABA, 2006). Os sintomas mais comuns relacionados ao Câncer de Próstata são: hematúria e poliúria à noite; jato urinário fraco; dor ou queimação ao urinar (RIBEIRO; OPARACZ; LIBABA, 2006). O papel do enfermeiro é de suma importância para a prevenção contra o câncer de próstata. Os estudos indicam uma forte ligação entre a incidência do câncer de próstata e os maus hábitos alimentares, uso do tabaco, do álcool, enfim vários fatores que somados acarretam um aumento na probabilidade de tornar possível um fator de risco para o câncer estudado. Nos, enfermeiros temos que viabilizar condições favoráveis para o indivíduo sob nossos cuidados, palestras podem ser realizadas nas unidades de saúde, entre outros métodos de prevenção. A taxa de mortalidade ligada ao câncer de próstata é baixa porem vem aumentando gradativamente ao longo do tempo devido ao diagnostico tardio. A prevenção e diagnóstico precoce do câncer de próstata é a busca de homens assintomáticos através da prática do toque retal e pela dosagem do PSA. É indicado pelo Instituto Nacional de Câncer que o controle do câncer de próstata seja baseado em ações educativas voltadas à população masculina que deverá procurar uma fase inicial, obtendo-se sucesso na prevenção e tratamento do câncer de próstata. O papel do enfermeiro na atenção primaria de saúde é ampliar o conhecimento para

a população masculina para que os homens tenham mais acesso aos fatores de risco contra essa doença, como também orientá-los a realizar exames de rotina. O enfermeiro terá que englobar as características de seus pacientes para que de um modo geral consiga atingir o máximo de homens com suas orientações com o combate e se já tiver diagnosticado, agir no tratamento. A prevenção e o controle do câncer de próstata vão ajudar na qualidade de vida do homem de um modo geral.

**CONCLUSÃO:** O enfermeiro enquanto profissional de saúde e em certa parte educador, assume um papel social, cultural e histórico em preparar o homem para uma participação ativa e transformadora nas diferentes possibilidades de nascer, viver e morrerem uma sociedade, por isso que a educação em saúde contribui de modo fundamental no processo de cuidar em enfermagem. A educação em saúde contribui para que as pessoas possam viver da forma mais saudável possível. É preciso que o enfermeiro busque sempre novos caminhos e novas formas de cuidado humano, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade. Foi de grande importância e satisfação a realização desta pesquisa, pois se teve a oportunidade de buscar mais conhecimentos sobre o gênero masculino, sabendo o que os incomoda, e o que pensam em relação à saúde e ao câncer de próstata, para assim começar a buscar meios que possam incentivá-los frente à promoção da saúde e a prevenção de doenças, no intuito de buscar para essa parcela da população, sempre, cada vez mais qualidade de vida.

**Palavras chave:** Assistência de Enfermagem. Câncer de próstata. Prevenção.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; disponível em [www.eba.com.br](http://www.eba.com.br). Acesso em 02/04/2016

Site [www.temsemsaude.com](http://www.temsemsaude.com).

---

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

Maria Robélia da Silva  
Adênio Freire de Caldas  
Jaqueline Quele Galdino Soares  
Kermary karlynka Marques da Silva  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** O centro cirúrgico é o conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente, e de conforto para a equipe de saúde. No contexto hospitalar é o setor mais importante pela decisiva ação curativa da

cirurgia, exigindo, assim detalhes minuciosos em sua construção para assegurar a execução de técnicas assépticas, instalação de equipamentos específicos que facilitem o ato cirúrgico. Em sua construção devemos observar: localização, área, estrutura, composição física, salas de cirurgias, equipamentos e materiais, sua administração e regulamentos. Sua localização deve oferecer segurança quanto às técnicas assépticas, sendo distanciada de locais de grande circulação, ruídos e poeiras. Quanto à área e ao número de salas devemos considerar a duração da programação cirúrgica especialidades atendidas, ensino e pesquisa. Desde os primórdios, a enfermagem em centro cirúrgico (CC) era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação (SOBECC, 2000). Até a década de 1960, era dirigido predominantemente para a área instrumental, atendimento às solicitações da equipe médica e às ações de previsão e provisão para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, resumindo-se assim a assistência ao paciente cirúrgico (LEITE, 2002). Após este período, houve um intenso desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e instrumentais o que tornou as cirurgias mais complexas desencadeando no enfermeiro a necessidade de uma fundamentação científica que o embasasse e que lhe desse identidade (JOUCLAS, 1991). O papel do enfermeiro no CC tem se tornado mais complexo a cada dia, na medida em que necessita integrar as atividades que abrangem a área técnica, administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa. Na integração destas atividades, nas quais os vários profissionais interagem sob vários aspectos salienta-se o relacionamento interpessoal, normalmente dificultado em unidade fechada, estressante e dinâmica como é o centro cirúrgico (PENICHE; CHAVES, 2000). O objetivo desse trabalho é descrever a importância da atuação do enfermeiro como instrumentador no Centro Cirúrgico (C.C). **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizou-se uma revisão de literatura sobre a abordagem acerca da enfermagem em centro cirúrgico através da produção científica impressa na área de enfermagem. Para isso, foi realizado um levantamento do material bibliográfico sobre a temática do artigo proposto que ocorreu no mês de abril de 2016. Foram incluídas fontes impressas e on-line, a exemplo manuais técnicos do CC e artigos de periódicos da base de dados Scielo, totalizando aproximadamente 8 referências contemplando a temática. Em seguida, foi selecionada, criteriosamente, toda a bibliografia considerada relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Portanto, elegeu-se, para elaboração deste trabalho, o material bibliográfico que versava sobre a instrumentação no centro cirúrgico – CC. Após isso e por meio de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram destacados trechos de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências, tendo em vista a viabilização da referida pesquisa, a partir da elaboração de um texto preliminar, contemplando os pontos principais do estudo proposto. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A instrumentação cirúrgica é uma técnica utilizada pelo instrumentador para operacionalização do ato cirúrgico, sendo o instrumentador, integrante da equipe que se responsabiliza pelo preparo da mesa, fornecendo com segurança e precisão os instrumentais ao cirurgião, acompanhando a sequência lógica de cada tempo cirúrgico durante o ato operatório. A profissão de instrumentador surgiu da necessidade dos avanços e desenvolvimentos das cirurgias, com isso um enorme número de instrumentais foi criado para realizar as manobras cirúrgicas e facilitar os procedimentos, tornando os instrumentais indispensáveis nas cirurgias (LÓPEZ; CRUZ, 2001). A equipe cirúrgica é composta pelo cirurgião que é o chefe da equipe, o assistente, o anestesiológico, o instrumentador cirúrgico e o circulante de sala de operação. O cirurgião e o assistente deverão ser médicos cirurgiões ou dentistas cirurgiões. O anestesiológico também é um médico. O circulante de sala é um membro da equipe de enfermagem, e o instrumentador geralmente é um profissional da equipe de enfermagem que possui um papel fundamental, atuando como um facilitador das ações e procedimentos. É importante que os membros desta equipe atuem de forma integrada e harmônica, visando à segurança do paciente e à eficiência do ato cirúrgico (PARRA;



SAAD, 2003). O profissional de instrumentação cirúrgica atua junto à equipe cirúrgica tendo como responsabilidade, zelar pelo perfeito funcionamento do instrumental e equipamentos usados pelo cirurgião e assistente. O bom instrumentador prepara-se antes da cirurgia começar, prevê o material a ser usado e, já conhecendo a equipe cirúrgica, pode inclusive preparar o paciente de acordo com a preferência da mesma. Durante o ato cirúrgico, compete ao instrumentador monitorar o material usado e fazer a solicitação de reposição de material de consumo. Também é importante que o instrumentador esteja atento aos movimentos da equipe cirúrgica, tendo sob seu controle a quantidade exata de compressas, gazes, agulhas e demais objetos que não podem ser perdidos ou esquecidos (SOBECC, 2005). É extremamente importante que o instrumentador possua conhecimento e aplique os princípios de técnica asséptica, tendo noção espacial a fim de evitar contaminação da sua mesa com movimentos repentinos ou inesperados de qualquer membro da equipe cirúrgica. Como qualquer dos outros elementos da equipe, o instrumentador deverá reger-se por normas de conduta pertinente à sua posição, bem como guardar sigilo profissional (SOBECC, 2005). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O conhecimento sobre o trabalho da enfermagem em centro cirúrgico deve estar voltado para organização do ambiente em que o doente está inserido, o cuidado indireto e o administrar o centro cirúrgico. Com relação à finalidade consideramos como sendo a organização do ambiente em centro cirúrgico, cujo produto é manter o paciente no ambiente de sala de cirurgia livre de infecções, promovendo dessa forma um ambiente mais adequado possível. Isto mostra como os profissionais da enfermagem são de extrema importância, e sua atuação não se limita somente no cuidado com paciente e sim tudo que está ligado o sucesso de tratamento e procedimento que os mesmos são submetidos, um trabalho que muitas vezes não é reconhecido. Conhecimento, competência e comprometimento são à base do bom desempenho da equipe de enfermagem, independente da função que estejam desempenhando.

**DESCRITORES:** centro cirúrgico. enfermagem cirúrgica. assistência de enfermagem

## REFERÊNCIAS

CASTELLANOS B.E.P, JOUGLAS V.M.G. Assistência de Enfermagem Perioperatória: um Modelo Conceitual. RevEscEnferm USP. v.24, n.3, p.359-370, 1990. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-6977>>. Acesso em 10 abr. 2016.

JOUGLAS, V.M.G. Considerações sobre o planejamento de recursos humanos em enfermagem em centro cirúrgico. Enfoque. v.19, n.1, p 18-22, 1991. Disponível em:<<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-10532>>. Acesso em 8 abr. 2016.

LEITE R.C.B.O. Assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

LÓPEZ, M.A; CRUZ, M.J.R. Centro cirúrgico: guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: Mc GrawHil, 2001.

PARRA, O M; SAAD, W.A. Instrumentação cirúrgica: guia.de instrumentação cirúrgica e de auxilio técnico ao cirurgião. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

PENICHE A.C.G, CHAVES E.C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. RevLatinoamEnferm. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 9 abr. 2016.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas – SOBECC. 3. ed revisada e atualizada. São Paulo, 2005.

SOBECC- Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. São Paulo: SOBECC; 2000.

---

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE TRAUMATIZADA: DO APH AO PRONTO SOCORRO**

Marina Nayane Pereira Cunha  
Adrielly Eugênia Pereira da Costa  
Francisco Dutra Cavalcante Neto  
Isabella Evely  
Allan Martins Ferreira

**INTRODUÇÃO:** Em geral, uma gravidez humana dura em torno 40 semanas, desde a concepção até o nascimento, e esse período é dividido em três partes, ou trimestres (PHTLS, 2011). Durante a gestação o corpo da mulher passa por diversas modificações anatômicas e fisiológicas, que podem vir a dificultar o tratamento desse binômio frente a condições traumáticas. A partir do terceiro trimestre o útero passa a ocupar toda a cavidade abdominal, tornando essa região mais suscetível e exposta a risco de lesões, principalmente ao feto, mesmo com toda a proteção oferecida pelo útero e líquido amniótico. Até a décima segunda semana gestacional o risco de lesões é maior nas mães, devido o útero permanecer protegido pelo assoalho pélvico. Outras alterações são citadas como aumento do débito cardíaco (onde o coração passa a bombear mais sangue); aumento dos batimentos, que podem ser interpretados como uma falsa taquicardia; hipertensão arterial, entre outras. A maioria dessas alterações é causada pela compressão do útero sobre a veia cava inferior, deixando parte do sangue da gestante represada na porção inferior do abdome e dos membros inferiores (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JUNIOR, 2007). O principal tipo de trauma que acomete as gestantes é o trauma abdominal, ocasionado por acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo e branca, socos e quedas, ou seja, é quando ocorre penetração de forças na cavidade abdominal. O trauma obstétrico é uma das causas não obstétricas mais frequentes de óbito ao binômio mãe e filho. De acordo com Carvalho e Saraiva (2015), antigamente era raro gestantes vítimas de trauma, mas hoje tem se tornado um problema cada vez mais comum, aumentando as estatísticas de morbimortalidade, principalmente nas grandes cidades. As condutas a serem realizadas em gestantes vítimas de trauma não se diferem das mulheres não gestantes. Diante da necessidade de instrução aos acadêmicos e profissionais sobre o assunto, estabelecemos como objetivo desta pesquisa descrever as condutas a serem tomadas frente à gestante politraumatizada, seja no local do incidente ou no pronto socorro.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo na forma de revisão bibliográfica, do tipo descritiva que inclui a análise dos artigos de periódicos eletrônicos e obras literárias publicados entre o período de 2006 e 2016. A pesquisa dos periódicos foi feita com dados obtidos pelo Scielo, Bireme, Google Acadêmico e acervo central. Os critérios de seleção dos periódicos foram feitos de acordo com a abordagem do tema, onde se buscou as alterações

que ocorrem no período gestacional, os principais tipos de traumas, o atendimento à gestante traumatizada, complicações e estratégias de prevenção do trauma.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** As alterações que ocorrem durante a gravidez tornam o útero e seu conteúdo mais susceptíveis a lesões, incluindo rupturas, ferimentos penetrantes, descolamento de placenta e ruptura prematura de membranas. Na gestação é mandatório o A-B-C-D-E-F (ATLS, 2006) (PHTLS, 2011). A assistência de enfermagem frente à gestante traumatizada inclui como prioridade no atendimento inicial ações direcionadas a mãe, depois de estabilizada segue-se os cuidados com o feto, haja vista que as condições do feto dependem das condições da mãe (PIRES; STARLING, 2010). No último trimestre da gravidez, à gestante pode exibir hipotensão ocasionada pela compressão da veia cava inferior, devida o aumento do útero e o peso do feto, logo esta situação normaliza quando a gestante é colocada em decúbito lateral esquerdo, posição primordial na escolha do transporte dessa vítima até o Pronto Socorro mais próximo. Além de confortar a paciente, o decúbito lateral auxilia na proteção das vias aéreas e na diminuição dos riscos de bronco aspiração. De acordo com o Phtls (2011) diante da gestante em Parada Cardiorrespiratória (PCR) devem-se estabelecer todas as tentativas de ressuscitá-la durante o atendimento primário, mantendo durante todo o transporte o uso de drogas. Nessas situações, a gestante deve ser encaminhada para parto cesáreo de emergência, onde será oportuna uma boa reversão da PCR e uma ventilação adequada, com uma oferta de oxigênio a 100%, para que se possa manter o feto vivo, mesmo após o óbito da mãe. Se o pulso for presente, devem-se abrir as vias aéreas com manobras de elevação do queixo e iniciar o suporte ventilatório. Permanecendo não responsiva, mas com presença de movimentos respiratórios, deve-se garantir a permeabilidade das vias aéreas e a oferta de oxigenação. Se a vítima estiver responsiva segue-se normalmente a avaliação primária: (A) avaliar a permeabilidade da via aérea e corrigir situações de risco, que possam vir a asfixiar a vítima, como a aspiração de conteúdo sanguinolento da boca. O uso da cânula orofaríngea em caso de queda da língua ou a retirada manual de próteses pode ser necessário. Simultâneo aos cuidados com a via aérea é importante que se façam os cuidados com a região cervical, para que lesões neurológicas definitivas não acometa essa paciente devido ao socorro errôneo e a má manipulação da vítima durante o Atendimento Pré-hospitalar (APH). Além de garantir um bom padrão ventilatório, observar a simetria torácica, a frequência respiratória e considerar a administração da oxigenação em alto fluxo para a paciente (B). Como continuidade deve-se atentar ao estado hemodinâmico da vítima, observando se há hemorragias, presença de pulsos periféricos ou centrais, devendo-se avaliar a frequência, ritmo, amplitude, simetria, tempo de enchimento capilar, coloração e temperatura da pele e se ocorrer sangramento ativo, aplicar a compressão direta no local. No caso de choque hipovolêmico devem-se obter dois acessos venosos com cateteres de grosso calibre e iniciar a reposição volêmica com Soro Ringer Lactado ou Solução Fisiológica. Na sala de emergência, buscando o tratamento do choque, é importante obter hematócrito, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos e função renal da vítima. Além de reavaliar a paciente após a infusão de líquido, é mandatório o controle da sua Pressão Arterial (PA) (C). O passo (D) compreende a avaliação do estado neurológico, no qual se aplica a gestante a Escala de Coma de Glasgow, assim como um foco luminoso junto aos olhos para que se faça uma

avaliação pupilar. Para concluir o atendimento primário a paciente deve ser exposta com o objetivo de se buscar lesões pelo corpo que comprometam sua vida. Após despir à paciente, deve-se mantê-la aquecida para evitar a hipotermia (E). Na gestante, acrescenta-se ao atendimento primário a letra (F), que caracteriza os cuidados com o feto. É válido que se faça uma avaliação da altura uterina, busque a presença de contrações, se há sensibilidade uterina, presença dos batimentos e movimentos fetais. Se a paciente apresentar contrações uterinas sugere trabalho de parto prematuro, e se além de contrações ocorrerem sangramento é sugestivo de deslocamento prematuro de placenta. A condição do feto depende da condição da mãe. Entretanto, o feto pode estar em sofrimento mesmo que as condições maternas e seus sinais vitais pareçam estáveis (CAMPOS, 2015). Após a avaliação primária e os atendimentos cabíveis a essa fase, inicia-se a avaliação secundária com a realização de uma entrevista a paciente, familiares ou terceiros, estabelecida como S-A-M-P-L-A: (S) verificação dos sinais vitais; (A) história de alergias; (M) medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso; (P) passado médico, problemas de saúde ou doença prévia; (L) horário da última ingesta de líquidos ou alimentos; (A) ambiente do evento ou incidente (PHTLS, 2011). Realizar a avaliação complementar instalando oximetria de pulso, se possível, mensurar a glicemia capilar, realizar exame da cabeça aos pés (cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores e inferiores). Após a avaliação primária e secundária, é necessário que se faça a revisão do atendimento, ou seja, que todo o A-B-C-D-E-F feito no APH possam ser revisados pela equipe do Pronto Socorro, e por fim, o tratamento definitivo, que segue com o transporte e encaminhamento das vítimas para um serviço de referência obstétrica, onde se disponha de obstetras, cirurgiões especializados e neonatologistas.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O tratamento a gestante traumatizada é um grande desafio, visto que as inúmeras alterações fisiológicas que acontecem nesse período podem interferir nas condutas a serem prestadas. É ainda mais complicado por se tratar de uma assistência onde a vida de uma vítima depende da outra. A conduta inicial a ser seguida é a avaliação primária, uma seqüência técnica internacionalmente conhecida como A-B-C-D-E (F) no caso da gestante. O trauma se tornou a causa não obstétrica que mais causa mortalidade materna, ocasionado principalmente por lesões provenientes de colisões automobilísticas e quedas. Pode ser explicado devido à inserção da mulher no mercado de trabalho e mediante a busca de sua autonomia, onde esta passou a fazer uso dos meios de transporte para sua locomoção, ignorando o repouso, que é necessário principalmente nos últimos meses de gestação. O aumento do útero gravídico afeta o centro de gravidade da mãe, tornando-a mais exposta a lesões abdominais fechadas devido a quedas. Como estratégias de prevenção, se pode utilizar a educação em saúde, no sentido de orientar essas gestantes quanto à utilização de meios de transporte, assim como o uso correto dos equipamentos de proteção, principalmente do cinto de segurança de três pontos ou capacetes. Associado a esses cuidados, também se faz necessário manterem repouso adequado, diminuindo os riscos de acidentes. Portanto, mediante o exposto é evidente que a assistência dessas pacientes é diferenciada,

principalmente devido às mudanças que ocorrem no período gestacional, que se interpretadas de forma errônea podem dificultar o tratamento definitivo.

**Palavras-chave:** Assistência. Enfermagem. Gestantes. Trauma.

## REFERÊNCIAS

ATLS. **Suporte Avançado de Vida no Trauma**. NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (The Comittee on Trauma of The American College of Surgeons). 8.ed. Chicago: 2006.

CAMPOS, A. L. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. 85-86p. Brasília: 2015.

CARVALHO, I. C. C. M.; SARAIVA, I. S. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Interdisciplinar**. v.8, n.1, 138p. Teresina: 2015.

CASTRO, G. L. T.; TOURINHO, F.; VIERIA, S. Atendimento Pré-hospitalar móvel: mapeando riscos e prevenindo erros. **Catálogo da Publicação na Fonte: UFRN**. Natal: 2013.

MATTOS, L. S.; SILVÉRIO, M. R. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. **Revista Brasileira Promoção a Saúde**. 25(2), 183p. Fortaleza: 2012.

PAROLIN, K. F. M; OLIVEIRA, B. F. M; TEIXEIRA JUNIOR, E. V. **Trauma: atendimento pré-hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Ateneu, 2007.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. Tratamento inicial do politraumatizado. In: PIRES, M. T. B. **Erazo: manual de urgências em pronto-socorro**. 9.ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2010.

PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (The Comittee on Trauma of The American College of Surgeons). 7.ed. Elsevier. Rio de Janeiro: 2011.

---

**COAP: CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE**

Karla Aniely Ferreira Nunes  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** Os direitos sociais, políticos e o à nacionalidade constituem o rol de direitos e garantias fundamentais da pessoa humana, cuja efetivação da prática exige, por força legal, um atuar positivo dos entes federados, no sentido de traçar metas, ações e objetivos, por meio de políticas públicas, que coloquem ao alcance de todos os benefícios decorrentes da existência desses direitos. A saúde não poderia estar desagregada desse contexto, pois é condição para a dignidade do ser humano, sendo que a sua ausência gera sofrimento e a presença do mesmo, por sua vez, a falta de dignidade (URRUTIGARAY, TONIÊTO, 2015). O Decreto nº 7.508, de vinte e oito de junho de dois mil e onze, que regulamenta dispositivos da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080), encara parte significativa das barreiras da gestão do SUS ao dispor sobre sua organização, a assistência e o idealização à saúde e a articulação interfederativa. Esse decreto tem como principais desafios: idealizar o modelo de governança, melhorar instrumentos de planejamento, decidir mecanismos para a atribuição de recursos regional, adaptar as carteiras de serviços e medicamentos de acordo com demanda da população local e integrar as políticas dos diferentes entes federados (TAVARES et al., 2013). Assim, reestruturou-se a forma de como devem ser desenvolvidas e executadas as políticas públicas de efetivação do direito à saúde por meio do SUS. O COAP, principal produto gerado com a implantação dos dispositivos previstos no Decreto, que é um acordo entre os gestores dos municípios de uma mesma região de saúde, do estado e da União, determinando de forma colaborativa as responsabilidades e os meios financeiros de cada signatário para a conformação e a conexão das ações e serviços de determinada região de Saúde, onde são pactuados indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de funcionamento, forma de controle e vigilância de sua execução e demais elementos necessários ao cumprimento do acordo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). A pesquisa teve como objetivo analisar o contrato organizativo da ação pública de saúde.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Utilizou-se o método de pesquisa de revisão bibliográfica, onde realizou-se o levantamento, seguido de coleta de dados, informações e definições, tais contidas na bibliografia selecionada. O levantamento foi feito nas bases de dados do Google Acadêmico, por artigos com publicação entre os anos 2011 a 2016, onde foram escolhidos os artigos que se encaixaram ao objetivo da pesquisa. A partir dos artigos selecionados, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual foram relacionadas às informações e ideias dos autores com o presente estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O contrato organizativo garantirá uma gestão compartilhada dotada de garantia jurídica, transparência e cooperação entre os entes federativos, meios necessários para a garantia da realização do direito à saúde aos brasileiros, o centro do SUS. Ele almeja um fim único, e as partes envolvidas não aspiram para si nenhum proveito. O ganho é a soma de esforços de todos os envolvidos no contrato para melhorar sua atuação pública ou determinar melhor seus comprometerimentos, responsabilidades, e seu financiamento que, de outra forma, seria difícil explicitar. No campo da saúde, o contrato organizacional se encaixa perfeitamente na organização da ação pública. São contratações que

conectam os entes federativos, ao mesmo tempo em que são determinadas as responsabilidades e obrigações de cada um na organização interfederativa que deverá fornecer a saúde da comunidade. Cabe aos chefes de estado e dos municípios determinarem delegação de competência para assinatura do contrato em que os entes se reúnem em benefício da população, que vem a ser a grande merecedora das obrigações ali definidas (SANTOS; ANDRADE, 2011). A colaboração entre os níveis de governo tem como finalidade principal agregar as redes. Dessa forma, os contratos de gestão adotaram importância de serviço de saúde, em razão da natureza compartilhada do SUS, em busca de estabelecer uma relação clara, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem alcançados, na espera de uma melhor resposta às necessidades de saúde da população (TAVARES et al., 2013). As cláusulas e condições deste contrato têm por artifício a organização, o financiamento e também a integração das ações e dos serviços de saúde, sob encargo dos entes federativos na região de saúde, com o intuito de garantir a integralidade da assistência dos usuários através da rede de atenção à saúde. Trazendo assim, uma maior transparência das ações na gestão do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011). Terá o COAP a função de delimitar as responsabilidades individuais e solidárias em âmbito federal com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de atuação, os recursos financeiros que estarão disponíveis, a forma de domínio e fiscalização da sua execução e demais elementos indispensáveis à implementação integrada das atuações e serviços de saúde. Configura-se o contrato organizativo, desta forma, como instrumento de gestão compartilhada, que permite a uma região de saúde constituir-se de um único conceito, capaz de desenvolver as diretrizes, metas e indicadores que são claramente explicitados por meio das pactuações, permitindo então o cumprimento dentro dos prazos estabelecidos (TAVARES et al., 2013).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A proposta de instituir os Contratos Organizativos das Ações Públicas da Saúde é, sem dúvida, instrumento de grande valia para o pacto entre os Entes Públicos nas três esferas: União, Estados e Municípios. Estas pactuações auxiliam os gestores nas questões práticas do dia a dia como nas transferências de pacientes envolvidos em acidentes, de gestantes de alto risco, tratamentos oncológicos e de reabilitações físicas exemplos típicos de atendimento integral à saúde de forma digna e de qualidade (URRUTIGARAY, TONIÊTO, 2015). A necessidade de interligar serviços tem finalidade de melhorar sua eficácia e reduzir custos, ampliar a acessibilidade e interligar as políticas sociais entre os setores, sempre com objetivo à aquisição de proveitos em sua qualidade, eficiência, economias e obtenção de seus fins (SANTOS; ANDRADE, 2011). Esse instrumento de gestão administrativa, visto como pacto firmado entre os entes federados, com o desiderato de organizar e integrar as ações e serviços em saúde, por meio de negociação, pretende demonstrar as necessidades reais de saúde de determinada região, conferindo transparência às ações e serviços de saúde tangíveis à população (SANTOS, 2015). Ainda se ver desafios na prática das pactuações, desde atendimentos de caráter de urgência quanto nos ambulatoriais, no entanto, pode-se observar que elas são de grande relevância a toda população visto a necessidade nos diversos atendimentos de saúde.



**DESCRITORES:** Saúde Pública. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Sistemas de Saúde

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE. Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde.

**Ministério da Saúde.** 2011. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato\\_organizativo\\_acao\\_publica\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf)>.

Acesso em: Abril, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Guia para elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo. **Série Articulação Interfederativa.** v. 3, 2014.

Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_elaboracao\\_coap\\_construindo\\_passo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_coap_construindo_passo.pdf)>.

Acesso em: Abril, 2016.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16. n.3. p.1671-1680, 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>>. Acesso em: Abril, 2016.

SANTOS, P. P. A. C. Contrato organizativo da Ação Pública da saúde: instrumento de gestão administrativa em prol da responsabilidade sanitária. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.** v.4, n.2, p.103-119, 2015. Disponível em:

<<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/175>> . Acesso em:

Abril, 2016.

TAVARES, F.A. et al. Novas Perspectivas na Gestão para Resultado na Saúde em Minas Gerais: a Implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde. **XI Congresso CONSAD de Gestão Pública.** 2013. Disponível em: <<http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/031-NOVAS-PERSPECTIVAS-NA-GEST%C3%83O-PARA-RESULTADOS-NA-SA%C3%9ADE-EM-MINAS-GERAIS-A-IMPLANTA%C3%87%C3%83O-DOS-CONTRATOS-ORGANIZATIVOS-DE-A%C3%87%C3%83O-P%C3%9ABLICA-DE-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: Abril, 2016.

URRUTIGARAY, P. M.; TONIÊTO, T. A Saúde como Direito Fundamental Previsto na Constituição de 1988 e os desafios dos Gestores Públicos na Humanização e Qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS. **XII Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea.** 2015. Disponível em:

<<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidssp/article/view/13188>>. Acesso em: Abril, 2016.

---



---

## **CITOLOGIA ONCÓTICA: DIFICULDADES DE MULHERES FRENTE AOS RESULTADOS**

Maria Robélia da Silva  
Adênio Freire de Caldas  
Erta Soraya Ribeiro César  
Jaqueline Quele Galdino Soares  
Kermany karlynka Marques da Silva

**INTRODUÇÃO:** O exame de citologia oncótica é uma eficiente ferramenta para detecção precoce do câncer de colo do útero e de outras alterações uterinas. Para que se tenha uma eficácia no exame é necessário que a mulher receba o resultado do Papanicolau e siga todas as orientações passadas pela equipe de saúde. Em 1986 foi criado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM, como resultado das políticas sociais visando à implementação de programas de assistência à saúde da mulher. A partir dele as mulheres começaram a ser vistas não apenas como parideiras, mas também como seres integrais, possuidoras de várias outras necessidades (BRITTO; NERY; TORRES, 2007). Dentre as ações do PAISM, está à prevenção do câncer de colo uterino através do exame de Papanicolau, como uma das ações básicas na assistência à saúde da mulher. As características dessa política de saúde, através da proposição do SUS, foram influenciadas pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do programa saúde da família. Entretanto, a existência desses programas e a gravidade dos fatos, evidencia que o câncer cérvico-uterino, ainda constitui um sério problema de saúde pública em nosso país, apesar da necessidade de uma simples tecnologia, baixo custo para a prevenção e diagnóstico precoce do exame de Papanicolau (INCA, 2012). A implantação da citologia oncótica, no atendimento básico de saúde, parece preocupar-se apenas aos aspectos biológicos, relacionados à saúde sexual e reprodutiva, deixando um vazio acerca dos aspectos psíquicos relacionados à essência do “ser mulher”, como sujeito do mundo. Fatores comportamentais, culturais, sociais e econômicos das mulheres brasileiras, bem como a disposição dos serviços de saúde, podem interferir nas práticas de prevenção do câncer de colo de útero. O exame preventivo é necessário, pois permite observar e entender a predisposição das mulheres em desenvolver alterações malignas que predispõe à neoplasia (INCA, 2013). Com base nestas reflexões é fundamental que se entenda os reais motivos que levam as mulheres brasileiras a decidirem pela adesão ou não ao exame de preventivo. Levando em consideração as altas taxas de mortalidade causadas pelo câncer de colo de útero, o mesmo deve ser compreendido como um problema de saúde pública de grande relevância, o que sinaliza a importância de ações para sua prevenção e detecção precoce.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura acerca da citologia oncótica, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres frente aos resultados do exame.

**MÉTODO:** Constitui de uma revisão literária, realizada em abril de 2016 na plataforma científica Scielo, que abordava a temática pré-determinada. Onde foram selecionados dez artigos para a análise e construção deste trabalho, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado há no mínimo cinco anos, apresentar linguagem clara, ser objetivo e fazer uso da temática pré-estabelecida para a construção deste resumo estendido.

**RESULTADOS:** A realização da citologia oncótica nas unidades de saúde mostra que a mulher como sujeito social, com valores próprios e sentimentos singulares, ainda tem sido vista pelo sistema de saúde como um ser passivo, com pouco poder de decisão sobre seu corpo, sadio ou doente. O abandono ao tratamento do câncer do colo de útero é significativo e pode ser uma das respostas que as mulheres têm dado ao mau atendimento, tanto por precariedade técnica e de competência, como por relações extremamente autoritárias exercidas sobre elas. Assim, na realização da citologia oncótica propõe-se que haja uma interação mútua entre profissionais de saúde e mulheres, em que lhe seja conferida o direito de falar de si própria, de seus sentimentos, de suas vivências e experiências (BRITTO; NERY; TORRES, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (BRASI, 2010) a preocupação com a realização da citologia oncótica para a prevenção de doenças é evidenciada a partir da representação da mulher saudável como sendo aquela que faz o exame preventivo anualmente. Assim, ele é visto como obrigatório, não revelando uma real preocupação com a prevenção de doenças, essa perspectiva da realização do exame pode ser reforçada pela incorporação do discurso técnico difundido através de campanhas veiculadas pela mídia, pelos serviços de saúde e orientações dos profissionais de saúde. A indicação para a coleta do exame por queixas ginecológicas, parte por vezes dos próprios médicos, o que não condiz com os consensos de prevenção, ou seja, a maioria indica o exame de forma deficiente esquecendo da real função e importância deste método preventivo. Durante a realização da citologia oncótica, muitas mulheres referem que o exame é desagradável e gera um certo incômodo, acrescentaram também sentirem medo e ainda, relatam os sentimentos de vergonha e dor quanto à realização do exame. No que se refere a entrega do exame, muitas mulheres não retornam as unidades de saúde para receberem o resultado, o que gera uma grande falha na consulta ginecológica. O medo de visualizar o resultado causa um grande desconforto psicológico nas mulheres, por medo de ser diagnosticado alguma patologia no exame. Embora a mulher seja incentivada a realizar a citologia oncótica periodicamente, a relação profissional-paciente que acontece nas unidades de saúde não é suficiente para permitir aos profissionais e a mulher o reconhecimento de diferentes sentimentos envolvidos na realização do exame. Ainda, há uma preocupação das mulheres com o resultado do exame, em que referiram um maior temor com o diagnóstico de câncer (BRASIL, 2010). De acordo com o INCA (2012), a quebra de preconceitos, a diminuição do medo da doença e a importância de todas as etapas do processo de prevenção do câncer de colo do útero são atividades que devem ser desenvolvidas pelo profissional de saúde no momento da realização da citologia oncótica.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A falta de conhecimento adequado sobre o exame de Papanicolau e a importância da realização deste pelas mulheres, constitui uma barreira de grande importância para os serviços de saúde, pois limita o acesso ao rastreamento do câncer de colo de útero. O levantamento de conhecimentos e atitudes das mulheres frente ao exame é de grande relevância, pois constituem fator fundamental para avaliar as estratégias que são adotadas para a prevenção do câncer de colo no Brasil. Com um conhecimento adequado e informações necessárias é possível que as mulheres se aproximem mais dos serviços de saúde e voltem seus olhos para questões como o autocuidado que é uma forma de prevenção. A citologia oncológica para prevenção do câncer de colo de útero e de outras patologias deve ser valorizada pelos profissionais de saúde, priorizando ações que levem em consideração as necessidades das mulheres, considerando-as ativas e responsáveis pelo cuidado com sua saúde, com vistas ao desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito da relevância de se realizar efetivamente a prevenção. O enfermeiro tem um papel de grande importância quando se fala de prevenção em saúde. O fato de este profissional estar em contato direto com as mulheres que procuram atendimento nas unidades básicas cria uma espécie de vínculo de confiança. O atendimento baseado neste vínculo é a melhor forma de fortalecer o compromisso entre profissionais e mulheres atendidas e o diálogo é fundamental em todos os momentos do atendimento à mulher. A formação de vínculos entre profissionais de saúde e usuário reforça a integralidade do mesmo e potencializa o cuidado. Portanto, os profissionais de saúde que realizam a citologia oncológica, ao atenderem as mulheres, deveriam ir ao encontro do que elas pensam e esperam da realização desse exame, buscando alcançar medidas preventivas, baseadas no desenvolvimento de uma consciência crítica, com vistas a mudanças no quadro epidemiológico de morbimortalidade feminina.

**DESCRITORES:** Citologia Oncológica, Saúde da Mulher, Educação em Saúde.

**REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer de colo de útero. Rio de Janeiro (RJ): MS; 2010.

BRITTO C.M.S, NERY I.S, TORRES L.C. Sentimentos expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Rev Bras Enferm.** 2007. Jul/Ago;60(4):360-90.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2013: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2012.

## **CÂNCER PEDIÁTRICO: dificuldades e sentimentos vivenciados por pais frente ao diagnóstico na infância**

Aline Pereira do Nascimento Silva  
Sosthenes dos Santos Alves  
Úrsula Erika de Medeiros Ribeiro  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** Câncer é uma classe de doenças que têm em comum o crescimento descontrolado de células, que invadem tecidos e órgãos. Possuem divisão celular rápida, o que determina a formação de tumores malignos, e tendem a ser muito agressivos e incontroláveis, podendo espalhar-se para diferentes regiões do corpo (INCA, 2012). Mesmo com avanços de sobrevivência, o número de casos de câncer pediátrico tem aumentado consideravelmente em todo o mundo; configurando-se atualmente, como um dos mais importantes problemas de saúde pública. Conforme estudos, o câncer pediátrico apresenta-se como a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil. Atualmente, por meio de diagnóstico e tratamento adequado, a taxa de cura tem chegado ao índice de 70% (HIRA et al., 2005 apud STEFFEN; CASTOLDI, 2006). O processo de adoecimento pelo câncer em uma criança gera o desestruturamento familiar, tendo em vista que podem afetar todas as áreas, ameaçando o equilíbrio pessoal, o bem estar da família, a estrutura financeira de uma casa, além do emocional, já que a família e a criança têm de passar por uma série de sentimentos angustiantes, e dolorosos, uma vez que a doença é vista como expectativa de morte. A relação do câncer com a dor, o sofrimento, a deterioração do ser e a sensação de finitude remete à importância do cuidado que não deve ser limitada à doença e as suas manifestações físicas (SENA et al., 2011). Diante disso Penna (2006) afirma que o familiar exerce grande influência sobre o diagnóstico da doença no paciente, principalmente quando este é uma criança. Nesse momento é importante que a equipe de saúde esteja preparada e qualificada para oferecer à criança e seu familiar, o acolhimento de que necessitam. Quando bem orientados quanto aos cuidados poderão auxiliá-los na utilização de seus recursos de adaptação de forma mais eficaz, resgatando seus valores, respeitando suas limitações e dificuldades.

**OBJETIVO:** Apresentar as principais dificuldades, e sentimentos vivenciados de pais, quanto ao diagnóstico de neoplasia na infância.

**METODOLOGIA:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de março de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Neoplasias, pediatria e saúde mental. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2006 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Câncer pediátrico. Como critérios de

exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como, os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS:** O estudo mostrou que o câncer de modo geral vem aumentando a cada dia, sendo reconhecido como um problema de saúde pública em todo o mundo, e no Brasil essa realidade também existe entre os casos que acometem crianças, estando em segundo lugar mortalidade infantil no referido País. Porém as chances de cura são relativamente satisfatórias por meio de diagnóstico e tratamento adequado e precoce, contribuindo para o aumento das taxas de cura. Segundo Quirino, Collet (2012), o câncer infantil tem hoje características de doença crônica, e mesmo com bom prognóstico, a família e a criança se sentem ameaçados pela morte quando o diagnóstico é confirmado. Após a averiguação do que foi visto ao longo do estudo, é possível observar o grande impacto que as patologias causam na vida de pessoas principalmente as pertencentes ao público de menor faixa etária, acarretando inúmeras alterações na estrutura familiar, e quando trata-se de neoplasia, a situação torna-se mais preocupante, por ser uma doença estigmatizada e temida pela população, em virtude do desastre sofrimento que causa à família e ao paciente.. O diagnóstico de câncer, afeta o indivíduo e as pessoas significativas e familiares de sua convivência, principalmente quando inúmeros cuidados são necessários. Malta, Schall, e Moderna (2009), relatam que o diagnóstico do câncer pediátrico constitui-se de dois momentos para as mães: o alívio em receber um diagnóstico, e o medo misturado à sensação de que o médico determina o seu destino e o de seu filho com apenas uma palavra. A criança diante do desafio de enfrentar o câncer esta ligada a múltiplos fatores, tais como: idade, estresse imediato representado pela dor física, desencadeado pela doença, traços de personalidade, experiências e qualidade de suas relações parenterais. Foi possível verificar ainda que entre as doenças crônicas infantis, os tumores malignos possuem alta incidência e desafios intensos na vida da criança e da família. Outros prejuízos que o câncer causa a criança e a família em si, além do desgaste gerado pela própria patologia em si, o fator psicológico pesa bastante no âmbito familiar, pois todos que rodeiam são desestruturados além da própria criança, podendo ser este um fator agravante para a recuperação da mesma ao longo do tratamento, uma vez que a família é a base de apoio onde a crianças conseguirá forças para superar sua patologia, e também se encontrará bastante desestabilizada, podendo devido a este fator não realizar uma assistência adequada a criança devido as consequências do abalo emocional gerados pela situação atual refletindo em prejuízos para a criança e conseqüentemente podendo abalar ainda mais o emocional familiar. No entanto, quando se tem uma criança doente, deve-se manter um foco da atenção da assistência de diversos profissionais, enquanto o familiar/cuidador é visto como o personagem principal que pode auxiliar nas principais e ate mais simples funções do dia-a-dia, sem ser reconhecido como pessoa que está passando por processo doloroso e que necessita de auxílio e apoio, promovendo assim a falta de cuidado com o cuidador da criança podendo desestabilizar ainda mais o âmbito familiar. A família, contudo, é um importante apoio aos seus membros no processo saúde-doença. Como prioridade, a família toma conta dos cuidados diários necessários, desde o domicilio e também durante os períodos de hospitalização, contribuindo assim para um processo terapêutico eficaz (ORTIZ, LIMA, 2007). Dentre as patologias oportunistas que podem acometer os familiares em consequência do diagnóstico cancerígeno da criança, são os problemas emocionais, sociais, impacto do cuidado, estresse e depressão os maiores causadores de prejuízos aos cuidadores/familiares da criança, ocasionando muitas vezes em tratamentos terapêuticos e até mesmo medicamentosos. O rendimento do cuidado pode ser abalado tornando a assistência precária culminando em prejuízos para a criança, que vê como suporte principal para a sua melhora o seu cuidador

familiar, desde modo verifica-se a extrema importância de se reforçar atenção também com a assistência neste momento, sendo, portanto, cabível ao profissional de saúde, bem como amigos, prestem o auxílio necessário para tentar reverter ou amenizar esta situação que não é contagiosa, mas se propaga por toda a família. Com a formação de equipes multidisciplinares e cooperativas no país, a expectativa de vida está aumentando. Quando o indivíduo é diagnosticado com câncer, seu estado emocional fica deprimido, bem como das pessoas próximas, e principalmente, a família, tendo em vista que inúmeros cuidados são necessários. Na última década, as equipes de saúde especializadas em cuidados oncológicos na pediatria, têm dedicado esforços para compreender o diagnóstico e o tratamento do câncer na criança, como evento psicologicamente prejudicial para os pais. Muitas são as pesquisas relacionadas às doenças crônicas, entre elas o câncer, buscam entender seus malefícios na vida de familiares e cuidadores do paciente acometido pela doença, são análises realizadas por meio de escalas que avaliam a qualidade de vida, medem a sobrecarga e o risco de depressão, entre outros parâmetros. Sanchez et al (2010), relatam que o cuidador da pessoa com neoplasia maligna, está propenso a desenvolver alteração na sua saúde mental, sendo vítima dos principais achados: sobrecarga, conflito de papéis, incerteza, erosão nos relacionamentos, depressão, ansiedade, entre outros problemas, também afeta sua saúde física causando declínio da saúde, falta de tempo para exercícios, nutrição prejudicada, fadiga, e necessidade de medicamentos. Para retomar o equilíbrio familiar, os pais procuram retomar com a criança uma rotina doméstica, tentando adaptá-la ao novo estilo de vida e, paralelamente, substituir os medos, angústias e incerteza que permeiam sua experiência, pela certeza de que a doença está sob controle (FICHER, 2001 apud OLIVEIRA et al 2009). Estes prejuízos psicológicos ocasionados aos cuidadores familiares pelo fato do desenvolvimento do câncer em membro infantil, na família é, principalmente devido a veracidade que se tem sobre as consequências negativas geradas pela patologia e obviamente pela possibilidade de óbito da criança, desestruturando completamente o estado emocional familiar, conseqüentemente debilitado ainda mais as condições de qualidade de vida desta família que até a resolução da situação convive com esta situação de extrema insegurança, ansiedade, dúvidas e medo (BECK; LOPES, 2007).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Após o término da pesquisa foi possível averiguar que o câncer vem acometendo cada vez mais na população em todo mundo, o mesmo causa muita preocupação e constrangimento seja quem for o indivíduo em que se desenvolva, pois pode acometer a população em qualquer faixa etária, porém quando em idades mais baixas, ou seja, em crianças, o impacto psicológico é bem mais forte, por se conhecer as consequências sérias que a patologia pode ocasionar como até mesmo os caso de óbito, que é bem difícil de aceitar, principalmente por ser alguém que está no início de sua vida e ainda teria muitas experiências para vivenciar ao longo da vida. Sendo assim, pensam-se como esta realidade pode influenciar emocionalmente, não só a criança portadora, como também os pais, familiares, os cuidadores, no tocante as dúvidas e as incertezas, trazidas pela insegurança do prognóstico futuro em relação ao seu ente querido, ocasionando casos de ansiedade e também depressão, que conseqüentemente prejudicam ainda mais a evolução positiva do quadro de saúde familiar, pois, o alicerce da criança é a família, que deveria estar emocionalmente bem para lhe prestar um cuidado necessário, contudo, em muitas situações este quadro emocional não se apresenta adequadamente satisfatório pra este tipo de cuidado. Através desta realidade, deve-se ser ainda mais investido na assistência as famílias de portadores de câncer não só infantil, mas de modo geral, pois é uma patologia muito estigmatizada por sua veracidade, e nestes casos, a ajuda dos profissionais de saúde para orientar, dedicar continuamente e auxiliar com suas práticas e cuidados assistências são sempre bem vindos às famílias que passam por este tipo

de situação, vendo estes profissionais como alguém em que possam confiar dando assim mais ânimo e empolgação para prestar seus cuidados com mais confiança, podendo esta empolgação já demonstrar um sinal de melhora emocional por parte do cuidador, trazendo assim consequentemente, condições de qualidade de vida satisfatórias para o âmbito familiar.

**DESCRITORES:** Neoplasias. Pediatria. Saúde mental.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de criança com câncer. **Rev Bras Enferm**. 2007; v.60, n.5: 513-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a06.pdf>>. Acesso em: Março de 2016.

FICHER, H. R; 2001. A criança com câncer no hospital. In: OLIVEIRA, T; FIGUEIREDO, N. M. A; MARQUES, P. A; MELO, E. C. P; SILVA, L. R; NASCIMENTO, M. A. L; SANTOS, I. M. M. **Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas**. Cap.7, pg.276, 1ª ed. São Caetano do Sul – SP: Yendis Editora, 2009.

HIRA, A; LOPES, T; ZUFFO, M; LOPES, R. Oncopediatria: Projeto de Telesaúde em Oncologia Pediátrica. In: STEFFEN, B. C; CASTOLDI, L. **Sobrevivendo à Tempestade: a Influência do Tratamento Oncológico de um filho na Dinâmica Conjugal**. Universidade do Vale do Rio dos Simões, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n3/v26n3a06.pdf>>. Acesso em: Março de 2016.

MALTA, J. D. S; SCHALL, V. T; MODERNA, C. M. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos Oncologistas Pediátricos no Tratamento do Câncer em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2009, v.55, n.1: 33-39. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v01/pdf/07\\_artigo\\_momento\\_do\\_diagnostico.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/07_artigo_momento_do_diagnostico.pdf)>. Acesso em: Março de 2016.

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Câncer: o que é? **Instituto Nacional do Câncer** [online]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: Março de 2016.

ORTIZ, M. C. A; LIMA, R. A G. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra o câncer: Subsídios para o cuidado de Enfermagem. **Rev. lat-am. Enfermagem**, 2007, maio-junho; v.15, n.3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a08.pdf)>. Acesso em: Março de 2016.

PENNA, T. L. M. Dinâmica Psicossocial de Famílias de Pacientes com Câncer. In: STEFFEN, B. C; CASTOLDI, L. **Sobrevivendo à Tempestade: a Influência do Tratamento Oncológico de um filho na Dinâmica Conjugal**. Universidade do Vale do Rio dos Simões, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n3/v26n3a06.pdf>>. Acesso em: Março de 2016.

QUIRINO, D. D; COLLET, N. Câncer no Lactente: Readaptações na Vida Familiar. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2012, abril-junho; v.21, n.2: 295-303. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a06v21n2.pdf>>. Acesso em: Março de 2016.

SANCHEZ, K. O. L; FERREIRA, N. M. L. A; DUPAS, G; COSTA, D. B. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 2010, mar-abr; v.63, n.2: 290-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>>. Acesso em: Março de 2016.

SENA, E. L. S; CARVALHO, P. A. L; REIS, H. F. T; ROCHA, M. B. Percepção de Familiares sobre o Cuidado à Pessoa com Câncer em Estágio Avançado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Out-Dez; v.20, n.4: 774-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/17.pdf>>. Acesso em: Março de 2016.

---

## **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER NO PERÍODO DO PUEPÉRIO**

Ana Flávia Laurindo de Souza Dantas  
Anne Milane Formiga Bezerra  
Andressa Montenegro da Silva  
Ayrila Montenegro da Silva  
Francisca Lima Santos

**INTRODUÇÃO:** O período que compreende o puerpério é um período variável e impreciso na vida da mulher, é nesse período que se iniciam várias transformações para reestabelecer o organismo feminino. É no período do pós-parto que a mulher depara-se com grandes e novos desafios. De acordo com Oliveira, Quirino e Rodrigues (2012) esse período se caracteriza pelo processo de ajustamento a uma inovadora identidade materna, de aprendizagem de um novo papel de mãe, de adaptação a um novo elemento familiar com identidade própria (o filho), e, acima de tudo, de uma reestruturação das relações familiares e sociais. Assim, estando a



mulher atrelada à experiência do puerpério físico, vivencia um puerpério psíquico e social, comumente, mais longo que o primeiro. Nessa fase podem ocorrer complicações, as quais, quando não identificadas nem tomadas às devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis. Sobre esse assunto, estudo evidencia que doenças na gestação, no parto e no puerpério aparecem com destaque como uma das 10 primeiras causas de morte de mulheres, entretanto, 92% desses casos poderiam ser evitados (SANTO, BRITO, MAZZO, 2013). Considerando a prioridade que é enfatizada na área de saúde da mulher, associada à importância da atuação da equipe de enfermagem, conhecer a qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento às puérperas bem como as ações desenvolvidas por eles nesse atendimento é uma forma de compreender a prática institucional bem como de evidenciar a necessidade de estratégias que favoreçam a participação efetiva do profissional enfermeiro na assistência a puérpera. Diante do exposto, a proposta desta pesquisa foi realizar um estudo mais detalhado da realidade da atuação dos enfermeiros na atenção às puérperas em Estratégias de Atenção Primária à Saúde do município de Patos-PB. Em busca dessa compreensão, emergiu o seguinte questionamento: Quais as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção às puérperas? Nesse contexto, este estudo contribuiu para a conscientização dos profissionais de enfermagem sobre a importância da qualificação da assistência à mulher no período puerperal e de seu papel como integrantes de uma equipe de saúde, assim como também oferecer subsídios que possam estimular uma assistência adequada e de qualidade, privilegiando estratégias fortalecedoras do cuidado à puérpera em busca de maior satisfação das mulheres, dos familiares, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, resultando na melhoria da qualidade de vida humana. Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de enfermagem realizada pelos enfermeiros à mulher no período do puerpério.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão de literatura realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, onde procuramos identificar a qualidade da assistência de enfermagem prestada à mulher no puerpério a proposta desta pesquisa foi realizar um estudo mais detalhado da realidade da atuação dos enfermeiros na atenção às puérperas em Estratégias de Atenção Primária à Saúde. A pesquisa na literatura ocorreu entre os meses de março e abril de 2016. Foram selecionados artigos de 2010 a 2015 e realizado a discussão do tema em estudo. Para constituição da presente pesquisa foram excluídos resenhas e artigos não indexados. Foram excluídas também algumas publicações que ficavam distante do tema, ou que não continham referências bibliográficas.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os cuidados de enfermagem direcionados para a saúde da mulher devem levar em consideração as transformações ocorridas na sociedade contemporânea, na qual a mulher encontra-se mais participativa no mercado de trabalho e também mais autônomo em relação às decisões que envolvem o processo saúde-doença (BARBOSA et al, 2014). De acordo com o autor supracitado entre as várias fases que acompanham a mulher encontra-se o puerpério, período que possui particularidades e requer cuidados de enfermagem específicos com base na prevenção de complicações, no conforto físico e emocional, que possam dar à mulher ferramentas para cuidar de si e do filho. Cabe ao

enfermeiro auxiliá-la durante a transição inicial para a maternidade e monitorizar sua recuperação, além de identificar e controlar quaisquer desvios dos processos que possam ocorrer. O acompanhamento ao pré-natal tem grande impacto na redução da morbimortalidade materna/neonatal desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde, sendo assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde. (BRASIL, 2004). Embora, nas últimas décadas, o índice de cobertura na atenção ao pré-natal tenha aumentado garantir sua qualidade continua sendo o maior desafio. Essa melhoria da qualidade refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde bem como na eficiência dos serviços. A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde para o binômio mãe e filho. Para tanto, é necessária conscientização dos profissionais envolvidos no processo assistencial da importância de sua atuação, aliando o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando-se em consideração o significado desse resultado para cada mulher (BRASIL, 2010). Segundo Narchi (2011), em se tratando do profissional enfermeiro, o que se vê em geral, é um cenário de assistência não qualificada, uma vez que nem sempre os serviços são providos de profissionais capacitados e atualizados. Prevalece uma assistência tecnológica que pode acarretar na morbimortalidade física e psicossocial que leva ao desrespeito dos direitos das mulheres e dos recém-nascidos. Para Garcia (2013), apesar de o índice de cobertura na atenção pré-natal ter aumentado, faz-se necessária uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde com o objetivo de buscar a eficiência dos serviços. A atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher no período grávido puerperal e especificamente na atenção ao pré-natal de baixo risco e puerperal é de fundamental importância para a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal bem como para a humanização dessa assistência. No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Durante os primeiros dias, são realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2012).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É no período do pós-parto que a mulher depara-se com grandes e novos desafios, havendo então a necessidade do apoio de profissionais capacitados para que sejam devidamente orientadas quanto às dúvidas que surjam de como cuidar de si e do bebê, nessa fase inicial do pós-parto a relação mãe e filho ainda não estão bem elaborados devendo, portanto ter o cuidado de não se concentrar todas as atenções apenas para o bebê, e esquecendo assim o alvo da atenção no momento que é a puérpera, pois nesse momento a

mulher tem necessidade de atenção física e psíquica, e deve ser tratada com muito respeito e atenção. Considerando a prioridade que é enfatizada na área de saúde da mulher, associada à importância da atuação da equipe de enfermagem, conhecer a qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento às puérperas bem como as ações desenvolvidas por eles nesse atendimento é uma forma de compreender a prática institucional bem como de evidenciar a necessidade de estratégias que favoreçam a participação efetiva do profissional enfermeiro na assistência a puérpera. Percebemos então a necessidade de conscientização dos profissionais de enfermagem sobre a importância da qualificação da assistência à mulher no período puerperal e de seu papel como integrantes de uma equipe de saúde, assim como também oferecer subsídios que possam estimular uma assistência adequada e de qualidade, privilegiando estratégias fortalecedoras do cuidado à puérpera em busca de maior satisfação das mulheres, dos familiares, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, resultando na melhoria da qualidade de vida humana.

Palavras-chave: Assistência. Enfermagem. Puerpério

## **REFERÊNCIAS**

BARBOSA et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentos na teoria do conforto. **Rev Min Enferm.** 2014 out/dez; 18(4): 845-849.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL Ministério da Saúde. **Manual técnico do pré-natal e puerpério.** Atenção à gestante e à puérpera no SUS. Secretaria do Estado de São Paulo, SP. 2010. 234p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. **Informe da Atenção Básica.** Brasília, DF, maio./jun. 2004.

GARCIA. E. S. G. F. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência às gestantes e as puérperas em unidades de atenção primária a saúde do município de Alfenas/MG/Brasil.2013. 95f.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery**, v. 27, p. 23-29, 2011.

OLIVEIRA.J.F.B. QUIRINO.G.S. RODRIGUES.D.P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev Rene**. 2012; 13(1):74-84.

SANTOS. F. A. P. S. BRITO. R. S. B. MAZZO.M. H. S. N. Puerpério e revisão: pós-parto significados atribuídos pela puérpera. **Rev Min Enferm**. 2013. out/dez; 17(4): 854-85

---

## **ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE AO PORTADOR DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR - (TAB)**

Nicássia Sousa Mélo  
Marie Oliveira Nóbrega  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado atualmente como um dos distúrbios psiquiátricos mais graves no mundo. É de caráter multifatorial e crônico, causa incapacitação profissional e social, associada a comprometimento importante da qualidade de vida de seu portador (HISATUGO; YAZIGI; PORTO, 2009). É caracterizado por alterações de humor que se manifestam como episódios depressivos, alternando-se com episódios de euforia (também denominados mania), em diversos graus de intensidade (PEDREIRA; SOARES; PINTO; 2011). A evolução do quadro leva à diminuição dos intervalos livres entre depressão e mania, piorando as condições mentais, sociais e neuropsicológicas do paciente (HISATUGO; YAZIGI; PORTO, 2009). Entre os fatores de riscos em potencial para o desenvolvimento de TAB encontram-se os estressores ambientais, transtornos somáticos e de personalidade, história positiva de TAB na família, situação socioeconômica desestruturada, dentre outros (PEDREIRA; SOARES; PINTO; 2011). Como o TAB é crônico, a adesão ao tratamento é essencial para aumentar a chance de melhorar o prognóstico. A eficácia está diretamente relacionada à adesão. Entretanto, um problema comum no tratamento do TAB é que as pessoas nem sempre tomam os medicamentos regularmente. As taxas de não adesão são altas em transtorno bipolar, representando 47% em alguma fase do tratamento. Aproximadamente 50% dos pacientes bipolares interrompem o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% deles o fazem ao menos duas vezes. Por sua amplitude, a não adesão ou a baixa adesão à terapêutica compõem problemas de saúde pública (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011). Para cada comprimido ingerido o risco da não adesão aumenta em 12%,

portanto ao acreditarem estar tomando muitos medicamentos, tendem a questionar a real necessidade das doses prescritas, bem como sua capacidade de suportar tais doses, sendo tal crença reforçada pela opinião de amigos e familiares, que estimulam a não adesão ao medicamento (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2011). Objetivou-se descrever a atuação da enfermagem frente ao portador de transtorno afetivo bipolar.

**MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO – Scientific Electronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem, transtorno afetivo bipolar e saúde mental. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2006 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: descrever o cuidado da enfermagem aos portadores do transtorno afetivo bipolar. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Um dos maiores desafios no tratamento da pessoa com TAB é conseguir promover a adesão ao tratamento. Vários fatores contribuem para a dificuldade de adesão como a falta de informação a respeito do quadro clínico, do tratamento psicofarmacológico e psicossocial, como a falta de apoio familiar e de vínculo terapêutico adequado com os profissionais da saúde mental, entre outros. A quantidade exagerada de medicamentos ingeridos diariamente pode interferir na adesão devido à maior probabilidade de efeitos colaterais, além da dificuldade de ingestão. O papel da enfermagem não deve ser apenas em administrar medicamentos para controlar o comportamento e quaisquer problemas surgidos com os pacientes, mas sim em descrever e considerar o relacionamento interpessoal como principal recurso terapêutico. Haverá maior visibilidade dos cuidados da enfermagem quando esta permitir aos pacientes expor suas dúvidas, seus anseios, dificuldades, opiniões e experiências relacionadas ao tratamento, buscando melhorar a adesão ao tratamento da pessoa com TAB, assim como, utilizar os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, as ações ou intervenções de enfermagem realizada face aos diagnósticos de enfermagem identificadas e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem (PEDREIRA; SOARES; PINTO; 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É evidente que o enfermeiro é um membro-chave para colaborar na adesão e melhora da qualidade de vida da pessoa com TAB, uma vez que

permanece grande parte do tempo próximo aos pacientes, tendo oportunidades para educação em saúde, apoio emocional e espaço para a prática do cuidado de enfermagem psiquiátrica, que inclui, entre outras intervenções, o relacionamento interpessoal terapêutico, considerado alicerce para as demais intervenções. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros voltar-se para um cuidado humanístico, visualizando o paciente como um sujeito social, dotado de crenças, valores, expectativas, conhecimentos, que possui padrões próprios que influenciam suas significações e atitudes frente ao tratamento medicamentoso, conforme sua visão da realidade. O desafio parece estar na mudança de atitude dos profissionais de saúde de culpar o paciente pela interrupção do tratamento para aquela de escuta, de valorização do seu universo típico e afetivo bem como de parceria no tratamento. Ressalta-se que o paciente, ou o responsável por ele, deve ser também o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão, uma vez que nele estão centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social. Sabe-se que motivos considerados sem importância pelo profissional de saúde muitas vezes são aqueles que realmente determinam o seguimento ou não de determinado tratamento pelo pacientes.

**DESCRITORES:** Transtorno bipolar. Saúde mental. Pessoas com deficiência mental.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

HISATUGO, C.L.C; YAZIGI, L; PORTO, J.A.D. Cognição,afeto e relacionamento interpessoal de mulheres com transtorno afetivo bipolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2009. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722009000300008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722009000300008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: abril de 2016. **MIASSO, A.I;**

**CASSIANI, S.H.B; PEDRÃO, L.J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa.** Rev. esc. enferm. USP, vol.45, n.2, São Paulo, 2011. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200019) Acesso em: abril de 2016.

MIASSO, A.I; CARMO, B.P; TIRAPELLI, C.R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao tratamento. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/22.pdf>. Acesso em: abril de 2016.

PEDREIRA, B; SOARES, M.H; PINTO, A.C. O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem? **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, vol.8, n.1, Ribeirão Preto. Abr, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80323610004.pdf>. Acesso em: abril de 2016.

---

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESF NO CONTROLE DE IMUNOBIOLOGICOS

Jaqueline Quele Galdino Soares  
Erica Henrique Clementino  
Udo Ângelo N. Duarte  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** A estrutura da Rede de Frio (RF) permeia as três esferas administrativas (Federal, Estadual e Municipal) organizando-se em instâncias com fluxos de distribuição e armazenamento de imunobiológicos, basicamente verticalizados. A refrigeração pode ser classificada em diversas categorias, conforme sua aplicação, ou em função da faixa de temperatura de operação. Um dos métodos de armazenamento importante é a compressão de vapor, utilizado em refrigeradores domésticos e de grandes sistemas industriais. Há outros sistemas disponíveis, usados em situações mais específicas, tais como o princípio da absorção empregado em plantas químicas, em condicionamento de ar e em alguns refrigeradores domésticos, onde esta é encontrada quando o calor está disponível como fonte de energia ou quando a potência mecânica não é suficiente (TEIXEIRA; PALLU, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a RF é o processo de recebimento, armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), seu objetivo é assegurar que todos os imunobiológicos mantenham suas características imunogênicas desde o laboratório produtor até o momento de sua utilização. O desenvolvimento de vacinas seguras e efetivas para a prevenção de doenças infecciosas é uma das mais significativas realizações na medicina. Para o êxito dos programas de vacinação, de nada adianta a segurança e eficácia dos imunobiológicos se os profissionais de saúde não os utilizarem ou a população não aderir à vacinação. Os imunobiológicos são produtos farmacológicos produzidos a partir de micro-organismos vivos, subprodutos ou componentes, capazes de imunizar de forma ativa ou passiva. São produtos termolábeis, sensíveis ao calor, ao frio e a luz. Assim, de forma a manter sua potência, devem ser armazenados, transportados, organizados, monitorados, distribuídos e administrados adequadamente. As vacinas são conservadas nos diversos níveis em temperaturas específicas levando em conta a composição delas. Em nível nacional, alguns imunobiológicos são conservados em temperaturas negativas, já em nível local são refrigeradas entre +2°C a +8° C, em refrigeradores exclusivos. A manutenção da integridade da RF, através do processo de armazenamento, conservação, distribuição, transporte e manuseio dos imunobiológicos utilizados nos Programas de Imunizações, é um desafio que demanda a completa integração entre os diversos níveis, exigindo compromisso e responsabilidade do Ministério da Saúde e das equipes dos serviços de imunizações (BRASIL, 2013). Partindo do exposto surgiu o seguinte questionamento: Qual a atuação do enfermeiro na ESF para que seja feito o controle dos imunobilógicos? Objetivou-se realizar uma revisão de literatura acerca da atuação do enfermeiro na ESF no controle de imunobiológicos.

**MATERIAIS E MÉTODO:** Constitui de uma revisão literária com base exploratória, realizada entre os meses de março e abril de dois mil e dezesseis. Onde foram selecionados dez artigos e uma cartilha do Ministério da Saúde para a análise e construção deste trabalho, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado há no mínimo cinco anos, apresentar linguagem clara, ser objetivo e fazer uso da temática pré-estabelecida para a construção deste resumo estendido.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A conservação das vacinas nas diversas instâncias da RF prevê o tempo de armazenamento e temperatura, variáveis determinantes para a promoção de operações seguras na cadeia de frio. Conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotadas pelo PNI, a relação entre as variáveis considera os processos da cadeia de frio, o volume e as atribuições das instâncias da Rede. Neste sentido, o planejamento dos processos de armazenamento e distribuição devem quantificar a necessidade e os tipos de vacina, e o período adequado ao armazenamento à determinada temperatura, garantindo infraestrutura e a continuidade das atividades. Equipamentos de refrigeração indevidamente mantidos ou desatualizados, falta de controle da temperatura e pouca compreensão dos danos causados pelas variações de temperatura contribuem para a fragilidade da manutenção da RF. Desta forma se torna indiscutível a importância do controle e manutenção da RF pela equipe de saúde para manter a segurança e a eficácia das vacinas (ARANDA; MORAES, 2012). O PNI, atualmente, disponibiliza 42 imunobiológicos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas, conforme disponível no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (Sies/SVS). Os imunobiológicos requerem condições de armazenamento especificadas pelos laboratórios produtores, segundo suas respectivas composições e formas farmacêuticas. Os laboratórios padronizam também a apresentação, podendo haver vacinas em frascos multidoses ou unidose. Na apresentação multidose deve ser observada a validade da vacina após abertura do frasco, em conformidade com as orientações contidas na bula do fabricante e nas notas técnicas do PNI (BRASIL, 2013). Os enfermeiros devem atuar nos cuidados com os imunobiológicos constantemente, seguindo sempre o que preconiza o PNI, através do Manual da RF. O refrigerador deve ser organizado da sempre da seguinte maneira: colocar gelo reciclável no congelador; na primeira prateleira devem ser colocadas as vacinas que podem ser congeladas, como os imunobiológicos contra a poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola (triviral) e anti-amarílica (FA); na segunda prateleira vacinas que não podem ser congeladas, como os imunobiológicos dupla adulto (dT), tríplice bacteriana (DPT), tetravalente, BCG, anti-hepatite B; na terceira prateleira, podem ser colocados soros e caixas com vacinas bacterianas; colocar o termômetro de máxima e mínima na posição vertical, no centro da segunda prateleira; retirar a gaveta de legumes e no local dela colocar garrafas de água colorida, que ajudam a manter a temperatura no interior do refrigerador. Além da organização do refrigerador, outros cuidados básicos também devem ser observados, como: fazer a leitura do termômetro interno do refrigerador no início e final da jornada e registrar no mapa de temperatura; usar tomada exclusiva para o refrigerador; instalar o refrigerador fora de fontes de calor e distante 20 cm da parede; o refrigerador deve ser exclusivo para o armazenamento



dos imunobiológicos; não armazenar qualquer produto na porta do refrigerador; fazer o degelo a cada 15 dias ou sempre que necessário; manter a porta da geladeira vedada adequadamente; manter a gaveta de legumes sem tampa e preenchê-la com um número suficiente de garrafas com água e corante (BRASIL, 2013).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A qualidade da manutenção da RF depende de um profissional informado, orientado, capacitado e comprometido com o serviço, fator predominante para a qualidade dos imunobiológicos disponibilizados à população. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem sempre seguir as recomendações previstas no Manual de RF para atuarem em conformidade com a prática de conservação de vacinas na ESF e nos postos de vacinação, tendo desta forma um controle dos imunobiológicos e fazendo com que não haja deficiências que possam interferir na efetividade do PNI. Dessa forma, é necessária a educação permanente na formação dos enfermeiros responsáveis pela imunização, bem como construir novos conhecimentos sobre a RF. Cabe ao enfermeiro responsável pela RF de sua competência identificar e reconhecer a relevância da implementação e do estabelecimento de normas técnico-administrativas adequadas aos parâmetros locais, visando ao correto desempenho das atividades na sua área de competência, com vistas a promover a qualidade e a segurança no armazenamento, manuseio e distribuição dos imunobiológicos.

**DESCRITORES:** Rede de Frio. Imunobiológicos. Saúde Coletiva.

#### **REFERÊNCIAS:**

ARANDA C.M.S.S, MORAES J.C. Rede de frio para a conservação de vacinas em Unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol. 9: 172-85. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

TEIXEIRA, A.D.; PALLU, C.M. **Sistema de refrigeração para condensação de vapor d'água na torre de destilação a vácuo da Repar.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2004.

---

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA MÃE DO RECÉM-NASCIDO (RN) PREMATURO**

Kalinne dos Santos Alves de Luna Vêras  
Francisca Eulidivania de Farias Camboin  
Priscilla Ewelly Torres de Almeida  
Rayssa Ancley de Oliveira Farias Mestre  
Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues

**INTRODUÇÃO:** Os cuidados de Enfermagem na atenção a Mãe de RN prematuro se faz necessário pois muitas mães desconhecem o seu papel fundamental. É considerado recém-nascido prematuro ou pré-termo aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, o risco de mortalidade nestes casos é inversamente proporcional a idade gestacional e o peso de nascimento, podendo haver riscos com relação à adaptação à vida extra-uterina em virtude da maturidade dos órgãos e sistemas, estima-se que atualmente 75% das mortes neonatais estão relacionadas ao parto prematuro e aos seus agravos. A concepção de uma criança antes do término da gestação integra um problema para a própria criança, que será colocada numa situação para a qual ainda não está preparada, e estende-se à sua mãe, que pode também sofrer alguma complicação ou ainda a frustração e a culpa por não ter conseguido dar à luz a um filho 'normal'. Em conformidade com Dellaqua e Cardoso (2012) pode-se acrescentar que os fatores de risco relacionados aos partos prematuros são diversos, e incluem desde má formação no útero à diversas outras causas como alcoolismo, tabagismo, utilização de drogas, diabetes, e ainda por gestações precoces de adolescentes, ou tardias, em mulheres com mais de 37 anos. Graças a contribuição dos avanços científicos e tecnológicos que ganharam força nas últimas décadas, foi introduzida uma grande quantidade de melhorias na assistência à saúde obstétrica e neonatal, estas intervenções trouxeram benefícios para a sobrevivência de prematuros e para o seu consequente desenvolvimento. Pode-se destacar que o Brasil através das políticas governamentais tem se esforçado para atender a essa demanda, criando mecanismos que direcionam uma atenção especial às crianças prematuras e ainda programas que auxiliam suas famílias. Tendo em vista as vantagens percebidas através da relação mãe e filho, alguns hospitais já aderiram à permanência dos pais durante a hospitalização de seu bebê, essa questão é também garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que em seu artigo 12 destaca a permanência de um familiar por tempo integral durante o período em que a criança é hospitalizada (BRASIL, 1990). Vale ressaltar que se faz de extrema importância que a família, em especial a figura da mãe, esteja inteirada quanto aos cuidados necessários nessa fase de cuidados e atenção singular. Espera-se que a pesquisa tenha sua contribuição para o meio científico levantando questionamentos e reflexões acerca de cuidados que a mãe pode ter em relação ao RN prematuro, e favorecer o traçar de um plano de cuidado educativo visando o bem estar deste recém-nascido.

**OBJETIVO:** Avaliar os cuidados de Enfermagem á mães de RN prematuro.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no período de março à abril de 2016, a coleta de informações, dados, fatos e informações contidas na bibliografia selecionada. O levantamento foi realizado em bases de dados da literatura latino-americana, utilizando como palavras chaves os termos recém-nascido, prematuridade e enfermagem. Foram encontrados 25 artigos, dos quais 10 pertenciam a base de dados Lilacs e 15 pertenciam a Scielo . A partir daí foi feita uma leitura exploratória e seletiva, para

verificar se existiam, ou não, informações a respeito do tema proposto e coerentes com os objetivos do estudo. De acordo com esta Leitura, foram selecionados dezesseis artigos que abordavam o tema da pesquisa e que foram publicados entre os anos de 2010 a 2015.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Diferentes associações apresentam conceitos um pouco variados sobre a prematuridade. Para a Academia Americana de Pediatria define-se prematuro sendo todo recém-nascido (RN) com idade gestacional de até 37 semanas completas (37 semanas e 6 dias) a partir do primeiro dia do último período menstrual materno, já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como prematuro toda criança nascida antes de 37 semanas de gestação, portanto, pode-se considerar prematura toda criança que nascer com idade gestacional inferior a 38 semanas. Esse critério também tem sido utilizado por diversos serviços de Neonatologia (MARCONDES, 2010).A melhora nos cuidados propiciados a gestante e aos recém-nascidos de alto risco reduziu em muito a mortalidade de RNPT em praticamente todos os serviços do mundo. Assim, a sobrevida de prematuros, com pesos entre 1.250 e 1.500g está em redor de 90%. Observou-se aumento importante de sobrevida no grupo entre 750 e 1.000g, de aproximadamente 60%. Entretanto, o grupo com pesos abaixo de 750g ou 25 semanas de gestação, apresenta baixa sobrevida, de aproximadamente 20%. A mortalidade nesse grupo é de difícil redução, apesar das modernas técnicas empregadas em unidades de cuidados intensivos neonatais. Considera-se que a possibilidade de sobrevida é muito baixa se a gestação for inferior a 24 semanas e o peso de nascimento, menor do que 600g (TAMEZ, 2009).Entretanto, há que se considerar que os limites da viabilidade fetal mudaram nesta década, em 1992 foram publicados casos de prematuros que sobreviveram com pesos de nascimento de 390 a 280g na Califórnia (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2009).A atenção dos neonatologistas está voltada, para os cuidados com prematuros de muito baixo peso. Este grupo foi o que mais se beneficiou com as modernas técnicas de cuidados intensivos, e melhor conhecimento da fisiopatologia do RN. Não somente houve aumento da sobrevida, como diminuiu a incidência de seqüelas graves, resultantes da prematuridade (TAMEZ, 2009). Então cabe a equipe de enfermagem a orientar a mãe do recém nascido que ele possa a vir ter algum tipo de desequilíbrio na temperatura em decorrência da imaturidade do seu sistema termo regulador, ou seja, que sempre tenha o cuidado em saber em lidar com essa situação mantendo assim o RN bem aquecido.Tendo em vista que o recém-nascido não tem sua termorregulação totalmente satisfatória, cabe a enfermagem orientar a mãe como proceder com esse cuidado de aquecimento, que é onde se faz importante sempre lembrar a ela que não deve deixar o RN descoberto, principalmente se

ela for residente de cidades frias, a criança que for exposta muito tempo ao frio pode acabar agravando o seu caso, ou seja, uma hipotermia que é quando sua temperatura corporal está abaixo do normal. Pode ocorrer também hipoglicemia á medida que a glicose é metabolizada em um esforço de atender ás demandas celulares de energia. Menos comumente a hipotermia causa alterações de coagulação (KENNER, 2011). Então aqui deve-se orientar a mãe para está sempre atenta no monitoramento da glicemia capilar desse RN, pois ela descontrolada pode acarretar problemas futuros e até mesmo graves para o recém-nascido. Em relação ao peso corporal, o metabolismo normal do RN é aproximadamente o dobro do metabolismo do adulto, o que também explica o fato do débito cardíaco e o volume-minuto respiratório serem duas vezes maiores no recém-nascido (GAYTON & HALL, 2008). Aqui o enfermeiro e toda a sua equipe deve se atentar na orientação a mãe que a criança vai ter suas necessidades diferentes, já que seu metabolismo é diferente, pois aqui o RN vai precisar de alimentação mais que o normal e suas eliminações estarão totalmente diferente e constantes, também deve saber que o débito cardíaco é diferente. Naqueles prematuros que necessitam de oxigenioterapia, há necessidade de aquecer e umidificar os gases para prevenir o resfriamento. Um outro meio de manter a temperatura corporal das crianças prematuras é através do colchão de água aquecida. Comparam o uso de colchão de água aquecida ao da incubadora convencional, em crianças prematuras, verificaram que o calor oferecido pelo colchão de água aquecida é equivalente ao da incubadora convencional, não havendo diferença significativa entre os dois grupos quanto à temperatura média corporal, ganho ponderal semanal e consumo de oxigênio. Como se observa esse é um método simples, barato e efetivo para ser utilizado com bebês que não estão recebendo cuidados intensivos, também, porque, as mães têm facilidade para manuseá-los (KENNER, 2011). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, as medidas relativas iniciam-se no momento em que a enfermeira de plantão é comunicada sobre a vinda de uma criança para a unidade de cuidados intensivos ou intermediários neonatais. A ela cabe a preparação do berço aquecido ou da incubadora, que têm servocontrole, e realização do pré-aquecimento dos equipamentos. Logo que o RNPT dá entrada no berçário, ele é colocado diretamente neste ambiente aquecido e, a partir de então, a enfermeira avalia suas condições clínicas e a necessidade da higiene corporal (SCOCHI, 2010). As rotinas de cuidado em uma unidade de internação neonatal podem representar um risco para o prematuro, com oscilações da temperatura corporal, dentre elas destaca-se a realização do exame físico, banho, transporte, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, merecendo atenção especial e monitoramento contínuo de sua funções vitais, durante a realização desses cuidados (SCOCHI, 2010).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Após revisão de todo referencial teórico, conclui-se que a termorregulação ineficaz pode ser influenciada pelas características anátomo-fisiológicas do recém-nascido, pelo ambiente e pelos cuidados inadequados, principalmente com a pele, assim elas potencializadas pela sobrecarga de trabalho e pelo desconhecimento dos riscos que algumas práticas e as condições do ambiente em UTIN podem acarretar no RN. Fato esse devido à má adaptação do RN ao ambiente sensorial. A enfermagem tem grande

responsabilidade na manutenção do ambiente termoneutro e deve estar atenta às práticas adotadas na UTIN, ajudando a reduzir a morbi-mortalidade dos recém-nascidos principalmente os prematuros. A complexidade desta clientela torna necessária à utilização de vários equipamentos, inclusive incubadoras, se manuseados sem conhecimento e cuidado expõem os recém-nascidos a estresse e variações de temperatura indesejáveis.

**Palavras- chaves: Recém Nascido; Prematuridade; Enfermagem**

## **REFERÊNCIAS**

**AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS** Standards and recommendations for hospital care of newborn infants

**BRASIL.** Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

**DELLAQUA, Denise Cordeiro, CARDOSO, Fabíola Schirr.** Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro extremo.

**KENNER C.** Enfermagem Neonatal; Ed. Reichmann & Affonso

**KENNER C.** Enfermagem Neonatal; Ed. Reichmann & Affonso;

**MARCONDES, M. B.** Pediatria Básica, Tomo I Pediatria Geral e Neonatal

**MORAIS E. N. & FILHO M. F.;** Medicina Materna e Perinatal;

**SCOCHI, C. G. S.** Termorregulação : Assistência hospitalar ao RNPT.

---

## **DENGUE:O OLHAR DA COMUNIDADE ACERCA DA PREVENÇÃO**

Henrique José Bandeira Formiga  
Ana Virgínia Gomes Barros  
Karine Lucena Alves  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** A dengue é uma arbovirose que constitui um grave problema de saúde pública. No Brasil o crescimento de casos é contínuo, com registro, na última década, de 700 mil casos notificados/ano, o que sintetiza a extensão do problema dessa infecção entre nós

(FIGUEIREDO, 2012).O principal vetor do vírus da dengue, o mosquito *Aedes aegypti*, vem eficientemente explorando o ambiente antrópico, onde encontra condições adequadas para sobrevivência de seus adultos e uma enorme variedade de *habitats* para suas formas imaturas, favorecendo o aumento da densidade e a dispersão ativa e passiva do vetor. A situação agrava-se pelas condições precárias de saneamento ambiental e pela utilização intensa de recipientes descartáveis e não biodegradáveis, como os de plástico e de vidro. Vale considerar ainda as alterações climáticas e os movimentos migratórios do homem, fornecendo condições ideais para o desenvolvimento do vetor e para a circulação viral em diversas áreas (HORTA et al, 2013).A propagação desses vírus foi e é muito facilitada pelo aumento dos tráfegos aéreos e terrestres, sendo rapidamente transportados de um continente a outro pelos portadores da infecção. Acredita-se que o processo de industrialização e a consequente urbanização favoreceram a expansão e o aparecimento de novos casos da doença (RODRIGUES, 2013).Considerando as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* em especial a dengue ser um grande problema de saúde pública e uma endemia existente na comunidade estudada, impulsionou a busca de alternativas para práticas de prevenção contra este vetor transmissor da dengue através de atividades educativas desenvolvidas nas escolas, na ESF Walter Ayres, rádio comunitária e visitas domiciliares as famílias conscientizando o público alvo sobre os riscos da proliferação do vetor. Diante do contexto, surgiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento e as práticas das famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família Walter Ayres acerca da prevenção do *Aedes Aegypti*? Esse estudo visa contribuir com a prevenção da dengue na comunidade em estudo que apresenta um alto índice de infestação predial e prevalência da doença. Acredita-se que na área de atuação das equipes de saúde da família é possível ocorrer intensificação na prevenção da dengue por parte da equipe e comunidade, mesmo que o índice de infestação esteja elevado e que tenham casos confirmados da doença, pois com a equipe trabalhando continuamente para a sensibilização da comunidade, as pessoas poderão se tornar os atores sociais, os multiplicadores de ações de prevenção e de ocorrência da doença e, assim, espera-se que adotem, cotidianamente, hábitos de promoção de saúde e exclusão da dengue. Objetivou-se verificar o conhecimento e as práticas das famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família Walter Ayres acerca da prevenção do *Aedes Aegypti*.

**METODOLOGIA:** Foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem quantitativa na Estratégia de Saúde da Família Walter Ayres no bairro Noé Trajano município de Patos-PB. A população foi composta por 743 famílias cadastradas na ESF em estudo e a amostra 89 participantes correspondendo a 12% da população. Foram incluídas na amostra as pessoas atendidas e cadastradas na ESF, que aceitarem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídos da pesquisa as pessoas que não residem no bairro Noé Trajano, menores de idade e não se dispuserem participar da pesquisa. Foi submetido a Plataforma Brasil tendo como instituição proponente Faculdades Integradas de Patos-FIP, sob o parecer CAAE n° 54911116.6.0000.5181. Utilizou-se um questionário para coleta de dados, contendo perguntas

objetivas, não indutivas. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva, sendo discutidos com base na literatura referente ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A amostra estudada foi de 89 indivíduos, com idades acima de 18 anos, entre 19 e 80 anos, sendo 70(78,6%) sexo feminino e 19(21,3%) sexo masculino. Em relação ao grau de instrução observou-se que a maioria dos sujeitos possui ensino médio completo 32 (36%). A renda familiar houve predominância um salário mínimo 46 (51,6%). As mulheres foram predominantes como entrevistadas no estudo, possivelmente, por ainda estarem voltadas às atividades do lar, pois segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2011), o sexo feminino ainda possui uma taxa de participação feminina no mercado formal inferior a dos homens, e desta forma, ainda estão voltadas para ocupação do lar. De acordo com a transmissão da dengue 59 (66,2%) relataram através da picada do mosquito, 58 (65%) possuem algum recipiente que acumule água em casa, com predominância de caixas d'água 36 (40,4%) e baldes 19 (21,3%). Em relação a reprodução do mosquito a maioria respondeu em água parada 76 (88,7%). Foi observado também que as informações sobre a dengue são disseminadas através da televisão 76 (87,3%). Para Silva et al (2016) o padrão de transmissão da dengue é somente através da picada de mosquitos fêmeas, que, após a alimentação com sangue contaminado, transmite o vírus para um hospedeiro suscetível próximo. Quando o mosquito alimenta-se de um homem saudável o ciclo está fechado, homem - *Aedes aegypti* –homem. Ainda de acordo com o autor *Aedes aegypti* usa recipientes naturais ou artificiais com água limpa (pneus, latas, tanques, barris, vasos de plantas aquáticos, etc) para colocar seus ovos. Tem um habitat doméstico e peri-doméstico e depositam seus ovos em um curto raio de sítios de oviposição (100 a 200m), favorecendo o desenvolvimento de formas imaturas e em seguida, apresentando uma condição ecológica que torna esta espécie predominantemente urbanas. A comunicação compreende as estratégias de ocupação dos espaços de mídia comercial, estatal e alternativa (como rádios comunitárias), bem como a produção de material de acordo com o conhecimento, a linguagem e a realidade regionais. Essas ações devem ser articuladas com as estratégias de mobilização, garantindo a participação de todos os envolvidos na elaboração desses materiais. Na pesquisa de Santos (2014) a população estudada reconheceu a televisão como principal meio do qual recebeu informações, sabe-se que nessa dinâmica as ações educativas são reforçadas e condicionadas à limitação e ao individualismo, em detrimento do coletivo e do estímulo à mobilização social, como instrumento transformador da realidade. O que se evidencia é o reducionismo e não a ampliação de espaços de discussão que permitam a aplicação das práticas e conceitos na realidade dos sujeitos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Constatou-se, portanto, pela vivência e aplicação da pesquisa, que a dengue continua sendo um relevante problema de saúde pública no Brasil, pois mesmo em nossa sociedade moderna, com todo avanço tecnológico e científico, ainda nos deparamos com epidemias com altas taxas de ataque e uma elevada letalidade pela doença. Nesse

cenário, o vetor convive entre as populações urbanas e o risco iminente de adoecimento é frequente, com as medidas de prevenção se traduzindo em instrumento fundamental para minimizar a proliferação da doença. Com os resultados do presente estudo, defende-se que a mobilização da comunidade deve acontecer de forma coletiva, que as ações individuais devem interferir de forma micro nos domicílios, mas necessitam extrapolar este espaço, a fim de estimular ações de forma macro nos territórios, bairros e cidades, e que as equipes de profissionais da saúde que atuam nestes locais envolvam, os indivíduos para que se sensibilizem, se percebam co-responsáveis pelo seu adoecimento e, com isso, construam/experimentem espaços dialógicos que possam culminar em planejamento de ações educativas de prevenção à dengue, que valorizem os hábitos cotidianos das pessoas e coletividade, e assim, tornem-se protagonistas conscientes dos seus direitos e deveres e se mobilizem para melhorar o ambiente que vivem.

**Palavras-chave:** COMUNIDADE. DENGUE. PREVENÇÃO

## **REFERÊNCIAS**

FIGUEIREDO, L.T.M. Dengue in Brazil. *Dengue no Brasil*. 2012; 45(3):285.

HORTA et al. Os efeitos do crescimento urbano sobre a dengue. *Rev Bras Promoc Saude*, Fortaleza, 26(4): 539-547, out./dez., 2013.

IPEA, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA et al. **Retrato das desigualdades**- de gênero e raça. 4. ed. Brasília: Ipea, 2011. 39p.

RODRIGUES.M.M. **Abundâncias de Aedes aegypti e outros culicídeos adultos, em área urbana de município endêmico de dengue, São Sebastião, litoral norte do Estado de São Paulo, Brasil**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2013.

SANTOS. I.M. **Avaliação das ações de controle da dengue em Itabuna/BA sob a ótica da população**. Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.



SILVA. F.D. SANTOS.A.M.CORREA.R.G.C.F.CALDAS.A.J.M. Temporal relationship between rainfall, temperature and occurrence of dengue cases in São Luís, Maranhão, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.21 no.2 Rio de Janeiro Fev. 2016. Disponível em [:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200641&lng=pt&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200641&lng=pt&tlng=en). Acesso em 10 de abril de 2016.

---

## CUIDADOS PREVENTIVOS REALIZADOS PELAS GESTANTES CONTRA A DENGUE

Andressa Montenegro da Silva  
Ana Flávia Laurindo de Souza Dantas  
Francisca Lima Santos  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** A ocorrência da dengue é mundial, onde é transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*, uma arbovirose, que se desenvolve geralmente em países tropicais nos quais as condições ambientais favorecem seu aparecimento como altas temperaturas, períodos chuvosos e alta umidade relativa do ar desencadeando sua proliferação. Apesar de as implicações da dengue na evolução da gravidez terem sido pouco estudadas, alguns fatores, descritos por alguns estudos, têm contribuído para a identificação de desfechos adversos ocorridos na saúde das gestantes e dos conceptos. O próprio estado de relativa imunossupressão materna, o que é fisiológico da gestação, poderia determinar o desencadeamento de infecções mais graves nas gestantes e também maior susceptibilidade fetal à infecção congênita (MOTA et al, 2012). Algumas manifestações clínicas da dengue, como, principalmente, a trombocitopenia, o aumento da permeabilidade vascular e os distúrbios da coagulação, poderiam trazer sérias consequências para a gestante e para o concepto. Adicionalmente, o período gestacional em que a infecção ocorre também poderia ter influência sobre o desfecho observado. Portanto, alguns desfechos adversos parecem estar associados com a exposição viral (POULIT et al, 2010). Considerando as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* em especial a dengue ser um grande problema de saúde pública e uma endemia existente na comunidade estudada, impulsionou a busca de alternativas para práticas de prevenção contra este vetor transmissor da dengue através de atividades educativas desenvolvidas nas na ESF Walter Ayres conscientizando as gestantes sobre os riscos da proliferação do vetor. Diante do contexto, surgiu o seguinte questionamento: Quais os cuidados preventivos realizados pelas gestantes contra a dengue. Frente a estes aspectos devem-se desenvolver estudos no território de atuação da equipe de saúde da família, visando contribuir com a prevenção da dengue na comunidade em estudo que apresenta um alto índice de infestação predial e prevalência da doença. Acredita-se que na área de atuação das equipes de saúde da família é possível ocorrer intensificação na prevenção da dengue por parte da equipe e comunidade, mesmo que o índice de infestação esteja elevado e que tenham casos confirmados da doença, pois com a equipe trabalhando continuamente

para a sensibilização da comunidade, as pessoas poderão se tornar os atores sociais, os multiplicadores de ações de prevenção e de ocorrência da doença e, assim, espera-se que adotem, cotidianamente, hábitos de promoção de saúde e exclusão da dengue. Esta pesquisa teve como objetivo identificar os cuidados preventivos utilizados pelas gestantes cadastradas na ESF Walter Ayres contra a dengue.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem quantitativa, com 26 gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família Walter Ayres no município de Patos-PB. Foram incluídas na pesquisa as gestantes cadastradas na ESF, que aceitarem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foi submetido a Plataforma Brasil tendo como instituição proponente Faculdades Integradas de Patos-FIP, sob o parecer CAAE n° 54911116.6.0000.5181. Foram excluídas da pesquisa as gestantes que não são cadastradas na ESF, e não se dispuseram participar da pesquisa. O instrumento para coleta de dados será um questionário, contendo perguntas objetivas, não indutivas. Os dados foram coletados no mês de fevereiro e março de 2016. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva, sendo discutidos com base na literatura referente ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foi verificado de acordo com os resultados que a faixa etária das gestantes mais prevalente foi de 26 a 35 anos (42,3%), a maioria possui ensino médio completo (46,1%), a renda familiar maior que um salário mínimo (61,5%), a profissão mais comum foi do lar (30,7%), estado civil a maior parte é casada (65,3%).

No estudo de Mota et al (2012) encontrou uma forte correlação linear positiva entre as medianas das taxas de incidência de dengue em mulheres de 15 a 39 anos e as medianas das taxas de mortalidade materna em municípios da Região Sudeste. Esse resultado indica que, no nível ecológico, o aumento de ambas as variáveis apresenta a mesma direcionalidade nos municípios correspondentes. O grau de escolaridade é considerado um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos (IBGE, 2010). Observamos que 61,5% das gestantes tiveram alguma virose em decorrência do *Aedes Aegypti* antes de engravidar, 81% das entrevistadas conhecem os riscos de uma gestante infectada pelo vetor, a maioria faz uso de repelente como método preventivo contra o *Aedes Aegypti*, 69,2% a gravidez foi planejada, 88,4% ouviram falar sobre o *Aedes Aegypti* na televisão. Ao constatar que a população reconheceu a televisão como principal meio pelo qual recebeu informações, sabe-se que nessa dinâmica as ações educativas são reforçadas e condicionadas à limitação e ao individualismo, em detrimento do coletivo e do estímulo à

mobilização social, como instrumento transformador da realidade. O que se evidencia é o reducionismo e não a ampliação de espaços de discussão que permitam a aplicação das práticas e conceitos na realidade dos sujeitos. Em geral, a estratégia utilizada pelos culicídeos para encontrar as fontes sanguíneas corresponde ao rastreamento ativo, combinado com a espera em locais frequentados pelos hospedeiros (RODRIGUES, 2013). A dengue durante a gestação também tem sido apontada como possível causa de óbito fetal/perinatal, principalmente na vigência de doença grave e/ou da ocorrência da infecção no primeiro trimestre da gestação. A patogênese que leva ao óbito fetal/perinatal é desconhecida. Acredita-se que o aumento da permeabilidade vascular, com o consequente extravasamento plasmático ocorrido na FHD, possa comprometer a circulação feto-placentária e resultar em óbito fetal. Basurko et al. (2009), na Guiana Francesa, estudaram uma série de 53 gestantes expostas ao vírus da dengue durante a gravidez e relataram cinco casos de óbito fetal/perinatal. Em uma série de 26 grávidas hospitalizadas com dengue no Sri Lanka, Waduge et al (2006) observaram um aborto concomitante com os sintomas agudos da dengue; neste caso, a mulher desenvolveu FHD no primeiro trimestre de gestação. Na Malásia, foi descrita a ocorrência de um óbito fetal possivelmente em virtude de FHD durante a gravidez (ISMAIL et al, 2006). Em 2016, foram registrados 170.103 casos prováveis de dengue no país até a Semana Epidemiológica (SE) 5 (3/1/2015 a 6/2/2016). Nesse período, a região Sudeste registrou o maior número de casos prováveis (96.664 casos; 56,8%) em relação ao total do país, seguida das regiões Nordeste (25.636 casos; 15,1%), Centro-Oeste (25.246 casos; 14,8%), Sul (13.522 casos; 7,9%) e Norte (9.035 casos; 5,3%). Foram descartados 19.249 casos suspeitos de dengue no período (BRASIL, 2016). Segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as estratégias de controle da dengue devem ser pensadas e executadas com base nas realidades dos territórios e as ações de vigilância ao vetor nos domicílios devem ser integradas com uma perspectiva de educação e promoção em saúde. Uma forma de alcançar esse objetivo é a integração da vigilância ambiental ao vetor e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em termos operacionais, esta medida visa diminuir o índice de pendências nos domicílios visitados e reduzir o incômodo da sobreposição de visitas às famílias por diferentes equipes e serviços. Por outro lado, visa ampliar e integrar a perspectiva de educação e promoção à saúde com a vigilância ambiental e vice e versa (LIBANIO, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Constatou-se, portanto, com a pesquisa, que as viroses em decorrência do *Aedes aegypti* em especial a dengue continua sendo um relevante problema de saúde pública no Brasil, pois mesmo em nossa sociedade moderna, com todo avanço tecnológico e científico, ainda nos deparamos com epidemias com altas taxas de ataque e uma elevada letalidade pela doença. Nesse cenário, o vetor convive entre as populações urbanas e o risco iminente de adoecimento é frequente, com as medidas de prevenção se traduzindo em instrumento fundamental para minimizar a proliferação da doença. As viroses provocadas pelo *Aedes Aegypti* durante a gestação deve ser considerada relevante. Esta condição pode determinar maior gravidade e susceptibilidade fetal a infecção congênita durante a fase de

desenvolvimento. Apesar da vulnerabilidade das gestantes, poucos estudos analíticos dedicaram-se a avaliar os impactos dos efeitos da doença durante a gestação. Desta maneira, permanece a identificação dos possíveis desfechos associados àquela exposição ainda relativamente obscura para o conceito e a gestante.

**Palavras-chave:** CUIDADOS.DENGUE.GESTANTE

## REFERÊNCIAS

BASURKO C, CARLES G, YOUSSEF M, GUINDI W.E. Maternal and fetal consequences of dengue fever during pregnancy. **Eur J ObstetGynecol Reprod Biol** 2009; 147:29-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. V. 47. N. 8. 2016. Disponível em: [portalsaude.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br). Acesso em 07 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº- 1.007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, seção 1, p. 36, Brasília, 2010.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORAFIA E ESTATISTICA -. **Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**, Rio de Janeiro, n. 27, 2010.

ISMAIL N.A, KAMPAN N, MAHDY Z.A, JAMIL M.A, RAZI Z.R. Dengue in pregnancy. **Southeast Asian J Trop Med PublicHealth**. 2006; 37:681-3.

LIBANIO, K.R. **A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do**

**município de Pirai- RJ**, 2011. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

MOTA et al. Mortalidade materna e incidência de dengue na Região Sudeste do Brasil: estudo ecológico no período 2001-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(6):1057-1066, jun, 2012.

POULIOT SH, XIONG X, HARVILLE E, PAZ-SOLDAN V, TOMASHEK KM, BREART G, et al. Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review. **ObstetGynecolSurv** 2010; 65:107-18.

RODRIGUES. M. M. **Abundâncias de *Aedes aegypti* e outros culicídeos adultos, em área urbana de município endêmico de dengue, São Sebastião, Litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2013.

SANTOS.I.M. **Avaliação das ações de controle da dengue em Itabuna/BA sob a ótica da população.** (Dissertação) Universidade de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação.2014.

WADUGE R, MALAVIGE GN, PRADEEPAN M, WIJEYARATNECN, FERNANDO S, SENEVIRATNE SL. Dengue infections during pregnancy: a case series from Sri Lanka and review of the literature. **J Clin Virol** 2006; 37:27-33.

---

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DIABETES**

Allissa Mendonça Freitas  
Mônica Gleícia dos Santos Alexandre  
Núbia Nataly dos Santos Alexandre  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, que atinge a população em grande escala, pessoas em qualquer idade ou classe social, que pode trazer consequências irreversíveis dependendo do estágio da doença. O DM é caracterizado pela deficiência na produção de insulina ou na ação da insulina. A prevalência do DM atualmente atinge grandes proporções onde traz custos econômicos e sociais. As estimativas

da OMS (Organização Mundial de saúde) é que em 2025 atinja o número de 350 milhões de portadores de DM no mundo (ARAÚJO et al., 2010). O sistema de saúde brasileiro vem dando ênfase a pessoas portadoras do DM e a pessoas que ainda não adquiriram a doença e podem preveni-la. Na atenção primária a enfermagem tem realizado um trabalho de prevenção e promoção à saúde com o intuito de diminuir o índice de pessoas portados da DM. Essa doença é uma das maiores preocupações na atualidade pelo alto índice de complicações, mortalidade e custos para os cofres públicos gerados pelo seu tratamento (OLIVEIRA et al., 2014). O tratamento correto e o conhecimento sobre as causas do DM aumentam a expectativa de vida e a sobrevida dos portadores dessa doença (TEIXEIRA et al., 2011). O enfermeiro é o profissional que está em contato constante com o paciente, com isso, o paciente confia nesse profissional onde ele tem a responsabilidade de explicar ao portador dessa patologia como ele deve se adaptar a rotina diária para uma melhor qualidade de vida. O tratamento do DM não é realizado só com medicamentos, mas também com mudanças nos hábitos de vida, como por exemplo, alimentação e exercícios físicos. O enfermeiro faz um papel essencial na prestação de cuidados á portadores dessa patologia, porque é ele quem desenvolve ações educativas com a intenção de sensibilizar o portador de DM, sua família e a população sobre a doença (MASCARENHAS et al., 2011). O estudo buscou descrever os cuidados de enfermagem ao portador do diabetes melitus.

**MATERIAIS E MÉTODO:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - ScientificElectronic Library Online, no período de fevereiro e maio de 2015. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados da enfermagem; Diabetes Mellitus; Qualidade de vida. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Diabetes Melitus. Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Diabetes é uma doença crônica, autoimune, que se caracteriza pela deficiência na produção ou na secreção de insulina. Pode ser ocasionada por muitos fatores como a hereditariedade, má alimentação, sedentarismo, obesidade e pode desencadear várias complicações, como também a falência ou a disfunção de vários outros órgãos. No mundo, o número de mortes anual devido à doença é em cerca de 4 milhões, o que engloba 9% do total do número de mortes no mundo, já no Brasil, a prevalência dessa patologia chega a 7,6% na população urbana entre 30-69 anos de idade, atingindo todas as regiões do país, independentemente do clima do local, do sexo, da etnia, dos hábitos alimentares ou do nível socioeconômico das pessoas; a taxa de mortalidade no ano de 2010 foi de 4,67%, e, essa doença representou acima de 60% da internações hospitalares devido a

doenças endócrinas e metabólicas, e, conseqüentemente, um gasto anual superior a R\$ 5 bilhões em serviços hospitalares (SCAIN et al., 2013). Um dos principais cuidados da enfermagem é a orientação ao paciente portador do DM, a família e a comunidade. É imprescindível que o enfermeiro oriente o portador as adequações de vida que ele terá que fazer para uma boa melhor qualidade de vida, como por exemplo, uso de medicamentos (conforme prescrição médica), alimentação saudável, realização de atividades físicas, etc. Junto com as orientações, o enfermeiro deverá prestar assistência ao portador dessa patologia. Essa assistência deve ser humanizada e assistencial vendo o paciente de maneira holística. O enfermeiro deve esclarecer qualquer dúvida que venha aparecer ao portador de diabetes quanto as dúvidas dos familiares. Em alguns casos apareceram complicações ocasionadas pela DM como amputações de membros, que comprometerão a qualidade de vida desse cliente. Essas complicações surgem através de tratamentos mal realizados por meio do paciente ou até por meio de profissionais mal qualificados. Por isso, a assistência de enfermagem deve ajudar a diminuir consideravelmente essas complicações que surgem durante a vida do portador de DM.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com o constante crescimento do índice de portadores de DM isso se tornou um problema de saúde pública. O enfermeiro está diretamente responsável pela prevenção e recuperação da saúde da comunidade. Ele deve orientar a população quanto aos riscos de adquirir essa doença e realizar assistência àqueles que já possuem essa patologia. É extremamente importante que o paciente seja sensibilizado quanto às mudanças que ele deverá ter na sua vida pra adquirir melhor qualidade de vida. Essas orientações devem ser passadas não só para o cliente, mas também para sua família que também contribuirá no seu tratamento. Os portadores de DM têm uma vida de restrições como em qualquer outra patologia, é ai onde o enfermeiro leva assistência e orientação a esse paciente ajudando-o a viver melhor. O enfermeiro deve estar ciente das suas obrigações e capacitado para prestar assistência ao paciente portador de diabetes. Com isso, acredita-se que esse trabalho contribuirá de forma positiva para o aprimoramento dos acadêmicos e enfermeiros, já que se pode verificar que a assistência de enfermagem é indispensável a um portador de DM, e podemos enumerar algumas dificuldades que os profissionais encontram para prestar assistência e sensibilizar a comunidade quanto o perigo dessa patologia, com o objetivo de diminuir o alto índice de portadores do DM.

**DESCRITORES:** Cuidados da enfermagem; Diabetes Mellitus; Qualidade de vida.

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, abr-jun; 14 (2): 361-367, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/20.pdf>> Acesso em: Fevereiro, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília- DF, n. 36, 1-160, 2013. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: Março de 2015.

MASCARENHAS et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jan-fev; 64(1): 203-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a31.pdf>> Acesso em: Fevereiro, 2015.

OLIVEIRA et al. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. **Acta Paul Enferm.**; 27(6):520-5, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0520.pdf>> Acesso em: Fevereiro, 2015.

SCAIN et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm**; 34(2):14-20, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a02.pdf>> Acesso em: Fevereiro, 2015.

TEIXEIRA et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**; 45(1):173-9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/24.pdf>> Acesso em: Fevereiro, 2015.

---

## DESAFIOS EMERGENTES PARA O BRASIL FRENTE A CHIKUNGUNYA E ZICA VÍRUS

Geórgia Cristina dos Santos Dantas  
Tacyane Fabíola Dantas Caldas  
Renata Santos Carvalho  
Moniza Karlla Silva Cavalcante  
Denisy Dantas Melquíades

**INTRODUÇÃO:** Desde o segundo semestre de 2014, um surto de duas viroses foram registradas inicialmente no nordeste brasileiro. Até então, as manifestações clínicas dessas viroses não se enquadravam como doenças exantemáticas conhecidas. A região nordeste foi quem diagnosticou os primeiros casos, entretanto, apesar de ser uma área endêmica para o vírus da dengue, os exames sorológicos feitos foram negativos (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015). A partir daí, iniciaram-se estudos específicos e diagnosticaram o Zica Vírus e a





**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, efetuada através das bases de dados SCIELO, LILACS e BIREME. Foram utilizados artigos dos últimos 3 anos. A coleta dos dados foi feita durante o mês de março de 2016, depois de analisados de acordo com a literatura pertinente, iniciou-se o processo de escrita. Foram excluídos artigos do ano de 2013 abaixo e foram incluídos artigos a partir do ano de 2014 com informações atualizadas sobre as doenças.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Ao se comparar Zika com a Chikungunya, ambas apresentam características que alongam-se a disseminação das doenças e fazem com que o que antes era uma possibilidade, hoje é uma epidemia confirmada. Por essa razão, podemos afirmar que o Brasil passa por um momento de grande desafio na saúde quando relacionado a estas duas viroses, do ponto de vista da saúde pública, a admissão da circulação viral é mais ampla do que a admissão de ocorrência de casos isolados. Testes sorológicos específicos para o Zika e Chikungunya ainda estão sendo desenvolvidos. Apesar da existência de testes diagnósticos, seu uso ainda é bastante restrito por não haver kits comerciais disponíveis no mercado. Portanto, o diagnóstico é limitado às instituições governamentais ligadas à vigilância em saúde, ou instituições de ensino e investigação (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015). Além disso, outro desafio é o auto custo dos testes sorológicos que custam em média 900,00 reais, trazendo prejuízo ao governo e é de difícil acesso a população tanto pelo preço alto quanto por que nem todo hospital realiza este exame. Somente no mês de fevereiro de 2016 o ZIKV passou a ser de notificação compulsória no Brasil, onde até então somente a dengue e chikungunya eram de notificação obrigatória. A notificação compulsória ZIKV passou a ser obrigatória devido ao grande crescimento de microcefalia relacionado ao vírus, hoje qualquer caso de suspeita, confirmação ou agravo pelo ZIKV ou CHIKV devem ser notificadas de imediato. A partir destas fichas, o ministério da saúde fica em alerta sobre a disseminação das doenças no país e isso serve para tornar os estudos mais acelerados devido ao grau de necessidade da população. Para que ocorra um bom resultado em combate ao mosquito, deve ser adotadas medidas de prevenção visando o controle do vetor e medidas de proteção individual. Como a doença tem um enorme poder de disseminação e não possui medicamentos específicos, a vacinação torna-se como a estratégia mais efetiva na prevenção da população (OLIVEITA et al., 2014). Estudos sobre vacinas candidatas contra o CHIKV iniciaram em 1967, mas até o momento não se dispõe de uma vacina efetiva e licenciada. Para a ZIKAV também não existem vacinas nem medicamentos antivirais específicos, sendo o tratamento sintomático. O ministério da saúde, enfatiza a detecção inicial de casos em áreas endêmicas, aumento da facilidade do diagnóstico e qualificação da equipe de saúde através de treinamentos específicos. Para isto, é necessário que a coletividade acadêmica, unido com os serviços de saúde acompanhem a epidemiologia da doença, constatando os tipos de transmissão no país, a gravidade da doença e também colaborar com a proposição de medidas de enfrentamento deste grande desafio emergente (VASCONCELOS, 2015). De todos os artigos analisado, 60% apresentam a vacinação como principal forma de prevenção da doença, no entanto 20% destes apontam a educação em saúde continuada como forma eficaz do combate ao vetor, por outro lado, 10% fala que a criação de medicamentos de combate a doença deve ser uma medida que trará resultados, 10% garante que a equipe multidisciplinar de saúde precisa estar orientada e capacitada para cuidar, e tratar dos infectados de forma correta. A partir desse exposto, podemos afirmar que o Brasil vivencia um marco historio de epidemias na saúde, doenças até então pouco conhecidas, hoje viraram fonte de pesquisas diárias para cientistas do país e do mundo. Os casos de RN com microcefalias só crescem, e diariamente pessoas estão morrendo com casos confirmados de Chikungunya, um caos elevado pode ser visto em hospitais espalhados pelo Brasil. Sabe-se que o Ministério da

Saúde está mantendo a população informada, entretanto é preciso que os estudos sobre essas viroses sejam intensificados, não se pode deixar a população padecer por falta de um exame adequado, falta de informações, nem tão pouco, falta de conhecimento da equipe de saúde para orientar a população.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao final deste trabalho, podemos concluir que o ZIKV e CHIKV tem ganhado uma proporção mundial, entretanto o Brasil enfrenta um momento delicado devido essas epidemias, além de hospitais lotados com pessoas infectadas por este vírus, crianças nascem todos os dias com microcefalia, comprometendo sua sanidade mental e afetando o psicologicamente as famílias e isto não deixa de ser um desafio emergente para o país. Os estudos para o combate ao mosquito vem sendo feito, porém é necessário que as políticas públicas funcionem no seu contexto total, se faz necessário tornar de fácil acesso o exame sorológico, acelerar os testes de vacinas para a prevenção dessas viroses, e trabalhar incansavelmente na educação em saúde. Se faz necessário um treinamento para equipe de saúde para identificar precocemente os sinais e sintomas que são indicativos da evolução das doenças. É preciso que a educação médica esteja disponível continuamente para a população, pois sabemos que grande parte da população são atendidas por médicos generalistas em unidades de saúde lotada. Portanto, para o que o Brasil enfrente estes desafios, a população precisa estar disposta a combater o mosquito e o governo precisa investir sem lástima a fim de erradicar o *aedesaegypt*. Assim como conseguiram erradicar a varíola e a poliomielite com campanhas de vacinação, nestas doenças faladas ao longo do texto não podem ser diferentes, pessoas vem morrendo quase diariamente no país e crianças nascem frequentemente com má formação graças a este vírus. O Ministério da Saúde deve além de fazer seu trabalho de estudo, intensificar as campanhas de educação em saúde, muitas pessoas ainda não possuem moradia digna de habitação, nem qualidade de vida em boas condições, e são estas as mais susceptíveis e afetadas pelo vírus, por isso, estas devem servir de alvo inicial no combate as viroses.

**Descritores:** Aedes aegypti. Doenças virais. Infecções por alphavirus

#### **Referências:**

- DONALISIOI, M.R; FREITASII, A.R.R. **Chikungunya no Brasil: um desafio emergente.** REV BRAS EPIDEMIOL, v. 18, n. 1, p. 283-5, 2015.
- JUNIOR, V.P.L.; **ZikaVirus na boleia da globalização.** Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 4, n. 2, 2015.
- MUSSO, D; CAO, L.V.M; GUBLE, D.J. **Zika virus: following the path of dengue and chikungunya?** Lancet. 2015 Jul;386(990):243-4
- PINTO, V.L et al. Vírus Zika: Revisão para Clínicos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 28, n. 6, 2015.
- LUZ, K.G; SANTOS, G.I.V; VIEIRA, R.M. **Febre pelo vírus Zika.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 4, p. 785-788, 2015.
- OLIVEIRA, C. S. et al. **Chikungunyarisk for Brazil.** Revista de saude publica, v. 49, p. 58-58, 2014.
- TAUIL, P.L **Condições para a transmissão da febre do vírus chikungunya.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, n. 4, p. 773-774, 2014.
- VASCONCELOS, P.F.D. **Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas?** . Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 6, n. 2, p. 9-10, 2015.

ZANLUCA, C. *et al.* *First report of autochthonous transmission of zika virus in brazil.* *MemInstOswaldo Cruz.* 2015 jun;110(4):569-72

WEAVER, S.C. *Arrival of chikungunya virus in the new world: prospects for spread and impact on public health.* *PLoS neglected tropical diseases,* 2014; 8(6)

---

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA

Ana Karoliny Mendes Brito  
Flávia Maria Palmeira Nunes  
Ronivaldo Cordeiro de Moraes  
Ricardo Alexandre dos Santos  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** A esquizofrenia é uma doença crônica que afeta cerca de 1% da população mundial, atingindo em igual proporção homens e mulheres, de causa desconhecida, no entanto, sabe-se que a hereditariedade tem uma importância relativa para desencadear a doença (CUNHA, 2015). As manifestações esquizofrênicas são várias: em 1980 Crow, distinguiu 2 tipos de esquizofrenia: a esquizofrenia do tipo 1 com ocorrência de quadro agudo com predomínio de sintomas positivos como delírios e ideias fantasiosas de cunho religioso, místico ou grandioso, apresenta boa resposta a fármacos e, geralmente, distúrbios neuroquímicos. Já a esquizofrenia do tipo 2, apresenta estado crônico com predomínio de sintomas negativos, mais comuns na fase crônica, com complicações das funções mentais, como vontade e afetividade, resposta pobre aos medicamentos, déficit cognitivo e alterações neuroanatômicas. Além destes foram classificados os subtipos: simples, paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciada e residual, por atingir diferentes áreas do funcionamento psíquico: delírios, alucinações, ansiedade e desconfiança excessiva são alguns dos sintomas (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015). Durante o último século, vimos como o desenvolvimento de terapias, incluindo as farmacológicas (Antipsicóticos), contribuiu para a minimização de sintomas e estabilização de transtornos mentais de longa evolução, atualmente as atividades terapêuticas estão sendo implantadas para incentivar os portadores a participar da vida em comunidade de forma satisfatória. Utilizando os recursos sociais, de maneira que permitam ao sujeito ampliar sua capacidade de autonomia. Como exemplo, podemos mencionar as oficinas terapêuticas e de geração de renda, os centros de convivência, os projetos de economia solidária e inclusão laboral (WAGNER; BORBA; SILVA, 2015). Portanto, a família que acompanha este paciente também necessita de orientações e apoio emocional. Na intenção de solucionar este dilema vivido pelo paciente e família, os profissionais de enfermagem oferecem atenção especial utilizando a Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE), um instrumento composto de 5 etapas: levantamento de

dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento, envolvendo os resultados esperados e intervenções; implementação e avaliação. Tal instrumento permite ao enfermeiro adequar as ações às necessidades do paciente prestando uma assistência de qualidade. Outra ação de grande importância, neste sentido, é dar enfoque à família, mostrando que sua participação na vida do paciente trás benefícios psicossocioemocionais. A pesquisa teve como objetivo apresentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente portador de esquizofrenia.

**METODOLOGIA:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem. Saúde Mental. Humanização da Assistência. Como critério de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Cuidados de enfermagem ao portador de esquizofrenia. Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Assim, foram selecionados 03 artigos e 03 livros. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Após análise da literatura pertinente (CARPENITO-MOYET, 2009; NANDA, 2015) verificou-se os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para o portador de esquizofrenia, os quais compõem a prescrição de enfermagem, compatíveis com o diagnóstico médico abordado. Assim, a assistência pode ser planejada da seguinte forma: **Risco para violência, relacionada à história de atos agressivos e de pensamentos delirantes** – reconhecer os sentimentos do paciente; dizer a pessoa que a auxiliará a controlar o comportamento, não permitindo que ela faça nada destrutivo; estabelecer limites quando o indivíduo representar um risco para outros; encorajar o indivíduo a expressar a raiva e a hostilidade verbalmente em lugar de “representar”; incentivar às caminhadas ou os exercícios como atividades que dissipam a agressividade. **Ansiedade, relacionada à mudança real ou percebida no ambiente evidenciada por agitação** – proporcionar um ambiente quieto, sem estímulos e iluminação suave; usar frases curtas e simples, falar calmamente; instruir sobre o uso de técnicas de relaxamento, como a musicoterapia; consultar o médico sobre possível terapia farmacológica, se indicada; **Processos do pensamento perturbados relacionado à doença neurológica degenerativa evidenciado por alucinações e delírios** – abordar o paciente de maneira calma e carinhosa; observar os indícios verbais e não-verbais, como riso inapropriado, resposta verbal retardada, atividade motora aumentada, escárnio; ajudar o paciente a analisar as alucinações descrevendo-as detalhadamente; evitar confirmar ou aprovar a distorção da realidade; ensinar a pessoa a reaprender a concentrar a atenção em coisas e pessoas reais; remover os objetos que promovem ideias irreais desmontando-os, se possível, explicando o que eles são,

permitindo que a pessoa o examine, se desejar; **Confusão crônica, relacionada a distúrbios da integridade cerebral secundário à doença neurológica degenerativa evidenciada por perdas da afetividade ou personalidade** – adaptar a comunicação ao nível de capacidade da pessoa; usar frases simples e apresentar uma ideia de cada vez; usar o toque para obter a atenção ou para mostrar preocupação, exceto se provocar uma resposta negativa; manter um bom contato visual e uma expressão facial agradável; planejar e manter uma rotina coerente para o indivíduo e a família e desenvolver atividades terapêuticas estimulando o indivíduo a expressar suas preferências pessoais; **Distúrbio da identidade pessoal relacionado a ideias irreais evidenciado por delírios de grandeza** – Interagir com o paciente tratando-o de forma calorosa; explicar o processo de recomposição da própria imagem; proporcionar percepções honestas da realidade em volta dos sintomas e comportamentos. Diante das intervenções a serem realizadas nota-se a importância da atuação dos profissionais de enfermagem nas diversas situações apresentadas pelo portador de esquizofrenia, devendo esta assistência estender-se ao enfermeiro da atenção básica, com enfoque nas atividades terapêuticas.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observou-se a importância dos cuidados da equipe de enfermagem, bem como da prescrição da assistência pelo enfermeiro como atuante em saúde mental e na atenção básica à saúde, oferecendo subsídios para a reabilitação psicossocioemocional do portador de esquizofrenia, através de atividades terapêuticas que viabilizem estabelecer o comportamento de forma integral, permitindo melhor interação do paciente com a família e a comunidade em que vive.

**DESCRITORES:** Cuidados da Enfermagem. Esquizofrenia. Humanização da Assistência.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica** / Lynda Juall Carpenito-Moyet; tradução Regina Machado Garcez. - 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CUNHA, Mariana Gomes; et al. Papel do Estresse Oxidativo na Fisiopatologia da Esquizofrenia. **Revista Med. Minas Gerais**, v. 25, n. 5, p. 30-34,2015.

NARDI, A. E.; QUEVEDO, J; SILVA. A. G. DA. **Esquizofrenia Teoria e Clínica**. Editora, Artmed. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=RTYBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=tipos+de+esquizofrenia&ots=wZ9ZX>>

[NoPvG&sig=9x8UW9GnaeQI7zk4\\_cyjoRqrus#v=onepage&q=tipos%20de%20esquizofrenia&f=false](#)>. Acesso em: 15 de abril de 2016.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015-2017 / [NANDA Internacional]; organizadoras: T. Heather Heardman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2015.

WAGNER, Luciane Carniel; BORBA, Elton Corrêa; SILVA, Marilene Santos. Inclusão Ocupacional: Perspectiva de Pessoas Com Esquizofrenia. **Revista Psicologia em Estudo, Porto Alegre**, v. 20, n. 1, p. 83-94, jan./mar., 2015. Disponível em: [http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/25522/pdf\\_13](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/25522/pdf_13) Acesso em: abril de 2016.

---

## **DIABETES: INFLUENCIAS DA ENFERMAGEM NO COMBATE A UM MAL SILENCIOSO.**

Raiza Ferreira de Assis  
Everson Rener Marques dos Santos  
Sara da Nóbrega Cassiano  
Suênia Maria Silva de Medeiros  
Ana Paula Dantas

**INTRODUÇÃO:** O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que já existe a mais de três mil anos, detectada pelos egípcios que a descreviam por sucessivas excreções de urina ao longo do dia, na época o tratamento resumia-se baseado em consumir extratos de plantas. O termo “Diabetes” foi assim denominado pelo o médico grego Arateus da Capadócia no século II (SANTO, et al., 2012). O número de diabéticos está aumentando substancialmente em todo o mundo e este é um problema comum principalmente em países desenvolvidos (MONTEIRO, et al., 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2000 existiam aproximadamente 170 milhões de pessoas com diabetes e com essa evolução a estimativa para 2030 é que esse número chegue a 366 milhões de indivíduos diabéticos no todo mundo (MOREIRA, et al., 2010). O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), decorrentes de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A prevalência mundial do DM apresentou um aumento significativo nas últimas duas décadas e, como consequência, o aumento no número de indivíduos diabéticos, devido a fatores como: envelhecimento populacional, níveis crescentes de obesidade e sedentarismo. Existem tipos distintos de diabetes, causados por uma

complexa interação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. Neste contexto, “a desregulação metabólica associada ao diabetes pode gerar alterações fisiopatológicas secundárias em múltiplos sistemas orgânicos, impondo um enorme ‘fardo’ sobre o indivíduo com diabetes e o sistema de saúde”. Em pessoas portadoras deste distúrbio, por um período de tempo consideravelmente longo - em média dez anos, o DM pode causar inúmeras doenças crônicas. O DM não representa uma única patologia, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2007). Os fatores que contribuem para a hiperglicemia dependem da etiologia do DM e incluem redução da secreção de insulina, diminuição da utilização e/ou aumento da produção de glicose. Desta forma, pode-se inferir que o diabetes é classificado como tipos 1 e 2. O Tipo 1, também chamado insulino dependente, caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas com a consequente deficiência relativa ou absoluta de insulina. Além de fatores imunológicos, os fatores ambientais (como vírus e toxinas), e genéticos, têm sido considerados como desencadeadores do DM1. O Tipo 2, não insulino dependente, caracteriza-se por defeitos na ação da insulina (resistência à insulina) e na sua secreção. A maior parte das pessoas com essa forma de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade. O DM2 geralmente é diagnosticado após os 40 anos, porém pode ocorrer em qualquer idade. As manifestações clínicas mais frequentes e comuns a ambos são: poliúria, polidipsia, polifagia, fadiga, irritabilidade, feridas cutâneas que demoram a cicatrizar, turvação visual, formigamento nas mãos e nos pés e alterações visuais súbitas. Com relação ao tratamento deste distúrbio, pode-se dizer que a sua meta principal consiste em normalizar a atividade da insulina e os níveis sanguíneos de glicose, a fim de prevenir o desenvolvimento de complicações cardiovasculares e neuropáticas e os cinco componentes essenciais da terapêutica são: tratamento nutricional, exercícios físicos, monitorização, terapia farmacológica e educação. O enfermeiro tem papel essencial na prestação de cuidados a indivíduos com DM, principalmente por desenvolver atividades educativas, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, além de contribuir para a adesão destes ao tratamento (MASCARENHAS, et al., 2011). As ações educativas, desenvolvidas juntamente com o paciente, família e comunidade, têm um papel fundamental no controle dessa enfermidade, já que as complicações oriundas do diabetes estão diretamente relacionadas ao conhecimento para o autocuidado diário e ao estilo de vida saudável.

**OBJETIVO.** Ampliar o conhecimento acerca da temática abordada visando promover uma maior base científica para as práticas e cuidados da enfermagem frente ao paciente portador da doença.

**METODOLOGIA.** O estudo será do tipo bibliográfico, na qual o pesquisador tem “uma atitude uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta uma “carga histórica”reflete posições frente a realidade (MINAYO, 1994). Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2010 a 2016, em língua brasileira portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: os cuidados com o diabetes. Para tanto utilizou-se os seguintes descritores: Diabetes. Hipoglicemia. Obesidade.



Como critérios de exclusão considerou-se os artigos científicos cujo acesso ao conteúdo na íntegra se dá por meio de pagamento de taxa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica de revisão temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O hábito de consumo exagerado de alimentos industrializados, que em sua maioria são ricos em calorias e sódio, acompanhados de baixos níveis de vitaminas e minerais associados a um estilo de vida sedentário, causam sérios danos à saúde, acarretando assim em inúmeras doenças crônicas, dentre as quais se podem destacar a diabetes mellitus (DM). Todo paciente portador de diabetes vive em constante sofrimento, pois é condenado erroneamente a praticar abstinência de carboidratos, ou tudo aquilo que contenha glicose, seja que essa molécula promove uma enorme sensação de prazer e bem estar. Quando não controlada a alimentação, pode acarretar grandes prejuízos como: amputações, cegueira, problemas renais, vasculares, podendo levar o indivíduo a morte (TOLONI, et al., 2011). O diabetes melitos é um distúrbio crônico que afeta o metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas. Um aspecto característico do diabetes melitos é a hiperglicemia, que constitui um reflexo da deterioração na utilização dos carboidratos (glicose) em virtude de uma resposta defeituosa ou deficiente à secreção de insulina. Em consequência das complicações crônicas, os diabéticos apresentam, em comparação à população não diabética, elevada morbidade e mortalidade duas a três vezes maiores, com redução na expectativa de vida. Esta evolução indesejada pode ser amenizada com ações educativas voltadas para prevenção de agravos e manutenção da qualidade de vida (CHAVES, et al., 2013). Para o controle do diabetes os pacientes necessitam fazer a automonitorização domiciliar, o que significa mudança na sua rotina diária e para que haja um bom andamento nesse processo, a enfermagem deve ensinar as práticas de automonitorização da glicemia que é fundamental para fazer o controle de sua doença. Avaliamos que esta prática de orientação ao usuário realizada pela enfermagem é extremamente importante, pois esta monitorização está intimamente relacionada com o bem estar do paciente em decorrência da diabetes ser uma patologia crônica que precisa ser constantemente monitorada para prevenir possíveis agravos. Sabe-se que esta prática é essencial para dar direcionamento no tratamento, pois, de acordo com os valores obtidos, serão traçadas novas condutas a respeito de medicações, alimentação e atividades físicas. É através desses valores, que o enfermeiro avalia se o tratamento está surtindo efeito e se o paciente aderiu a ele. O autocuidado é uma prática em que o paciente adquire informações que o ajudarão a cuidar de sua saúde, ele ganha com isso uma maior autonomia sobre a sua saúde, pois, ao adquirir conhecimento, ele irá desenvolver atividades diárias que trarão benefícios a si próprio. Com atitudes simples como verificar os pés, cuidados com os ferimentos, reeducação alimentar, o mesmo evitará possíveis complicações a sua saúde. O paciente passa a ter uma constante autovigilância sobre o seu corpo e sua saúde (CHAVES, et al., 2013). Em 2003, foi implementada a consulta de enfermagem ao paciente diabético, numa abordagem psicossocial, levando em consideração uma atuação tentando alçá-la à abordagem da pessoa, suas interações consigo, com o outro, com o contexto, enfim, com tudo que está fora, porém não separado dela mesma, incluindo as expressões de saúde-doença. O paciente com diabetes tem uma percepção que a doença agora faz parte do seu mundo e necessita conhecer os controles necessários para manter uma boa

qualidade de vida, mas alguns relutam em abandonar hábitos adquiridos num passado sem a doença. No que tange à enfermagem, o enfermeiro deve ver o paciente de uma forma holística não apenas como uma pessoa que está doente, mas atentar como essa pessoa está reagindo e enfrentando essa patologia crônica com que terá que conviver no seu cotidiano. A enfermagem deve avaliar e dar suporte emocional a esse usuário, visto que para êxito no tratamento o paciente precisa estar com a diabetes controlada, necessita se sentir saudável e com uma boa qualidade de vida, longe de medos, mas esclarecido sobre sua patologia e como o mesmo pode ajudar no seu tratamento (CHAVES, et al., 2013).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tendo por base a definição de que a enfermagem é a arte ou ciência do cuidar, compreende-se que o papel do enfermeiro tem elevada importância no que tange o cuidado e tratamento do diabetes. As práticas educativas trazem como benefícios para o indivíduo com diabetes, além do controle metabólico, o suporte quanto aos aspectos psicológicos e relacionamento familiar. Já para o profissional de saúde, possibilita o entrelaçamento entre a teoria e a prática, com uma visão global do sujeito como portador de uma doença crônica, cidadão e ser humano (BORBA, et al., 2012). O enfermeiro deverá desempenhar com habilidade e competência suas funções promovendo a conscientização não somente do portador da doença mas também da família e da sociedade em que se enquadra o enfermo, visando a mudança de hábitos e estilo de vida, segundo a necessidade do mesmo, e o aumento dessa qualidade de vida na busca pelo conforto do doente reintegrando-o de melhor maneira possível aos grupos sociais em que outrora estava englobado. Logo, as ações de conscientização quando ao tratamento e controle da doença são cruciais para a permanência dos cuidados e controle dos níveis glicêmicos do doente e conseqüentemente dos riscos de agravos aos quais ele pode estar exposto.

#### **REFERÊNCIAS:**

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. **Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):169-76. Disponível em: <<http://scielo.com>> acesso em 13 de abril. 2016

CHAVES, Miriam de Oliveira et al. **Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2013 março-abril; 66(2): 215-21. Disponível em: <<http://scielo.com>> acesso em 13 de abril. 2016

FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; GARCIA, Leila Posenato. **Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 1, p. 07-19, mar. 2012. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000100002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100002>.

MASCARENHAS, Nildo Batista et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica.** Rev. bras. enferm., Brasília

, v. 64, n. 1, p. 203-208, Feb. 2011 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Abril. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100031>.

MUNHOZ, Mariane Pravatoet al. **Nutrição e Diabetes**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.2, p. 67-70, Julho/Dezembro, 2014. Disponível em: <<http://scielo.com>> acesso em 13 de abril. 2016.

---

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE AFOGAMENTO

Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza  
Brenda Raquel Cavalcanti Mamede Alves  
Gerlândia de Fátima Dantas Gomes  
Kézia Rodrigues Marcelino Soares  
Francisca Eulidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO** Alguns conceitos definem afogamento como dificuldade parcial ou total da troca gasosa pelos pulmões, acompanhada da entrada de líquido pelas vias aéreas da vítima, impossibilitando seu funcionamento respiratório normal e causando consequente debilidade vital (SANTOS et al., 2014). Além de oferecer lazer aos que o frequentam, o meio aquático é responsável por causar vítimas de incidentes graves, cujas ocorrências necessitam de atendimento de urgência, a fim de evitar maiores complicações e até mesmo garantir a sobrevivência das mesmas. Na grande maioria dos casos, o uso indevido e a displicência dos que estão envolvidos, são causas comuns para acidentes desta natureza, por este motivo, a prevenção é considerada um meio fundamental para reduzir o número de ocorrências. O socorro prestado à vítima no local do acidente deve ser terminantemente imediato e eficaz, o que exige conhecimento e execução de técnicas corretas, necessárias para um atendimento de qualidade, levando em consideração a disfunção fisiológica apresentada pelo paciente no momento (SZPILMAN, 2013). Existe, portanto, a necessidade de domínio dos procedimentos a serem realizados, para que haja consequentemente, a redução do número de óbitos causados pela submersão, onde a sobrevivência da vítima dependerá principalmente da rapidez e competência do atendimento (SANTOS et al., 2014). A partir das ideias ressaltadas, encontrou-se o seguinte questionamento: Qual o cuidado da enfermagem à vítima de afogamento? **Levando-se** em consideração as inúmeras ocorrências de casos de afogamento e as gravidades acarretadas por este, o tema a ser relatado é de suma importância para aprimorar os conhecimentos dos que já estão incluídos ou não na área da saúde, bem como sobrelevar a necessidade de evitar as incidências desse tipo de trauma. A pesquisa tem, portanto, como objetivo principal, descrever o cuidado da enfermagem à vítima de afogamento.

**MATERIAIS E MÉTODOS** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO – Scientific Electronic Library Online, nos meses de agosto a outubro de 2015. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem, afogamento e emergência. Como critérios de inclusão adotaram-se artigos publicados no período de 2012 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Cuidado de enfermagem à vítima de afogamento. Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Assim, foram selecionados 06 artigos. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO** Nos dias atuais, os casos de submersão representam grande causa de óbitos e internações hospitalares, consistindo em dados preocupantes para o sistema de saúde (PINHEIRO JÚNIOR; TABOSA; VIANA, 2012). O aumento da frequência de utilização do meio aquático para fins diversos acarretou no consequente aumento do número de vítimas por acidentes no Brasil (SZPILMAN, 2013). Semelhante aos outros tipos de trauma, o afogamento ocorre, na maioria das vezes, de forma repentina, principalmente quando envolve crianças, sendo uma das principais causas de morte nessa faixa etária, razão de forte impacto familiar e social (SZPILMAN et al., 2015). Estima-se que no verão, por ser um período comum de férias e veraneio e devido maior exposição das pessoas em busca de lazer e diversão em ambientes aquáticos, a frequência de ocorrências aumenta (SANTOS et al., 2014). O afogamento representa segunda maior causa de óbitos por acidente, estando abaixo apenas dos acidentes de trânsito, atingindo principalmente a população infanto-juvenil (MARTINS; MATOS, 2013). A aspiração de líquido nas vias aéreas presente no afogamento causará disfunção na troca de gases pelos pulmões da vítima, onde a redução de oxigênio no organismo acarretará sintomas como hipoxemia, parada cardiorrespiratória e acidose metabólica, além de outras complicações, podendo resultar em morte (SZPILMAN, 2013). É primordial a percepção das ações que devem ser realizadas durante um acidente por submersão, que vai desde a execução de medidas preventivas, o reconhecimento dos riscos oferecidos pelo ambiente, a assistência pré-hospitalar em atender a vítima e, por fim, a internação hospitalar, caso necessite. A princípio, deve-se interromper o processo de afogamento proporcionando flutuação à vítima com o propósito de retirá-la da água em segurança, o que dependerá da consciência da mesma. Em casos de inconsciência e ausência de ventilação, o enfermeiro deverá iniciar respiração boca a boca ainda dentro da água e compressões cardíacas quando a vítima for posta em terra, mantendo suas vias aéreas livres (SZPILMAN, 2015). A assistência médica e o encaminhamento do paciente para o hospital irá depender dos sintomas apresentados por ele no momento. Em casos de ausência de tosse,

hipotermia, dispneia, taquicardia, onde o paciente consegue deambular, poderá ser liberado sem maiores recomendações. Havendo presença de mal estar, tontura e pequenos traumas, deve-se liberar após observação médica e redução dos sintomas. O sistema ambulatorial e maiores intervenções deverão ser solicitados em casos onde a vítima não deambula, apresenta ausência de ventilação e dos batimentos cardíacos na ocorrência de agravos como epilepsia, intoxicação, infarto agudo do miocárdio e maiores traumas (SZPILMAN, 2013). Vítimas de afogamento necessitam de socorro imediato ainda no local do acidente, que deve ser realizado por profissionais eficientes que disponham de tais conhecimentos, para que não haja piores complicações, garantindo a sobrevivência e ausência de sequelas no afogado.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** Em virtude das graves disfunções que a vítima pode apresentar no afogamento, ações de pronto socorro ainda no local do acidente são relevantes para garantir a sobrevivência e a ausência de sequelas. Para isso, é necessário que as técnicas realizadas pelo profissional de enfermagem sejam executadas de forma segura e eficiente a fim de reduzir os níveis de morbimortalidade por incidentes de submersão. Dessa forma, foi possível constatar o afogamento como caso negligenciado, cujas principais soluções são medidas preventivas de controle, sendo fundamental a realização de cuidados para reduzir o número de ocorrências, tendo em vista que possuem custos mínimos e evitam maiores complicações.

**DESCRITORES:** Cuidados de Enfermagem. Afogamento. Emergência.

## REFERÊNCIAS

PINHEIRO JÚNIOR, M.L.; TABOSA, E.M.C.; VIANA, M.C.C. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes vítimas de afogamento no município de Fortaleza/CE. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis**. V. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/111/151>> acesso em: Ago. 2015.

MARTINS, C.B.G.; MATOS, K.F. Mortalidade por causas acidentais na população infanto-juvenil. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**. V. 27, n. 2, pág. 124-134, 2013. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8294/7156> acesso em: Out. 2015.

SANTOS, M. G., *et al.* Vítimas de incidente por submersão: perfil epidemiológico. **Cadernos de Graduação – Ciências biológicas e da saúde**. V. 2, n. 1, pág. 87-102, 2014.

Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1344/743>> acesso em: Ago. 2015.

SZPILMAN, D. Manual de Emergências Aquáticas. **Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático – SOBRASA**. 2013. Disponível em:

<[http://www.sobrasa.org/biblioteca/Manual\\_emerg\\_aquaticas\\_2012\\_curso\\_dinamico.pdf](http://www.sobrasa.org/biblioteca/Manual_emerg_aquaticas_2012_curso_dinamico.pdf)> acesso em: Ago. 2015.

\_\_\_\_\_ et al. **Mergulho mais seguro: Prevenção do afogamento no mergulho em apneia. Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático – SOBRASA. 2015. Disponível em:** <[http://www.sobrasa.org/new\\_sobrasa/arquivos/recomendacoes/Prevencao%20do%20Afogamento%20no%20Mergulho%20em%20Apneia.pdf](http://www.sobrasa.org/new_sobrasa/arquivos/recomendacoes/Prevencao%20do%20Afogamento%20no%20Mergulho%20em%20Apneia.pdf)> acesso em: Set. 2015.

SZPILMAN, D. Considerações sobre afogamentos e a ressuscitação cardiopulmonar preconizada pela sociedade brasileira de salvamento aquático. **Revista Científica do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco**. V. 1, n. 2, 2015. Disponível em: <[http://www.szpilman.com/new\\_szpilman/szpilman/ARTIGOS/Revista%20FLAMMAE\\_szpilman\\_15.pdf](http://www.szpilman.com/new_szpilman/szpilman/ARTIGOS/Revista%20FLAMMAE_szpilman_15.pdf)> acesso em: Set. 2015.

---

## REVISÃO LITERÁRIA SOBRE A HISTÓRIA DA TRIPASSOMÍASE AMERICANA NO BRASIL

Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Cleiton Ferreira de Oliveira  
Alexandre Izidro da Silva  
ZayhamaZarilly Lima da Silva  
Erica Surama Ribeiro César Alves

**INTRODUÇÃO:** A Tripassomíase Americana, conhecida popularmente por doença de Chagas, é considerada uma das patologias com maior distribuição do continente americano, foi descoberta por Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas em 1909 (MALAFAIA; RODRIGEUS, 2010). Ainda segundo estes autores a Doença de Chagas (DC) trata-se de uma antroponose ocasionada por um protozoário flagelado denominado *Trypanosoma cruzi*. A transmissão se dá pela via vetorial, sendo o mecanismo de maior relevância epidemiológica. Esta patologia encontra-se difundida por todo o continente Americano,

constituindo um sério problema de saúde pública. A doença de Chagas pode ser dividida em duas fases clínicas bem distintas: aguda e crônica. A fase aguda pode ser assintomática, apresentando sintomas como febre, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, sendo os sinais característicos o edema bipalpebral ou unilateral e o chagoma de inoculação (PITA; PASCUTTI, 2011). Na fase crônica ocorre a forma indeterminada, na qual o paciente não apresenta sintomatologia importante do ponto de vista clínico, sendo assim, um portador assintomático da DC. Ainda de acordo com Pita e Pascutti (2011), esse período de calmaria tende-se a passar com o decorrer dos anos e seus portadores evoluem com a progressão da doença para as formas viscerais, como acardiomegalia, megaesôfago e/ou megacólon. Estima-se que aproximadamente 14 milhões de pessoas estejam infectadas na América Latina, desses 1,8 a 2,4 milhões de indivíduos no Brasil, sendo 1/3 deles na fase crônica com problemas cardíacos e digestivos, gerando alta morbimortalidade (SANTOS et al, 2012). Segundo Guariento et al, (2011), atualmente, apenas dois medicamentos são utilizados no tratamento da DC, são eles o Nifurtimox (Nf) e o Benzonidazol (Bz), sendo que este último é o único utilizado no Brasil. Este estudo procurou apontar os pontos mais importantes a serem estudados desta patologia, enfatizando a sua história desde a descoberta até os dias atuais. Acredita-se que esta pesquisa servirá como base para desenvolver estudos sobre o tema, com o intuito de somar mais conhecimento ao universo científico, tornando-se dessa maneira um instrumento de ajuda para os interessados no assunto. A pesquisa tem como objetivo, conhecer a história da doença de Chagas no território brasileiro, bem como, descrever as características fisiopatológicas desta patologia.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Foram selecionados artigos nacionais e internacionais usando os bancos de dados LILACS – BIREME, SCIELO e PUBMED, usando-se como palavras-chave: Doença de Chagas. *Trypanosoma cruzi*. Perfil Epidemiológico. Os trabalhos foram agrupados por assuntos sendo utilizados na construção da revisão literária. Utilizou-se como população 15 artigos que abordaram os principais aspectos relacionados ao conteúdo científico, sobre a doença de Chagas, tendo como critérios de avaliação a qualidade da informação disponibilizadas e, especificamente, aos estudos que analisaram as informações sobre a história da doença de Chagas no Brasil e seus principais aspectos patológicos. Ao final do levantamento da pesquisa a amostra constituiu-se de 6 artigos conforme a qualidade e relevância com o objetivo proposto. O recorte temporal abrangeu o período compreendido entre o mês de abril de 2016, sendo todos relacionados à temática e publicados nos últimos cinco anos.

**RESULTADOS:** Apesar de causa antiga, a doença de Chagas foi notificada pela primeira vez em 1909 por Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, um médico brasileiro onde o mesmo revolucionou a sua época com a descoberta desta patologia. Segundo Mattos e Berto (2011), incontestavelmente, os registros deixados por Carlos Chagas sobre a presença dos vetores da tripanossomíase nas Américas configuram-se a mais importante descrição no que se refere a DC. A transmissão da DC pode ser devido à ingestão de alimentos contaminados com parasitos, transmissão congênita, fluxos migratórios ou devido a portadores do vírus HIV serem co-infectados pelo *Trypanosoma cruzi*. Dessa forma, percebe-se que a necessidade de cada vez mais ampliar a rede de promoção, prevenção e controle de ações, para que esse agente não possa mais causar doenças, afim de melhorar cada vez mais o meio em que

vivemos. Desde sua descoberta a DC tem assolado diversas populações de diferentes países, sendo endêmica no continente americano cuja abrangência estende-se do sul da região dos grandes lagos, na América do Norte ao sul da Patagônia (FILHO et al, 2010). Esta patologia é considerada pela OMS como sendo uma das doenças de caráter negligenciado e uma das principais causa de doenças crônicas na América Latina. A literatura demonstra que desde o descobrimento da DC, está vem se estabelecendo como uma endemia normalmente localizada na área rural, e cuja prevalência está nas Américas, abrangendo campos característicos, profundamente coligados a países subdesenvolvidos. Estimativas da prevalência da infecção indicam que 13 milhões de indivíduos nas Américas Central e do Sul estejam infectados, sendo que, no Brasil, este número situa-se em torno de três milhões (TELES, 2013). Hoje, no Brasil predominam os casos crônicos de DC decorrentes de infecções adquiridas no passado, no entanto, nos últimos anos, tem sido observada a ocorrência de doença de Chagas aguda (DCA) novamente (BRASIL, 2015). Na década de 70, a área endêmica, com risco de transmissão vetorial da DC no Brasil, incluía 18 estados com mais de 2.200 municípios, nos quais se comprovou a presença do *Triatomainfestans*, principal vetor estritamente domiciliar no país (SILVA et al, 2010). As ações sistematizadas de controle químico foram instituídas a partir de 1975 mantidas em caráter regular, e desde então levaram a uma expressiva redução da presença de *T. infestans* e, simultaneamente, da sua transmissão ao homem (MONTEIRO et al, 2015). Em reconhecimento, o Brasil recebeu em 2006 a certificação internacional de interrupção da transmissão da doença pelo *T. infestans*, concedida pela Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (FERREIRA-BARBOSA et al, 2010). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, entre os anos de 2000 a 2013 foi registrado cerca de 1.570 casos confirmados de DCA, em todo território brasileiro, a tabela abaixo, demonstra mais especificadamente esses resultados (BRASIL, 2015). No Brasil, os vetores mais importantes para a doença de Chagas são: *Rhodnius prolixus* e *Triatomainfestans*. Sendo as regiões do Norte e Nordeste as principais responsáveis pelo acometimento de casos de DC, por se tratarem de regiões com contexto socioeconômico baixa, sempre sofreram muito com essa patologia. Foram contabilizados 112 surtos no território nacional entre 2005 e 2013, envolvendo em sua totalidade 35 municípios da Região Amazônica (BRASIL, 2015). Sendo o primeiro surto oficialmente investigado de DCA por transmissão oral ocorrido em Santa Catarina em 2005, relacionado à ingestão de caldo de cana contaminado com *T. cruzi*, pois pouco se conhecia sobre essa forma de transmissão (BACAL et al, 2011). Esse episódio chamou a atenção da vigilância sanitária, onde a mesma pode notar a importância de instituir novas regras para combate ao *T. cruzi*, além de perceberem que estavam frente a uma nova realidade com caráter ainda mais difícil que a forma vetorial, pois a transmissão oral exigiria ainda mais ações. Durante quase cem anos o país travou uma grande batalha no que diz respeito ao controle da transmissão vetorial. Atualmente nota-se uma grande redução quanto ao número de casos de DC em todo o país, isso se deve um conjunto de ações que o Ministério da Saúde, juntamente com estados e município vem desenvolvendo a fim de garantir um maior controle nas taxas de incidência. Promovendo campanhas organizadas e coordenadas para o controle do vetor triatomídeo e da transmissão por via transfusional, com maior rigor nos bancos de sangue, proporcionaram significativa redução de novos casos. Em 2006, o Brasil foi certificado pela Organização Panamericana de Saúde como livre da transmissão vetorial da DC, por *Triatomainfestans* (MONTEIRO, et al, 2015). Mas, isso não significa que o país erradicou a DC, mas sim que todo o esforço através de ações de caráter urgente conseguiu atingir o objetivo. O controle da DC no Brasil deve se a alterações no quadro epidemiológico ocasionando mudanças nas ações e estratégias de vigilância, prevenção e controle, por meio da adoção de um novo modelo de vigilância epidemiológica, de acordo com os padrões de transmissão da área geográfica. Assim percebeu



a necessidade de criar um esquema que suprisse a necessidade de cada região, com o intuito de fornecer os subsídios necessários para controlar a disseminação da DC. As regiões de risco para a transmissão vetorial mantiveram vigilância epidemiológica a fim de detectar a presença e prevenir a formação de colônias domiciliares do vetor. E na região conhecida como Amazônia Legal a vigilância concentrou-se na detecção precoce de casos agudos e surtos e apoiada na Vigilância Epidemiológica da Malária, através da capacitação de microscopistas para identificação de *T. cruzi* nas lâminas para diagnóstico da malária (BRASIL, 2014). No Brasil, atualmente, predominam os casos crônicos decorrentes da infecção por via vetorial em décadas passadas, o que demonstra o êxito no controle da transmissão da doença por via vetorial sustentada no país (BRASIL, 2015). A vigilância epidemiológica detectou casos de transmissão oral, principalmente na região Norte do país, o que indica a necessidade de estratégias de vigilância e controle do agravo, compatíveis com o padrão epidemiológico atual (MONTEIRO, et al, 2015). Dessa forma percebe-se que apesar de muita coisa conquistada no que diz respeito ao combate a esta patologia, no entanto ainda há muito a ser feito para que possamos erradicar de vez este parasita do nosso meio. Entre os casos de DCA confirmados no Brasil no período de 2000 a 2013, observou-se que a forma de transmissão oral foi a mais frequente em todos os anos (BRASIL, 2015). Portanto, no Brasil impõe-se vigilância permanente, bem como a continuidade de programas de controle por outras vias de transmissão, já em execução, cujos resultados serão avaliados a médio e longo prazo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nota-se com o presente estudo que apesar de mais de cem anos após a sua notificação, a doença de Chagas por estar ligada a um caráter socioeconômico, ainda permanece na escuridão em determinados aspectos. O Brasil sempre foi apontado como um dia país com maior número de casos da América Latina, mas que a alguns anos vem modificando esse quadro atrás das políticas de prevenção e controle desta patologia. As regiões Norte e Nordeste foram apontadas como as principais responsáveis pelo acometimento de casos de DC, por se tratarem de regiões com contexto socioeconômico baixo, sendo contabilizados 112 surtos no território nacional entre 2005 e 2013, totalizando 35 municípios na Região Amazônica. É válido ressaltar que em 2006, o Brasil foi certificado pela Organização Pan-americana de Saúde como livre da transmissão vetorial da DC. Não significando com isso que o país está livre desta ameaça. Apesar de todos esses esforços atualmente no Brasil, ainda a um grande número de casos crônicos da DC por infecção vetorial, decorridos do passado. É válido destacar as mudanças no perfil epidemiológico da doença, são através de diversas ações, o Brasil pode reduzir drasticamente o número de novos casos desta patologia, recebendo com isso certificado de livre da transmissão vetorial da DC, por *Triatomainfestans*, pela Organização Panamericana de Saúde. Mas também é importante salientar ainda a muito a ser feito para erradicar de uma vez esse parasita. Conclui-se com este estudo que a história da doença de Chagas no Brasil, remete de muitos anos de lutas e algumas conquistas importantes no combate a esta patologia silenciosa que quando não detectada precocemente, pode ocasionar diversas complicações para seu portador e leva-lo a óbito, assim faz-se necessária a tomada de precauções devidas que que esta doença continue a apresentar índices cada vez mais baixos de casos, e que o Brasil bem como demais países da América Latina possa livra-se de vez deste mal que assola a vida de seus portadores.

**DESCRITORES:** Doença de Chagas. Trypanosoma cruzi. Perfil Epidemiológico.

## REFERENCIAS

BACAL, F; et al. I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 97, n.2, supl.3, p. 1-48, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n2s1/a01v97n2s1.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 21, p. 1-9, 2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/2014-020.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portal da Saúde: Informações sobre a Doença de Chagas. Atualização em 27 mar. 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/646-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doenca-de-chagas/12-doenca-de-chagas/11116-situacao-epidemiologica-chagas>>. Acesso em 10abr. 2016.

FERREIRA-BARBOSA, JM; et al. Acometimento cardíaco em Casos de Doença de Chagas Aguda da Amazônia. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n.1, p. 13-22, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n6/23.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

FILHO, JCRF; et al. Soropositividade para doença de Chagas entre doadores de sangue em Araraquara, Estado de São Paulo, no período de 2004 a 2008. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 44, n. 1, p. 110-112, jan. / fev, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/25.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

GUARIENTO, ME; et al. Perfil clínico de idosos portadores de doença de Chagas atendidos em serviço de referência. **Rev. Bras. Clín. Med.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 20-24, jan. / fev. 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1717.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

MALAFAIA, ME; RODRIGUES, ASL. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 43, n. 5, p.483-485, set-out, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n5/v43n5a01.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

MATTOS, ER; BERTO, BP. Doença de Chagas: uma breve revisão das recentes ocorrências, vias de transmissão e métodos diagnósticos. **Saúde & Amb. Rev.**, Duque de Caxias, v.6, n.2, p.40-45, jul. /dez, 2011. Disponível em <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/sare/article/viewFile/1467/822>>. Acesso em 10abr. 2016.

MONTEIRO, ACB; et al. Doença de Chagas uma enfermidadedescoberta por um brasileiro. **Saúde em Foco**, n. 7, 2015. Disponível em <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/chagas.pd](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/chagas.pd)>. Acesso em 10abr. 2016.

PITA, SSR; PASCUTTI, PG. Alvos Terapêuticos na Doença de Chagas: a Tripanotiona Redutase como Foco. **Rev. Virtual Quim**. v. 3, n. 4, p.307-324, out. 2011. Disponível em <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/view/198/193>>. Acesso em 10abr. 2016.

SANTOS, FLA; et al. Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. **Rev.Ciênc.Farm. Básica Apl**.v. 33, n. 1, p. 37-47, 2012. Disponível em <[http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1624/1624](http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1624/1624)>. Acesso em 10abr. 2016.

SILVA, EM; et al. Estudo clínico-epidemiológico da doença de Chagas no distrito de Serra Azul, Mateus Leme, centro-oeste do Estado de Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 2, p. 178-181, ma. / abr., 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n2/14.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

TELES, WS. Avaliação epidemiológica e laboratorial da Doença de Chagas em área rural de Sergipe. Dissertação de Metrado (Saúde Ambiental) **Universidade Tiradentes**, Aracajú, 2013. Disponível em < <http://psa.unit.br/wp-content/uploads/2013/07/AVALIA%C3%87%C3%83O-EPIDEMIOLOGICA-E-LABORATORIAL-DA-DOEN%C3%87A-DE-CHAGAS-EM-%C3%81REA-RURAL-DE-SERGIPE.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

Gutemberg Mariz Dantas  
Marcia Monteiro de Farias  
NathaliaCostaMelquiades de Medeiros  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A pneumonia é uma doença inflamatória aguda dos tecidos pulmonares e alvéolos, é causada por micro-organismos (vírus, bactérias ou fungos) ou pela inalação de produtos tóxicos que comprometem os espaços aéreos dos pulmões. Ela pode ser classificada como “pneumonia comunitária”, quando a contaminação ocorre fora do ambiente hospitalar. Mas quando a pneumonia acomete pessoas hospitalizadas ou que estiveram hospitalizadas por dois ou mais dias nos três meses precedentes, ela é classificada de “pneumonia hospitalar”, que comumente é mais grave, já que o agente etiológico provavelmente é resistente aos antibióticos usuais. (BRASIL, 2013). O agravamento da pneumonia depende, principalmente, da patogenicidade do agente causador e das condições clínicas do doente, além é claro da idade. Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a pneumonia é a maior causa de morte em crianças em todo o mundo, sendo que aproximadamente 90% dos óbitos ocorrem em países em desenvolvimento, nos países desenvolvidos as taxas de mortalidade são baixas, porém a morbidade por pneumonia mantém-se elevada (HATISUKA et al, 2015). A OMS estimou em 1,2 milhão de mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo, mais do que os óbitos provocados pela Aids, malária e tuberculose reunidas. Desses óbitos por pneumonia, mais de 99% seriam registrados em países em desenvolvimento como o Brasil, o que faz com que a OMS tenha reforçado o pedido a esses governos de dar prioridade à prevenção e ao combate e à doença (BRASIL, 2013). No Brasil, as doenças respiratórias são responsáveis por 10,6% do total de mortes. Em 2008, o óbito por essa causa entre as crianças menores de 1 ano foi de 5,6% e entre 1 e 4 anos foi de 17,0%, ambas sendo responsáveis pela terceira causa de óbito nas respectivas faixas etárias. As doenças respiratórias agudas e crônicas também oneram o Sistema Único de Saúde (SUS), pois ocupam posição de destaque e encontram-se entre as principais causas de internação. Em 2009, elas ocuparam o segundo lugar em frequência, sendo responsáveis por 13,8% de todas as internações do SUS (NASCIMENTO; MEDEIROS, 2012). Dados do Ministério da Saúde relataram cerca de 70 mil internações em 2011 referentes a crianças menores de dez anos de idade, o que gerou despesa de mais de R\$ 60 milhões (CESAR et al, 2013). A amplitude da morbidade da pneumonia entre as crianças, especialmente menores de 5 anos, o custo do tratamento para o Sistema Único de Saúde e o impacto social da doença no contexto familiar, são algumas das características epidemiológicas da pneumonia que demonstram a importância, cada vez maior, de focar este tema. Dentre os sintomas gerais da pneumonia podemos citar febre alta (que pode chegar a 40°C), calafrios, tosse, dor no tórax e dor abdominal, mal-estar generalizado, falta de ar, secreção de muco purulento de cor amarelada ou esverdeada, toxemia (danos provocados pelas toxinas carregadas pelo sangue), prostração (BRASIL, 2013). Em se tratando de sintomas específicos em bebês, devemos avaliar a necessidade de oxigenioterapia (cor, saturação, grau de desconforto), gemidos, grau de atividade, perfusão, palidez, cianose, (dispnéia, retração de apêndice xifóide, batimento de asas nasais, retração intercostal), idade gestacional, peso, presença de mecônio na pele, classificação peso/idade gestacional (AIG,

PIG ou GIG), presença de malformações (abdome escavado, assimetrias, defeitos de parede torácica), íctus cardíaco (localização, batimento de vasos do pescoço), presença de estridor (laringomalácea). Na generalidade, a palpação não é de muita ajuda no período neonatal, mas deve-se observar desvios de traquéia, enfisemas, atividade precordial, abdome, palpar pulsos etc. Para realizar a ausculta pulmonar e cardíaca, utilize estetoscópio neonatal e verifique a entrada de ar, a simetria da ausculta, a ausência de sons em hemitórax, a presença de crepitações, roncos, sopros etc. O diagnóstico deve ser encarado quando um quadro de desconforto respiratório e cianose começar precocemente, algumas vezes sem fatores de risco anteriores. O bebê se mostra fraco ao manuseio, agitado e necessita de oxigênio suplementar. Na gasometria, a hipoxemia é o achado mais freqüente. (MOREIRA, 2004) A tosse, a taquipnéia, a febre, cefaléia e a triagem subcostal são sinais que indicam o diagnóstico de pneumonia em crianças; no entanto, a ausência desses sintomas não afasta o seu diagnóstico. Portanto, a radiografia de tórax se impõe em crianças com toxemia e febre, sem sinais localizatórios. (GIANVECCHIO, et al; 2007). O diagnóstico se dá através do histórico do paciente, exame clínico, auscultação dos pulmões e radiografias de tórax.

**OBJETIVOS:** Verificar na literatura a prevalência de pneumonia e fatores associados em crianças menores de 5 anos.

**METODOLOGIA:** É um estudo de revisão bibliográfica através do banco de dados Scielo (Scientific Electronic Library OnLine). Foram utilizados os descritores “Pneumonia and Criança”. Inicialmente foram selecionados 35 artigos. No entanto, foram aplicados como critérios de inclusão: ser publicado nos últimos 5 anos, ser escrito em língua portuguesa. Foram excluídos artigos que não tratavam dos aspectos epidemiológicos da pneumonia, restando enfim 5 artigos, os quais compuseram a amostra do estudo.

**RESULTADOS:** Diante do estudo percebe-se que o diagnóstico tardio, a falta de recursos locais e de assistência de saúde trazem complicações mais sérias para o tratamento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pneumonia é um dos problemas com maior possibilidade de solução no cenário da saúde global (BRASIL, 2013). Em todo o mundo, apesar da disponibilidade de vacina, a morbimortalidade por pneumonia bacteriana ainda é uma preocupação do setor saúde, pois ainda é elevado o número de crianças que são acometidas por esta doença. Resultados de um estudo norte-americano apontam que, com melhor substanciais na cobertura vacinal contra pneumonia, instauradas a partir de 2000, as internações por pneumonia entre crianças declinaram até 2004, e este declínio se sustentou até o ano de 2009. (HATISUKA et al, 2015). Contudo, acreditamos que apenas a imunização isolada não é ação suficiente para diminuir o grande número de crianças acometidas, além disso são necessárias outras ações de prevenção integradas, bem como melhor acesso aos serviços de saúde e tratamento clínico adequado.

**CONCLUSÃO:** A prevenção de fatores predisponentes para a pneumonia em crianças é um fator determinante para o controle da doença. Nesse aspecto, as ações de atenção primária à saúde tem um importante papel, pois nesta perspectiva, as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família estão mais próximas da população e assim tem a capacidade de identificar

precocemente os fatores de risco desencadeantes. Também, através de ações primárias, a prevenção através da cobertura vacinal adequada é uma realidade possível, através de um trabalho sistêmico e ordenado, baseado nas características epidemiológicas da comunidade. Os resultados desse estudo apontam que se fazem necessárias ações efetivas de prevenção em saúde, o diagnóstico precoce, como também, o acompanhamento das condições de saúde da população pediátrica, evitando as internações hospitalares.

**Palavras chaves:** Pneumonia, Criança, Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Pneumonia**. Agência Brasil. Portal Saúde/ Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde. 2013. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/pneumonia>> Acesso em: 15 de abr de 2016.

CESAR, A. C. G.; NASCIMENTO, L. F. C.; CARVALHO JR, J. A. Associação entre exposição ao material particulado e internações por doenças respiratórias em crianças. **Rev Saúde Pública**. 2013; Vol. 47, N. 6, p. 1209-12

GIANVECCHIO, R.P.; MUNÕZ, D.; GIANVECCHIO, V. A. P.; ALBIERI, L. Pneumonia redonda, uma apresentação radiológica rara. **Revista Paulista Pediatria**. V25. N2. 2007

HATISUKA M. F., ARRUDA G. O., FERNANDES C. A., MARCON S. S. Análise da tendência das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes. **Acta Paul Enferm**. 2015; Vol. 28, N. 4, p. 294-300.

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books .

NASCIMENTO, L. F.; MEDEIROS, A. P. Internações por pneumonias e queimadas: uma abordagem espacial. **Jornal de Pediatria**. 2012; Vol. 88, N. 2,

SOUZA, P.G.;CARDOSO,A. M.; SANT'ANNA,C. C.Prevalência de sibilância e fatores associados em crianças indígenas Guarani hospitalizadas por doença respiratória aguda no Sul e Sudeste do Brasil.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro2014; Vol. 30N. 7, p. 1427-1437.

---

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DE PACIENTE EM ESTAGIO TERMINAL,NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVO**

Elineide de Medeiros Santos  
Luynajara Fernanda Sabino Rocha  
Maria Hslani da silva  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** O ‘‘cuidar’’ do Enfermeiro vai muito além da atenção técnica. Isso implica que está vigilante às necessidades do outro, reparando toda a situação que cause o seu sofrimento. Peplau (2013) nos apresenta uma definição da enfermagem como sendo um relacionamento humano e propõe uma teoria baseada no desenvolvimento das habilidades de comunicação interpessoal do profissional. Lidar com a morte é extremamente desgastante, fazendo surgir neles sentimentos como: impotência, frustração e insegurança diante do sofrimento do paciente e do insucesso das ações profissionais. Dessa maneira para quem atua junto a um paciente diagnosticado com alguma doença crônica, ou até mesmo em uma fase final, precisa saber vivenciar a proximidade do fim da vida como uma etapa do processo de desenvolvimento do indivíduo, de uma forma que possa promover cuidados amplos e singulares para amenizar e transformar este método, controlando o sofrimento do enfermo. De modo geral, estes doentes com um tempo de sobrevida determinado há meses ou até dias, muitas das vezes, não são informados sobre as suas reais condições, desconhecendo o seu prognóstico. Assim existem poucos profissionais especializados em atendê-los. Aumentando assim ainda mais a prevalência da agonia tanto do usuário, como também dos seus familiares. Assim o assunto a ser considerado na assistência ao indivíduo crônico é o tempo que lhe resta de vida. Para Cramer(2011), basicamente, deve-se haver uma ligação terapêutica com os parentes como compartilhar os momentos dolorosos e enfrentar a superar o medo. Levando em consideração que o ato de cuidar é uma atividade distintamente humanizada que visa promover o bem-estar da pessoa fragilizada. Cogitar especificamente de um paciente acometido por uma patologia permanente em estágio avançado e sem perspectivas de cura é uma prática que deve direcionar o zelo acurado às suas necessidades e limitações, uma vez que o óbito é irreversível e o tempo está restrito há dias, semanas ou meses. Com base nesse entendimento, é essencial ao profissional adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no alívio integral da pessoa em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida que restam ao cliente e minimizar a amargura durante o estágio terminal.

O presente estudo tem como objetivo: compreender a assistência de Enfermagem diante do paciente em estágio terminal na unidade de terapia intensiva.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa tipo exploratória, de revisão literária, a fim de indicar autores especializados na prática profissional do enfermeiro operante com pacientes terminais na unidade de terapia intensiva. Após selecionar vários trabalhos relacionados ao tema, os mais importantes são considerados, lidos e interpretados para que depois fosse realizado o estudo. Foram empregados oito periódicos e um manual da Organização Mundial de Saúde, datados de 2011 a 2016, examinados nos bancos de dados: Scielo e Google acadêmico. Os critérios buscados foram: enfermagem, paciente crônico e paciente terminal. Ao procurarmos inserir este tema dentro de um quadro de referencial teórico, atentamos para o fato de que a revisão bibliográfica não tem a pretensão de produzir novos conhecimentos, mas suprir as insuficiências de conhecimento no exercício da técnica do enfermeiro perante pacientes em fase terminal na unidade de terapia intensiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Pôde-se perceber que a prudência do enfermeiro a essa categoria de enfermos é uma experiência única na vida, pois requer um alto nível de discernimento e em algumas das vezes ele não sabe como agir diante de um paciente recorrente em que seus dias de vida estão contados, sendo essa uma etapa em que ele mais precisa de cuidados, de atenção e é por isso que o profissional responsável por essa atenção precisa atuar de maneira a amenizar o sofrimento do doente, tentando trazer ainda um pouco de “qualidade” de vida do indivíduo. Para isso, é necessário que o enfermeiro entenda a morte como um processo natural do desenvolvimento de todo ser humano, quando se lida com pessoas doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, é preciso que ocorra a compreensão do significado da autonomia deles, a forma pela qual reconhece esse direito durante o processo de morrer dos enfermos. Como resultado observou-se que os enfermeiros reconhecem essa autonomia, como um direito dos clientes e tentam respeitá-los, não deixando também se angustiarem diante de algumas situações já que percebem contradições em seu discurso e prática diária e por isso manifestam a necessidade de mais discussão e espaço para que os serviços convivam melhor com a vontade e os direitos dos doentes completos. Na fase terminal, a morte apesar de inevitável em algum momento, não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, na nossa cultura o fim da vida é representado pelo pavor e pela não aceitação, pois o ser humano não está disposto a encarar abertamente o fim da sua vida no plano terrestre, o que geralmente só vem a ocorrer quando sua vida está ameaçada por alguma patologia, existindo muito receio em lidar com a extenuação que está diretamente ligada ao instinto de sobrevivência humano, essa resistência do resignado lhe causa ainda mais angústia quando ele está próximo da destruição, ele tem dificuldades em lidar com isso, e como o enfermeiro é um dos profissionais que está mais ligado a ele, deve ser também este a lhe oferecer um apoio necessário, juntamente com toda a equipe multidisciplinar, sem deixar de considerar o encosto da família do doente, esta que também precisa da atenção de toda a equipe da saúde, pois a crença da não aceitação a morte está impregnada em toda a sociedade, com base nisso já podemos perceber a extrema importância do papel do enfermeiro diante de tal ocasião. O profissional Enfermeiro deve dar todo o apoio necessário, ao paciente incurável, e aos seus parentes, pois estes na maioria das vezes também não se encontram preparados para lidar com a perda de um ente querido. A partir daí, emergiu outro tópico de suma importância nos periódicos abordados que resolvemos



trazer pra discussão e resultados, que foram os cuidados paliativos do profissional da saúde/enfermagem para com o doente inveterado em lance terminal. O termo “paliativo” vem de inspiração religiosa, cuja origem remonta à Idade Média, deriva-se da proteção usada pelos peregrinos como vestimenta, durante as incursões aos locais ditos sagradas, na época das Cruzadas. Essa peça de vestuário, chamada pallium, confortável e protetora, converteu-se, numa analogia para o exercício assistencial dos profissionais de saúde, que “tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida”. É importante cogitar de forma a amenizar a aflição que precede a morte oferecendo cuidados “paliativos” tanto ao paciente quanto aos familiares que se deparam com a ameaça a continuidade da vida, essa forma de preocupar-se quando administrada, não abrevia e nem prolonga a morte, mas alivia a ansiedade, proporcionando melhor condição da sobrevivida que ainda lhe resta, até que aconteça de forma natural. Tais precauções iniciam com o diagnóstico da enfermidade e se estendem até o luto é indispensável uma equipe multiprofissional qualificada, com preparo suficiente para que haja interação e muita dedicação aos resignados para alcançar os efeitos. Atualmente a Organização Mundial de Saúde cunhou uma definição mais abrangente de cuidado paliativo: para eles, é uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares que enfrentam uma doença crônica. Promove o consolo da consternação e de outros sintomas e proporciona suporte espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até a e o período de luto, através destes conceitos, percebemos a importância dessa preocupação, além disso, a atenção também é dirigida aos aspectos psicológicos e espirituais do enfermo, sabendo-se que nessa hora ele encontra-se totalmente abalado. Dessa maneira o alvo da precaução de todo o quadro multidisciplinar deverá ser o doente e não a doença. Além disso, a Organização Mundial de Saúde ainda recomenda atenção especial à procedência e à constante busca de excelência no domínio dos presságios e cautelada amargura.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dos esboços selecionados, pode-se perceber que a conduta do enfermeiro frente aos dilemas éticos no cuidado terminal exige muito mais do que conhecimentos. Para que estes cuidados se deem de forma competente com ética não é necessário seguir uma regra, mas sim desenvolver certa sensibilidade e um grau adequado de humanização para superar os dilemas. O estudo revelou também que diversas vezes, devido ao grande potencial tecnológico, o trabalho torna-se padronizado causando dificuldades em lidar com o morrer e muitas vezes mantêm a conduta e programam-se ações. Na maioria das vezes também há certos problemas no diálogo com o doente, ocorrendo assim o distanciamento da situação. Nesse processo de reestruturação do cuidar da enfermagem para como resignado terminal é relevante o papel do enfermeiro, que precisa pensar sobre a obrigação de incrementar ao seu exercício nos cuidados crônicos, com ferramentas que norteiam de forma segura, organizada e ajustada em que se destaca o alicerce de um modelo teórico, apropriado por meio da sistematização do auxílio prestado pelos profissionais da enfermagem.

**Palavras-chave: Enfermeiro, Fase terminal, Paciente crônico**

## REFERENCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012 – Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2013/>> acesso em 03 de abril de 2016

Bretãs JRS, Oliveira JR, Lie Yamaguti. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. RevEscEnferm USP. 2013.

BOSCO, A.G. Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência. Disponível me <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-10550>. Php acessado em 03/04/20116 às 21h15mim.

Carvalho, KK, Lunardi VL. Obstinação Terapêutica como questão ética: Enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. Rev Latino-am Enfermagem. 2015; 17(3): 308-13.

CRAMER, Chyntia F. Toliveuntilyou die: qualityoflifeattheendoflife. Clin. J. oncol. nurs., Pittsburgh, PA, USA, v.14, n.1, feb. 2011.

MACIEL, Maria Goretti Sales; RODRIGUES, Luís Fernando; NAYLOR, Cláudia; BETTEGA, Roberto; BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo; BURLÁ, Cláudia; MELO, Inês Tavares Vale e. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2014.

PEPLAU, William. (2013). Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.), Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2013.

Silva MF, Fernandes MFPA. Ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. O Mundo da Saúde. 2015; 30(2): 318-25.

ZOROZO, J.C.C. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07072004-11401>. php acessado em 03/04/2016 às 21h37mim.

---

## A HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES IDOSOS

Alessandra de Sousa Leite  
Maria Eulalia Lima Pereira  
Deilton Batista Ayres

**INTRODUÇÃO** Na atualidade o número de pessoas idosas no Brasil mostrou um aumento significativo comparando a anos passados. Isso se da pelo resultado das taxas de natalidade, mortalidade e crescimento da expectativa de vida brasileira. As estimativas mostram que em

2060, o Brasil deverá ter cerca de 64 milhões de idosos, representando 20% do contingente total, hoje os dados atuais mostram uma representação de 9,5% de sua totalidade. Com isso se estima que o país apresentará a posição da sexta população de indivíduos acima de 60 anos do mundo nesta mesma época (IBGE, 2015). Com a modificação dos números populacionais traz uma indicação que procedimentos sobre os seus cuidados sofreram algumas modificações para melhor atendê-los. Para que o homem tenha a definição de ser humano, o cuidar é uma ferramenta importante para sua sobrevivência, começando do seu nascimento até os seus últimos segundos de vida, ou seja, o ser ao nascer precisa de cuidados para o seu desenvolvimento e uma longevidade considerável, este cuidado será feito em todo o seu tempo de vivência até sua fase final, onde seu organismo passa por uma desestruturação de suas funções, chegando a morte do corpo. Segundo pesquisas feitas, comprovou-se que a hospitalização é identificado como um dos maiores traumas para alguns representantes da terceira idade, pois, além de esse fato ser naturalmente ser uma visita de um resultado de alguma patologia, o medo de que haja um agravamento de seu estado, levando a uma dependência maior por parte de profissionais ou de terceiros, para tarefas simples. Naturalmente o homem é visto como um ser bondoso e de uma natureza humanitária, onde se forma a humanização. Na área da Enfermagem essa ação naturalmente humana, está recebendo um destaque ainda maior, por esta trazer benefícios e bons frutos se tratando de uma assistência integral e bem executada.

**MATÉRIAS E MÉTODOS** Trata-se de um estudo que se originou de revisões bibliográficas feitas através de artigos encontrados nos bancos de dados do Google Acadêmico, em busca de mostrar quais os benefícios do cuidado humanizado a pessoas idosas e como este pode gerar algumas melhorias nos resultados de tratamentos e transferência de informações adequadas. Realizada em Março de 2016, como contribuição de uma melhor qualidade no trabalho da Enfermagem.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO** O número de leitos hospitalares ocupados por pessoas idosas é alto e comum, pois a presença de comorbidades é maior comparado aos de outras faixas etárias. Este é um público que tem é caracterizado por suas patologias crônicas e suas complicações, a fragilidade por eles apresentados é o que resulta as internações. As doenças que mais os acometem são de origem cardiovasculares tais como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Insuficiência Cardíaca (IC). A HAS é a que apresenta a numeração maior de casos de morbidade cardiovascular. A sua alteração pode trazer consequências graves para o idoso. A hospitalização em muitos casos é um momento traumático e que gera medo ao redor do paciente, mostrando uma fragilidade maior e trazendo à tona uma sensação desagradável e de uma insegurança comum por conta da patologia e sobre o obscuro de suas consequências. Para a prestação de serviço do atendimento ao idoso, deve se fazer presente o entendimento de suas alterações fisiológicas, anatômicas, psicológicas e sociais, que é uma questão normal da idade. A estes pacientes é

dado um atendimento diferenciado dos outros, pois, traz especialidades já esperadas. A equipe de Enfermagem terá que apresentar um foco maior a este idoso hospitalizado, para garantir a sua estabilidade de suas funções físicas e emocionais, o emocional e a conversação terão um papel importante para uma estadia confortável. Ao entendermos as suas especificidades, a empatia no âmbito hospitalar será de forma humanizada, quando nos colocamos no lugar do outro e entendemos suas carências, prestamos uma melhor assistência. O ser humano é considerado um ser de uma bondade e humanidade natural, resultando em uma prática de humanização no cuidar. Ao tratarmos de idosos, devemos compreender alguns fatores relevantes que demonstram a causa de seu cuidado diferenciados dos demais. Necessitando de um cuidado ainda maior, a humanização com o usuário idoso ganha um destaque ainda maior, pois, muita das vezes são pacientes que trazem uma carência emocional e uma falta de cuidados o que agravam ainda mais sua saúde. As características principais de uma pessoa idosa são os aspectos como rude, agressivo, calado, cabisbaixo, deprimido, inquieto, sem interação com os demais entre outros, mas que a enfermeira terá que ler as entre linhas e identificar as causas de suas ações. Um idoso agressivo pode ser fruto de algum mau-tratos, falta adequada de cuidado ou até mesmo escassez de afeto ou diálogo. Os de carácter depressivos podem ser por uma consequência da patologia ou por isolamento social. Em todos esses casos a Enfermagem terá que saber manusear e resolver estas questões, influenciando não apenas na sua funcionalidade, mas na sua integração com os demais e mostrando quais os melhores caminhos para uma vida saudável e de qualidade. Segundo (MARTINS, 2008), o processo que os idosos idealizam sobre assistência no seu cuidado envolveriam, mais amor, afetividade, amizade, dedicação e respeito por parte dos cuidadores. Com isso podemos identificar uma falha dos profissionais, onde ainda possuem a característica do começo da Enfermagem, onde o assistido era visto como uma máquina e com enfoque apenas no físico funcional, tratando-o como um ser inanimado, o que levou a uma profissão comparada a ação robótica, onde o emocional era extinto, levando a um trabalho repetitivo e sem qualquer questão humanitária possível. Ao passar do tempo e com a contribuição da Psicologia, houve a modificação nesta visão, dando um valor maior para profissionais que mostram sua face humanitária de forma maior, com isso a benefícios tanto para os assistidos quanto para o enfermeiro, pois, mostra seu trabalho de melhor e ganhando um reconhecimento por parte dos internos quanto por parte da área administrativa. O tratamento de profissionais que visam a humanização como foco principal comparados a profissionais que buscam somente o seu financeiro vimos que o primeiro tem uma aceitação maior, uma integralidade significativa, tudo flui melhor em seu trabalho, relacionando a cuidados de idosos essa ferramenta ganha um destaque ainda maior, pois sabemos que é um público de certa complexidade e de cronicidade múltiplas de patologias, sendo em algum momento difícil desempenhar algumas tarefas rotineiras do ambiente hospitalar. Como já citado, um ambiente harmonioso traz ao cliente uma segurança maior, confiando quase plenamente nos servidores da saúde, a ação humanitária é significativa em todas as áreas que envolvem o ser humano, seja na área da saúde ou não.

**CONCLUSÃO** Concluimos que a inclusão da Psicologia levou a Enfermagem a uma atenção maior em volta da humanização e seus efeitos em tratamento e interação com os pacientes idosos. Observamos que esse público contém maiores complicações em seus cuidados, é uma fase de descobrimento de um novo corpo que sofre ou virá a sofrer, várias modificações fisiológicas, emocionais e sociais. Para um melhor atendimento a compreensão dessas alterações é um papel indispensável para seu desenvolvimento, levando a qualificações e compreensões especializada, o papel importante do enfermeiro, pois é ele quem lida com os cuidados desses indivíduos, tentando sanar suas perdas buscando o seu equilíbrio e um melhor desempenho em suas atividades diárias. A Enfermagem Humanizada, busca nada mais que, a melhoria dos cuidados na fase final da vida, buscando a melhor forma possível de assistir a terceira idade. Vimos também que esse manejo na Enfermagem traz resultados significativos para a saúde do idoso. A família também apresenta um papel importante em sua atenção, pois são seus membros quem lidarão diariamente com esse idoso, tanto no hospital quanto em seu lar. A humanização evita maus-tratos, erros técnicos, negligências, eutanásia sem autorizações e evita que estes sejam mau tratados e esquecidos, melhora o contato e trabalho com o idoso, intensifica e mantém um profissional que entende as necessidades e opiniões de seus clientes, levando uma boa relação entre ambos em seu ambiente de trabalho, resultando em uma assistência de qualidade e não de quantidade, ajudando no melhoramento de tratamentos, rotinas e orientações. Esta característica é altamente almejada nos dias de hoje para que os profissionais entendam o que é e para que ela serve, sendo implantado ainda quando estudantes, para que assim quando completarem sua graduação já saiam entendendo que essa é uma ferramenta essencial no bom cuidado. O cuidado humanizado é direito do paciente e dever do cuidador, onde ele buscará as melhores e mais corretas condutas para melhor assistir seu paciente, mesmo com toda essa diferenciação que este cuidado adequado traz consigo, ainda é possível ter conhecimento de desumanização principalmente com idosos, pois a tarefa de cuidados com estes requer paciência, calma, entendimento, compreensão, táticas de acessibilidade e muito amor pelo que faz. Então para sermos um profissional de qualidade, que trará benefícios a população, devemos sermos totalmente humanos, mesmo que haja péssimas condições de trabalho, mas deve-se colocar esses obstáculos ao lado e exercer da melhor forma possível sua obrigação.

## **REFERÊNCIAS**

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>

<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/15421/S0104-12902010000400013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/532.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/rgef/v32n2/a09v32n2>



[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/214/215](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215)

<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1751/Enfermagem%20gerontol%C3%B3gica%20reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20processo%20de%20trabalho.pdf?sequence=1>

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n4/32344.pdf>

<file:///C:/Users/Alessandra%20Leite/Downloads/a22.pdf>

<http://repositorio.furg.br/handle/1/1549>

<http://z11.november-lax.com/zcvisitor/bead0e42-f5e0-11e5-8bde-0a480eb451db>

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem ao idoso. Humanização na assistência ao idoso. Qualidade na assistência.

---

## **EUTANASIA: VIVER MAIS OU VIVER COM DIGNIDADE**

Everson Renner Marque dos Santos  
Carlos Bezerra de Lima

**INTRODUÇÃO:** A maneira de estudar a morte é um esforço que demanda uma atitude de compreensão íntima e de observação externa. Em decorrência disso, torna-se possível fazer investigações sobre como podemos enfrentar o medo da morte e do morrer e, assim, como sermos mais eficazes diante de outro ser humano que lida com a experiência única de estar findando sua existência material (BELLATO, 2007). A morte representa o cessar de um ciclo. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo, depende do desenvolvimento psíquico da relação afetiva de cada pessoa, é complexo e mutável, depende do situacional (SAFATLE, 2008). No início da Idade Média, a morte era vista como algo natural, encarada com familiaridade, sem desprezo ou medo, domiciliar, em um meio terno entre resignação passiva e confiança mística. No entanto ao longo dos séculos, referida proximidade se tornou incômoda, sendo que a postura das civilizações em relação à morte foi sofrendo modificações. A partir do século XVIII atribui-se à morte um caráter doloroso, em que predomina o culto ao cemitério e o luto exagerado, no qual o protagonista passa a ser a família e não o morto. Entre 1930 e 1950, a medicina, subsidiada pelos avanços tecnológicos, proporcionou uma mudança na representação social da morte. Não se morre mais em domicílio, rodeado por parentes e amigos, com serenidade para despedir-se da vida e, sim, às escondidas, em um ambiente hospitalar, considerado neutro (SHIMIZU, 2007). Diante das mudanças ocorrentes na história em que se caracteriza o morrer, a morte passou a se tornar também um escape nos casos de indivíduos considerados incuráveis. Passou-se a utilizar então novos vocábulos, os quais

passaram a definir o “tipo” de morte que se tem. A palavra eutanásia tem sido utilizada de maneira confusa e ambígua, pois tem assumido diferentes significados conforme o tempo e o autor que a utiliza. Várias novas palavras como distanásia, ortotanásia, mistanásia têm sido criadas para evitar essa situação. Contudo, essa proliferação vocabular, ao invés de auxiliar, tem gerado alguns problemas conceituais (BIONDO et al., 2009). A eutanásia existe e é praticada desde a antiguidade, causando inúmeras discussões ao longo da história. O termo eutanásia foi criado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon, deriva do grego eu (boa), *thanatos* (morte), podendo ser traduzido como boa morte, morte apropriada, morte piedosa, morte benéfica, crime caritativo, ou simplesmente direito de matar. Essa prática é eticamente e legalmente proibida em nosso país e os profissionais da saúde devem estar cientes dessas questões legais e dos códigos deontológicos que mencionam claramente essa proibição (BIONDO et al., 2009).

**OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo ampliar o conhecimento acerca da temática demonstrando, através de imparcialidade as implicações éticas e morais que permeiam a prática da Eutanásia.

**METODOLOGIA:** O estudo será do tipo bibliográfico no qual o pesquisador tem “uma atitude ou uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta uma “carga histórica”reflete posições frente à realidade (MINAYO, 1994). Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2011 e 2016, em língua brasileira portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: a história da eutanásia. Para tanto utilizou-se os seguintes descritores: Eutanásia. Direito a Morrer. Bioética. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos científicos cujo acesso ao texto na íntegra se deu exclusivamente por meio de pagamento de taxa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica de revisão temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Nos mais distintos ambientes e lugares a questão da morte como assunto de debate frequentemente é vedada, tornando o tema um genuíno tabu, em relação ao qual se verifica o afastamento como atitude principal (SIQUEIRA, 2004). Apesar dos liames conceituais entre vida, morte, finitude, vulnerabilidade e proteção, há serias dificuldades em definir morte uma vez que o indivíduo não tem uma experiência direta com a mesma; todavia contra todas as ameaças de dor e sofrimento, sobretudo vivenciando individualmente, o ser deste novo século percebe a morte simplesmente como a outra banda da lógica da vida, pois ao nascimento, seu próprio germe, a morte está vinculada natural, cultural e socialmente (OLIVEIRA & MINAYO, 2001). Embora os novos termos utilizados para definir a prática da eutanásia tenham se proliferado rapidamente no meio científico, os problemas conceituais para a expansão do conhecimento acerca do tema ainda permanecem no dia-dia dos profissionais que lidam com o fim da vida. Tanto a eutanásia, como distanásia é tida como eticamente inadequadas, por outro lado a ortotanásia é a atuação correta frente à morte, sendo a abordagem adequada diante de um indivíduo que está morrendo. A ortotanásia pode ser definida como morte que ocorre no seu tempo certo, sem ocorrer o prolongamento da

vida através de processos artificiais ou intervenção para se evitar o processo de morte (RATES, PESSALACIA, 2010). A prática da eutanásia sempre provocou reflexão no cenário global em que verdades tradicionais chocam-se com as novas realidades oportunizadas pela ciência da vida e da saúde (GELAIN, 2007). Desse modo os saberes no que se referem à descrição de eutanásia culminaram como sendo um ato de acelerar o processo de morte, processo considerado uma ação de pôr fim a vida através de meios mecânicos ou químicos para acelerar o processo de morte de uma pessoa em estado terminal (PARCIANELLO et al., 2011). O debate em torno da eutanásia carrega consigo uma nova assimilação do direito a vida, em que os defensores da legalização da eutanásia justificam que a vida é um direito e não uma obrigação (RIBEIRO et al., 2011). Da perspectiva ética médica, tendo em conta o juramento de Hipócrates, segundo o qual se considera a vida como um dom sagrado, sobre o qual o médico não pode ser juiz da vida ou da morte de alguém, a eutanásia é considerada homicídio. Gera-se então um conflito de valores diante do profissional, que pode determinar a continuação da atuação médica no cuidado ao doente, ou dar autonomia ao indivíduo e à família a fim de priorizar os desejos dos mesmos (ZOBOLI, 2005). Um paradoxo para os profissionais enfermeiros cuidadores de pessoas e que estão enfrentando o processo do morrer e da morte, pois oscilam entre necessidade igualmente de manter a pessoa viva, a todo custo, e ao mesmo tempo, ajudá-la a morrer de maneira mais natural e digna possível (BELLATO, 2007). Em relação às indagações inerentes à questão de ser a favor da eutanásia ou não, há uma reflexão no que diz respeito à suspensão do tratamento ao paciente que está com morte iminente; um dos maiores medos do ser humano é ter sua vida mantida à custa de aparelhos em uma unidade de terapia intensiva ou quarto de hospital sem perspectiva de vida (PARCIANELLO et al., 2011). O direito a vida está relacionado ao direito indisponível, inviolável, irrenunciável do indivíduo a uma existência digna. Dessa forma o direito à vida não pode ser desrespeitado, sendo vedado ao indivíduo renunciá-lo, almejando a morte. Entende-se, portanto, que, ao indivíduo, é garantido o direito à vida e não sobre esta (DINIZ, 2009). Do ponto de vista religioso, a eutanásia é tida como uma usurpação do direito à vida humana, devendo ser um direito exclusivo e reservado ao criador. Evidentemente, se negarmos a morte, se nos recusarmos a entrar em contato com nossos sentimentos, o luto será mal elaborado e teremos uma chance maior de adoecermos e cairmos em melancolia ou em outros processos substitutivos. A ideia de “morrer bem” vai depender não somente da relação profissional/enfermo, mas do contexto sociocultural, econômico e dos aspectos ideológicos para que a tomada de decisão do paciente terminal garanta o exercício de sua autonomia (DINIZ, 2009; RIBEIRO, 2011). Em algumas legislações, a prática da eutanásia é admitida. Em nosso país essa prática é tida como crime, apesar de a nossa constituição não possuir, em letras explícitas, a condenação à mesma, o artigo 5º defende a vida como direito essencial do indivíduo não permitindo a ninguém a morte intencional do próximo (CARVALHO, 2008). O código de ética dos profissionais de enfermagem traz claramente em seu artigo 29º que é proibido participar ou promover qualquer ação que venha antecipar a morte do cliente (RESOLUÇÃO 311 de 08 de fevereiro de 2007, COFEN). Na visão de alguns, a eutanásia, trata-se de um ato de compaixão com o alívio de um sofrimento, permitindo-o vislumbrá-lo para uma existência miserável e sem sentido. De forma objetiva, aqueles que são favoráveis à eutanásia argumentam veementemente que se trata de um alívio definitivo da dor e do



sofrimento a que um ser humano esteja submetido, já que afirma que retardar a morte pode, muitas vezes, significar uma vida finita e indigna submissa a máquinas. Defende-se que se pode optar por viver também podem decidir o morrer e quando o fizer, acreditam que viver bem não é viver muito e sim viver dignamente. Já os argumentos contrários à eutanásia encontram sua base argumental em fundamentos religiosos (pois se Deus deu a vida a cada ser, somente Ele tem o poder e a liberdade para abreviá-la) e legais (a lei assegura o direito da vida, tornando incoerente que o cidadão possa decidir em acabar com essa). Entre outros aspectos não é possível chegar a um consenso sobre a prática da eutanásia, tudo dependerá da junção do jurídico, do próprio paciente e da família em geral.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao mesmo tempo em que se tem o avanço da tecnologia e da ciência permitindo a cura de várias enfermidades, tem também permitido que o processo do morrer seja abreviado e tratado como um fenômeno puramente biológico gerando sofrimento para os pacientes e seus familiares (PARCIANELO et al. 2011). Diante da temática abordada percebe-se que, se tratando de opiniões particulares, há controvérsias vibrantes condizentes com a prática, ou não, da eutanásia: por um lado à dor da família que não quer deixar o ente querido partir, e do outro o desejo do próprio moribundo em livrar-se da dor e do sofrimento passado. A visão da grande maioria é claramente opositora à prática, mas aqueles que julgam um ato de misericórdia também buscam seus argumentos mais firmes e justificáveis para o optar pela abreviação da vida. Talvez um conflito que jamais termine onde um lado à vida prolongada sem considerar o preço que custe e do outro a vida com dignidade e a chegada de o tão esperado sono eterno onde se tem finalmente o alívio de todos os sofrimentos e angústias. Tratando-se de eutanásia é chegar a becos sem saída, onde somente aqueles que almejam alcançá-la podem explicar o quão grande é esse desejo, aqueles que são contra a prática e combatem-na arduamente, e o tão grande mistério que vem a ser o sono maior daqueles que não voltarão para nos revelar um dos maiores, talvez “O maior mistério”, da humanidade. O importante sim é o viver bem e com dignidade.

#### **REFERÊNCIAS:**

BELLATO, Rosenev et al. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.3, set. 2007.

BIONDO, CA. SILVA, MJP. SECCO, LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 2009; 17(5):613-19

CARVALHO, R. T. **Legislação em cuidados paliativos**. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo. São Paulo (SP): Conselho Regional de Medicina; 2008. p. 613-29.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. “Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer.” **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 151-157, apr.

2005. ISSN 1518-8345. Disponível em:  
<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2007/2085>>. Acesso em: 09 mar. 2016.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. São Paulo (SP): Saraiva; 2009.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 2007.

OLIVEIRA, H., MINAYO, M. C. S. A auto-organização da vida como pressuposto para compreensão da morte infantil. **Ciências de Saúde Coletiva** 2001; 6(1), 139-149.

PARCIANELLO, M. K., FONSECA, G. G. P., ZAMBERLAN, C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2011;1(3):305-12.

RATES, C. M. P., PESSALACIA, J. D. R. posicionamento ético de acadêmicos de enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde. **Revista Bioética** (IMP.) 2010;18(3):659-75.

RIBEIRO, K. V., SOARES, M. C. S., Gonçalves, C. C., MEDEIROS, I. R. N., SILVA, G. Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. **Enfermagem em Foco** 2011; 2(1): 28-32.

Resolução n. 311 de 8 de fevereiro de 2007 (BR). **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. [citado 22 nov 2011]. Disponível em: [http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao_311_anexo.pdf)

SAFATLE, Vladimir. O amor é mais frio que a morte: negatividade, infinitude e indeterminação na teoria hegeliana do desejo. **Kriterion**, Belo Horizonte, v.9, n.117, 2008.

SAIORON, Isabela; SAIORON, Isabela; SILVEIRA, Ana Caroline Silva da; LEÃO, Letícia Trindade; GONÇALVES, Naiane Glaciele da C.; SILVEIRA, Rosemary Silva da; LUNARDI, Valéria Lerch; "Eutanásia: Conflitos e Valores na Sua Regulamentação", p. 271 . In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.2]**. São Paulo: Blucher, 2014. ISSN 2357-7282, DOI 10.5151/medpro-cihhs-10662

SHIMIZU, Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, jun.2007.

SIQUEIRA, Batista R, SCHRAMM, FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciências de Saúde Coletiva** 2004; 9(1):31-41.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e enfermagem**. In: Vieira TR, org. Bioética nas profissões. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2005. p. 101-19.

---

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

Karla Aniely Ferreira Nunes  
Francisca Eulidivânia de Farias Camboin

**INTRODUÇÃO:** O câncer do colo do útero atinge um grande número de mulheres em todo mundo, considerado portanto, um problema de saúde pública. Vale salientar, que além dos danos físicos causados pela doença, acarreta alterações psicológicas, mudanças no estilo de vida das mulheres e de seus familiares, entre outros fatores. A integralidade, além de ser um princípio defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a apreensão das necessidades mais abrangentes do ser humano, valoriza a articulação entre atividades preventivas e assistenciais, das quais pode-se citar as práticas educativas como ferramenta na estratégia de cuidados preventivos às doenças, favorecendo a promoção da saúde (SOARES et al., 2011). As taxas de morte crescentes por câncer mostram que as mulheres são mais susceptíveis a certos tipos de neoplasias, ressaltando o câncer do colo de útero, associado às doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, bem como o uso de contraceptivos orais por períodos muito longos e grande número de gestações (SANTOS et al., 2010). O exame citológico (Papanicolaou) e a colposcopia quando realizados periodicamente são meios de prevenção extremamente eficazes, visto que o esfregaço de Papanicolaou é o exame de rastreamento e detecção precoce das neoplasias cervicais e de células precursoras do câncer de colo do útero. É possível diagnosticar lesões ainda na fase intraepitelial (não invasiva) em mulheres assintomáticas, dada a lenta evolução deste câncer (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010). É essencial que as equipes de saúde atentem para o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero, como a valorização dos fatores de risco, do exame preventivo, dos sinais e sintomas, da necessidade da realização da busca ativa e dos encaminhamentos necessários, e, além disso, assegurem o acompanhamento o seguimento das mulheres que apresentem alterações nos exames (OLIVEIRA et al., 2010). Visto isso, pode-se perceber a importância das ações de controle promovidas pelas equipes de saúde, as quais se mostram capazes de exercer um auxílio as mulheres desde a prevenção ao tratamento do câncer. Este tipo de câncer é um dos tipos que mais mata as mulheres no mundo e apesar da maior acessibilidade da população à prevenção ainda há a necessidade de sua educação onde devem ser mostrados os benefícios e a importância de tal para uma melhor promoção de saúde. A pesquisa teve como objetivo relatar a importância da educação em saúde como ferramenta na prevenção do câncer do colo do útero.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, a qual seguiu as seguintes etapas: levantamento bibliográfico e coleta de dados, informações e definições, contidas na bibliografia selecionada. O levantamento foi feito nas bases de dados vinculadas ao Google Acadêmico, utilizando-se os descritores: Educação em saúde, neoplasias do colo do útero, prevenção de doenças. A partir desta busca, foram selecionados

quinze artigos publicados entre 2010 e 2012 e que se encaixavam a temática proposta. Após seleção da literatura, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual foram relacionadas às informações e ideias dos autores com o objetivo do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O desenvolvimento de um câncer requer algumas etapas, sendo que cada uma delas é governada por múltiplos fatores onde alguns dependem da constituição genética de cada indivíduo, já outros dependem do ambiente onde ele vive e de respectivo estilo de vida. As células cancerosas se proliferam de forma que desobedecem aos controles normais e tem a capacidade de invadir e colonizar os tecidos circundantes. As células que originam um câncer podem ser uma célula-tronco do tecido dotada da habilidade de se auto-renovar indefinidamente, ou uma célula diferenciada que adquire também essa habilidade (ALBERTS et al., 2010). Estudos identificam os HPV (papilomavírus humano) em HPV 6, 11, 16, 18, 31 e 33, de alto risco oncogênico, e os 16 e 31 como os principais genótipos em infecções cervicais tanto em mulheres sem atipias citológicas no colo do útero, como nas mulheres portadoras de lesões precursoras e carcinoma cervical (MENDONÇA et al., 2010). No que se refere à vida reprodutiva feminina, observa-se que a mesma se desenvolve em um contexto que se inicia com a menarca e se encerra com a menopausa, sendo ambos os eventos de grande importância para a fisiologia feminina. A vida reprodutiva da mulher possui limite de tempo, mas não necessariamente a sua vida sexual, por isso, a mulher em climatério ou a menopausa deve ser alvo dos mesmos cuidados que as mulheres mais jovens no que diz respeito à prevenção das doenças que podem acometer o aparelho genital (COSTA et al., 2010). Tem se visto que, principalmente entre as adolescentes, uma maior vulnerabilidade frente às DST e a possibilidade da ocorrência da gravidez indesejada. Este cenário propicia ainda mais riscos para a suscetibilidade ao HPV, quando o início da prática sexual é desprovido de preservativos (CARVALHO; QUEIROZ, 2011). Isso mostra a grande importância da educação sexual dessas adolescentes, e o acompanhamento periódico de tais, com realização do exame citológico. Independentemente das variações nos estudos encontrados na literatura, a maioria deles possui um achado em comum com dados de outras pesquisas sobre o tema: as mulheres que mais poderiam se beneficiar do teste de Papanicolaou é o que menos realizam (FONSECA et al., 2010). O câncer de colo do útero tem uma elevada prevalência e morbimortalidade, embora existam recursos disponíveis para a sua prevenção e controle. Portanto, torna-se necessário o conhecimento, não apenas de sua magnitude, expressa nas estatísticas, mas também da singularidade da clientela, que constitui seu alvo, para que se possa ter embasamento frente a seu melhor controle, seja por meio de programas de prevenção precoce ou pela organização da rede de tratamento e reabilitação (SANTOS et al., 2010). É necessário ressaltar, sem tirar ou diminuir a importância de programas frente ao tratamento e reabilitação, que é evidente que quanto mais o foco for a prevenção, menores serão os índices estatísticos de mortalidade. Prevenir o aparecimento do câncer de colo uterino significa minimizar as chances de uma pessoa desenvolver a doença, através de ações que afastem os fatores de riscos e aumente a qualidade da assistência à saúde. Cabe aqui destacar que o referido câncer possui características que permitem sua detecção em

estágio pré-maligna ou inicial (SANTOS et al., 2010). É normal e bastante corriqueiro a população procurar por atendimento de saúde apenas após sinais e sintomas já decorrentes, muitas vezes é uma questão de costume não fazer uso de exames de rotina entre outras ações preventivas. É a partir dessa questão anteriormente citada que mostra ser imprescindível insistir em atividades educativas constantes, aproveitar melhor as oportunidades que a demanda do serviço possibilita na abordagem às mulheres nas ocasiões diversas de comparecimento à unidade por variados motivos, oportunizando ainda o fortalecimento do vínculo da mulher com a profissional (MELO et al., 2012). Uma estrutura de qualidade, acessível e uma equipe responsável há de mostrar maior eficiência, tanto nos projetos de prevenção quanto no acolhimento das mulheres a unidade de saúde, pois é entendido que um sistema de saúde de qualidade está diretamente relacionado à redução da incidência do câncer do colo do útero, pois o longo período de evolução da doença permite a identificação das lesões precursoras e seu eficiente controle, aumentando assim as possibilidades de recuperação da mulher (MASCARELLO et al., 2012). O cuidado, a educação e a prevenção são de extrema importância para a promoção de saúde na atenção primária, o qual deve ser estendido para todas as mulheres, mas em especial as mais carentes, no entanto ainda há deficiências governamentais que impedem essa expansão de prestação de serviço. No cenário da prevenção do câncer do colo do útero, a atuação do enfermeiro nas equipes das ESFs revela-se fundamental. Suas atividades são desenvolvidas em múltiplas dimensões, entre elas: realização das consultas de enfermagem e do exame de papanicolaou, ações educativas diversas junto à equipe de saúde e comunidade, gerenciamento e contatos para o provimento de recursos materiais e técnicos, controle da qualidade dos exames, verificação, comunicação dos resultados e encaminhamentos para os devidos procedimentos quando necessário (MELO et al., 2012). Porém, não só o papel do enfermeiro, mas também de toda equipe de saúde é de caráter essencial para eficácia das estratégias. No entanto, cabe aqui também destacar a enfermagem, por sua formação mais generalista, mais humana e mais voltada para a educação em saúde, pode contribuir efetivamente para a melhora desses números. Todavia, é necessária também a ação do poder público, que deve se voltar para a população mais necessitada e mais vulnerável por sua pouca escolaridade e baixa condição socioeconômica. Sendo assim, pode-se cumprir um dos princípios básicos da Constituição Brasileira, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BIM et al., 2010). A preocupação com ações preventivas, nesse caso quanto ao câncer do colo do útero, ocorre em nível mundial. Essas ações, além de trazer inúmeros benefícios para as usuárias, contribuem também para os cofres públicos, posto que menos onerosas do que tratamentos prolongados da doença (MELO et al., 2012). Desta forma, pode-se dizer que este é um ponto positivo e relevante para considerar as ações preventivas de suma importância e com muitos benefícios para a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No decorrer do estudo foi evidenciado que as ações preventivas e educação das mulheres são relevantes para prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero. Visto que, tais ações realizadas pelas equipes de saúde e o atendimento primário são fundamentais, visando também à diminuição das taxas de

incidência e mortalidade causadas pelo câncer. A expansão de programas de prevenção e a busca ativa das mulheres são questões que as equipes de saúde devem visar como essenciais para um maior alcance a população fazendo com que mais mulheres sejam beneficiadas. Uma vez que a educação em saúde e a prevenção em suas vidas tem reflexo na saúde corporal, tanto como no seu psicológico e sua vida como um todo.

**DESCRITORES:** Educação em saúde. Neoplasias do colo do útero. Prevenção de doenças.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTS, B. et al. **Biologia Molecular da Célula**, 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BIM, C. R. et al. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n.4, p. 940-46, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/12.pdf>>. Acesso em: setembro, 2015.
- CARVALHO, M. C. MP.; QUEIROZ A. B. A. Mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero e HPV: Descrição do perfil socioeconômico e demográfico. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. v. 23, n.1, p. 28-33, 2011. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-1-2-2011/7%20-%20Mulheres%20Portadoras%20de%20Lesoes%20Precursoras%20do%20Cancer%20do%20Colo.pdf>>.
- >. Acesso em: setembro, 2015.
- CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA L. Y. I.; BORGES A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 14, n.1, p. 126-134, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a19.pdf>>. Acesso em: setembro, 2015.
- COSTA C. C. da et al. Realização de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino: promovendo saúde em instituição asilar. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 11, n. 3, p. 27-35, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/392/pdf>>. Acesso em: setembro, 2015.
- FONSECA, A. J. da et al. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, n.8, p.386-392, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a05v32n8.pdf>>. Acesso em: setembro, 2015.

MASCARELLO, K. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero Associado ao estadiamento inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.58, n.3, p. 417-426, 2012. Disponível em:

<[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/11\\_artigo\\_perfil\\_sociodemografico\\_clinico\\_mulheres\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_associado\\_estadiamento\\_inicial.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf)>. Acesso em: setembro, 2015.

MELO, M. C. S. C. de et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.58, n.3, p. 389-398, 2012. Disponível em:

<[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/08\\_artigo\\_enfermeiro\\_prevencao\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_cotidiano\\_atencao\\_primaria.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf)>. Acesso em: outubro, 2015.

MENDONÇA, V. G. de et al. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.32, n.10, p.476-4485. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n10/v32n10a02.pdf>>. Acesso em: outubro, 2015.

OLIVEIRA, I. S. B. et al. Ação das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. **Cienc Cuid Saude**.v.9, n.2, p.220-227, 2010. Disponível em:

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11133/6070>>. Acesso em: outubro, 2015.

SANTOS, M. S. dos et al. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção

do câncer cérvico-uterino. **Rev Bras Enferm**. v. 64, n. 3, p. 465-471, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a09.pdf>>. Acesso em: outubro, 2015.

SOARES, M. C. et al. Câncer de Colo Uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v.32, n.3, p. 502-508, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/10.pdf>>. Acesso em: outubro, 2015.

---

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE COMBATE ÀS ARBOVIROSES: DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

Fabriciano Santos de Souza  
Larissa Maria Almeida Santos  
Rayssa de Fátima Morais  
Tamires Daiane de Sousa Bezerra  
Tamiris Guedes Vieira

**INTRODUÇÃO:** Podemos compreender a educação como, a utilização de processos e técnicas pedagógicas para a socialização de conhecimentos e formação de sujeitos, tendo como base as diversas relações humanas. Assim, pode-se conceituar a educação em saúde como a utilização desses processos e técnicas para o compartilhamento de saberes sobre saúde que podem influenciar o cotidiano das pessoas, possibilitando a melhoria de sua qualidade de vida (ALMEIDA ER; Moutinho CB; Leite MTS, 2016). No contexto da dengue, a utilização dessa prática é fundamental para que se possa frear o constante crescimento dos casos de doenças causadas pelo *aedes aegypt* e também, é um processo em que a comunidade pode participar de forma ativa e colaborativa junto às equipes de saúde que compõe a estratégia de saúde da família. Atualmente, o Brasil vivência um dos maiores surtos de dengue de sua história recente e junto com ela, outras patologias causadas pelo vírus do gênero *alphavirus* foram descobertas, como a febre chikungunya e o zika vírus. Pela primeira vez na história, foi documentada a transmissão autóctone da febre do Chikungunya nas Américas no Caribe em 2013. A seguir, foi confirmada, no Oiapoque, a ocorrência no Brasil, onde até então, os sinais e sintomas dessa infecção era confundido com os da dengue. Até outubro de 2014, foram registrados 828 casos no país, sendo somente 39 vindos do exterior (DONALISIO MR; FREITAS A.R.R, 2015). Além da Chikungunya, o vírus Zika tem causado inúmeros transtornos à população, como o aparecimento de sinais e sintomas semelhantes aos de dengue, mas com graves consequências, principalmente em gestantes, possivelmente. As atuais estratégias têm se mostrado incapaz de promover o envolvimento e a mudança de comportamento da população, considerados essenciais e indispensáveis para o controle dessa endemia (RP, GONÇALVES. et al., 2016). A multiplicação da doença está intimamente relacionada com os determinantes de ordem socioeconômica. A dengue pode ser considerada um subproduto da urbanização acelerada e sem planejamento, característica dos centros urbanos de países em desenvolvimento. Outros determinantes que podem ser citados são as migrações, viagens aéreas, deterioração dos sistemas de saúde, inexistência de vacina ou tratamento etiológico, grande fluxo populacional entre localidades e altos índices pluviométricos e de infestação pelo vetor. As razões para o agravamento da doença são complexas e não totalmente compreendidas. Uma das possíveis explicações é que, apesar do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* ter abordado a descentralização e a participação da comunidade, o modelo desenvolvido na prática baseou-se em métodos verticais que buscavam a eliminação do mosquito por meio de inseticidas, e com esta perspectiva a comunidade fica na maioria das vezes, como espectadora e dependendo de ações previamente definidas. Um dos métodos propostos para as ações de enfrentamento ao mosquito da dengue foi à



participação comunitária direcionada à redução de criadouros domiciliares do mosquito (MARCIEL; SIQUEIRA JÚNIOR; MARTELLI, 2008 apud RP, GONÇALVES. et al., 2016). As práticas de Educação em Saúde como estratégia de combate às doenças causadas pelo mosquito da dengue representam uma importante ferramenta para a prevenção e cuidados em saúde, uma vez que, além da orientação correta acerca desse tema, proporcionar à população maior conhecimento dos graves danos que o vetor infectado pode causar ao homem, possibilita também um direcionamento no que diz respeito à procura do atendimento médico para tratar dos sintomas da infecção. Em decorrência do surgimento dos diferentes sinais clínicos nas pessoas infectadas pelo mosquito da dengue (Chikungunya e Zika) e da deficiência de informações claras acerca das competências e especificidades das unidades básicas de saúde, nos últimos anos as filas em hospitais passaram a se formar com maior frequência e estes, logo ficaram superlotados. Esse problema de superlotação é motivado também, pelo antigo hábito que a população tem de procurar sempre o atendimento de nível secundário (hospitais e clínicas médicas) ao invés dos postos de saúde mais próximos de suas casas, que representam uma importante estratégia de saúde voltada para atendimentos desta natureza. Partindo desse exposto, surgiu o seguinte questionamento: Como é trabalhada a educação em saúde com a população? Quais benefícios ela pode trazer para a população, frente às arboviroses atuais? A pesquisa é relevante pelo fato de servir como ferramenta de estudo, para que as ações de educação em saúde possam se multiplicar e passem a fazer parte da rotina dos profissionais da saúde e população. É objetivo dessa pesquisa, explanar a importância de se trabalhar a Educação em Saúde com a população, como estratégia de combate às arboviroses: Dengue, Chikungunya e Zika.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual se utilizou as seguintes etapas: levantamento bibliográfico, informações e definições, contidas na bibliografia selecionada. O levantamento foi feito nas bases de dados vinculadas ao Google Acadêmico, utilizando-se os descritores: Chikungunya, Dengue, Educação em Saúde, Saúde Pública. A partir desta busca, foram selecionados quinze artigos publicados entre 2012 e 2016 e que se encaixavam a temática proposta. Após seleção da literatura, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual foram relacionadas às informações e ideias dos autores com o objetivo do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante a leitura dos artigos selecionados, foram observadas diferentes realidades entre as equipes de saúde e comunidade no que diz respeito à interação e participação das pessoas nas ações de prevenção de doenças. A tradicional educação em saúde tem sido utilizada de forma autoritária, como um instrumento de dominação e de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde, e por isso, esse tipo de política dominante tem sido alvo de muitas críticas, o que tem obrigado a muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas, utilizando-se de ferramentas informais, construídas num processo de educação popular. No âmbito do controle das arboviroses, as

ações têm se limitado à eliminação de resíduos sólidos, sobretudo descartáveis, como garrafas plásticas e de vidro, pneus e outros ou a vedação de reservatórios destinados ao armazenamento de água para uso doméstico (MMC, Costa, et al., 2012). O forte impacto das epidemias de dengue na sobrecarga dos serviços de saúde causam grandes problemas no acesso dos doentes a esses serviços, e prejudicam a economia da região em decorrência dos custos do tratamento, do absenteísmo e das mortes resultantes. Estudos acerca do custo da dengue estimam que um caso em média custe US\$ 828,00, levando-se em consideração somente os custos ambulatoriais e hospitalares. Fazendo uma estimativa bastante conservadora, já que há grande subnotificação, os gastos da dengue no Brasil, de acordo com os registros oficiais de casos, somente no ano de 2010, ficaria em torno de US\$ 828 milhões ou cerca de R\$ 1.863 milhões (PINTO JUNIOR, VL., 2014). Observa-se que existe uma vontade social de mudança, porém inexistem formas de articulação intersetorial, assim como grande parte da população encontra-se a mercê de um sistema político-econômico estigmatizante, corrupto e alienante, daí a importância de espaços que discutam os processos de adoecimento com a comunidade, mas que acima de tudo busque formas de mudanças da realidade, através da luta e da participação individual e coletiva (VALENTE, GSC. et al., 2012). Os investimentos em prevenção ainda demonstram ser uma medida fundamental para a redução da incidência, e ainda permite a participação ativa da população em palestras, caminhadas e outras atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde. A educação popular como um processo de construção coletiva vem a contribuir com o desenvolvimento de novas práticas por profissionais e serviços de saúde, e estabelece maior proximidade entre comunidade e equipe (MMC, Costa, et al., 2012). Muitos programas de saúde foram executados para a população, quando o melhor seria que esses fossem executados com a população na elaboração de propostas capazes de promover o bem-estar na saúde e a conquista da cidadania. Isso se torna um desafio para o profissional da equipe de saúde mobilizar a comunidade, acreditando nas suas potencialidades e poder de mudança de uma realidade posta (AQUINO, JM., et al., 2014) Algumas ações de integração da comunidade às atividades elaboradas pelas equipes de saúde já são uma realidade em alguns lugares. Desde o ano de 2002, foi implantado, na Região Noroeste do Recife, o Projeto Amigos do Bairro Contra Dengue. O Projeto consistiu na busca pelo envolvimento da população nas atividades de educação ambiental e controle mecânico do vetor da dengue, junto às equipes de saúde locais (unidades de saúde, Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Saúde Ambiental - ASA), objetivando contribuir com a construção do saber social sobre a dengue, através do planejamento e execução conjunta das atividades de controle da epidemia em cada território (MMC, Costa, et al., 2012). Enquanto executores das ações preventivas em saúde, as equipes que compõem a atenção básica têm por dever, interagir com a população às principais estratégias desempenhadas na comunidade.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As questões ambientais e ecológicas tem sido preocupação da enfermagem, em que precisamos estar comprometidos com a manutenção da saúde das pessoas, das famílias e das comunidades, a fim de promover a saúde de todos. Discutir junto a importância da questão ambiental, das relações sociais que estabelecemos entre nós e com o

meio ambiente do qual fazemos parte e dos sentimentos que emergem destas relações, torna-se primordial para compreendermos o processo saúde-doença-cuidado (VALENTE, GSC. et al., 2012). É necessário oportunizar a criação de arenas de debates e discussões conjuntas nos processos decisórios com vistas à resolução dos problemas de saúde existentes (AQUINO, JM., et al., 2014). A enfermagem atua no papel de educadores em saúde, portanto podemos promover discussões sobre a vida, saúde, cidadania para que as pessoas possam refletir e a partir do que for levantado decidirem sobre a sua melhor forma de viver e de estar no mundo (VALENTE, GSC. et al., 2012). É urgentemente necessário, que trabalhemos a educação em saúde de forma integral e com a participação de todos da comunidade, para que num futuro breve, a incidência do número de casos seja significativamente reduzida, ao ponto de eliminarmos de vez o tão temido aedes.

**Palavras-chaves:** Chikungunya. Dengue. Educação em Saúde. Saúde Pública

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, ER.; MOUTINHO, CB.; LEITE, MTS. **Prática pedagógica de enfermeiros de saúde da família no desenvolvimento da educação em saúde. (Botucatu).** 2016; 20(57), p. 389-401. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220150128.pdf>> Acesso: 10 de mar. 2016.

AQUINO, JM. et al. **Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários.** J. res.: fundam. care. online 2014. jan./mar. 6(1), p. 364-377. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2649/pdf\\_1082](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2649/pdf_1082)> Acesso: 11 de abr. 2016.

DONALISIO, MR.; FREITAS, A.R.R. **Chikungunya no Brasil: um desafio emergente.** REV BRAS EPIDEMIOL JAN-MAR 2015; 18(1), p. 283-5. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00283.pdf>> Acesso: 09 de abr. 2016.

MMC, COSTA. et al. **Amigos do bairro contra a dengue: A experiência do distrito sanitário III da secretaria de saúde do Recife, na implantação de um projeto de participação popular em saúde.** Rev APS. 2012 out/dez; 15(4), p. 517-521. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1482/684>> Acesso: 13 de abr. 2016.

PINTO JUNIOR, VL. **Dengue e Chikungunya: coexistência possível no Brasil.** Rev Med Saude Brasilia 2014; 3(1), p. 3-2. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/viewFile/4957/3139>> Acesso: 11 de abr. 2016.

RP, GONÇALVES. et al. **Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.578, 579-593, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00578.pdf>> Acesso: 13 de abr. 2016.

VALENTE, GSC. et al. **Problematização como estratégia de educação em saúde no combate a dengue: um relato de experiência.** R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4), p. 2987-94. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1888/pdf\\_641](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1888/pdf_641)> Acesso: 12 de abr. 2016.

---

## **EDUCAÇÃO E SAÚDE: orientações nutricionais durante o pré-natal**

Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Rayonara Santos da Silva  
Juliana Ferreira de Araújo  
Sosthenes dos Santos Alves  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** A Enfermagem é uma ciência que abrange uma vasta rede de assistência, com objetivos de promoção, prevenção e reabilitação dos usuários, através de ações e serviços embasados em estudos científicos atualizados, visando sempre o bem-estar biopsico-espiritual. O enfermeiro como profissional capacitado para prestar o cuidado no pré-natal, e dispensar todas as informações e realização de procedimentos desde o início até o final da gestação, tem papel efetivo, para chamar a atenção das gestantes, quanto ao interesse sobre o valor de manter bons hábitos alimentares, esclarecendo todos os problemas que poderão ocorrer com o feto, caso este não receba os nutrientes essenciais que precisa para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. Logo, percebe-se que o profissional precisa desenvolver estratégias que vise despertar e conscientizar a gestante a adequar a sua alimentação para que esta possa consumir todos os nutrientes necessários para garantir uma gestação livre de riscos (BRASIL, 2012). Para tanto, torna-se indispensável à qualificação e atualização do enfermeiro, sobre questões que envolvam conhecimentos nutricionais, além do uso de uma dinâmica que envolva a gestante de maneira que ela entenda o valor de ter bons hábitos alimentares. Sendo assim, este estudo tratará de focar, na importância do enfermeiro na orientação nutricional durante o pré-natal, para garantir uma gestação equilibrada, sem riscos eminentes tanto para a mãe como para o conceito. O presente estudo tem como objetivo descrever as orientações nutricionais da enfermagem durante o pré-natal.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados de Enfermagem, nutrição Pré-Natal e nutrientes. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2011 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Orientações nutricionais no pré-natal. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O período gestacional torna o corpo da mulher vulnerável em relação ao estado nutricional, por isso é imprescindível que esta se adeque a uma alimentação rica em nutrientes essenciais, pois a ingestão dietética influencia significativamente o desenvolvimento fetal (SEMPREBOM E RAVAZZANI, 2014). Para tanto o enfermeiro precisa orientar logo na primeira consulta, quais os nutrientes não poderão faltar em sua dieta em cada trimestre da gestação e em quais alimentos estes são encontrados, como também a quantidade certa que deverão ser consumidos, procurando com isso ajudá-la a garantir que a gestante não apresente nenhum déficit de nutrientes essenciais. O **Ferro** é um micronutriente, encontrado em abundância e participa de diversas sínteses em nosso corpo, este não é somente fundamental para a mãe, mas também, para o feto e as membranas fetais como placenta e cordão umbilical, além dos gastos sanguíneos com o parto. As principais fontes onde este nutriente é encontrado são: em carnes vermelhas e vísceras, batata, brócolis, abóbora, tomate, repolho, couve-flor, nabo e a cenoura (BRASIL, 2010). Um dos principais problemas relacionados a deficiência de ferro no período gestacional é a anemia, essa patologia gera consequências serias a saúde, ocasionando maior risco de morbidade e mortalidade ao binômio mãe e filho. São vários os sinais e sintomas característicos como, fraqueza, fadiga, taquicardia na gestante. O feto também apresenta sérios problemas ligados ao déficit de ferro, como prejuízos no desenvolvimento físico e mental, diminuição da capacidade cognitiva, aprendizagem, concentração, memorização e alteração do estado emocional. O **Ácido Fólico (AF)** é uma vitamina hidrossolúvel, pertencente ao complexo B, denominado de ácido pterilglutâmico, por conter pequenas reservas dessa substância no organismo, estas são obtidas principalmente através da ingestão de alimentos ricos neste folato. Tem sua função relacionada ao funcionamento e desenvolvimento normal do corpo, atuando sistematicamente em síntese de ácidos nucléicos, fundamentais para a divisão celular (AVANCINI, et al., 2010). A indicação de AF para mulheres que pretendem engravidar é de três meses antes, mas para aquelas que não planejaram a gravidez, a recomendação é de ingestão imediata tanto na forma de medicamento, quanto no consumo de alimentos ricos nesta vitamina, pois é entre a terceira e a quinta semana de gestação que acontece a formação

da estrutura que dará origem ao cérebro e a medula espinal, e sabendo que esta vitamina está intimamente ligada, a divisão celular, percebe-se, a importância de orientar quanto à ingestão adequada desta, para prevenir problemas congênitos, conhecidos como Defeitos do Fechamento do Tubo Neural, como a anencefalia que configura-se, uma anomalia grave e letal, caracterizada pela ausência do cérebro, meninges e calota craniana, e a espinha bífida, que ocorre quando a parte inferior do tubo neural não se fecha perfeitamente. Este folato é encontrado no alface romana, brócolis e espinafre, e em alimentos como feijão rajado ou branco seco, fígado, farelo de trigo, aspargo, em frutas cítricas, abacate, banana, pães e cereais enriquecidos. A **Vitamina A** ou ácido retinóico, pertence ao grupo dos macronutrientes essenciais a vida gestacional, é responsável pelo processo metabólico do desenvolvimento, crescimento, diferenciação celular de tecidos e órgãos, principalmente dos olhos (NETTO, et al., 2012). Esta substância possui função essencial para a visão, diferenciação celular, desenvolvimento e conservação da integridade epitelial. Além de atuar na reprodução e formação do sistema imunológico, é responsável pela formação dos olhos, coração e ouvidos no desenvolvimento embrionário. Sendo encontrada, em produtos de origem animal, como o fígado, gema de ovo, leite, queijos, manteiga e óleos de peixes, e em produtos de origem vegetal como a cenoura, abóbora, mamão, agrião e a couve, além do leite materno que é rico nessa vitamina, o que o torna essencial para o desenvolvimento do recém-nascido. A deficiência da Vitamina A acarreta defeitos congênitos cerebrais, auditivos, oculares e cardiovasculares, podendo ocasionar a morte fetal, já nas gestantes a pré- eclampsia, eclampsia, aborto espontâneo, anemia, náuseas, vômitos, falta de apetite e infecções do trato urinário, reprodutivo e gastrointestinal são mais comuns. A **Vitamina C** ou ácido ascórbico desempenha função estrutural importante na participação da síntese do colágeno é encontrada nos frutos como laranjas, limões, limas e tangerinas, e vegetais verdes escuros (VANNUCCHI e ROCHA, 2012). Sua deficiência prejudica significativamente o crescimento e desenvolvimento do feto, como baixo peso ao nascer, além deslocamento prematuro da placenta, ocasionado por ruptura prematura de membranas. O **Cálcio** é um mineral essencial para a vida humana, desde a formação embrionária observa-se a sua importância para formação óssea, na participação da coagulação sanguínea e controle hormonal. O leite é considerado o principal alimento rico nesta substância, mas existem outros alimentos como folhas verdes, frutas, grãos, carnes, ovos, peixes que como componente extra. Durante o período gestacional a ingestão de cálcio é de relevante importância, devido o valor deste na mediação da resposta insulínica nos tecidos musculares e adiposos. O **Zinco** é um nutriente fundamental no período gestacional, pois participa na metabolização de lipídios, proteínas e carboidratos (KATHLEEN, ESCOTT-STUMP e RAYMOND, 2010). Os alimentos fontes desta substância são carnes, leite e derivados, frutos do mar, fígado, leguminosas, nozes e cereais integrais. Sua carência durante a gestação está relacionada a diversas intercorrências clínicas, como por exemplo, o aborto espontâneo e nascimento pré-termo. O **Iodo** é um mineral que participa da constituição dos hormônios Tiroxina (T4) e Triiodotironina (T3) que atua contribuindo para o crescimento, formação dos ossos e desenvolvimento cerebral (ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA, 2013). Sua necessidade eleva-se no período gestacional, pois precisa suprir também as necessidades do feto. Suas principais fontes são os moluscos, crustáceos peixes, ovos e alimentos fortificados,

assim como o sal iodado. A deficiência deste mineral induz a maior incidência de aborto espontâneo, natimortos e deformidades congênitas, além de retardo mental e no crescimento, problemas auditivos e epilepsia. Os carboidratos configuram-se como as principais reservas de energia na alimentação humana e tendo em vista que durante a gestação, há uma necessidade maior de energia, para contribuir tanto no crescimento do feto, como das membranas mamárias, além de suprir as necessidades energéticas da própria gestante. As principais fontes de carboidratos são grãos, vegetais, o melado e açúcares. Sua carência acarreta prejuízos ao sistema nervoso, além de problemas sanguíneos (WEINERT, et al., 2011). As **proteínas** são vitais para o desenvolvimento da placenta, aumentos dos tecidos maternos e do volume sanguíneo, tornando-se essencial para o crescimento do feto (MONTEIRO, et al., 2010). Os alimentos ricos neste macronutriente são o leite e seus derivados, carnes, ovos, feijão, lentilha, ervilha e grão-de-bico. A desnutrição pré-natal, causada pela deficiência de proteínas durante a gestação, gera modificações nos tecidos e órgãos fetais. Os **lipídios** fornecem a energia tanto para o organismo da gestante como do concepto (FILHO, 2011). Durante o período gestacional deve ser indicado o uso de gorduras insaturadas denominadas ácidos graxos que são imprescindíveis na dieta da gestante visto que este participa da constituição estrutural das membranas celulares, desempenham funções energéticas, reservas metabólicas, colaboram na síntese hormonal e de sais biliares. Alimentos como nozes, linhaça, canola, peixes gordos, (atum, sardinha, salmão), milho, soja, semente de algodão, óleo de girassol e óleos de peixes são ricos neste composto. Sua carência durante a gestação está intimamente ligada a problemas cardiovasculares, imunológicos, acarretando defeitos cerebrais e na retina do feto.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As orientações nutricionais prestadas na assistência no pré-natal de baixo risco buscam, sobretudo, garantir uma gravidez saudável e livre de intercorrências, evitando assim que a gestante em nenhum momento durante o período gestacional torne-se depletada de nutrientes essenciais, que irão garantir todo o andamento satisfatório da gestação. Assim os nutrientes como o ferro, ácido fólico, vitamina A, vitamina C, cálcio, zinco, o iodo, e os macronutrientes como os carboidratos, proteínas e os lipídios, em especial os ácidos graxos, são essenciais na dieta da gestante, pois os mesmos previnem doenças como à anemia ferropriva, problemas de malformação congênita, como Anencefalia e Espinha-bífida. Defeitos congênitos cerebrais, auditivos, oculares e cardiovasculares. Problemas ósseos e pré-eclâmpsia na gestante. Aborto espontâneo e malformações fetais. Retardo mental e no crescimento e epilepsia. A cetonemia. Desnutrição pré-natal, que ocasiona problemas no crescimento ósseo. Suas fontes são encontradas em alimentos simples e economicamente acessíveis o que facilita ainda mais o acesso a todas gestantes. Deste modo compreende-se o quão imprescindível são as orientações nutricionais prestadas pelo enfermeiro responsável pelo pré-natal de baixo risco, na prevenção de doenças intimamente relacionadas ao déficit de nutrientes essenciais no período gestacional, assim faz-se necessário que este profissional aborde de forma concisa a importância de uma alimentação saudável que forneça uma gestação equilibrada e livre de riscos, não só a gestante, mas também ao feto.



**DESCRITORES:** Cuidados de Enfermagem. Nutrição Pré-Natal. Nutrientes.

## REFERENCIAS

ACCIOLY, E; SAUNDERS, C; LACERDA, EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2º Ed. Rio de Janeiro: **Ed: Guanabara**. 2009.

AVANCINI; CS. et al. A importância do ácido fólico na prevenção da malformação congênita. **UNINGÁ Review**. Ingá, v. 2, n. 4, p. 37-45, out. 2010. Disponível em <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130708\\_185952.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130708_185952.pdf)> Acesso em 09 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, n. 32, p. 15-315 (21), 2012. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)> Acesso em 01 abr. 2016.

\_\_\_\_\_; Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**, Brasília, 5º ed. p. 7-301 (171), 2010. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)> Acesso em 03 abr. 2016.

FILHO, MAA. Práticas alimentares saudáveis durante o período gestacional Campina Grande (PB): Departamento de Enfermagem, **Universidade Estadual da Paraíba**; 2011. Disponível em <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/876/1/PDF%20-%20Maur%C3%ADlio%20Adelino%20Alves%20Filho.pdf>> Acesso em 16 de abr. 2016.

KATHLEEN, ML; ESCOTT-STUMP, S; RAYMOND JL. Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterápica. 13º ed. Rio de Janeiro, **Ed: Elsevier**, 2010.

MONTEIRO, ACT. et al. Repercussões do exercício físico durante a gestação e da desnutrição proteica durante a gestação e lactação sobre o desenvolvimento e crescimento do



fêmur da prole. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 86 n.3 p. 233-238, 2010. Disponível em <<http://www.jped.com.br/conteudo/10-86-03-233/port.asp>> Acesso em 16 de abr. 2016.

NETTO; MP. et al. Fatores relacionados à concentração de retinol sérica em lactantes. **Rev. Paul Pediatr**, São Paulo, v.30 n.1 p. 27-34, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/05.pdf>> Acesso em 15 abr. 2016.

SEMPREBOM, RM; RAVAZZINI, E. Avaliação Nutricional e Análise da Ingestão Proteica em Gestantes. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v.11 p. 103-115, 2014. Disponível em <<http://apps.unibrasil.com.br/Revista/index.php/saude/article/viewFile/1210/1019>> Acesso 05 abr. 2016.

VANNUCCHI, H; ROCHA, MM. Funções Plenamente Reconhecidas de Nutrientes - Ácido ascórbico (Vitamina C). **ILSI BRASIL**, São Paulo, v. 21 p. 3-11, 2012. Disponível em <<http://www.ilsi.org/Brasil/Documents/21%20-%20Vitamina%20C.pdf>> Acesso em 10 abr. 2016.

WEINERT, LS; et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab**. Rio Grande do Sul, v.55, n.7, p. 435-45, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>> Acesso em 16 de abr. 2016.

---

### **DOENÇA MENTAL: dificuldades enfrentadas pelo cuidador do paciente psiquiátrico**

Flavio Jordano Bezerra Candido  
Henrique Jose Bandeira Formiga  
Viviane Queiroga Linhares  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** A doença mental trás consigo uma diversidade de problemas para o individuo, no qual, pode-se citar os desajustes familiares. Quando a família encontra-se consciente da situação de doença, pode-se esperar que a mesma seja capaz de atuar com qualidade o problema, administrando a vida dentro dos padrões normais, bem como do grupo social onde estão inseridos. A ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como a doença mental, causa um grande impacto na família, impondo a ela situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está preparada para lidar, como descontrola

emocional do familiar doente e crises de agressividade e inquietude, que desestabilizam toda a estrutura familiar (CAMPELO, 2014). A reforma psiquiátrica emergiu com o propósito de inclusão social, com a visão do cuidado aos indivíduos acometidos por algum tipo de transtorno psiquiátrico junto a sociedade, atrelado a família, uma vez que a mesma era excluída do tratamento do portador de transtorno mental, já que esse tratamento era voltado a hospitalização em manicômios, e os mesmos, construídos longe das cidades, dificultando o acesso e aproximação da família a essas instituições. Santin (2011) relata que a partir desse fenômeno, surgiram discursos sobre a fragilidade do sistema de saúde que oferece atendimento a essa clientela, diferente daquele centrado no leito hospitalar e que visa à desconstrução dos manicômios e paradigmas que o sustentam. Esse processo de desinstitucionalização psiquiátrica evoca o novo contexto brasileiro da saúde mental, cujos hospitais psiquiátricos deixam de constituir a base do sistema assistencial, cedendo a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade. Quando necessária, a internação psiquiátrica acontece com períodos mais curtos de hospitalização, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária. A Reforma Psiquiátrica tinha como propósito cuidado aos indivíduos acometidos por doenças ou prejuízos mentais, descentralizando a atenção hospitalocêntrica para o cuidado comunitário, garantindo a efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reintegração social e familiar dessas pessoas. Nesse contexto, os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) podem ser responsáveis pelo cuidado às pessoas com transtorno mental e sua família, reconstruindo as relações entre a sociedade e a loucura por meio da realização de ações humanizadas e de assistência com qualidade. O cuidado e a assistência desses pacientes portadores de transtorno mental foram repassados para os seus familiares no qual irão fazer o papel de cuidador, vão exercer a função de cuidar e suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos portadores de certo grau de dependência, em um intervalo de tempo que pode variar de poucos dias até a um longo período de tempo (FIORAMENTE, 2013). A pesquisa teve como objetivo descrever as dificuldades de cuidadores de pacientes psiquiátricos.

**MÉTODO:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Relações familiares; Saúde mental; Saúde pública. Como critério de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Dificuldades enfrentadas por cuidadores do portador de transtorno mental. Como critério de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O cuidador assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir alguma necessidade de um indivíduo cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Observa-se, portanto, que o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outro alguém, seja este cuidado empírico e altruísta como o realizado pelos familiares ou aquele ofertado pelos profissionais, deixando uma sobre carga muito grande para o cuidador (CADOSO, 2012). Esta sobrecarga possui duas vertentes, as sobrecargas objetivas e a subjetivas. A objetiva está relacionada às conseqüências negativas da presença de um portador de transtorno mental na família, tais como: acúmulo de tarefas, aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas, fragilização dos relacionamentos entre os familiares, entre outros. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade e preocupações que envolvem o cuidado à sua saúde. Nessa vertente, a falta de autonomia do doente mental é vista como um aspecto negativo que gera tensão e preocupação afetando o familiar emocionalmente. A sobrecarga subjetiva está relacionada a sentimentos de desamparo, tristeza e culpa, e caracteriza-se por uma experiência de fardo a carregar descrita por mudanças negativas no cotidiano relacionadas ao processo de cuidado, implementação de hábitos e maiores responsabilidades. Estas mudanças, muitas vezes, requerem adaptações que podem interferir nas necessidades do cuidador, causar acúmulo de responsabilidades, gerarem estresse, custos e até adiamento de planos pessoais (ELOIA, 2014). O cuidador é a pessoa, membro da família ou não que se dispõe a cuidar da pessoa doente ou dependente auxiliando a execução de atividades cotidianas da vida, com ou sem remuneração para, tais como: higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos, ida a consultas, bancos ou farmácias, independente da gravidade da doença e fluxo de cuidado. Estes cuidadores podem ser formais ou informais. Os cuidadores formais são representados pelas equipes de profissionais de saúde entre os quais a enfermagem possui suas competências centradas na manutenção deste cuidado. Os cuidadores informais são, muitas vezes, familiares, principalmente do sexo feminino, não remunerados, pouco assistidos e orientados pelos serviços de saúde, que auxiliam no cuidado em saúde mental em suas residências (CARDOSO, 2012). Com a Reforma Psiquiátrica surgiu à necessidade de implantar o cuidado para a pessoa com transtorno mental e para sua família, em um modo conjunto, inserido no contexto social e individual de cada um. Assim, juntamente com a ESF, a proposta é a de expandir e fortalecer a rede de cuidados comunitários extra hospitalares, tendo o enfermeiro como articulador dessa adaptação. Essa forma de cuidado possibilita o estabelecimento de vínculos, avaliando-se a problemática do ambiente familiar e individual da pessoa com transtorno mental, a fim de se elaborar estratégias de saúde e, assim, melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (FIORAMONTE, 2013). Apesar de, para muitos autores, a desinstitucionalização a reforma psiquiátrica serem movimentos recentes, já se sabe que os familiares precisam de suporte para que melhor se conviva na sociedade com os demais familiares e o próprio serviço de saúde, podendo-se inferir que a reinserção social depende da qualidade dos serviços e do entendimento da família como agente de cuidado (BESSA, 2013). A sobrecarga familiar esteve presente nas relações cotidianas de cuidadores que,

muitas vezes, pela preocupação, pela obrigação social, pelo carinho, cuidam dos familiares com transtorno mental e se sobrecarregam, esquecendo-se de cuidar de si ou não tendo expectativas futuras de mudança. Estudos evidenciam que o cuidador, possui menor qualidade de vida inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças como a depressão, principalmente quando há maior dependência do paciente. Outros estudos destacam ainda que o adoecimento de um familiar, configurado pela constante presença de sintomas psiquiátricos, está diretamente relacionado à sobrecarga e impacto do cuidador e também com o desenvolvimento de sintomas depressivos (ELOIA, 2014). Por se dedicar ao cuidado em saúde, o cuidador assume a tarefa de ser o provedor de cuidado a si mesmo e também ao paciente, o que pode acarretar em uma rotina de atividades que supera seus limites físicos e emocionais, nem sempre reconhecidos. Neste contexto atenção ao cuidador ainda carece de maiores estudos para elucidação de suas necessidades e intervenções por parte de profissionais e serviços da área. Muitas vezes, a sobrecarga relacionada ao cuidado favorece o adoecimento do próprio cuidador o qual por sua vez chega a negligenciar o autocuidado a favor de cuidar do próximo. Estudos evidenciam que o cuidador, possui menor qualidade de vida inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças como a depressão, principalmente quando há maior dependência do paciente. Outros estudos destacam ainda que o adoecimento de um familiar, configurado pela constante presença de sintomas psiquiátricos, está diretamente relacionado à sobrecarga e impacto do cuidador e também com o desenvolvimento de sintomas depressivos. Por se dedicar ao cuidado em saúde, o cuidador assume a tarefa de ser o provedor de cuidado a si mesmo e também ao paciente, o que pode acarretar em uma rotina de atividades que supera seus limites físicos e emocionais, nem sempre reconhecidos (CAMPELO, 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Visto que antigamente a doença mental era tida como aberrações e os pacientes eram internados em manicômios e retirados da sociedade, devido várias denúncias de maus tratos por parte dos funcionários dos hospitais psiquiátricos, por não conhecerem a doença, houve uma reforma na saúde mental brasileira, onde tinha como objetivo a inserção dos pacientes psiquiátricos na sociedade, passando a responsabilidade sobre o cuidar do doente aos seus familiares. Esse familiar que, no entanto seria o cuidador teria a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir alguma necessidade do indivíduo cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Observa-se, portanto, que o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outro alguém, deixando uma sobre carga muito grande para o cuidador, levando muitas vezes ao desenvolvimento de algum transtorno psiquiátrico. Os serviços de saúde, dos quais, inclui-se a Estratégia de Saúde da Família, devem compartilhar o cuidado não somente prestando ao doente, como também, acompanhado a saúde, orientando o cuidador, e suprimindo as necessidades de seus familiares e responsáveis, reconstruindo assim as relações entre a sociedade e a loucura, por meio da realização de ações humanizadas e de assistência com qualidade.

**DESCRITORES:** Transtornos mentais. Assistência centrada no paciente. Efeitos psicossociais da doença.

## REFERENCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

CARDOSO, L.; VIEIRA, M. V.; RICCI, M. A. M.; MAZZA, R. S. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental, **Rev Esc Enferm USP** 2012; v. 46, n. 2:513-7. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) Acesso em: abril de 2016.

ELOIA, S. C.; OLIVEIRA, E. N.; ELOIA, S. M. C.; LOMEIO, R. C.; PARENTE, J. R. F. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde Debate** | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, OUT-DEZ 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0996.pdf> Acesso em: Março de 2016.

CAMPELO, L. L. C. R.; COSTA, S. M. E.; COLVERO, L. A. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, 2014; v. 48(Esp):197-204. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-196.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-196.pdf). Acesso em: Março de 2016.

FIORAMONTE, A.; BRESSAN, B. F.; SILVA, E. M.; NASCIMENTO, G. L.; BURIOLA, A. A. Cuidado a pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Cienc Cuid Saude** 2013 Abr/Jun; v. 12, n. 2: 315-322. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20362>. Acesso em: Fevereiro de 2016.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 61-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100008&script=sci\\_arttext&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100008&script=sci_arttext&tlng=p). Acesso em: Março de 2016.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E.; A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011. Disponível em:

## **DIFICULDADES ENFRENTADAS NA ADESÃO DOS PACIENTES AO HIPERTENSÃO**

Henrique José Bandeira Formiga  
Flávio Jordano Bezerra Cândido  
Karine Lucena Alves  
Viviane Queiroga Linhares  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maior carga de morbimortalidade em muitos países, e representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Entre elas, a Hipertensão Arterial (HA) tem despertado a atenção da saúde pública mundial, por apresentar múltiplos fatores de risco, elevada prevalência e curso clínico assintomático e progressivo, o que dificulta seu controle. Quando não tratada adequadamente, leva ao surgimento de complicações renais e doenças cardíacas e cerebrovasculares, acarretando elevados custos médicos e socioeconômicos (SILVA, et. al, 2016). Com o aumento da expectativa de vida das populações urbanas observa-se também o acréscimo na ocorrência das doenças crônicas degenerativas, sendo o Diabetes Mellitus (DM) uma das condições de agravo em que o impacto sobre a sociedade como um todo, e o Sistema de Saúde em particular, apresenta-se como elemento de difícil gerenciamento. Aspectos relacionados às condições socioeconômicas das populações, aos padrões de qualificação dos recursos humanos em saúde, aos padrões de consumo das famílias e ao acesso aos recursos de assistência farmacêutica, emergem como importantes fatores condicionantes da aderência aos protocolos de tratamento (FERRAZ, et. al, 2016). A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) apresenta um crescimento mundial, sobretudo em países de baixa e média renda. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), The World Health Statistics 2012, ressalta o crescente aumento das doenças não contagiosas, e apresenta que cerca de 30% da população mundial tem HAS e 10% tem DM (SILVA, 2014). O presente trabalho objetiva elencar algumas dificuldades enfrentadas pela enfermagem na adesão dos pacientes ao programa de controle da HAS e do DM – Hipertensão, do Ministério da Saúde – MS, trazendo o debate para as resoluções desses problemas e melhorando a manutenção e o funcionamento, bem como aumentando a frequência de seus clientes.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Esta pesquisa possui natureza bibliográfica e exploratória, em que foram analisados trabalhos publicados online sobre o objeto de estudo. A pesquisa foi

realizada no banco de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e no Google Acadêmico, a partir dos Descritores Controlados em Ciências da Saúde (DeCS) Hipertensão, Diabetes e Prevenção. Foram selecionadas oito publicações sobre o tema e referentes ao período de 2014 a 2016.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A importância do conhecimento da HAS se deve principalmente as complicações que a doença pode trazer ao indivíduo. Considerando que as três principais causas de morte identificadas no Brasil, através da análise de mortalidade, são respectivamente, infarto agudo de miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca, todas estas, relacionadas ao fator de risco hipertensão arterial. A HAS trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ( $PA \geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DUTRA, 2016). O Ministério da Saúde preconiza que pacientes diabéticos devam aderir a pelo menos 80% das práticas e tratamento propostos. Entretanto o que se observa na prática assistencial é que cerca de 60% dos pacientes diagnosticados na rede básica apresentam uma baixa adesão aos protocolos terapêuticos disponíveis neste nível de assistência. Tal observação traz impactos significativos no perfil de morbi-mortalidade associados, como por exemplo, a morte de cerca de 36 mil diabéticos por ano, complicações associadas às comorbidades, hospitalizações, internações de longa permanência, absenteísmo no trabalho, invalidez, aposentadoria precoce e outros eventos (FERRAZ, et. al, 2016). A falta de adesão ao tratamento medicamentoso no Programa Hiperdia deve ser motivo de atenção e preocupação por usuários, profissionais e serviços de saúde (RAMOS; CARVALHO FILHA; SILVA, 2015). Os principais motivos alegados por aqueles que não aderiam ao tratamento medicamentoso foi o esquecimento e achar que a pressão arterial estava controlada, revelam a necessidade de se estabelecer medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas e que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas. Encontros frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o programa hiperdia proporciona momento de encontro com os profissionais de saúde (SOUSA e LOPES, 2014). Segundo Ramos; Carvalho Filha e Silva (2015) a falta de conhecimento da doença, suas condições crônicas e seus riscos de complicações quando não tratada constitui um fator importante relacionado a não adesão do hipertenso ao tratamento. No estudo de Sousa e Lopes (2014) foi observado, que atenção oferecida pelos enfermeiros é humanizada, mas mesmo assim a aceitação por parte dos hipertensos, as participações nos grupos e aos comparecimentos as consultas são fatores importantes durante o tratamento, porém ainda deficiente. Apesar dos esforços da equipe em ofertar uma assistência de qualidade, os próprios pacientes não veem a importância do acompanhamento da equipe

multiprofissional em saúde, tornando assim o cuidado integral a esses portadores um desafio na Unidade Básica de Saúde. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um processo complexo que envolve vários fatores que podem contribuir para a não adesão, tal fato se deve aos aspectos relacionados à condição dos serviços e profissionais de saúde, fatores socioeconômicos e demográficos, psicossociais e culturais e à participação da família no tratamento (MENDES et al 2014). De acordo com Araújo e Paes (2015) o Hiperdia, busca trabalhar a reorientação da assistência do atendimento aos hipertensos de maneira a fornecer medicação gratuita e o acompanhamento de suas condições clínicas, mas fica claro a importância da avaliação contínua do programa em termos de adesão medicamentosa, vínculo paciente e profissional, participação ativa do indivíduo e a própria capacitação profissional.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O conhecimento do paciente sobre a doença crônica hipertensão e diabetes, é importante na adesão ao tratamento, visto que, além do medicamento que é ingerido diariamente, existe outras ações que regulam tanto a pressão arterial sistêmica como a glicose, como a alimentação saudável, a redução ou eliminação do tabagismo e álcool assim como a prática de atividade física. O profissional enfermeiro como educador em saúde tem grande contribuição nessa adesão satisfatória até mesmo pelo contato diário nas unidades básicas de saúde e o programa hiperdia que aproximam paciente e profissional no tratamento da doença e cria oportunidade de ministrar palestras, encontros, rodas de conversas, oficinas, assim como realizar consultas de enfermagem, visitas domiciliares para os pacientes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. No entanto, pelo as evidências expostas no curso do presente estudo constata-se que existe uma complexidade de fatores que interferem na adesão ou abandono ao tratamento da hipertensão e/ou diabetes pelos usuários do Hiperdia o que se leva a conclusão de que não basta apenas propor medidas de tratamento, é necessário assimilar os motivos que levam os pacientes a não seguirem as orientações dos profissionais de saúde para que assim se possa interpor com sucesso o tratamento aos usuários desse programa. É fundamental o aprofundamento de estudos com outros métodos que caracterizem melhor os fatores que estão contribuindo para o baixo grau de adesão. A equipe multiprofissional da ESF precisa aprimorar suas ações e programas coletivos buscando a excelência nos serviços prestados, e principalmente, garantir uma melhor assistência individual.

**Palavras-chave:** ADESÃO. HIPERDIA. TRATAMENTO

## **REFERÊNCIAS**

SOUSA.J.C.L. LOPES.L.S. Adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica. Centro Universitário Uninovafapi. **Revista Interdisciplinar**. v. 7, n. 4, p. 22-29, out. nov. dez. 2014.



SILVA R.L.D.T; BARRETO M.S; ARRUDA G.O; MARCON S.S. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. **RevBrasEnferm** [Internet]. 2016;69(1):71-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690111i>

SILVA. W.H.; **Avaliação da Adesão ao Tratamento Farmacológico em Usuários do Programa Hipertensão.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Campina Grande-PB, 2014.

FERRAZ, R.R.N; BARBOSA, A.P; BARNABÉ, A.S; FORNARI, J.V. Gestão dos Cuidados Primários a Portadores de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Em Unidades Básicas De Saúde.**Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.06, Nº. 01, Ano 2015 p.308-22.

DUTRA, D.D; DUARTE, M.C.S; ALBUQUERQUE, K.F; LIMA, A.S; SANTOS, J.S; SOUTO, H.C. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care. online** 2016. abr./jun. 8(2):4501-4509.

ARAÚJO, I.M.; PAES, N. A. FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UM ESTUDO DE COORTE DE HIPERTENSOS .**Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Jun. 2015;13(1):43-53

RAMOS, J.S; CARVALHO FILHA, F.S.S; SILVA, R.N.A. Avaliação da Adesão ao Tratamento por Idosos Cadastrados no Programa do Hipertensão. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS.** Vol. 4, N. 1. Janeiro/Junho. 2015

MENDES, L.M.O; BARROS, J.S.T; BATISTA, N.L.A.L; SILVA, J.M.O. Fatores Associados a Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma Revisão Integrativa. **Revista Univap – revista.univap.br**, São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN 2237-1753

---

## **BIOFILMES PATOGENICOS: ASPECTOS GERAIS, IMPORTÂNCIA E ESTRATÉGIAS DE COMBATE**

Beatriz Maria Alves Carvalho  
Bruna de Lopes Gomes  
Maria Alanny Marques Nóbrega  
Renata Batista Nunes

**INTRODUÇÃO:** Os microorganismos são estruturas simples que estão presentes nos mais diversos ambientes e que possuem diversos comportamentos complexos a diversidade metabólica e a capacidade de adaptação a estresses ambientais são características fundamentais dos microorganismos. Na natureza existem dois modos de vida básico das bactérias: estadoplanctônica, os microorganismos encontram-se suspensos e dispersos em meio aquoso e estado sésil se encontram aderidos a superfície sólida na forma de biofilmes. O biofilme é um complexo multicelular caracterizado por colônias aderentes por uma matriz exopolissacarídica que protege as bactérias contra agentes antimicrobianos e fagócitos, permitindo sua sobrevivência em ambientes. Sua primeira descrição foi realizada por Antony van Leeuwenhoek em 1675 quando observou “pequenos animais” no seu próprio dente, entretanto a teoria geral da existência de biofilmes foi confirmada apenas em 1978. A partir desta confirmação, estudos tem revelado que as bactérias não crescem como indivíduos isolados, mas em comunidades estruturadas como organismos pseudomultinucleares ou biofilmes. Estima-se que 90% dos microorganismos vivem sob a forma de biofilmes e praticamente não existe nenhuma superfície que não possa ser ou vir a ser colonizada por bactérias Segundo o órgão Americano “ National Institute Health”, 80% de todas as infecções do mundo estão associadas a biofilmes especialmente envolvendo biomateriais Além disso, a formação de biofilme e a sua inerente resistência aos antimicrobianos constituem a causa de muitas infecções crônicas e persistentes. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre os principais aspectos dos biofilmes patogênicos como a sua fisiologia, aspectos clínicos envolvidos e as estratégias de controle.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa realizado através de levantamento bibliográfico com os descritores “*Biofilme*”, *infecções em biomateriais*, *resistência a antibióticos e infecções crônicas nas bases de dados no Scielo e Birema*. Foram selecionados os artigos publicados entre 2001 e 2016 em língua portuguesa e Inglesa, com ênfase em publicações dos últimos 10 anos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Um biofilme maduro é formado por uma arquitetura tridimensional composta por três camadas e micro colônias aderidas ao substrato, rodeadas por exopolissacarídeo (EPS). A matriz do biofilme contém EPS, proteínas e DNA. Entre as microcolônias e o aglomerado de bactérias são formados canais de água, 80 a 95% de água, que protegem as bactérias celulares do acúmulo de metabólitos tóxicos e proporcionam uma fonte de nutrientes têm a capacidade de se aderirem às superfícies inertes ou vivas. Os microorganismos representam somente uma parte da massa de biofilme que, frequentemente, é menor que 10%. As substâncias poliméricas extracelulares (“Extracellular Polymeric Substances” - EPS) que formam um emaranhado polimérico que envolve todas as células microbianas representam cerca de 70 a 95% da matéria orgânica da massa seca do biofilme. A composição dos biofilmes é dependente das condições do meio como: da temperatura,

composição do meio, pressão, pH e oxigênio dissolvido) podendo até englobar partículas sólidas (argilas, areias, partículas orgânicas.). A formação de biofilmes é complexa e ocorre ao longo do tempo como qualquer comunidade biológica, sendo dividida nas seguintes etapas: 1) fixação das bactérias em um material de um determinado meio; 2) na agregação dessas bactérias, umas às outras e 3) seu crescimento. A formação ocorre em cinco etapas: a primeira, induzida por sinais como concentração de nutrientes, ferro, mudanças de temperatura e pH, entre outros fatores, é a fase de fixação; a segunda seria a fase de ligação irreversível das bactérias ao material colonizado e sua multiplicação por meio da emissão de mediadores químicos que funcionam como um tipo de comunicação entre essas células; na fase três, o agregado celular cresce em camadas e atinge cerca de 10µm, caracterizando a fase de maturação. Nas fases seguintes, quatro e cinco, as camadas atingem espessura de mais de 100µm e, a partir daí passam a se descolar do biofilme adquirindo uma forma planctônica (fase de dispersão). O próprio biofilme em si é uma das estratégias conhecidas pela qual as bactérias toleram a exposição aos antimicrobianos. Apesar do biofilme ser, na maioria das vezes, formado por bactérias (Gram positivas e/ou Gram negativas), também pode conter fungos, algas e protozoários. Dentre as espécies bacterianas mais estudadas nessas estruturas encontram-se: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*. De acordo com o órgão norte-americano “National Institutes of Health”, biofilmes estão associados a aproximadamente 80% de todas as infecções médicas no mundo, incluindo endocardites, otites, prostatites, periodontites, conjuntivites, vaginites, infecções relacionadas à fibrose cística e como importantes colonizadores de implantes biomédicos, tais como cateteres venosos, arteriais e urinários, dispositivos intrauterinos, lentes de contato e próteses. Mecanismos de resistência proporcionam as células sésseis condições favoráveis de sobrevivência, o que as torna menos suscetíveis à erradicação quando comparadas aos mesmos microrganismos sob a forma planctônica. Os biofilmes apresentam maior resistência aos antimicrobianos do que as bactérias plactônicas devido a alguns fatores como: a) Baixa penetração de agentes químicos nos biofilmes devido a camada protetora de EPS que a capacidade de penetração de antimicrobianos em todas as áreas do biofilme; b) Crescimento lento de células no interior do biofilme permitindo que o tratamento pode erradique a maior parte da população do biofilme, mas a fração de células persistentes não é atingida e atua, portanto, como um núcleo para reinfecção, após a descontinuação terapêutica. Transferência de genes de resistência cuja a vida em comunidade facilita a transferência horizontal de genes, através de plasmídeos, os quais podem codificar resistência para múltiplos agentes antimicrobianos; d) Falha no reconhecimento dos biofilmes pela defesa imunológica humana: Devido à presença do EPS, o sistema imune encontra dificuldade para reconhecer os biofilmes. Dessa forma, as células do interior do biofilme estão protegidas contra a ação de anticorpos, radicais livres e outros compostos reativos produzidos pelos fagócitos que são recrutados para o combate de infecções.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pesquisas sobre biofilmes bacterianos devem ser ampliadas uma vez que estes podem causar prejuízos econômicos ou problemas de saúde pública. Dessa forma, a compreensão do conceito de biofilmes microbianos e de aspectos inerentes a sua estrutura e composição, bem como de seu processo de formação, são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de controle efetivas e entendimento do risco que estes representam para a saúde da população.

**Palavras chaves:** Biofilmes. Controle. Saúde pública

## REFERÊNCIAS

ALVES, P. M., Queiroz, L. M. G., Pereira, J. V., & Pereira, M. D. S. V. **Atividade antimicrobiana, antiaderente e antifúngica in vitro de plantas medicinais brasileiras sobre microrganismos do biofilme dental e cepas do gênero Cândia.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n2/v42n2a28.pdf>>. Acesso em: 15 de Abril de 2016.

OLIVEIRA, Maíra Maciel Mattos de; BRUGNETRA, Danilo Florisvaldo e PICCOLI, Roberta Hilsdorf. **Biofilmes microbianos na indústria de alimentos: uma revisão.** Disponível em: <[http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/fxPTiYWerLkT9Si\\_2013-6-25-16-32-0.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/fxPTiYWerLkT9Si_2013-6-25-16-32-0.pdf)>. Acesso em: 15 de Abril de 2016.

DA SILVA TRENTIN, Danielle; GIORDANI, Raquel Brandt; MACEDO, Alexandre José. **Biofilmes bacterianos patogênicos: aspectos gerais, importância clínica e estratégias de combate1.** Disponível em: <[http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista\\_SIER/v.%2014,%20n.%2022%20\(2013\)/09.biofilmes.pdf](http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2014,%20n.%2022%20(2013)/09.biofilmes.pdf)>. Acesso em: 16 de Abril de 2016.

XAVIER, J. B. et al. **Monitorização e modelação da estrutura de biofilmes.** Disponível em: <[http://biofilms.bt.tudelft.nl/pdf/2002\\_jxavier\\_biofilmes.pdf](http://biofilms.bt.tudelft.nl/pdf/2002_jxavier_biofilmes.pdf)>. Acesso em: 18 de Abril de 2016.

---

## O PROCESSO DA MALÁRIA NO CONTEXTO DA TRÍADE EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza  
Kézia Rodrigues Marcelino Soares  
Olívia Pires Andrade  
Ana Beatriz Alves Barbosa  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** De um modo geral, doenças causadas por parasitas, como a malária, são caracterizadas pela clássica tríade epidemiológica que compreende a associação de um agente etiológico, do hospedeiro suscetível e de um ambiente favorável para a ocorrência de tal doença (INAGAKI et al., 2015). A malária está amplamente disseminada nas regiões tropicais e subtropicais e representa uma das mais importantes causas de mortalidade nas áreas endêmicas. O número de casos notificados no Brasil é praticamente restrito à Região Amazônica, devido fatores como clima, ocupação desordenada do ambiente e condições precárias de saúde, responsáveis pela disseminação da doença (MESQUITA et al., 2013). Os agentes etiológicos causadores da malária são protozoários do gênero *Plasmodium*, cuja principal forma de transmissão é a picada da fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*, podendo também ser transmitida por via congênita, acidentes laboratoriais, repartimento de agulhas contaminadas e transfusões sanguíneas (FERREIRA et al., 2012). No Brasil, as espécies que causam malária humana são *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*, outras espécies como *P. ovale* e *P. knowlesi* são comuns em outros países. A clínica da malária caracteriza-se principalmente por hipertermia, cefaleia, vômito, sudorese e calafrios, o que varia de acordo com o agente etiológico, podendo evoluir para formas mais graves (MONTEIRO; FERNANDES; RIBEIRO, 2013). A malária está inserida no grupo de doenças negligenciadas, uma vez que ganham esse nome por se tratarem de patologias que acometem milhares de pessoas em sua maioria com baixa renda e em países subdesenvolvidos (FERREIRA et al., 2012). A partir das ideias ressaltadas, encontrou-se o seguinte questionamento: Como ocorre o processo da malária e de sua tríade epidemiológica e como a mesma está presente na saúde brasileira? Levando em consideração as ocorrências de casos de Malária e as gravidades acarretadas por esta, o tema a ser relatado é de relevante importância para o aprimoramento do conhecimento dos que já estão incluídos ou não na área da saúde. O estudo tem, portanto, como objetivo principal, descrever as principais ocorrências da malária no Brasil, mencionar seus principais agentes etiológicos, citar sintomas e diagnósticos da doença, como também as medidas de prevenção e controle do vetor, enfatizando a tríade responsável pela ocorrência dessa doença.

**MATERIAIS E MÉTODOS** Trata-se de um estudo cujos métodos utilizados foram pesquisas em revisão bibliográfica, onde realizou-se coleta de informações a partir do levantamento bibliográfico selecionado na base de dados do google acadêmico. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Malária, Plasmodium e epidemiologia. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2011 a 2015, em língua portuguesa, que foram submetidos à uma leitura seletiva e exploratória a fim de selecionar informações coerentes com o objetivo, de acordo com o tema proposto. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO** A tríade epidemiológica responsável pela causalidade da malária é fundamental para que ocorra a infecção. Em relação ao hospedeiro, as condições que predeterminam a ocorrência da doença incluem a idade, gênero, estado nutricional, estilo de vida, fatores genéticos e culturais. Dentre os fatores referentes ao parasito, estão a capacidade de resistência ao sistema imune do hospedeiro e maiores capacidades de reprodução e adaptação ao meio. Condições ambientais instáveis e saneamento básico precário associados aos fatores citados anteriormente influenciam de maneira significativa no surgimento da doença (INAGAKI et al., 2015). Os protozoários responsáveis por causar a parasitose humana e causar a doença são *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* e mais recentemente descoberto, *Plasmodium knowlesi*. A espécie *P. vivax* é a mais amplamente distribuída e frequente, ocorrendo principalmente nas regiões tropicais e subtropicais, enquanto que *P. falciparum* predomina em países da África, onde a malária se concentra em 90% dos casos (MESQUITA et al., 2013). Mesmo com os avanços tecnológicos presentes atualmente na saúde, doenças como a malária se proliferam devido a escassez ou até mesmo inexistência de medidas de saneamento básico no Brasil. A Região Norte concentra áreas de maiores incidências nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, onde a doença é favorecida pelas condições ambientais precárias desses locais. Os dados encontrados sobre a malária apresentam um controle da doença em regiões do Brasil, como sul e centro-oeste, todavia, o número de casos continua elevado na região norte, tendo o estado do Amazonas com o maior número de notificações, principalmente em áreas da floresta amazônica (PRETTZ et al., 2015). Além de medidas preventivas como o controle do vetor e proteção contra o mesmo, existe a importância das ações sociais e educativas voltadas para promoção da saúde da população, importante ferramenta para prevenção da malária na região amazônica (RIBEIRO; SILVA; SOUTO, 2014). Dentre os controles e medidas preventivas da malária estão, além de melhorias no saneamento básico e programas em educação sanitária, o tratamento precoce dos indivíduos infectados sintomáticos e assintomáticos e o controle do vetor (INAGAKI et al., 2015). Em áreas onde a doença é endêmica, o diagnóstico é sintomático, pois os sinais apresentados são característicos da malária. Porém, existem casos em que a doença encontra-se assintomática,

devido o número reduzido do parasito no sangue, por este motivo, torna-se necessária a realização do exame de gota espessa para pesquisa do parasito, priorizando a determinação do tipo de Plasmodium (PAZ; SANTIAGO, 2015). A malária está entre o grupo de doenças negligenciadas, pois acomete um alto número de pessoas, principalmente em países subdesenvolvidos, isentos de educação qualificada e de baixa renda, o que dificulta a profilaxia e o tratamento da mesma. Por esse motivo, torna-se necessária um maior controle da doença, com ênfase nas medidas profiláticas, no diagnóstico e tratamento, a fim de detectar precocemente os indivíduos infectados, evitando a progressão dos agravos (FERREIRA et al., 2012).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** Através do estudo realizado foi possível constatar que a malária, assim como a maioria das doenças parasitárias, tem a tríade epidemiológica como forma causal para o seu surgimento, sendo, portanto, o resultado da interação entre o agente, o hospedeiro suscetível e o ambiente favorável. A malária é considerada um agravo à saúde que acomete principalmente as populações mais vulneráveis. É fundamental, portanto, a ampliação dos serviços de saneamento e educação ambiental nas populações cuja doença é endêmica, com o objetivo de melhoria das condições de vida e controle da proliferação de vetores. Para isso, necessita-se da articulação com os setores como educação, habitação, meio ambiente e da intensificação das ações de promoção e prevenção da saúde, abrangendo as noções da população sobre a doença, com a finalidade de controlar e reduzir o número de casos da mesma.

**DESCRITORES:** Malária. Plasmodium. Epidemiologia.

## REFERÊNCIAS

FERREIRA, G. M.; ZAN, R. A.; RAMOS, L. J.; SOUSA, R. A. A. R.; MENEGUETTI, D. U. O. Panorama epidemiológico da malária no Município de Ariquemes, Rondônia, Amazônia Ocidental: um inquérito de seis anos (2005 a 2010). **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. v2, n.4, p.128-132. Jun. 2012; Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2768/2375>>. Acesso em 14 de abr. de 2016.

INAGAKI, A. D. M.; OLIVEIRA, M. I. A.; PEREIRA, R. C. P.; ABUD, A. C. F.; SANTOS, L. V. S.; SEA, V. R. F. Perfil parasitário de uma comunidade adscrita à unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v.9, n.1, p.170-6. Jan., 2015. Disponível em: <<file:///D:/Documents/Downloads/6395-66595-1-PB.pdf>>. Acesso em 15 de abr. de 2016.

MESQUITA, E. M.; MUNIZ, T. F.; SOUSA, A. L. S.; BRITO, C. X. L.; NUNES, S. C. M.; GRISOTO, M. A. G. Levantamento epidemiológico da malária no estado do Maranhão, Brasil nos anos de 2007 a 2012. **Revista Ciência e Saúde**. v.15, n. 1, p. 11-18, jan-jun, 2013. Disponível em:

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/viewFile/1917/66>>.

Acesso em 14 de abr. de 2016.

MONTEIRO, M. R. C. C.; FERNANDES, S. C.; RIBEIRO, M. C. Aspectos clínicos e epidemiológicos da malária em um hospital universitário de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**. v.4, n.2, p.33-43. 2013. Disponível em:

<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v4n2/v4n2a05.pdf>>. Acesso em 14 de abr. de 2016.

PAZ, E. R. S.; SANTIAGO, S. B. Diagnóstico de Malária – A Importância da Habilidade em Microscopia. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO - Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**. v.1, n. 01; jul-dez. 2015. Disponível em:

<<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/99/84>>. Acesso em 15 de

abr. de 2016.

PRETTZ, J.; PRADO, K.; ALMEIDA, L.; FRIZON, M.; MURARI, M.; BERTOLINI, C. MapMalária: Um Sistema para Visualização e Monitoramento dos Casos de Malária no Brasil. **Computer on the Beach - Artigos Completos**. 2015. Disponível em:

<<http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/acotb/article/viewFile/7048/3975>>. Acesso em: 14

de abr. de 2016.

RIBEIRO, N.; SILVA, R. B. L.; SOUTO, R. N. P. Ações de educação e saúde e percepção sobre a transmissão da malária na comunidade de São Francisco do Uiratapura, Laranjal do Jarí, Amapá. **Biota Amazônia**. Macapá, v. 4, n. 3, p. 37-41, Setembro de 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/biota/article/viewFile/860/v4n3p37-41.pdf>>.

Acesso em 14 de abr. de 2014.

---

## MICROCEFALIA NA GESTAÇÃO RELACIONADA À INFECÇÃO PELO ZIKA

### VÍRUS

Lucineide Morais Pessoa  
Tamiris Guedes Vieira  
Diana Maiza Amaro Ventura  
Fabriciano Santos de Souza  
Marina Nayane Pereira Cunha

**INTRODUÇÃO:** Entende-se microcefalia como uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. O RN nasce com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, ou seja, igual ou menor que 33 cm. A ocorrência de microcefalia, por si



só, não significa que ocorram alterações motoras ou mentais, logo crianças com perímetro cefálico abaixo da média podem ser cognitivamente normais, sobretudo se a microcefalia for de origem familiar. Contudo, a maioria dos casos de microcefalia é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral. Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas. O comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos (BRASIL, 2016). As causas são várias, desde problemas genéticos, como ações de substâncias químicas e radiações até infecções por bactérias, vírus e protozoários que interferem na formação do feto causando malformações, geralmente no 1º trimestre da gestação, como é o caso do citomegalovírus e da toxoplasmose (BRASIL, 2015). A microcefalia tem sido relacionada ao Zika Vírus após elevação do número de casos ocorridos no Brasil principalmente na região nordeste, em crianças cuja mãe apresentou histórico de infecção pelo Zika Vírus na gestação (BRASIL, 2015). A medida do perímetro cefálico (PC) é um dado clínico fundamental no atendimento pediátrico, pois podem constituir-se na base do diagnóstico de um grande número de doenças neurológicas e para isso os médicos e outros profissionais de saúde devem estar familiarizados com as doenças mais frequentes que causam a microcefalia e devem conhecer os padrões de normalidade para o crescimento do crânio. As evidências disponíveis até o momento indicam fortemente que o Zika Vírus estaria relacionado à ocorrência de microcefalias. No entanto, não há como afirmar que a presença do Zika vírus, isoladamente, durante a gestação levaria, inevitavelmente, ao desenvolvimento de microcefalia no feto. A exemplo, de outras infecções congênitas, o desenvolvimento dessas anomalias depende de diferentes fatores, que podem estar relacionados à carga viral, fatores do hospedeiro, momento da infecção ou presença de outros fatores e condições, desconhecidos até o momento. Sabe-se que as malformações congênitas, dentre elas a microcefalia, têm etiologia complexa e multifatorial, podendo ocorrer em decorrência de processos infecciosos durante a gestação, necessitando assim, de novos estudos para descrever melhor a história natural dessa doença. O diagnóstico na gestação é feito pela ultrassonografia e após o nascimento pela medida do PC. Diante do exposto acima surgiu a seguinte indagação: Os casos de microcefalia ocorridos em número elevado nos últimos anos esta associado ao Zika Vírus? Logo este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo é descrever a relação da microcefalia com a infecção pelo Zika Vírus durante a gestação.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo do tipo bibliográfica, na qual se utilizou as seguintes etapas: levantamento bibliográfico, informações e definições, contidas na bibliografia selecionada. O levantamento foi feito nas bases de dados dos Protocolos de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Após seleção da literatura, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade na qual foram relacionadas às informações e o objetivo do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Perante o estudo foi observado que houve um grande aumento de casos de microcefalia no Brasil, e cerca de 70 a 80% das gestantes que tiveram

crianças com microcefalia apresentaram sinais e sintomas diagnosticados como zika vírus durante os primeiros meses da gestação, e diante disso ao se tratar de um caso inusitado de graves repercussões de microcefalia deu-se início as investigações o que levantou a hipótese de que a causa poderia ser infecção pelo Zika Vírus (BRASIL, 2016). Várias causas vêm sendo investigadas para efetuar a comprovação, especialmente doenças infecciosas como Citomegalovirose e Toxoplasmose, mas algumas evidências têm apontado para uma possível correlação entre circulação do Zika Vírus e aumento dos casos de microcefalia. Além disso, FIOCRUZ detectou genoma do vírus pela técnica do RT-PCR no líquido amniótico de duas gestantes cujos filhos apresentam microcefalia (BRASIL, 2015). No Brasil, a ocorrência de síndrome neurológica relacionada ao Zika Vírus foi confirmada em julho de 2015, após investigações da Universidade Federal de Pernambuco (BRASIL, 2015). Em outubro de 2015 a Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEVS/SES-PE 2015) foi notificada da ocorrência de 29 casos de microcefalia em recém-nascidos provenientes de diferentes unidades hospitalares, públicas e privadas, de referência no atendimento materno-infantil para o estado de Pernambuco, nascidas a partir de agosto desse ano, sendo essa uma situação inédita, preocupante e muito grave. De acordo com a terceira edição do informe epidemiológico do Ministério da Saúde sobre microcefalia, divulgado dia 30 de novembro, foram notificados 1.248 casos suspeitos de microcefalia, identificados em 311 municípios de 14 unidades da federação. Em 90% dos casos de microcefalia há associação com retardo mental, exceto nas de origem familiar, que podem ter o desenvolvimento cognitivo normal. O tipo e o nível de gravidade da seqüela vão variar caso a caso. Sabe-se que as malformações congênitas, dentre elas a microcefalia, têm etiologia complexa e multifatorial, podendo ocorrer em decorrência de processos infecciosos durante a gestação (BRASIL, 2015).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É importante ressaltar que, embora neste momento haja uma atenção especial às mulheres grávidas para evitar a infecção pelo Zika Vírus, a equipe de saúde deve manter as orientações e as ações de promoção da saúde e prevenção para toda a população, já que cabe a todos a responsabilidade sobre as medidas de controle, como eliminação de possíveis criadouros do mosquito, limpeza dos terrenos, descarte apropriado do lixo e materiais e utilização adequada da água, além da proteção individual (BRASIL, 2016). No âmbito da atenção à saúde, além das ações de educação em saúde, devem-se ampliar as ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, a oferta de métodos contraceptivos, as visitas domiciliares para orientação à população e o acompanhamento das mulheres grávidas e no período pós-parto, além da assistência aos recém-nascidos suspeitos de microcefalia (BRASIL, 2016). Considerando que estamos diante de uma doença inédita, potencialmente grave para fetos durante a gestação e de proporções ainda não conhecidas, faz-se necessário que os serviços de saúde se preparem para triar, diagnosticar, acompanhar e reabilitar a paciente vítima de tal agravo (BRASIL, 2016) No entanto, nesse contexto, é importante que aquelas mulheres ou casais que desejam ter filhos recebam as orientações necessárias dos profissionais da saúde sobre a prevenção da infecção pelo Zika vírus e sobre os cuidados necessários para evitar essa infecção durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre (BRASIL, 2016). Compete aos Gestores e às secretarias municipais e estaduais de saúde, nas diversas unidades federativas, identificar e, se ainda insuficientes ou indisponíveis, contratar os serviços necessários e organizar uma rede de atenção às crianças nascidas com microcefalia, com especificação e divulgação das ações e serviços prestados nos respectivos

estabelecimentos de saúde e especificação de fluxos que aproximem essas ações e serviços o mais próximo possível da residência familiar, e indicar o serviço de Atenção Domiciliar para os casos definidos na Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine as atribuições da atenção domiciliar no âmbito do SUS.

**Palavras-chave:** Gestação, Microcefalia, Zika Vírus

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da saúde – **Centro estadual de vigilância em saúde nota técnica sobre aumento de casos de microcefalia na região nordeste**, 2015. Disponível em:<[http...www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Acesso em 05 mar. 2016.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika**– Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http... www.resp.saude.gov.br](http://www.resp.saude.gov.br)>. Acesso em: 28 mar. 2016.

\_\_\_\_\_.BRASIL Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência demicrocefalia relacionada à infecção pelo vírus zika**. Versão 1.2. Ministério da Saúde. Brasília, 2015. Disponível em:<[http://portalsaude.saude.gov.br /pdf/2015/](http://portalsaude.saude.gov.br/pdf/2015/)>. Acesso em: 29 mar. 2016

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia**. Brasília – DF, 2016. Versão 1.3 Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em :<<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de zika vírus e bebês com microcefalia**, 2015-2016. Disponível em:<[http://www Saúde.es.gov.br](http://www.Saude.es.gov.br)>. Acesso em: 17 abr. 2016.

---

## MANEJO CLÍNICO E ABORDAGEM DA H1N1 NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ricardo Alexandre dos Santos  
Ana Karoliny Mendes Brito  
Flávia Maria Palmeira Nunes  
Ronivaldo Cordeiro de Moraes  
Allan Martins Ferreira

**INTRODUÇÃO:** A Influenza A (H1N1) é uma doença respiratória causada pelo vírus tipo A que normalmente provoca surtos de gripe entre os suínos. Em 24 de abril, a partir das análises das amostras colhidas de casos de síndrome gripal notificados pelos Governos do México e dos Estados Unidos da América foi identificado um novo subtipo do vírus de Influenza A(H1N1), classificada como (WASHINGTON, 2009), que não havia sido detectada previamente em humanos ou suínos. Este novo subtipo do vírus da Influenza A (H1N1) é transmitido de pessoa a pessoa, principalmente por meio da tosse ou espirro e secreções respiratórias de pessoas infectadas. Segundo dados do Governo do México, os sintomas podem iniciar-se no período de 3 a 7 dias e a transmissão ocorre principalmente em locais fechados (BRASIL, 2009a). Segundo a OMS (2016), não há registro de transmissão deste novo subtipo da Influenza para pessoas por meio da ingestão de carne de porco e produtos derivados. Por isso, diante da pandemia de Influenza desencadeada pela circulação entre seres humanos do novo vírus da influenza A(H1N1) e com base no conhecimento atual sobre a disseminação mundial deste novo vírus (BRASIL, 2009b). A Atenção Primária que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006). Como qualquer infecção por Influenza, o quadro clínico inicial da doença em questão é caracterizado como uma Síndrome Gripal (SG) que por sua vez é definida como *“doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos”*. Contudo, diante da situação atual de pandemia por Influenza A (H1N1) e do seu potencial de agravamento, o profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar atento tanto para critérios clínicos quanto epidemiológicos, além de condições sociais, culturais, econômicas e de ocupação, entre outros, para o adequado e oportuno

diagnóstico. A equipe da APS deve organizar o fluxo de atendimento da demanda espontânea, a fim de beneficiar a identificação dos casos mais graves, seguindo a lógica da classificação de risco. A classificação de risco é uma forma dinâmica de organizar a demanda espontânea, com base na necessidade de atendimento, sobretudo nos casos de urgência e emergência. Através da classificação de risco, o profissional de saúde avalia e direciona para a forma de atendimento mais adequada e equânime dos usuários que procuram atendimento (BRASIL, 2006). De uma forma geral, um método de triagem tenta fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte. Diante da necessidade de instrução aos acadêmicos e profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o assunto, sobre o manejo clínico do paciente, e sobre os cuidados com a vítima estabelecemos como objetivo desta pesquisa descrever as condutas a serem tomadas frente às suspeitas e pacientes sintomáticos para H1N1 na Estratégia de Saúde da Família.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo na forma de revisão bibliográfica, do tipo descritiva que inclui a análise dos artigos de periódicos eletrônicos e obras literárias publicados entre de 2006 a 2016. A pesquisa dos periódicos foi feita a partir da análise de dados obtidos nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os critérios de seleção dos periódicos foram feitos de acordo com a abordagem do tema, onde se buscou esclarecer sobre o manejo clínico, a abordagem e os cuidados diante da H1N1 na Estratégia de Saúde da Família.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O vírus Influenza causa epidemias recorrentes de doença respiratória febril a cada um de três anos há pelo menos 400 anos. Determinam também pandemias associadas à emergência de um novo vírus ao qual a população em geral não tem imunidade. Embora não seja possível prever a ocorrência de uma nova pandemia, desde o século XVI o mundo experimentou uma média de três pandemias por século, ocorrendo em intervalos de 10 a 50 anos. A maior delas historicamente registrada, conhecida como gripe espanhola e causada pelo vírus Influenza A H1N1, ocorreu em 1918-1919, determinando alta morbidade e mortalidade (mais de 20 milhões de mortes em todo o mundo) (BRASIL, 2009a). Esse vírus persistiu na população por mais de 90 anos e continua a causar epidemias e pandemias. Para entender melhor o que aconteceu desde 1918 com o vírus Influenza A H1N1, destaca-se que esse patógeno dispõe de mecanismo de reprodução que facilita frequentes mutações. Seu material genético é fragmentado e ao se dividir compartilha material com outros vírus. Em especial no caso dos suínos, susceptíveis aos vírus Influenza de várias espécies, existe a possibilidade de ocorrer infecção simultânea com vários vírus diferentes. Nessa situação, havendo troca de material genético, uma nova cepa poderá aparecer com ou sem mais virulência. Os vírus da Influenza suína tipo A com triplo rearranjo contendo genes de humanos, de suínos e de aves vêm sendo identificados nos EUA desde 1998. No período de 2005-2009, 12 casos de infecção humana por esses vírus foram identificados nos EUA. Em abril de 2009, os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) identificaram dois casos de infecção humana com o vírus Influenza A de origem suína de características singulares. No século passado, outras duas pandemias aconteceram em 1957 causadas por vírus A (H2N2) e em 1968 (A-H3N2), ambos descendentes da cepa H1N1 (SALUD, 2009). Um dos pontos mais críticos para a entrada de novos vírus Influenza em humanos são animais intermediários, que podem ser infectados com vírus de aves selvagens e convive com pessoas o suficiente para facilitar um evento de contágio. Os mais notáveis são porcos, patos e galinhas. Porcos tiveram grande destaque no surgimento da pandemia de 2009, sendo portadores das duas linhagens

que se rearranjaram e deram origem à Influenza A H1N1 (2009). O ciclo do Influenza começa com a invasão das células do sistema respiratório. Sua Hemaglutinina (HA) reconhece o ácido siálico, um açúcar de membrana celular que pode se ligar a outros açúcares, a proteínas ou lipídios. O ácido siálico se conecta a outros açúcares de duas maneiras diferentes, uma ligação pode ser a 2,3 e a outra a 2,6. O ácido a 2,3 é mais comum no sistema digestivo de aves, local de origem do Influenza, e no trato respiratório inferior humano. Assim, vírus de origem aviária que se ligam ao ácido siálico a 2,3 precisam ter contato com tecidos do pulmão para conseguir infectar pessoas. Enquanto vírus que utilizam o açúcar com a ligação a 2,6 encontram este receptor no trato superior, infectando regiões como as fossas nasais. Para a caracterização de contato, inicialmente toma-se por referência o momento em que ocorreu a exposição a fonte de infecção, ou seja, ao caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave. O profissional deve verificar, portanto, se houve exposição durante o período de transmissibilidade da doença (adultos: um dia antes e até 7 dias após o início dos sintomas; crianças: um dia antes e até 14 dias após o início dos sintomas) (BRASIL, 2009d). Será considerado como surto de Síndrome Gripal a ocorrência de pelo menos três casos de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início dos sintomas dos casos. Exemplos de ambientes fechados/restritos: asilos e clínicas de repouso, creches, unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresa ou indústria, o mesmo setor de um hospital, entre outros. O paciente que referir os sintomas gripais quando der entrada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) deve se dirigir ao serviço de acolhimento (quando houver) ou de atendimento de demanda espontânea (BRASIL, 2009a). Dos casos confirmados, a mortalidade média foi de 0,5%, próxima da gripe sazonal. Os valores de mortalidade variaram bastante de acordo com o país, e dentro de um mesmo país variaram de acordo com diferentes estudos, o que deixa evidente a necessidade de testes mais disponíveis e de um consenso no tipo de medida adotado. Diferentemente da gripe sazonal, mais de 90% das mortes estão concentradas em pessoas com menos de 65 anos, consequência da [imunidade prévia que os mais velhos têm](#). As grávidas foram as mais atingidas, embora representem entre 1 e 2% da população como geral, foram 6 a 10% dos mortos pela gripe. Outros grupos que também estão com o sistema imune alterado, como obesos e imunocomprometidos, também estão entre os mais suscetíveis. Neste momento, todo paciente com sintomas de Síndrome Gripal e o profissional de saúde devem utilizar máscara cirúrgica. A equipe de saúde deve avaliar os casos suspeitos e confirmar ou afastar o diagnóstico de Síndrome Gripal. No caso de pacientes com diagnóstico diferencial (como resfriado comum, Infecção Aguda de Vias Aéreas Superiores (IVAS), amigdalites ou outras síndromes infecciosas), deve-se seguir conduta própria para cada patologia. Os casos de síndrome gripal devem ser avaliados quanto aos sinais de alerta e se enquadram em grupos de risco ou se possuem qualquer fator de risco que contribua para o agravamento da doença. Os pacientes que apresentarem sinais de alerta devem ser estabilizados, quando necessário, e deve ser solicitado um serviço de remoção de urgência para o hospital mais próximo, onde deverá ser iniciado o tratamento específico (BRASIL, 2009d). O vírus não parece ser mais perigoso do que o causador da pandemia de 2009, a campanha de vacinação do Ministério da Saúde estar marcada para o dia 30 de Abril, porém no dia 23 de Março começou uma campanha de vacinação extra em 67 municípios da região de São José do Rio Preto, no interior de São Paulo tendo em vista o surgimento de casos confirmados, como também no Estado de Pernambuco e na Paraíba, que iniciou uma campanha extra dia 15 de Abril, disponibilizando as doses para profissionais de saúde e gestantes. A vacina contra a gripe é produzida a partir de cepas inativadas dos subtipos virais que mais causaram gripe no inverno no hemisfério sul. Como existe mutação viral ano a ano o fato de ter tido gripe por vírus influenza num ano não confere imunidade para o ano

seguinte, por isso a vacina deve ser feita todos os anos. A medida seria para evitar o agravamento de casos nos grupos de risco - crianças de 6 meses a maiores de 5 anos, gestantes, puérperas, trabalhador de saúde, povos indígenas, indivíduos com 60 anos ou mais de idade, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional, pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, pessoas portadoras de outras condições clínicas especiais (doença respiratória crônica, doença cardíaca crônica, doença renal crônica, doença hepática crônica, doença neurológica crônica, diabetes, imunossupressão, obesos, transplantados e portadores de trissomias).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tendo em vistas a imprensa mundial, seja ela escrita e televisionada falar muito sobre o vírus H1N1 existe pouca literatura abordando o tema. Ainda se tem bastante dificuldade no diagnóstico preciso da Influenza H1N1, porém, devido as modificações das cepas do vírus, e das já características dos sinais e sintomas bem comum a da gripe sazonal, hoje o diagnóstico clínico já está sendo aperfeiçoados. Apesar da procura quase exagerada das pessoas em buscar a vacina, essa não é a única solução pra se evitar a contaminação da gripe, restando ainda cuidados bem simples mais eficaz em solucionar tal questão, como os disponibilizados pela Estratégia de Saúde da Família, que expõe cuidados relacionados a prevenção, assim como o controle dos sintomas e da busca correta pelo tratamento específico e definitivo. Tendo em vista o surgimento de uma gripe de um vírus bem mais resistente, não há casos de uma nova pandemia como a do ano de 2009.

**Palavras-chave:** Influenza. Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Influenza – Versão I.** Brasília: Ministério da Saúde, julho de 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII: INFLUENZA A(H1N1), Protocolo de Notificação e Investigação.** Brasília: Ministério da Saúde, maio de 2009b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII: Protocolo de Procedimentos para o manejo de casos e contatos de influenza A (H1N1).** Brasília: Ministério da Saúde, maio de 2009c.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII: Ocorrências de casos humanos na América do Norte.** Informe do dia 29.04.09d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SALUD, Organización Panamericana de La. Recomendaciones Generales para Abordar el Manejo Clínico de Casos por Infección por el Virus de Influenza A H1N1. Documento técnico 2. Oficina de la Sub-Directora; Área de Sistemas y Servicios de Salud, 2009.

WASHINGTON, D. C, **Consideraciones y recomendaciones provisional es para el manejo clínico de la gripe por A (H1N1).** Consulta de expertos de OPS/OMS. 26 de mayo de 2009.

---

## **IMPORTÂNCIA DA VACINA CONTRA O HPV COMO FORMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Andrêssa Montenegro da Silva  
Ana Flávia Laurindo de Souza Dantas  
Francisca Lima Santos  
Ayrlla Montenegro da Silva  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** O Papilomavírus humano (HPV) pertence à família dos Papovavírus ou Papovaviridae e é responsável por uma infecção de transmissão sexual, conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou também crista de galo. Conceitua-se o HPV (*Human Papiloma Vírus*) como vírus capaz de infectar a pele ou as mucosas. O câncer do colo do útero é causado pelo vírus do HPV, no Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama. O câncer de colo do útero é uma patologia grave que pode proceder para a morte. É considerado um grande problema de saúde pública devido à alta incidência de casos notificados e mortalidade evidenciada pelo tratamento tardio e/ou resposta negativa do tratamento. Existem cerca de 200 genótipos do HPV (*Human Papiloma Vírus*), dos quais, 40 podem infectar o trato genital. Destes, 12 são de alto risco e podem provocar câncer (oncogênicos) e outros como o 6 e o 11 podem causar verrugas anogenitais. Evidências demonstram que as mulheres portadoras de certos tipos de HPV, especialmente o 16 e o 18, apresentam risco significativamente maior de desenvolver processo maligno em cérvix uterina quando comparadas àquelas sem sinais de infecção por esses agentes virais. Indica-se que a infecção viral de DNA mais frequentemente transmitida por via sexual (vaginal, oral ou anal) que, ao levar à papilomavírose, pode gerar neoplasias em



várias partes do organismo, como câncer de colo de útero, câncer de pênis, de ânus e oral. Alguns tipos de HPV afetam as mãos, os joelhos e os pés; e outros, a face, além do trato genital. Segundo Maranhão e Domingues (2014), a maior prevalência do HPV se dá entre mulheres jovens, com múltiplos parceiros, que não usam preservativos nas relações sexuais. O câncer cervical, com uma incidência mundial de cerca de 500.000 casos por ano, constitui-se em um dos mais graves problemas de saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, onde se estima que cerca de 40.000 casos novos surjam anualmente. A importância que assume hoje a nível mundial o estudo dos HPV vem de sua nítida correlação com os processos malignos e lesões precursoras em cérvix uterina. (OLIVEIRA; GALLEGUILLOS, 2011). Diante desse contexto este estudo tem como objetivo conhecer e/ou comprovar a importância da vacina contra o HPV (*Human Papiloma Vírus*) como forma de prevenção do câncer do colo do útero em adolescentes sem vida sexual ativa e seguindo o calendário de imunização do Ministério da Saúde, afim, de reconhecer os desafios em sua implementação.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo e de natureza qualitativa. Utilizou-se revisão integrativa de literatura em publicações nas quais buscaram evidências sobre a importância e os desafios da vacinação contra o HPV (*Papiloma vírus Humano*) e o conhecimento da população sobre o tema. A revisão Integrativa de Literatura é um método de pesquisa utilizado na prática baseada em evidências que permite a incorporação destas na prática clínica. Tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um tema de maneira sistemática e ordenada (SAMPAIO, et.al.2011). Esta revisão foi realizada no período de fevereiro e abril de 2016, operacionalizada por meio das seguintes etapas: Identificação do tema; Critério de inclusão e exclusão do estudo: foi realizadas buscas através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), os descritores utilizados foram “HPV, imunização, enfermagem na campanha de vacinação”, os critérios para escolha das palavras chave consistiram em serem padronizadas através de Ciência de Saúde.. Foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra que evidenciam o estudo do HPV, publicados em língua portuguesa, em periódicos nacionais sem estabelecimento de intervalo temporal. Foram encontrados 17 artigos e descartados 11 por apresentarem repetição no tema e inadequação da temática, ficando assim 6 artigos para análise. Definição das informações a serem extraídas dos estudos: as informações extraídas dos artigos selecionados se referiram as seguintes variáveis: ano, periódico, título do artigo, metodologia e local de publicação. Desta maneira para análise das pesquisas selecionadas foram coletados posteriormente os dados referentes a objetivos, resultados e conclusões. Avaliação do estudo incluído a análise das publicações foi fundamentada nos conceitos da abordagem de pesquisa qualitativa, através da avaliação e identificação das variáveis citadas nos artigos revisados com o objetivo de sintetizar os resultados. A interpretação dos resultados obtidos foi realizada com uma discussão das pesquisas e com uma comparação com o conhecimento teórico sobre a temática e o levantamento de questões e sugestões do autor.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Durante a pesquisa tornou-se notório que os níveis de conhecimento não atingiram a estimativa e a expectativa dos estudantes desse resumo de tendência expandido, pois foram identificados 17 artigos, dos quais foram selecionados 6. Das referências levantadas e obtidas na íntegra, três tratavam de revisão bibliográfica e sistemática e dois estudos quantitativos de questionário estruturado. Quanto ao recorte temporal observou-se o intervalo de 2010 a 2014. Os estudos são provenientes principalmente dos

estados do Rio de Janeiro (2), São Paulo (2), Paraná (1) e Goiás (1). Diante da pesquisa realizada, percebeu-se que existe uma grande escassez de publicações nacionais acerca do tema tratado, poucos estudos recentes foram encontrados abordando a temática da imunização contra o HPV e principalmente sobre o conhecimento e adesão da população à vacina na rede pública e privada. Por fim, com relação à eficácia, Araújo, (2013) e Zardo, (2014) afirmam que a vacina não é terapêutica nem eficaz em mulheres que já apresentam infecção. A eficácia na prevenção do câncer de colo de útero só poderá ser respondida em longo prazo, já que o efeito da imunização na incidência da neoplasia só poderá ser analisado após um período de latência. Outro fator que irá causar perdas na eficácia é a não adesão a todo o esquema vacinal proposto, já que a vacina se apoia em doses repetidas. É de extrema importância a captação para a continuação do esquema vacinal completo e eficaz. Esta revisão não encerra a discussão sobre a importância da vacinação contra o HPV, pelo contrário, espera-se que o mesmo contribua para o levantamento de outras discussões que visem novas perspectivas teóricas e práticas de divulgação para sua implementação sobre a adesão e a eficácia em longo prazo como estratégia de prevenção para o câncer de colo uterino e formulação de políticas públicas que beneficiem principalmente mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual (BRASIL, 2014). Os resultados do presente estudo corroboram os de outros autores, quando estes apontam para que exista um conhecimento e uma informação transmitida, o que acaba produzindo uma lacuna no processo educacional de prevenção de DST, consequentemente o HPV e assim por sua vez, o câncer do colo do útero entre a população. Essa preocupação surgiu devido a um vácuo de informações da sua transmissão, sinais/sintomas e suas consequências. Quanto ao câncer de colo de útero, estudos demonstraram que a zona de transformação da cérvix, na qual as células colunares podem sofrer metaplasia escamosa, está mais exposta durante a adolescência do que na vida adulta. Esta área é mais suscetível à infecção por agentes patogênicos de transmissão sexual, inclusive pelo HPV, sendo a área a partir da qual se origina a maior parte das lesões precursoras e carcinomas cervicais. A menor produção de muco cervical, que pode atuar como uma barreira protetora contra agentes infecciosos, associada à maior área de ectopia cervical em adolescentes, é fator biológico de risco para a infecção pelos agentes patogênicos, inclusive o HPV (REIS et al, 2010). O que é de grande importância e deve ser levado em consideração é que as lesões precursoras do câncer do colo uterino, na população de adolescentes, envolvem fatores não apenas biológicos, mas também culturais e sociais. Em estudo realizado com adolescentes, os autores relataram que ainda se evidenciam muitos mitos, preconceitos e fantasias envolvendo a sexualidade. Outro estudo, mostrou que pequena porcentagem da amostra referiu ter recebido influência de familiares para a escolha do método contraceptivo. Isso reforça a afirmação de que ainda hoje existem barreiras para o diálogo entre pais e filhos, no que diz respeito às questões de sexualidade (BRASIL, 2013). A desinformação das adolescentes vai ao encontro da omissão do papel da família na construção de uma sexualidade saudável. A falta de diálogo em família, até mesmo por falta de preparo dos pais para uma conversa aberta e de orientação para com os filhos, é uma situação que acaba influenciando as atitudes dos adolescentes que, muitas vezes, buscam nos amigos e em outras fontes informações que podem não ser fidedignas, baseadas em crenças e falta de conhecimento, que confundem e não ajudam no processo de prevenção e educação desses adolescentes em relação ao HPV e a outras DST.

(OSIS, DUARTE, SOUZA, 2014).O Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), ampliou em 2014 o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina quadrivalente papiloma vírus humano (HPV) no Sistema Único de Saúde (SUS). A vacinação, conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do câncer de colo de útero, possibilitará, nas próximas décadas, prevenir esta doença, que representa hoje a quarta principal causa de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil. A implantação da vacina contra HPV, no Calendário Nacional de Vacinação, foi em março de 2014, porém esta vacina foi fornecida de forma gradativa, sabe-se que é uma vacina de custo muito elevado, o público alvo foram meninas de 9 a 13 anos, pois garante maior eficácia antes da primeira relação sexual, sendo assim, no ano de 2014 foi ofertada para adolescente de 11 a 13 anos, 11 meses e 29 dias de idade, em 2015 foi oferecido para meninas de 9 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade e em 2016, para meninas de 9 anos (BRASIL, 2016).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Constatou-se, por fim, que o câncer de colo do útero continua sendo por parte um tema mal trabalhado na população e no embasamento teórico/científico, pois, mesmo vivendo em uma sociedade moderna e avançada tecnologicamente, ainda nos deparamos com deficiência de um conhecimento detalhado sobre a ligação entre o HPV e o câncer na população brasileira. As políticas de saúde devem está voltadas para a educação em saúde, afim de salientar a importância da imunização contra o HPV, evidenciar essa problemática, e posteriormente, aumentar a oferta do exame Papanicolau anexado ao teste de shiller e o ácido acético nas unidades básicas de saúde, afim de investigar e/ou averiguar uma futura detecção do HPV ou até mesmo do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: HPV. PREVENÇÃO. VACINA

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.C.F.; CAETANO, R.; BRAGA, J.U.; SILVA, F.V.C. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n.1, p. 32- 44, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300004). Acesso em 13 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em experiência brasileira de implantação da vacina HPV: os resultados da primeira fase de vacinação. **Revista Imunizações**. v.7, n.2, p.0-12, 2014. Disponível em : <http://www.svim.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Revista-Imunizacoes-SBIm-v7-n3-2014-141208-bx.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2016.

OLIVEIRA, D.S.; GALLEGUILLOS, T.G.B.Vacina contra o vírus papiloma Humano: Avanços e desafios. In: WILLIAN MALAGUTTI (organizador). **Imunização, Imunologia e Vacinas**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2011, Cap.31.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; SOUZA, M.H. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v.48, n.1, p.123-133, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100123&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100123&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 12 de abril de 2016.

REIS, A.A.S.; MONTEIRO, C.D.; PAULA, L.B.; SADDI, V.A.; CRUZ, A.D. Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p.1055-1060, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700012). Acesso em 13 de abril de 2016.

SAMPAIO, R.S.; SANTOS, I.; AMANTÉA, M.L.; NUNES, A.S. A classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.21, n.1, p.120-126, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100018&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 10 de abril de 2016.

SANCHES, E.B. Prevenção do HPV: A utilização da vacina nos serviços de saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**. v.3, n.2, p.255-261, 2010. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1257/1082>. Acesso em 13 de abril de 2016.

ZARDO, G.P.; FARAH, F.P; MENDES, F.G.; FRANCO, C.A.G.S.; MOLINA, G.V.M.; MELO, G.N.; KUSMA, S.Z. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.19, n.9, p.3799-3808, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3799.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2016.

---

## FATORES RELACIONADOS AO DIABETES GESTACIONAL E IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR NO CUIDADO A GESTANTE

Adeilma Hipólito Santino  
Débora Rayane Lacerda da Silva  
Eduarda Grasielly de Oliveira Vieira  
Claudia Morgana Soares

**INTRODUÇÃO:** O diabetes mellitus é uma síndrome de comprometimento do metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas, causada pela ausência de secreção de insulina ou por redução da sensibilidade dos tecidos à insulina. (COTRAN, KUMAR; ROBBINS, 1994). Pode ser classificada em diabetes tipo I ou tipo II. O tipo I é caracterizado pela

deficiência parcial ou absoluta de insulina, devido ao processo autoimune, caracterizando-se como um paciente insulino-dependente por toda vida. O diabetes tipo II é um defeito progressivo na secreção de insulina. Esse tipo de diabetes não insulino dependente, nem sempre precisa do tratamento insulínico para sobreviver, sendo necessário apenas a terapia nutricional. O diabetes gestacional é um distúrbio metabólico que caracteriza uma hiperglicemia causada por deficiência na secreção de insulina ou sua ação nos diversos órgãos (MONTENEGRO;REZENDE FILHO,2011). Geralmente é diagnosticado após 24 semanas de gestação e pode afetar entre 5% e 10% de todas as mulheres grávidas. Muitas das vezes os sintomas são similares ao diabetes mellitus tipo II, incluindo glicosúria e glicose sanguínea elevada e nestes casos as gestantes necessitam de uma atenção maior, pois poderá desencadear pré-eclâmpsia. (MAGANHA et al., 2003). Na gestante há a tendência, após as refeições, de aumento dos níveis de glicose e insulina, e o armazenamento de lipídeos é estimulado. Durante o jejum, porém, os níveis de glicose diminuem e a lipólise é estimulada. Essas alterações provavelmente ocorrem para assegurar suprimento nutritivo adequado para mãe e o feto. A resistência insulínica da gestação serve para levar nutrientes preferencialmente para o feto em desenvolvimento, permitindo simultaneamente o acúmulo de tecido adiposo materno. (GOLBERT; CAMPOS, 2008). A diabete gestacional tem sido amplamente discutida em seus parâmetros fisiopatológicos e os cuidados com a doença como meio de controle dos níveis glicêmicos de grávidas com diabetes pré-existente torna-se ainda mais importante, uma vez que constitui um aspecto terapêutico fundamental para prevenir as complicações e morbidades geralmente associadas aos casos mal controlados. Faz-se então necessário conhecer como se dá a convivência destas grávidas com a doença e o seu cuidado, no intuito de subsidiar a assistência prestada pelos enfermeiros, a fim de obter maior êxito na evolução da gravidez, que nesse caso é considerada como gestação de risco. (ARAÚJO et al, 2013). Dada a importância do tema tanto no que diz respeito à prevenção de complicações na gestação quanto no parto objetivou-se com este trabalho conhecer como grávidas vivenciam as complicações oriundas pelo diabetes mellitus na gestação e seus devidos cuidados, destacando-se as principais orientações adotadas pela enfermagem para o desenvolvimento de uma gestação mais segura e saudável.

**MATERIAIS E METODOS:** A pesquisa foi executada por meio de levantamento bibliográfico, abrangendo o período de 2008 a 2016. A busca bibliográfica foi realizada em estudos indexados nas bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram: gravidez, diabetes mellitus e cuidados. Os estudos, cujos documentos completos não puderam ser obtidos, foram excluídos e em seguida foram selecionados ao todo 16 artigos nacionais sobre o assunto, destes apenas 6 foram aproveitados, e para enriquecer o mesmo utilizou-se ainda bibliografia científica da medicina.

**RESULTADOS E DISCURSÕES:** A observação nos artigos estudados demonstra claramente que as gestações em mulheres com diabetes mellitus frequentemente estão relacionadas a complicações maternas e fetais. Ribeiro et al,(2015), trabalhando com uma população de 300 mulheres recolheu informações sobre o perfil sociodemográfico, dados sobre os antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2, índice de massa corporal (IMC) prévio e pós-parto, histórico de gravidez prévia, idade materna, valores da prova de tolerância oral à glicose (PTOG) e necessidades de insulino terapia. As mulheres que desenvolveram diabetes tinham idade de  $38 \pm 5,1$  anos, e não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que desenvolveram a doença, a maioria tinham completado 6 anos de escolaridade e eram trabalhadoras inativas. Considerando a historia familiar, 50% das mulheres tinham antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2, e 12,7% apresentaram idade gestacional menor que 24 semanas. Já Medina et al, (2013), relata que as complicações maternas e fetais estão relacionadas às gestações em mulheres com diabetes mellitus tipo 1 e que nas últimas décadas ocorreu uma melhoria nas áreas de obstetrícia e pediatria com o controle glicêmico durante a gestação, o que levou a uma significativa diminuição da morbimortalidade perinatal. Estes mesmos autores citam que as mães diabéticas deverão ser estimuladas a amamentar, pois além das vantagens da satisfação e do prazer materno, a amamentação exerce um efeito antidiabetogênico. Com essas observações, também enfatizou a necessidade do enfermeiro como agente mediador entre a equipe e o paciente em transmitir orientações necessárias à gestante quanto a necessidade e a permanência hospitalar para diminuir as complicações. Em trabalhos conduzidos por Oliverira; Graciliano (2015) avaliando a síndrome hipertensiva da gravidez(SHG) e diabetes mellitus gestacional(DMG) em uma maternidade pública do Nordeste brasileiro relata que diante do trabalho com 217 gestantes com idades entre 13 e 43 anos com renda mensal de menos de 1 salário mínimo, 38,8% eram primigestas e 72,4% relataram histórico familiar ou pessoal para DMG e/ou SHG e que a faixa etária maior que 35 anos e sobrepeso gestacional se associaram, significativamente com a presença de diabetes mellitus gestacional. Confrontando todas as observações o aumento do diabetes gestacional estão para a maioria dos autores relacionados a idade gestacional menor que 24 semanas, e a existência de histórico familiar. Santos et al. (2014). Ao estudarem com gestantes com diagnostico de diabetes pré-gestacional perceberam que a gestação traz a responsabilidade materna, e assim a preocupação com o bem estar do filho constitui um marco para implementação de mudanças que deve ter a participação, apoio e incentivo da família. O relacionamento entre o profissional da saúde também é um ponto fundamental na orientação das práticas de cuidado e na implementação das mudanças. Além disto, as mães diabéticas deverão ser estimuladas a amamentar, pois além das vantagens da satisfação do prazer materno, a amamentação exerce um efeito antidiabetogênico. Muitas mães com diabetes descobrem que seus níveis de glicose ficam mais fáceis de controlar. A mãe diabética pode ter inicialmente dificuldades para amamentar, mas o apoio e a assistência da equipe de enfermagem e de especialistas em aleitamento podem facilitar esta experiência. Oliveira; Graciliano (2015) ressalta a importância da identificação precoce dos fatores de risco para a síndrome hipertensiva da gravidez e o diabetes mellitus gestacional e o seu tratamento, visando benefício para setores da Saúde Pública que tem como alvo os programas de assistência materno-infantis. E assim, modificando as condutas com medidas preventivas e

assistenciais, na maioria das vezes aplicadas com protocolos simples e pouca tecnologia, pode refletir positivamente ao objetivo em promover e preservar a saúde materno-infantil. Os estudos afirmam que as orientações compartilhadas com as pacientes, modificam não somente o nível de conhecimento que elas possuem sobre Diabetes Mellitus e o cuidado, mas vão além, alterando suas práticas diárias, ou seja, o conhecimento teórico é transformado em prática de cuidados. Identificando que adesão a hábitos alimentares saudáveis constitui ferramenta imprescindível para o controle glicêmico e repercute trazendo benefícios à saúde materno-fetal. A orientação para que estas sejam adotadas de forma mais natural, promove uma aceitação com mais tranquilidade. O objetivo maior do controle do diabetes gestacional é manter a glicemia controlada, no entanto isto não é algo fácil de ser alcançado principalmente porque os hábitos alimentares já vem com elas ao longo da vida e se tornam assim algo de difícil modificação, porém não impossível. Neste contexto os profissionais de saúde devem buscar reconhecer dificuldades vivenciadas pela mulher grávida em adotar práticas saudáveis, favorecendo melhor controle glicêmico, por meio de mudanças de hábitos de forma consciente e mais palpável. É importante também que o profissional de saúde tenha uma visão transparente e verdadeira do que acontece com a paciente para orientar a respeito dos cuidados colaborando na eficácia da adesão ao tratamento. As ações práticas devem promover uma relação de responsabilidade e transparência e que cada avanço alcançado seja parte de um pacto de saúde estabelecido entre ambos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados dos estudos permitiram verificar que a gestação considerada como um marco na vida da mulher, atuou como elemento motivador para um melhor cuidado com a doença, favorecendo as mudanças de hábitos de vida, especialmente em relação a alimentação e a prática de atividades físicas. Fatores como ganho de peso e idade gestacional são relevante e são considerados fatores de risco que podem ser modificados principalmente por orientações repassadas pelas equipes de saúde e o enfermeiro entra com grande responsabilidade no repasse dessas orientações. A identificação dos fatores predisponentes serve como norteadores para o controle e redução do impacto ocasionado sobre as principais intercorrências gestacionais. Importância também foi relatada a família que tem papel fundamental nesta mudança atuando de forma colaborativa na mudança de hábitos diários especialmente alimentares, melhorando o comportamento de saúde das gestantes. As orientações e cuidados do enfermeiro dentro da equipe e saúde é extremamente importante para trabalhar as questões de educação em saúde e estimular o cuidado próprio da gestante diabética. Para tanto, esse profissional necessita ter conhecimento científico e atualizar-se constantemente. Ao mesmo tempo estabelecerá uma relação de cuidado com fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente, agindo diretamente no tratamento, realizando adaptações necessárias durante a gestação e evitando repercussões materno fetais.

**Palavras-chaves:** Gravidez. Diabetes Mellitus. Cuidados.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M. et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 222-227, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011)>. Acesso em 6 abril 2016.

COTRAN, S. R.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. Pâncreas. In: \_\_\_\_\_. **Patologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994. Cap. 17.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M. A. A. Diabetes Melito Tipo 1 e Gestação.:[revisão]. **Arq.bras. endocrinol. Metab**, v.52, n.2, p. 307-314, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/18.pdf>>. Acesso em 10 abril 2016.

MAGANHA, C.A. et al. Tratamento do diabetes melito gestacional. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 330-4, 2003. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000300040](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300040)>. Acesso em 10 abril 2016.

MEDINA , A. M. et al. Diabetes Mellitus Tipo I e sua Influencia na Gestação. **Ciencia, Cuidado e Saúde**. V.7, 2013.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia Fundamental**. 12.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA. A. C. M.; GRACILIANO, N.G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e serviço de Saúde**, v.24, n.3, p.441-451, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>>. Acesso em 17 abril 2016.

RIBEIRO, A.M.C. et al. Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, diabetes e metabolismo**. v.10, n.1, p. 8-13, 2015. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343914000182>>. Acesso em 17 abril 2016.

SANTOS, A.L. et al. Diabetes pré-gestacional: experiencia de grávidas com o controle da doença. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n.3, 2014. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/33459/23246>>. Acesso em 12 abril 2016.

---



## **FATORES DETERMINANTES DA OBESIDADE E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Francisca Lima Santos  
Ana Flávia Laurindo de Souza Dantas  
Andressa Montenegro da Silva  
Valdemberg Primo de Araujo  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é um distúrbio nutricional em que o paciente apresenta principalmente um acúmulo excessivo de gordura corporal. Esta superabundância de gordura é bastante prejudicial à saúde, por isso que a obesidade está diretamente associada a diversas comorbidades (STEYER et al, 2016). O acúmulo de triglicérides nas células adiposas, que faz com que as pessoas desenvolvam a obesidade, decorre do desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia, ou seja, quando o gasto é menor que consumo de energia (TEIXEIRA et al, 2015). De acordo com Felix et al (2012), trata-se de uma doença complexa, que atualmente é considerada como um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido ao crescente número de pessoas acometidas – já que atinge qualquer faixa etária e grupos socioeconômicos – e a imensa quantidade de consequências geradas, como doenças crônicas, diminuição da expectativa de vida, consequências sociais e psicológicas graves, entre outras. Para o tratamento da obesidade, além do incentivo à mudança no estilo de vida (consumo de alimentação balanceada saudável e a prática de exercícios físicos, a fim que se reduza o peso) existe também o tratamento cirúrgico: atualmente, a cirurgia bariátrica vem sendo o principal tratamento para a redução de peso e a melhora das comorbidades associadas à obesidade (FELIX et al, 2012). É importante o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro que é o profissional que sempre está mais próximo do paciente, das condições que levam o indivíduo a desenvolver obesidade, para que possam orientar adequadamente as pessoas tanto para prevenir o surgimento da doença como também para uma melhor execução do tratamento da doença.

**OBJETIVO:** Revisar e identificar em literatura pertinente os fatores que determinam o surgimento da obesidade e a assistência de enfermagem que deve ser prestada aos pacientes com obesidade.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão da literatura, realizada em abril de 2016 buscando publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se como descritores: Obesidade e Assistência de Enfermagem. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática, publicadas em português e entre os anos de 2011 a 2016. Como critérios de

exclusão foram: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas. Foram utilizados para compor a amostra 9 artigos científicos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise da literatura mostrou que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, sendo que os principais fatores que predisõem ao surgimento da obesidade são: hereditariedade (através de genes que ocasionam o surgimento da obesidade e que podem ser passados entre gerações), inatividade física (porque isso faz com que a pessoa não gaste a energia e esta vai se acumulando no corpo em forma de gordura), alimentação inadequada (porque a alimentação exagerada, isto é, em grande quantidade e com pouca variedade de nutrientes, predominando os lipídeos e carboidratos, ou seja, alimentações muito calóricas), classe social (estudos mostram que as pessoas pertencentes a classes sociais menores, em geral, consomem pouca variedade de alimentos, ingerindo mais alimentos ricos em lipídeos e carboidratos; vários estudos citam também que a prática de atividades físicas em países desenvolvidos e emergentes é influenciada negativamente pela baixa renda e menor escolaridade, pois, os grupos de menor renda possuem menos chance de praticarem atividade física em clubes ou academias), gênero feminino (isso porque estudos mostram que os homens praticam mais exercícios físicos que as mulheres, sendo estas mais sedentárias, devido, principalmente, às distintas atribuições nas responsabilidades familiares, bem como na função ocupacional desempenhada por homens e mulheres, além da existência de diferentes padrões sociais e culturais na adesão à prática de esporte podem ser fatores que explicam o menor engajamento das mulheres nas atividades físicas no tempo destinado ao lazer.), fatores psicológicos (pessoas que sofrem depressão, ansiedade e tédio, tendem a apresentarem o sedentarismo e um aumento na ingestão calórica) e fatores fisiológicos (quanto maior for a idade da pessoa, maior é o acúmulo de gordura no corpo; anormalidade endócrinas) (SÁ-SILVA et al, 2013; STEYER et al, 2016; TEIXEIRA et al, 2015; SILVEIRA et al, 2015; FREITAS, 2013). Os principais cuidados de enfermagem que devem ser prestados aos pacientes com predisposição de desenvolver obesidade ou já acometidos pela doença são os seguintes: oferecer palestras educativas, mostrando as consequências que a doença poderá trazer para a pessoa, abordando aspectos relativos à mudança de hábitos alimentares saudável e, posteriormente, aos benefícios de uma melhor qualidade de vida; orientar o paciente juntamente com familiares sobre os prejuízos que a ocorrência da vida sedentária causa e incentivar à prática de atividades físicas e ao consumo de uma alimentação nutritiva e saudável; realizar uma anamnese sucinta para conhecer os hábitos de vida do paciente, a história familiar e possíveis sinais clínicos de doenças crônicas já consequentes da obesidade; pesar e medir o paciente, calcular e avaliar seu IMC (Índice de Massa Corporal) e os ganhos e as perdas de peso; medir a circunferência abdominal; encaminhá-lo ao nutricionista e ao educador físico; entre outros cuidados de Enfermagem que o paciente necessitar. (RIBEIRO et al, 2015; SILVA et al, 2010; KRUSE et al, 2012; TEIXEIRA et al, 2015).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A obesidade trata-se de uma patologia que ocorre devido ao acúmulo excessivo de gordura nas células adiposas do organismo, isso por causa do desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia. Essa doença, que é causada por vários fatores, acomete muitas pessoas atualmente no Brasil e no mundo e causa diversos impactos individuais (surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como, por exemplo, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, dislipidemias, coronariopatias, doenças articulares, cálculos biliares, apneia do sono e muitos tipos de câncer), sociais (diminuição do convívio social, entre outros) e econômicos (gastos financeiros tanto para o paciente como também para o sistema de saúde). De acordo com os estudos analisados, o profissional de Enfermagem deve priorizar em sua assistência a prevenção do surgimento dessa doença ou de seu agravamento, por meio de abordagens holísticas e orientações sensibilizadoras, estas devem ser para a população em geral e não apenas para aqueles que possuem a predisposição para desenvolver a obesidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem. Fatores de Risco. Obesidade.

## REFERÊNCIAS

FELIX, L. G. et al. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Enferm**, 65(1): P. 83-91. Brasília, jan-fev 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/12.pdf>>. Acesso em: Abr. 2016.

FREITAS, A. T. V. S. et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e à obesidade abdominal em pacientes em hemodiálise na cidade de Goiânia-Go. 2013. **J Bras Nefrol**; v.35, n.4, p.265-272. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/1525/1/TESE%20ANA%20TEREZA.pdf>> Acesso em: Abr. 2016.

KRUSE, M. H. L. et al. Saúde e obesidade: discursos de enfermeiras. **Aquichan**, v. 12, n. 2, p. 109-121, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a03>> Acesso em: Abr. 2016.

RIBEIRO, K. R. A. et al. Ações da enfermagem no combate à obesidade infantil no período escolar. **Revista Recien**. v.5, n.15, p.11-18. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/122> > Acesso em: Abr. 2016.

SÁ-SILVA, S. P. D. et al. Fatores demográficos e hábitos de vida relacionados com a inatividade física de lazer entre gêneros. **Rev. nutr**, v.26, n.6, p.633-645, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=700119&indexSearch=ID>> Acesso em: Abr. 2016.

SILVA, Rosilene Miranda. Intervenções de enfermagem junto à família na prevenção da obesidade infantil. **Cadernos UNISUAM de Pesquisa e Extensão**, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/cadernosunuam/article/view/121>> Acesso em: Abr. 2016.

SILVEIRA, E. A. et al. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, 2015. Disponível em: <<http://web.a.ebscohost.com/abstract?site=ehost&scope=site&jrnl=14138123&AN=111946683&h=kHhRELwQwT%2bg%2fVYsnz4JvRpz8seVKXRdBvRFk%2bCYncVBJ3ifAmzysVYipzTNe5Cy6YtvIqhx%2b45N3H4PYubvNQ%3d%3d&crl=c&resultLocal=ErrCrlNoResults&resultNs=Ehost&crlhashurl=logon.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authype%3dcrawler%26jrnl%3d14138123%26AN%3d111946683>> Acesso em: Abr. 2016.

STEYER, N. H. et al. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160150170.pdf>> Acesso em: Abr. 2016.

TEIXEIRA, F. et al. Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 137-147, 2015. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902515000413?via=sd&cc=y>> Acesso em: Abr. 2016.

TEIXEIRA, V. C. et al. Obesidade no climatério: fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. **Renome**, v.4, n.2, p.29-36, 2016. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/105>> Acesso em: Abr. 2016.

---

## INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE ENTRE HOMENS NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Thamiris Gonçalves de Azevedo  
Valdemberg Primo de Araújo  
Cleiton Ferreira de Oliveira  
Maria do Socorro Araújo  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** A coordenação nacional de saúde dos homens criou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem/PNAISH, que foi instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde em de 27 de agosto. Sua atuação é desenvolvida a partir de cinco eixos: acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. A saúde do homem traz consigo um significado amplo que se muda de uma pessoa a outra, de acordo com as suas necessidades. Suas atividades de saúde estão sujeitas a várias mudanças no decorrer de seu ciclo vital. Essas mudanças dependem de variações culturais e de gênero, gerando há anos uma cultura potencializada em práticas de saúde baseadas em crenças e valores do que é ser homem. Várias pesquisas que comparam ambos os sexos, têm comprovado o fato de que os homens são mais propícios às patologias, sobretudo às doenças graves e crônicas, e que vão a óbito mais precocemente que a população feminina. De acordo com o Ministério da Saúde. Houve 665.551 mortes masculinas, contra 504.415 mortes femininas em 2011, 175 mil ou 26% foram causadas por doenças do aparelho circulatório, seguido de causas externas – crimes e acidentes de trânsito, por exemplo – (119 mil mortes), neoplasias – câncer e tumores – (98 mil mortes) e doenças do aparelho respiratório (66 mil mortes). O estudo diz ainda que a expectativa de vida para mulheres brasileiras é 78,4 anos e, para os homens, 71,6 anos; ou seja, o homem vive menos do que mulheres no país (BRASIL, 2015). Os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização dos homens pode alterar ou mesmo distanciar os homens das questões com o cuidado consigo e falta de procura aos serviços de saúde para tratar questões sobre sua qualidade de vida e saúde. Entre os principais motivos que levam ao afastamento masculino dos serviços de saúde estão os valores associados à cultura masculina, que envolvem tendências à exposição a riscos, junção da masculinidade relacionada à invulnerabilidade e também a educação familiar, o qual auxilia para o homem um papel social de provedor e protetor que nunca adoece ou tem que ser sempre forte. Esse tipo de crença tende a formar modelos masculinos pouco adeptos as práticas de autocuidado e pode estimular o comportamento ignorante, agressivo, violento e de desleixo com ele próprio. O objetivo do trabalho foi de conhecer a incidência e prevalência da mortalidade entre homens no Brasil e mostrar a atuação do enfermeiro.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica. Realizada no mês de abril de 2016 a busca de materiais indexados nas seguintes bases de dados: BIREME e SCIELO. Utilizando-se os descritores: incidência; saúde do homem; atuação do enfermeiro. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática, publicadas em português, sendo incluídos trabalhos dos últimos sete anos e em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas anteriormente e com mais de sete anos de publicação. Salienta-se que a

busca foi realizada de forma ordenada; desta maneira as que se encontravam indexadas em mais de uma, foram selecionadas na primeira busca.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A população masculina vai a óbito em situações de acidentes e violência, levando-os à morte precoce, não havendo tempo para ficar doente, o mesmo não ocorre com as mulheres. O câncer de próstata, é a segunda doença mais incidente e comum entre os homens, em 2011 houve um total 13.772 mortes (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma), acidente vascular cerebral(AVC) e infarto. O câncer de próstata é o sexto tipo mais frequente no mundo e o que mais acomete homens, cerca de 10% do total de cânceres. Sua incidência é de seis vezes mais do que nos países desenvolvidos (BRASIL, 2015). Mesmo com todo o esforço do ministério, grande parcela de homens infelizmente ainda não realiza medidas de atenção integral. Com isso, o Ministério da Saúde entendeu que, para aumentar o alcance de melhores índices de qualidade e padrões de vida mais comprida, é importante agir e desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. Assim sendo, o enfermeiro deve agir de forma a abordar o homem de maneira integral, incentivando-os a procurar mais os serviços de saúde para manutenção de sua saúde, uma vez que estes serviços disponibilizados foram feitos exclusivamente para eles, pois o cuidado ao homem não é voltado apenas para reduzir os cuidados aos demais grupos populacionais, mas sim de chamar a atenção dos homens para que se cuidem mais e ofertar serviços de saúde que ajudem no enfrentamento das ocorrências com o sexo masculino ou que nele encontram maiores números (BRASIL, 2009). Desta maneira deve-se qualificar a atenção à saúde da masculina voltada a linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção e intervir de maneira positiva nos indicadores de morbidade e mortalidade. Além disso, o enfermeiro deve perguntar aos homens quais os motivos que os levam a não procurar atendimento nas unidades básicas de saúde, para que se criem estratégias de adequação para conseguir aumentar o número de usuários que cuidem da sua saúde e atentar aos aspectos que não se choquem como: horário adequado de funcionamento dos serviços de maneira que não ocorra durante o período de trabalho, quebra do medo de ser portador de uma patologia mais séria, ausência de especialistas, demora no atendimento e na resolução do problema. Esses fatores podem ser diminuídos se os serviços oferecerem novas ações para atender este seguimento populacional (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014). De acordo com o Instituto Sou Da Paz em 2011, a maior causa de óbitos entre homens ocorreu por causas externas, a exemplo dos homicídios e acidentes e essa estatística varia de acordo com a cor da pele, homens negros foram mais assassinados nos últimos anos e homens com pele branca foram responsáveis por mortes em acidentes de trânsito (INSTITUTO SOU DA PAZ, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Podemos perceber que o homem visualiza no serviço de saúde, bem como sua assistência características de um trabalho voltado para ações somente curativas, por isso a pouca procura dos homens ao serviço de atenção primária, fundamenta-se no que o homem representa no meio familiar; ele é visto, e se autodetermina como o cabeça da família e não pode fraquejar nunca. Deste modo o enfermeiro, profissional social, membro da equipe de saúde que está tão próximo do homem, precisa refletir, acreditar e incorporar como compromisso profissional e pessoal, além das ações que atendam às questões biológicas também às ações que mostrem ao homem os caminhos que o conduzem à saúde. A cada dia, a

enfermagem veio conquistando várias áreas no âmbito da saúde, dentro e fora do Brasil. Tem assumido um papel decisivo nas necessidades de saúde da população, atuando na promoção, proteção dos indivíduos, abrangendo todas as áreas. O cuidado de enfermagem é de grande importância dentro do sistema de saúde da localidade, onde suas ações são refletidas nas regiões e também nacionalmente, sendo motivo para debates e novos significados. Mas, quando se fala em prevenção, não basta ir ao médico periodicamente. Se não houver mudança de hábitos, de nada vai adiantar fazer visitas regulares. Evitar o uso do cigarro e álcool em excesso, alimentar-se de forma saudável, reservar um tempo para o lazer, para o convívio com a família e para desenvolver a espiritualidade também fazem parte de uma atitude preventiva de doenças e para saber como está a saúde, o homem deve acompanhar possíveis fatores de risco fazendo um check-up anual, tudo pensando na longevidade e qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** enfermeiro. incidência. saúde do homem

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <[http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/TCC\\_2014-2\\_Silvana.pdf](http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Silvana.pdf)>. Acesso em 05 abril 2016.

BARBOSA et al. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.3, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300017&script=sci_arttext)>. Acesso em 05 abril 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM Princípios e Diretrizes**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília - DF 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>>. Acesso em 08 abril 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer (INCA). **Próstata**. 2015. Disponível Em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em 08 abril 2016.

BERTOLINI, D.N.P; SIMONETTI, J.P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p.722-727, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0722.pdf>>. Acesso em 05 abril 2016.

Instituto Sou Da Paz. 2011. Disponível em: <<http://www.soudapaz.org/?gclid=CPf4vNXjjswCFQ1ahgod12cGFg>>. Acesso em 05 abril 2016.

MARTINEZ et al. **As Principais Causas De Adoecimento E Morte Em Homens No Brasil**. 2014. Disponível em: <[http://www.unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2014/saude\\_do\\_homem.pdf](http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_do_homem.pdf)>. Acesso em 08 abril 2016.

---

## **PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Lucélia da Silva Souza  
Aline Quele da Rocha Dantas  
Gabriela Pinto de Freitas  
Caroline Longo Correia  
Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues

**INTRODUÇÃO:** A gestação é um dos períodos mais importantes na vida de uma mulher, consequentemente essa gravidez exige cuidados diários que devem ser por excelência a prioridade daquela que carrega consigo uma vida. Nesse sentido, é de suma importância a informação voltada para essa população através da estratégia de saúde da família. Com intuito de educar a população no tocante ao controle da natalidade foi criado o Programa de Assistência Integral a saúde da mulher (PAISM) elaborado no ano de 1984, e apenas em 2004 o ministério da saúde lançou a política nacional de atenção integral a saúde da mulher, baseado nos princípios e diretrizes que norteia o SUS (BRASIL, 2006). Todos os princípios que preconiza o SUS é base fundamental e garantia do direito a saúde a toda população, logo, a família deve ser o berço da aculturação, a começar pela formação das famílias e a integridade da saúde física, psíquica e social. Portanto, para dá ênfase a essa formação temos o pré-natal e o puerpério como partedo desenvolvimento, que consiste no acompanhamento da gestante visando o aprimoramento do conhecimento, bem como a prevenção e a captação de possíveis patologias que a criança possa desenvolver ainda na gestação, durante o nascimento ou após. Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal e o puerpério consiste na atenção voltada à população gravídica, que vai desde o início da gestação até 28 dias de vida, onde o bebe é considerado neonato. No Brasil é um direito assegurado pelo ministério da saúde e preconizado pelo SUS através da universalidade, equidade e integralidade, pois o nascimento de um bebê saudável é a garantia do bem-estar materno e do neonato (BRASIL, 2006). Além disso, foi criado no ano de 2000, O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), surgiu com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com o objetivo de ampliar o acesso ao pré-natal, formar critérios para qualificar os profissionais e as consultas e promover a conexão entre a assistência ambulatorial e o parto. Com isso o PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natal e puerperal (ARAÚJO, S. M.et al, 2010). Partindo do exposto, surgiu o seguinte questionamento: diante de tantos programas criados e voltados à saúde da mulher, qual o papel do enfermeiro na assistência pré-natal? Diante de tais questionamentos, realizou-se este estudo que objetivou analisar o papel do enfermeiro na assistência pré-natal. O trabalho justifica-se pela importância e compreensão da atuação do profissional de enfermagem na assistência pré-natal, tendo o profissional de enfermagem papel essencial, pois, o enfermeiro destaca-se no contexto de promoção à saúde da mulher e



bebê, visto que é o profissional de maior aproximação com esta usuária antes, durante e após o período gravídico.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada na biblioteca das Faculdades Integradas de Patos-PB nos meses de março e abril de 2016. Foram utilizados livros, revistas e bases de dados on-line através de artigos publicados em língua portuguesa e inglesa indexados no Scielo, Google acadêmico sobre o papel do enfermeiro na assistência pré-natal.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Estudos destacam que apesar das dificuldades, as más condições de serviço e a intensa jornada de trabalho dos profissionais das UBS, a enfermagem enfrenta com persistência as ações educativas que visam a melhoria da assistência ao pré-natal, para que o mesmo profissional possa ser reconhecido como tal e as gestantes e os bebês obtenham uma boa qualidade de vida. A produção das práticas educativas no processo de todas as fases do puerpério é muito relevante, mas é no acompanhamento do pré-natal que a mulher é assistida e observada para que o parto ocorra normal sem nenhum tipo de complicação indesejada, que não tenha riscos nem para a puérpera nem para o neonato. O pré-natal é uma preparação que a gestante tem que passar para a chegada do seu bebê, além de ser feito mensalmente, ou pelo menos sete consultas que é disponibilizada a assistência pelo SUS, realizada preferencialmente nas UBS por enfermeiros capacitados. A gestante tem que se dirigir a unidade básica de saúde para o acompanhamento, porque é nessa consulta que o enfermeiro avalia como esta sendo o desenvolvimento materno infantil. Na consulta o profissional de saúde, realiza a triagem, com auxílio dos ACS, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, pesa a gestante e verifica os sinais vitais primeiramente, olha o cartão da gestante, verifica se o peso está adequado para a idade gestacional, ausculta os batimentos cardíacos e solicita exames trimestralmente, tais como hemograma, exame qualitativo de urina, urocultura, ultrassonografia, glicemia em jejum, tipagem sanguínea/RH, TSH e T4L, toxoplasmose, rubéola, VDRL (sífilis), hepatite B, hepatite C e anti-HIV (AIDS), exame de translucência nuchal. Fica notório todo um processo de percepção do enfermeiro unido a sua capacidade e humanização com o objetivo de educar, prevenir, e tratar as possíveis alterações, construindo uma sociedade mais humana e saudável. No Brasil, o Ministério da Saúde aponta que o número de consultas pré-natal por mulheres que realiza parto no SUS vem aumentando consideravelmente e que apesar dessa ampliação ainda há muito a ser feito, pois ainda existe uma alta incidência de sífilis congênita, e o alto índice de hipertensão nas mulheres gestantes, além de que apenas 9,43% das gestantes realizam as sete consultas que são preconizadas pelo SUS. Portanto, é aí que deve a fundamentação e papel do enfermeiro diante de tais problemas, pois, a sociedade munida de educação torna-se a maior contribuinte ao passar o que foi aprendido, nesse sentido destacamos a importância que tem o enfermeiro das UBS nas consultas de pré-natal, uma vez que, a instrução é parte fundamental do desenvolvimento. A perspectiva educacional é, sem dúvida, o primeiro dos elementos mais transformadores do PAISM, visto que a prática colabora com o aumento do conhecimento que as mulheres adquirem e transferem para seus familiares, vizinhos e amigos,

por conseguinte, o deve ser a principal ferramenta em direção a gestante para que consiga autossuficiência no agir, ampliando a prática e perpassando informação. Por isso dentre as categorias de profissionais do âmbito da saúde, o enfermeiro é sem dúvida o profissional atuante e o mais indicado para as consultas de pré-natal, pois o mesmo ocupa uma posição de destaque na equipe, sendo qualificado ao atendimento a saúde da mulher através da Estratégia de Saúde da Família ESF, possuindo um papel fundamental na área educativa, prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização. De acordo com ministério da saúde a atenção ao pré-natal qualificada e humanizada acontece por intermédio da inclusão de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso aos serviços de saúde e de qualidade, com ações que integrem a promoção, prevenção, e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde um atendimento laboratorial até o de alto risco.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A assistência pré-natal caracteriza-se como importante estratégia para redução da morbimortalidade materno-infantil quando cumprida de modo adequado, respeitando-se as necessidades individuais da gestante. É o meio que a equipe de saúde, em específico o enfermeiro, dispõe para acompanhar e intervir na situação de saúde da mãe/bebê no período gravídico – puerperal. A consulta do enfermeiro no controle do pré-natal é um espaço de aproximação entre este profissional e gestante, a qual possibilita desenvolvimento de ações de saúde específicas ao período gravídico, além de ser um momento oportuno para orientação quanto aos cuidados com o corpo, recém-nascido e a importância da amamentação. Ressaltamos que o enfermeiro tem um papel de fundamental importância na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, com uma assistência embasada nas teorias da enfermagem, no uso das tecnologias leves e sistematização da assistência.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Pré-natal. Promoção de Saúde.

## **REFERÊNCIAS:**

ARAÚJO, S. M. et al, A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP – Revista Eletronica**. V3, n2, p. 61-67, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de atenção básica. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 2000, disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf) acesso em 13 - 04 - 2016



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1 ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos – caderno nº 5. 1ª edição, Brasília, 2006

Penna LHG, Progianti JM, Correa LM. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. R. Bras. Enferm 1999;52(3):385-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf> acesso em: 16 – 04 – 2016.

---

## **OS SENTIMENTOS EXPRESSOS PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

Joyce Maria da Graça Santos  
Délis Maia Silvino  
Sara da Nóbrega Cassiano  
Suênia Maria Silva de Medeiros  
Tarciana Sampaio Costa

### **INTRODUÇÃO**

Na antiguidade a sociedade tratava os pacientes de transtorno mental de forma desvalorizada, com a concepção de que eles não davam nenhuma contribuição diante dos costumes da época. Os transtornos mentais eram relacionados a questões religiosas, manifestações sobrenaturais e invalidez ou incapacidade, considerados improdutivos e indignos de se inserir na sociedade, pois representavam ameaça aos bons costumes e boa conduta, com isso, eram excluídos e afastados do meio social. Os mesmos eram encaminhados para manicômios e internados, submetendo-se a tratamento desumano baseado em medicações e violência. Segundo Araújo (2014), na década de 1950, a loucura passa a ser relacionada a problemas psicológicos e biológicos, e considerada como doença mental. Concomitantemente, surgiu o movimento sanitário, e a partir daí o processo da Reforma Psiquiátrica liderado por Franco Basaglia e Franco Rotelli, iniciado na Itália. Este movimento tomou rumo relacionado a inserção dos loucos na sociedade, com a finalidade principal de promover estratégias da construção da sua cidadania. Destaca-se que, as diversas mudanças eram direcionadas a práticas de saúde e os novos modelos de cuidado com o paciente. Considerando o percurso histórico da saúde mental e as características de violência e exclusão aliados neste, percebe-se nitidamente reflexos significativos nos estudantes de enfermagem, que demonstram dificuldades e receios para lidar com o portador de transtorno mental no contato inicial, constituindo-se entraves para construção de afinidade nessa área de atuação.

## **OBJETIVO**

Identificar os sentimentos expressos pelos acadêmicos de enfermagem diante da assistência ao paciente com transtorno mental.

## **METODOLOGIA**

O estudo será do tipo bibliográfico “a revisão bibliográfica é uma fundamentação teórica que visa dar sustentação ao desenvolvimento da pesquisa”. Trata-se do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar um mapeamento histórico do tema proposto (MORESI 2003). Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2011 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: convívio do acadêmico de enfermagem com o portador de transtorno mental, para tanto se utilizou os seguintes: Saúde Mental, Enfermeiro, Competência Profissional. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados adotou-se a técnica pertinente ao estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os estudos demonstram que os acadêmicos de enfermagem demonstram receios a respeito da disciplina de saúde mental desde o primeiro dia de aula, estes anseios se intensificam quando se aproximam das visitas técnicas/aulas práticas, em detrimento do contato inicial com o paciente de transtorno mental. Os sentimentos identificados em estudantes de enfermagem, ao manter o contato direto com o paciente, são despertados pelo desconhecido que ameaça a ordem das coisas já estabelecidas e acomodadas, desencadeando insegurança, medo com tendência para pavor e angústia. A insegurança está relacionada com a sensação de não conseguir realizar os procedimentos aprendidos nas aulas teóricas, tendo em vista que nesta situação exige-se habilidade para lidar com a subjetividade do paciente. Segundo D'ANDREA, na comunidade universitária todos estão sujeitos a crises de identidade, entretanto a população dos estudantes é mais susceptível. CAPLAN cita que a crise é um período de transição que pode ser tanto uma oportunidade de crescimento da personalidade, como um período de maior vulnerabilidade ao transtorno mental, e o resultado final desse período depende da forma como o indivíduo enfrenta a situação. A intervenção nesse período, ou seja fornecimento de apoios (provisões) e expansão de alternativas para a resolução do problema, é o ponto decisivo para se evitar um transtorno mental provindo de crises não resolvidas. Em relação ao medo, este associa-se a ideia da possibilidade da vivência de situações de agressão, pensamento esse provindo do próprio histórico da saúde mental que refletem nos sentimentos atuais dos estudantes. Toda esta carga emocional que atinge esses estudantes tem raízes nas crenças culturais e em geral familiar (KYES,1985). Pode ter referência também, com a estigma que representa a doença mental, transformando seu portador em alguém violento, perigoso e visto com medo e repugnância (BASTIDES,1967).

A angústia se reflete diante do acompanhar o sofrimento psíquico do paciente. Diante de tais circunstâncias, há a exigência da adoção de estratégias metodológicas que sejam capazes de minimizar tais dificuldades, assim como apresentar uma quebra dos preconceitos e paradigmas juntamente com o conhecimento, o estudante passa a ter mais confiança em relação a assistência prestada ao doente mental, além de que é necessário que se tenha iniciativas ao assumir uma responsabilidade por parte do indivíduo diante das situações que se deparam. O respeito para com os portadores é importante para que haja a aceitação do sujeito obtendo a confiança no profissional que o atende, buscando suprir os objetivos da terapia na qual está sendo usada e as expectativas do profissional que está realizando a assistência, uma vez não atingido os objetivos pode despertar um sentimento de frustração, pois se buscou adotar uma melhor intenção mostrando a força do vínculo e comprometimento com o usuário. Apesar de não dominarem os conceitos de reabilitação os estudantes possuem uma atitude de interesse e esforço para buscar meios de contribuir com a assistência prestadas ao portador de transtorno mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dessa forma, faz-se necessário uma abordagem metodológica diversificada para promover a compreensão da relação direta com o portador de transtorno mental, e conseqüentemente aptidões estratégicas de assistência terapêutica, minimizando os sentimentos de insegurança e medo. Para que assim os estudantes de enfermagem possam estabelecer uma melhor relação com o paciente durante a assistência, fortalecendo vínculos e estabelecendo confiança para prosseguir com o tratamento obtendo êxito. Pois, percebemos que os sentimentos de medo e ansiedade dos alunos são ocasionados pela sensação de insegurança e despreparo diante da demanda cotidiana inerentes ao exercício profissional. Outro fator desencadeante na assistência à Saúde Mental está relacionado a exclusão social, pois, uma vez que excluimos um portador de sofrimento psíquico, estamos anulando seu papel de sujeito social, tirando seu direito de exercer sua cidadania, sua dignidade, seu respeito como pessoa humana, pois uma vez retirada sua liberdade social, estamos vetando sua participação política, judicial, bem como seu exercício pleno de cidadania. Não se trata de deixar o louco viver sua loucura, mas dentro de um contexto de cidadania, dar-lhe o real direito de viver em sociedade, evitando assim seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Dessa forma, se faz necessário a presença de uma equipe comprometida com o trabalho, com presença de membros de diferentes categorias que vislumbrem possibilidades naquilo que para muitos é considerado inalcançável. Criando novas formas de lidar com experiência da loucura, permite-se então a transformação das instituições, dos saberes, da cultura e das pessoas que se tornarão multiplicadores, cuidadores de portadores de Saúde Mental.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental. Enfermagem. Assistência de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A; DINIZ G. Reforma Psiquiátrica Política Nacional de Saúde Mental: uma análise da concepção dos profissionais do CAPS I de Campina Grande-PB. João Pessoa: Color, 2014.
- QUEIROZ, A. M. Saúde mental no cotidiano da formação em Enfermagem: modo-de-ser-docente [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Pará. Belém, 2014. 127 f.
- MORESI, E. Metodologia de Pesquisa. Brasília: UCB, 2003.
- KYES, J.J; HOLFLING, C.K. Conceitos Místicos em enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- BASTIDE, R. Sociologia das doenças mentais. São Paulo: Editôra da Universidade de São Paulo, 1967.
- PINEL, P. Traité médico-philosophique sur l' aliénation mentale. Paris: Lesempêcheurs de penser en rond/Seuil. (Trabalho original publicado em 1809). 2005.
- CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Trad. de Alvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p.324.
- D'ANDREA, F. F. .Saúde mental na comunidade universitária./ Apresentado na Semana da Enfermagem, São Carlos, UFSCar, 1983.
- 

## OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS (AS) FRENTE À ASSISTÊNCIA EM PRESÍDIOS

Diana Maiza Amaro Ventura  
Tamiris Guedes Vieira  
Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza  
Lucineide Morais Pessoa  
Sara Lucena Dantas

**INTRODUÇÃO:** Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a responsabilidade do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou como medida de segurança para a população, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), (BRASIL, 2014). A população carcerária é vista como um público segregado da sociedade no que diz respeito o acesso desta aos serviços básicos de saúde, e com isso, se continuarmos com essa visão excludente, essas pessoas dificilmente serão reconduzidas ao

convívio social, logo que, ao serem postas em liberdade muitos passam a vagar pelos grandes centros urbanos em busca de emprego, moradia e de condições dignas de sobrevivência, o que na maioria das vezes lhes são negados. A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades prisionais de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas como devem (BRASIL, 2005, p.9). No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, acontecendo no local mais próximo da vida da população. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, centro de comunicação e integração com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios básicos da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Portanto, as atribuições do Enfermeiro (a) e a assistência de enfermagem têm por finalidade promover o bem-estar da sociedade como um todo, fazendo com que prevaleçam os meios de prevenção através de medidas socioeducativas direcionadas a determinado público que se encontre em condição de vulnerabilidade. A grande parte das intervenções em enfermagem são ações, de ordem educativa, que segue o curso das orientações, e de certa forma podem invadir a privacidade individual ou cultural das pessoas e, para que se consiga a aquiescência do (a) paciente/cliente, é necessário que o (a) profissional de enfermagem, além de buscar se inteirar da situação clínica e cognitiva do paciente venha também, a se utilizar de algum recurso extra para sensibilizar e despertar sua atenção, visando à continuidade dos cuidados. O trabalho tem como foco a ação do enfermeiro educador que, não é somente transferir conhecimentos, mas criar alternativas para que estes aconteçam (SOUZA SANTOS, FERNANDA, et al., 2013). Partindo do exposto surgiu o seguinte questionamento: Como funcionam os serviços de enfermagem dentro dos presídios? Quais as dificuldades enfrentadas por esses profissionais no exercer de seu ofício? O presente trabalho ainda justificou-se pela importância, uma vez que, por meio desse, serão repassadas informações sobre a relevância da assistência de enfermagem em presídios e contribuirá para analisar a assistência prestada ao detento, servindo os resultados para nortear ações de saúde direcionadas a esse grupo. Objetivou-se com esta pesquisa, Relatar a importância da assistência de enfermagem dentro do sistema prisional.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza descritiva, realizada através dos artigos indexados no SciELO, nos meses de fevereiro e março de 2016, onde foram priorizados a utilização de artigos dos últimos cinco anos, através dos seguintes descritores: Assistência de Enfermagem. Prisões. Serviços de Saúde.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foi observado no presente estudo que, além das condições sub-humanas em que vivem os presidiários, os locais de trabalho dos profissionais de enfermagem são impróprios para os atendimentos básicos aos presos. As unidades prisionais são evitadas por muitos profissionais da saúde, que as consideram de alta periculosidade. Isso faz com que, embora exista um número de profissionais previsto, este

frequentemente não esteja completo e a reposição seja morosa e difícil. A assistência de enfermagem oferecida dentro dos presídios se mostrou de suma importância, uma vez que, é de responsabilidade desses profissionais desenvolver estratégias que busquem a prevenção de doenças e agravos que possam vir a acometer esta população de risco. Deste modo, o Enfermeiro (a) deve estar comprometido no trabalho em saúde que consiste em: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover qualidade de vida, enfim, produzir saúde, porém sem esquecer-se de humanizar sempre. Para que sejam garantidos os princípios do Sistema Único de Saúde dentro dos presídios e a acessibilidade aos serviços de saúde desta população, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que tem como um de seus objetivos, proporcionar atenção à saúde integral e universal para todos aqueles que pertencem à população encarcerada em regime fechado e de ambos os sexos, sem distinção de raça, cor ou credo (BARBOSA, Mayara Lima et al., 2014, p. 587). Os principais alvos que constituem o PNSSP são o controle de tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase, promover a saúde bucal, o diagnóstico, aconselhamento e tratamento em IST/HIV/AIDS e fornecer atenção em saúde mental (BARBOSA, Mayara Lima et al., 2014, p. 587). Para desenvolvimento dessas ações, os profissionais de enfermagem possuem papel fundamental, visto que, como integrantes da equipe de atenção básica, o Enfermeiro desenvolve atividades tanto no âmbito individual quanto coletivo, visando desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até ações assistenciais. Mesmo com a criação desse programa, em 2003, ainda foi observado no estudo que a maioria dos estados que aderiram ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país, o que demonstra o atraso na adesão por parte dos estados da região Nordeste.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para que se tenha uma assistência de enfermagem digna e de qualidade, as condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde nas Unidades Prisionais (UP) também devem ser avaliadas. É preciso que o ambiente de trabalho dentro dos presídios passe por adaptações que atendam às necessidades tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde que são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças provenientes da condição de confinamento. Além da deficiência na qualificação específica dos profissionais de enfermagem, as condições de insalubridade dentro das unidades prisionais são alguns dos empecilhos que comprometem as ações da equipe, o que contradiz com o que preconiza o Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. As ações educacionais também devem ser praticadas com os detentos visando levar informações importantes sobre os riscos que eles estão submetidos devido às condições de confinamento, tais informações consistem em: orientação sobre o uso de preservativos, alimentação saudável e a prática de exercício físico como forma de prevenção da hipertensão e diabetes e procurar os serviços de enfermagem sempre que houver necessidade. Portanto, a participação da equipe de Enfermagem dentro das unidades prisionais representa um importante passo, para que se possa chegar à redução dos agravos e doenças que acometem essa população, e para isso, as políticas e programas criados para os presos precisam que sejam colocadas em prática e aderidas por todos os presídios brasileiros.



**Palavras-chaves:** Assistência de Enfermagem. Prisões. Serviços de Saúde

## REFERÊNCIAS:

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª Ed. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 03 de mar. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br>> Acesso em: 13 de fev. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>> Acesso em: 16 de mar. 2016.

BARBOSA, Mayara Lima et al. **Atenção Básica à Saúde de Apenados no Sistema Penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem**. Esc. Anna Nery. 2014, vol.18, n.4. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 24 de mar. 2016.

COSTA, GABRIELA MARIA CAVALCANTI et al. **A saúde dos detentos sob a responsabilidade das equipes de saúde da família: realidade e responsabilidades**. Rev. APS. 2014 jan/mar. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br>> Acesso em: 21 de mar. 2016.

FERNANDES, L. H et al. **Necessidades de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário**. Rev. Saúde Pública. 2014, vol.48. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 21 de mar. 2016.

SOUZA SANTOS, FERNANDA et al. **Cuida de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo**. Revista Eletrônica Trimestral de Enfermería. Jul/2013, n°31. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt\\_revision2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_revision2.pdf)> Acesso em: 23 de mar. 2016.

---

## **OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO HOSPITALAR GERAL E NO BLOCO CIRÚRGICO**

Cleiton Ferreira de Oliveira  
Thamiris Gonçalves de Azevedo  
Valdemberg Primo de Araujo  
Rayane Badú de Sousa  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** Uma vez adoecidos e com necessidade de internação, os pacientes são expostos aos riscos do ambiente hospitalar, dentre eles, a infecção hospitalar. Esta é aquela infecção adquirida após a admissão do cliente ao hospital e manifesta-se durante a internação (após 48 horas de internação) ou após a alta, desde que possa ser relacionada à internação ou aos procedimentos hospitalares. Uma vez que infecções não se limitam apenas ao ambiente hospitalar, a terminologia Infecção Adquirida em Serviços de Saúde tem sido considerada mais apropriada (MENEGUETI et al., 2015). Esta é a complicação que mais acomete os pacientes, em sua essência, é chamada de hospitalar, por ocorrer devido a cirurgias ou ações de caráter invasivo dentro do hospital e está ligada a vários fatores e possui níveis de gravidade, que vão desde o acometimento do local até o generalizado. Estas infecções aumentam o tempo de internação, o risco de readmissão hospitalar, admissão em unidade de terapia intensiva e óbito (DEVERICK, 2011). Grande parte dos pacientes que a contraem desenvolvem quadro sistêmico caracterizado como sepse, que muitas vezes causa a morte do paciente (SILVA et al, 2012). As doenças acabam diminuindo a imunidade do paciente, e, com o surgimento de uma infecção o estado de saúde deste vai se agravando ainda mais, podendo levá-lo à morte. De acordo com Cataneo et al. (2011), as infecções hospitalares têm grande relevância epidemiológica, tanto no contexto da atenção primária à saúde quanto na assistência hospitalar, por contribuírem para a elevação das taxas de morbidade e de mortalidade e do tempo de permanência dos pacientes no hospital e, conseqüentemente, onerarem os custos do tratamento. Estudos mostram que pacientes comprometidos com infecção hospitalar apresentam mortalidade maior que aqueles não comprometidos com esse tipo de infecção. Infecções do trato urinário, pneumonias, infecções do sítio cirúrgico e sepSES são as principais manifestações de infecção hospitalar, principalmente em pessoas idosas. Os custos com infecções hospitalares subdividem-se em diretos (gastos com diagnóstico e tratamento), indiretos ou preventivos (investimentos para evitar, reduzir e controlar essas infecções) e imensuráveis ou intangíveis (dor e sofrimento do paciente e sua família) (IZAÍAS et al, 2014).O objeto desse trabalho é descrever quais são os cuidados de enfermagem na prevenção da infecção hospitalar.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica. Realizada no mês de abril de 2016 a busca de materiais indexados nas seguintes bases de dados: BIREME e SCIELO. Utilizando-se os descritores: infecção hospitalar;cuidados de enfermagem; prevenção. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática, publicadas em português,

sendo incluídos trabalhos dos últimos cinco anos e em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas anteriormente. Salienta-se que a busca foi realizada de forma ordenada; desta maneira as que se encontravam indexadas em mais de uma, foram selecionadas na primeira busca.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Vários Especialistas e profissionais da saúde já estão praticando diversos tipos de ações e estratégias na tentativa de reduzir as infecções hospitalares e do bloco cirúrgico (CARDO et al, 2010). O conceito de promoção da saúde é definido como um exercício de educação em saúde. Referindo-se às práticas em que ocorrem os diálogos, como as palestras com profissionais de maneira científica e com a sociedade de modo mais simplificado (SODRÉ, 2014). Os esquemas e ações em saúde, para que tenham embasamento e eficiência, não devem esquecer-se da análise, planejamento e execução para se avaliar processos, resultados e impactos (MORETTI et al, 2010). Segundo o Ministério da Saúde, alguns cuidados como a higienização das mãos é fundamental para se controlar as infecções no ambiente hospitalar, devendo ser realizada por todos os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos ao paciente, os profissionais também devem utilizar corretamente os Equipamentos de Proteção individual (EPI) e deve-se evitar o entra e sai nas enfermarias ou bloco cirúrgico, além disso, familiares e visitantes também podem contribuir para que esta meta seja alcançada e todos que tenham contato com pacientes devem lavar as mãos frequentemente e evitar toca-las nos olhos, boca e nariz (BRASIL, 2014). As práticas que restringem os microorganismos no ambiente e nos equipamentos e suprimentos, e que impedem que a microbiota normal contamine a ferida cirúrgica são denominadas de técnicas assépticas. As metas destas consistem em aperfeiçoar a cicatrização da ferida primária, evitar infecção cirúrgica e minimizar o tempo de recuperação da cirurgia. Os procedimentos cirúrgicos têm risco variado, dependendo de vários fatores. Os principais fatores de risco para Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC) são os fatores relacionados ao paciente com o: Idade; presença de doenças agudas ou crônicas descompensadas; infecção; obesidade; desnutrição; tabagismo; diabetes; infecção à distância; colonização da pele; natureza e local da cirurgia; grau de contaminação da cirurgia; tempo de internação pré-operatório prolongado; imunodepressão e uso de corticosteroides. Os fatores relacionados à cirurgia (como, técnica cirúrgica; tempo de cirurgia e extensão; perda sanguínea e transfusão; equipe cirúrgica; ambiente cirúrgico; antibioticoprofilaxia adequada; uso de soluções antissépticas e desinfetantes contaminadas ou mal utilizadas; reprocessamento de materiais e equipamentos) e os fatores relacionados aos agentes etiológicos (como, resistência a antibióticos; infectividade, patogenicidade e virulência; produção endotoxinas e exotoxinas) (SILVA; KAWAGOE; CARDOSO 2013). A prevenção de ISC pode ser feita através de: preparo adequado do cliente no pré-operatório; limpeza e assepsia rigorosa do sítio cirúrgico; profilaxia antimicrobiana; antisepsia cirúrgica de mãos adequada; manejo de pessoal cirúrgico infectado ou colonizado; manter fechadas as portas e limitar o número de pessoas na sala cirúrgica, e, controlar a ventilação da sala cirúrgica no intra-operatório; realizar amostragem microbiológica das superfícies ambientais e do ar da sala cirúrgica; limpeza e desinfecção de superfícies ambientais da sala cirúrgica; esterilização adequada do

instrumental cirúrgico, dos aventais e dos campos cirúrgicos; assepsia rigorosa no preparo da sala cirúrgica e na técnica cirúrgica; e cuidados pós-operatórios com a ferida cirúrgica, entre outras ações.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Vários Especialistas e profissionais da saúde já estão praticando diversos tipos de ações e estratégias na tentativa de reduzir as infecções hospitalares e do bloco cirúrgico (CARDO et al, 2010). O conceito de promoção da saúde é definido como um exercício de educação em saúde. Referindo-se às práticas em que ocorrem os diálogos, como as palestras com profissionais de maneira científica e com a sociedade de modo mais simplificado (SODRÉ, 2014). No ano de 2011, a RDC/Anvisa nº 63 determinou o cumprimento de planos e ações voltadas para assegurar a saúde do paciente dentro do hospital (ANVISA,2011). Segundo o Ministério da Saúde, alguns cuidados como a higienização das mãos é fundamental para se controlar as infecções no ambiente hospitalar, ela deve ser realizada por todos os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos ao paciente, os profissionais também devem utilizar corretamente os Equipamentos de Proteção individual (EPI) e deve-se evitar o entra e sai nas enfermarias ou bloco cirúrgico, além disso, familiares e visitantes também podem contribuir para que esta meta seja alcançada e todos que tenham contato com pacientes devem lavar as mãos frequentemente e evitar toca-las nos olhos, boca e nariz ( BRASIL, 2014). Para ocorrer a diminuição de infecções no sitio cirúrgico (ISC) e em todo o hospital além das medidas assépticas, são utilizados antimicrobianos como medida profilática e obtém-se resultados positivos principalmente em cirurgias limpas (LUNDINE et al., 2010). É preciso que as equipes dos serviços de saúde sejam conscientizadas e sensibilizadas quanto à ocorrência de infecções hospitalares e suas repercussões, tanto para o paciente como para a instituição de saúde, afim de que esses profissionais priorizem mais a prática de medidas preventivas para essas infecções. Destacando-se a importância do enfermeiro no combate às infecções hospitalares, devido ser o profissional que está mais próximo de todo o pessoal cirúrgico e do paciente durante todo o perioperatório, sendo o primeiro a realizar os cuidados profiláticos e identificar mudanças no quadro clínico do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:**cuidados de enfermagem. infecção hospitalar.prevenção

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Boletim informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde** 2011; 1(1): 1-12. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/814e7d80423556f89181b96d490f120b/PNCIRAS+12122013.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portal da saúde. **Recomendações para prevenção e controle**(Baseado nas orientações do Centers for Diseases Control and Prevention - CDC), Brasília-DF, julho 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#58>>. Acesso em 9 abr. 2016,

CARDO, D. et al. GRUPO DE RELATORES DO DOCUMENTO PARA ELIMINAÇÃO DE IRAS. Moving toward elimination of healthcare-associated infections: a call to action. *Am. J Infect Control* 2010; 1-3. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/814e7d80423556f89181b96d490f120b/PNCIRAS+12122013.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: Acesso em 8 abr. 2016.

CATANEO, C. et al. Avaliação da sensibilidade e da especificidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos em um hospital especializado em oncologia. *Rev. LatinoAm. Enferm.*, v.19, n.5, p 1072-1079, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4416/5790>>. Acesso em 7 abr 2016.

DEVERICK, J. A. Surgical site infections. *Infect Dis Clin North Am.* v.25, n. 1, p.135- 53, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000100066&lang=pt#B1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100066&lang=pt#B1)>. Acesso em 8 abr. 2016.

IZAIAS, E. M. et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc. saúde coletiva.* v. 19, n.8, p. 3395-3402, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03395.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2016.

MENEGUETI, M. G. et al. Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm.* v.23, n.1, p. 98-105, jan./fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt\\_0104-1169-rlae-23-01-00098.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00098.pdf)>. Acesso em 10 abr. 2016.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. *Rev. Latino-Am. Enferm.* v.18, n.2, p. 233-239, mar./abr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_14.pdf)>. Acesso em 10 abr.2016.

SILVA, E. et al. Prevalência e desfechos clínicos de infecções em UTIs brasileiras: subanálise do estudo EPIC II. *Rev. bras. ter. intensiva.* v. 24, n.2, p. 143-150. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2012000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 9 abr.2016.

---

## OS FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES: REVISÃO DE LITERATURA

Celly Victória Formiga Oliveira  
Matheus Medeiros Dantas  
Aline Vieira Nunes  
Joyce de Souza Vêras  
Vanessa Diniz Vieira

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama acomete ambos os sexos, sendo mais comum e frequente entre as mulheres com idade média de 50 anos, podendo também ocorrer em várias faixas etárias, menos comuns. Diversos fatores de riscos estão aliados para o desenvolvimento dessa neoplasia; a genética da família, os fatores externos e a menopausa

tardia, são os mais comuns (GONÇALVEZ et al., 2010). O câncer de mama adoece o corpo não só em forma física, mas também de forma psicológica, pois pode resultar na retirada parcial ou integral da mama, afetando sua vida social e sexual, podendo levar a casos de ansiedade e depressão (ALMEIDA et al., 2012). É o tipo de câncer com maior incidência em mulheres, também sendo a causa mais assídua de morte por câncer da população feminina no Brasil (PINHEIRO et al., 2013). A evolução do câncer de mama vem crescendo, temos o tipo triplo-negativo, nos afrodescendentes (CORRÊA et al., 2010). E as variações genéticas influenciam na predisposição para esta neoplasia (SOUZA et al., 2012). A amamentação pode diminuir o risco de desenvolver o câncer de mama, e formas de preveni-lo, como o autoexame (GONÇALVES et al., 2010). Objetivou-se estudar os riscos mais comuns do câncer de mama, as formas de diminuir os riscos de contraí-lo e a idade de maior prevalência da mortalidade.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** A pesquisa é uma revisão de literatura, consultando os artigos do google acadêmico, sciello e da plataforma periódicos capes dos últimos 5 anos. De acordo com o levantamento bibliográfico foram realizadas análises de amostras e prontuários de mulheres com o câncer ou com histórias familiares já atendidas em unidade de saúde. Abordando a função do enfermeiro, como aliado na atenção básica e específica na descoberta precoce da neoplasia, cuidados e acompanhamento.

**RESULTADOS:** Na menopausa tardia, 55,2% de mulheres acima de 50 anos têm um maior risco de adquirir o câncer de mama por estarem expostas aos hormônios por um período prolongado. A gestação quanto mais tardia do primeiro filho, maior será a exposição aos hormônios carcinogênicos, fator predisponente (GONÇALVES et al., 2010). O fenótipo é considerado um fator de risco, o triplo-negativo presente em mulheres pretas e mulatas, tendo frequência maior de 10%, do que as brancas em relação ao câncer de mama (CORRÊA, 2010). As diferenças genéticas podem estar coligadas a variações individuais na sensibilidade ao câncer de mama. De 10 a 15% dos cânceres de mama têm histórico familiar positivo para a doença, sendo que 5% podem ser explicados pelas raras, mas de alta penetrância, mutações gênicas BRCA1 e BRCA2. Isto sugere que há outras variações genéticas comuns, de baixa penetrância que influenciam na predisposição para esta neoplasia (SOUZA et al., 2012). De acordo com Souza (2012), o mapa genético do gene do receptor estrogênico tem revelado a existência de vários sítios de polimorfismos. Estes polimorfismos têm sido associados com várias condições patológicas, como câncer de mama e de próstata. O câncer de mama quando descoberto em sua fase inicial tem grande possibilidade de cura, com baixa morbidade decorrente do tratamento. Entretanto, o diagnóstico tardio da doença ainda é realidade em várias regiões do Brasil (OSHIRO et al., 2014). A diminuição do risco do câncer de mama pode ser através da gestação, amamentação e não consumo de alcoóis (GONÇALVES et al., 2010). A mortalidade ocorre em mulheres muito jovens (com até 34 anos), quando comparadas com aquelas entre 35 e 40 anos.

**DISCUSSÕES:** As mulheres de mais de 50 anos de idade, as que tem sua primeira gestação e filho tardio são mais propensas ao câncer, pelo fato de estarem expostas aos hormônios, como o estrogênio. Quanto mais tempo a mulher amamenta, menos exposição à liberação de hormônios (GONÇALVES et al., 2010). As mulheres donas de casa são as que mais apresentam o câncer, devido à baixa renda familiar associada com o baixo nível de escolaridade, constitui fator de risco. (GONÇALVES et al., 2010). A amamentação é uma proteção contra o câncer de mama, pois impede o retorno da menstruação, diminuindo a exposição ao estrogênio endógeno, essa proteção aumenta quanto mais prolongada for o tempo de aleitamento. (GONÇALVES et al., 2010). A

menopausa tardia constitui fator de risco uma vez as pacientes têm um maior tempo de exposição hormonal, devido ao maior número de ciclos menstruais durante a vida, nesse caso (GONÇALVES et al., 2010). Segundo Corrêa (2010), existe múltiplos fatores associados à diferença racial encontrada em mulheres com câncer de mama triplo-negativo. Morris (2010) justifica essa frequência de casos em afrodescendentes pelo atraso de diagnóstico, aumento da massa corporal, alimentação, obesidade, tabagismo, faixa etária abaixo de 50 anos, alto índice de gravidez precoce, que levam ao aumento da duração do estrogênio na circulação sanguínea, aumentando o risco de desenvolvimento do câncer. Cai (2003), verificaram que polimorfismos Pvull-TT e Xball-AA está associado à neoplasia. Shin (2003) mostrou associação positiva entre o alelo A do REa-351 com maior risco do câncer de mama. E relata a primeira gravidez depois dos 30 anos, o genótipo AA aumentou quatro vezes o risco quando comparado ao genótipo de mulheres contendo o alelo G e primeira gravidez antes do 29 anos de idade (SOUZA et al.; 2012). A alta taxa de incidência do câncer de mama em estado avançado pode indicar uma fonte para a não prevenção ou detecção prévia da neoplasia (OSHIRO et al., 2014). Existem controvérsias em relação às bebidas alcólicas como fator de risco: em um estudo houve prevalência de mulheres que consumiam álcool (62,5%), mas em outro estudo o índice foi menor (31,6%) (GONÇALVES et al., 2010). Constata-se que a morte em mulheres muito jovens (até 34 anos), quando comparadas com aquelas entre 35 e 40 anos, está diretamente ligado ao diagnóstico tardio, ao maior volume tumoral, maiores prevalências de axila clinicamente positiva e metástase (PINHEIRO AB et al., 2013) .

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O câncer de mama acomete em um índice elevado os indivíduos do sexo feminino. Os diagnósticos são apresentados em maioria nas mulheres com 50 anos de idade, mas não se descarta a possível ocorrência em jovens. Essa neoplasia leva as mulheres à depressão quando ocorre à retirada dos seios, ficando com a imagem corporal alterada, atingindo o psicológico. A demora das vítimas em procurar assistência médica faz com que o estágio dessa doença avance e quando descoberta, o tratamento tem menos chances de fazer o efeito desejado, levando o paciente a óbito. A idade também está relacionada ao alto índice de mortalidade.

**Palavras-chave:** Idade, Genética, Assistência Médica

## **REFERÊNCIAS**

CORRÊA, P. B.; TORALLES, M. B. P.; ABE-SANDES, K.; MACHADO, T. M. B.; BONFIM, T. F.; MEYER, L.; ABE-SANDES, C.; NASCIMENTO, I. Câncer de mama triplo negativo e sua associação com ancestralidade africana. **Revista Ciências Médicas e Biológicas**. v. 9, supl. 1, p. 3-7, 2010.

FONSECA, L. A. M.; ELUF-NETO, J.; WUNSCH FILHO, V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 56, n.3, p. 309-312, 2010.

GONÇALVES, L. L. C.; LIMA, A.V.; BRITO, E. S.; OLIVEIRA, M. M.; OLIVEIRA, L. A. R.; ABUD, A. C. F.; DALTRO, A. S. T.; BARROS, A. M. M. S.; GUIMARÃES, U. V. Fatores de Risco para Câncer de Mama em Mulheres Assistidas em Ambulatório de Oncologia. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro. v. 18, n. 3, p. 468-472, 2010.

PINHEIRO, A. B.; LAUTER, D. S.; MEDEIROS, G. C.; CARDOZO, I. R.; MENEZES, L. M.; SOUZA, R. M. B.; ABRAHÃO, K.; CASADO, L.; BERGMANN, A.; THULER, L. C. S. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

SOUZA, M. A.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R.; SOARES JUNIOR, J. M. ; BARROS, N.; FRANZOLIN, S. O. B.; BARACAT, E. C. Polimorfismo do gene do receptor estrogênico como fator de risco do câncer de mama. **Femina**. v. 40, n. 4, p. 179, 2012.

---

## **PAPEL DO ENFERMEIRO NO COMBATE AO TÉTANO ACIDENTAL**

Maria d'Ávilla de Oliveira Dantas  
Alexandra Pinto Santana Felipe  
Samilla Cynthia Lima Rocha Santos  
Viviane Gouveia de Almeida  
Malba Gean Rodrigues de Amorim

**INTRODUÇÃO:** O tétano é uma toxinfecção causada por uma neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium tetani*, capaz de atingir o sistema nervoso central após entrar na corrente sanguínea (SOLSONA et al.2007). O *C. tetani* é um bacilo Gram-positivo, anaeróbio estrito, não fermentador de açúcares, cujos esporos da toxina são mais sensíveis ao calor, havendo a inativação a 80°C ou a 100°C por um período de 10 a 30 minutos. (BURTON, 2005). A bactéria é normalmente encontrada na natureza, podendo ser identificada em pele, fezes, terra, galhos, arbustos, águas putrefatas, poeira das ruas, trato intestinal dos animais, especialmente do cavalo e do homem, sem causar doença (BRASIL, 2005). *C. tetani* produz exotoxinas como a tetanolisina e a tetanospasmina. A função da tetanolisina no tétano humano não é clara, mas acredita-se que possa danificar o tecido sadio ao redor da ferida e diminuir o potencial de oxirredução, promovendo o crescimento de organismos anaeróbicos (LISBOA et al. 2011). A tetanospasmina é produzida em ambientes anaeróbicos pela bactéria e não assume funcionalidade fisiológica na mesma, sendo uma neurotoxina adormecida na bactéria, que é ativada em contato com tecido vivo. A toxina é introduzida no organismo através de lesões na pele ou ferimentos causados por agulhas ou outros materiais cortantes, impedindo a



produção de neurotransmissores inibitórios, assim provocando a inibição de reflexos motores. Existe duas modalidades de tétano: neonatal e o acidental. O tétano acidental pode apresentar-se de modo localizado ou generalizado, de acordo com a distribuição da contratura e espasmos musculares, comprometendo poucos músculos ou toda a musculatura esquelética (LISBOA et al., 2011). Embora o tétano seja uma doença em declínio, é considerada muito negligenciada nos países em desenvolvimento, permanecendo ainda como causa importante de morbimortalidade, tornando-se relevante aos profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva (UTI) conhecer melhor as complicações dessa grave condição (SANTOS; BARRETO, 2011). De acordo com Lisboa et al. (2011) embora seja uma enfermidade passível de imunização, ainda é frequente nos países em desenvolvimento. No Brasil, apesar de se observar uma redução nos casos, a mortalidade permanece acima de 30% demonstrando a necessidade de planejamento e melhoria da qualidade de atendimento, já em países desenvolvidos o tratamento dessa doença é raro (MENEGUETI et al., 2012). Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o papel do enfermeiro no combate ao tétano acidental.

**MATÉRIAS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica no banco de dado do *Scielo*, utilizando termos “material perfurocortante”, “*Clostridium tetani*”, “Tétano”, “tétano acidental”. Os artigos foram analisados e selecionados, buscando uma relação coerente com acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes e as abordagens a respeito do Tétano. Realizada no primeiro semestre de 2016 na cidade de Patos, Paraíba. De modo geral, é uma pesquisa com caráter informativo sobre o assunto tratado, para melhor conhecimento de estudantes, profissionais e clientes. Os critérios utilizados para eliminação de conteúdos foram as quantidades e qualidades de informações contidas no material de pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O *C. tetani* não é uma bactéria invasora, a infecção fica localizada estritamente na área do tecido desvitalizado, onde a germinação do esporo e o desenvolvimento do microrganismo na forma vegetativa poderão ocorrer com o auxílio do tecido necrótico, dos sais de cálcio e das células piócitas existentes no ferimento. A partir do ferimento, a toxina é liberada e liga-se às terminações dos nervos motores periféricos alfa e de uma forma retrógrada é transportada ao sistema nervoso central. O Tétano pode ser transmitido por esses acidentes com material perfurocortante e o período de incubação varia de 2 a 21 dias, sendo que quanto maior o tempo de incubação, mais grave será o quadro clínico. Não tem caráter contagioso, não sendo transmitida diretamente de um indivíduo a outro. A doença apresenta características como: rigidez nos músculos masseteres e músculos do pescoço, este último dificultando a deglutição; rigidez muscular progressiva nos músculos reto-abdominais e diafragma, acarretando complicações respiratórias. Essas características citadas podem ocasionar complicações como paradas cardíacas e/ou respiratórias, infecções secundárias, disfunção respiratória, taquicardia, edema cerebral, embolia pulmonar, entre outras. O tratamento deve ser realizado em um ambiente onde haja a redução dos estímulos auditivos, visuais e táteis; soro antitetânico (SAT) ou gamaglobulina (IGAT); limpeza dos focos suspeitos; cuidados para manutenção da via respiratória livre; vacinar sistematicamente

o paciente no momento da alta hospitalar; também pode haver outras formas de tratamento. Para melhorar e facilitar o tratamento, o paciente com tétano, principalmente em casos mais graves, deve ser tratado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Em suma, os focos em potencial de contaminação pelo bacilo podem ser ferimentos contaminados e/ou caso o material de corte esteja contaminado. As complicações observadas no tétano acidental são: fraturas vertebrais, complicações pulmonares (broncopneumonias, atelectasias, embolias, pneumotórax, infecções respiratórias, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica e síndrome da angústia respiratória no adulto), complicações circulatórias (infarto agudo do miocárdio e ruptura de aneurismas), febre causada por infecções secundárias (hospitalares) ou pela hiperatividade simpática, infecções do trato urinário, flebites, choques, meningites e outras (Galdino; Monteiro; Bezerra, 2007)

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar do tétano acidental ser uma doença em declínio percebe-se que ainda ocorrem casos em países em desenvolvimento, principalmente porque o agente etiológico pode estar presente nos mais diversos locais do ambiente, deixando os hospedeiros suscetíveis a sua aquisição. Assim o combate ao tétano acidental deve ser iniciado com imunização dos pacientes expostos ao risco e em caso de contaminação, torna-se essencial a assistência de qualidade por uma equipe de saúde comprometida, habilitada e com conhecimentos técnicos e científicos adequados.

**Palavras-chaves:** Controle. Tétano acidental. Toxina.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6 ed. Brasília:Ministério da Saúde.2005.

ENGELKIRK, Paul; BURTON, Gwendolyn. **Microbiologia para as ciências da saúde**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

Galdino EPC, Monteiro GASS, Bezerra IMS. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com tétano em UTI de um hospital público da cidade do Recife [monografia]. Recife: Faculdade Internacional de Curitiba (IBPEX); 2007.

---



MARZIALE, Maria Helena, et al. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):36-42.

MENEGUETI, Mayra Gonçalves, et al. Tétano grave associado a choque séptico em uma paciente idosa internada em unidade de terapia intensiva. Ciencia y Enfermeria XVIII(I):125-130,2012.

SECRETARIA DE SAUDE. Tétano Acidental Doenças Infecciosas e Parasitas. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=528>> Acesso em 13/02/2016.

SOLSONA M, et al. Tétanos tratado con perfusion continua de baclofeno intratecal. Mataro. Barcelona. Med Intensiva. Mataro, Barcelona. v 31, n 4, p. 204-206, 2007.

TAVARES, WATER. Recentes avanços e necessidades de pesquisas em tétano. Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, V. XII-Nºs 1 a 6.

---

## PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO ENFERMEIRO

Sosthenes dos Santos Alves  
Úrsula Érika De Medeiros Ribeiro  
Maria Cecília Lopes Da Silva  
Marie Oliveira Nóbrega  
José Cleston Alves Camboim

**INTRODUÇÃO:** As últimas duas décadas têm testemunhado mudanças significativas no papel e nas funções de enfermeiros em muitos países. O trabalho de enfermagem tornou-se mais técnico e mais especializado e o enfermeiro passou a ter maior destaque como membro da equipe multidisciplinar, com seu próprio corpo de conhecimentos para a prestação de cuidados ao cliente. Tais fatos vêm ocorrendo numa época de contenção de custos para a saúde e, ao mesmo tempo, aumento da demanda para novos e dispendiosos tratamentos, o que tem feito governos e profissionais de saúde olharem com atenção redobrada a manutenção da eficácia na administração de recursos humanos e materiais nessa área (FREITAS 2010). Na história da profissão, os enfermeiros têm se destacado no atendimento multiprofissional em serviços de saúde, fato que tem acarretado maior exposição, no que concerne à atuação assistencial, nos casos em que hajadano ao paciente. Com isto há

possibilidade de serem responsabilizados por seus atos, com repercussões legais que podem se situar na área jurídica da responsabilidade civil. O enfermeiro no exercício de suas funções, gradativamente, vem conquistando os espaços que lhe são conferidos por direito, e mediante fundamentos legais persiste por meio do esforço conjunto entre Conselhos e categoria, na luta pela sua devida autonomia como integrante de uma profissão tradicional independente. À medida que o campo de trabalho se amplia aumenta a necessidade de se organizar em torno da legislação com foco das atribuições na interação multiprofissional e interprofissional e, para tanto, Conselhos e profissionais de enfermagem se mobilizam de várias maneiras na tentativa de direcionar suas atividades ao que corresponde a função. Um dos grandes exemplos vem ser o esforço empregado pelo Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/ PB), na produção e publicação do Protocolo de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2014, por meio da decisão 027/2012, o qual foi homologado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COREN/PB, 2014). Percebe-se a prescrição de medicamentos como uma atividade inerente ao exercício do enfermeiro e tomando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ponto de partida e modelo de desenvolvimento da promoção, prevenção, intervenções e tratamento, este profissional se destaca como sendo uma figura mais próxima das pessoas tornando-se conhecedor da situação real em seu contexto sanitário, obtendo uma bagagem diferenciada capaz de desenvolver melhor assistência à saúde da população. O enfermeiro é reconhecido, nessa perspectiva, pela habilidade interativa e associativa, por compreender o ser humano como um todo, pela integralidade da assistência à saúde e capacidade de acolhimento. Além disso, identifica-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos através da interação direta com o usuário e sociedade, promovendo o diálogo entre as partes. A pesquisa teve como objetivo descrever os benefícios da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro.

**MÉTODO:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de maio de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Prescrição de medicamentos, Enfermeiros e Legislação de enfermagem. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2009).

**RESULTADOS E DISCURSÃO:** O conhecimento do enfermeiro e dos demais profissionais de enfermagem sobre aspectos ético-legais que envolvem o desvio da qualidade na prestação da assistência, particularmente no processo da medicação e suas implicações, é de suma importância tanto como forma de conscientizar, quanto de garantir uma maior segurança na assistência, assegurando os direitos do paciente. Ainda que de forma cultural a prescrição de

medicamentos pelo profissional de enfermagem não tenha a aceitação conforme prevista na legislação, nota-se que há esforço sincronizado entre diversos órgãos que sinalizam este caso como uma necessidade. Faz-se evidente quando tanto a Câmara e Senado Federais, bem como o Executivo Federal empreenderam esforços em regulamentar o procedimento através de lei. Percebe-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um processo de ruptura epistemológica, e a consequente expressão dos interesses do governo por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aos municípios, para a implementação de estratégias e reorganização dos serviços de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência. O Ministério da Saúde (MS) por meio do Gabinete do Ministro (GM) endossa com a Portaria n. 1.625/2007, a qual preconiza que o enfermeiro pode prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas do MS ou estabelecidas pelos gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal, desde que sejam observadas as disposições legais da profissão. Os benefícios do exercício do trabalho prescritivo medicamentoso pelo enfermeiro vão além da equipe de enfermagem, por estarem alicerçados nos programas de saúde pública tendo como fundamento a Atenção Básica (AB), esta por sua vez, está no centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e tem como característica de atendimento o cuidado multiprofissional (ARRUDA et al., 2015). A compreensão aponta para um saldo positivo tanto para a equipe quanto para os cidadãos, podendo refletir também em benefício da Gestão na possível economia do erário público, isso, claro, se o serviço obtiver a gerência de acordo com os pré-requisitos legais. Entende-se que a atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolve aumento da sua conquista no espaço social e fortalece sua identidade com o exercício da liderança de equipe, guiando, gerenciando e avaliando o planejamento chave para identificação e solução das possíveis necessidades da sua área. A independência, decorrente da competência para prescrever medicamentos, aparenta simplificar o acesso e sucessivo início de terapia precoce em detrimento da possível cronicidade do caso. Os motivos que levam a acreditarem nos ganhos pelos cidadãos podem ser vistos no fato de se tratar de uma categoria profissional fundamental para a saúde de uma população, dispensando considerável tempo de cuidados em todas as fases biológicas do ser humano, desde antes do nascimento até o pós-morte. Ao longo dos anos é possível enxergar a sua evolução como ciência e profissão alcançando notáveis desenvolvimentos na área de organização dos procedimentos e atribuições competentes dos profissionais, podendo-se referenciar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que teve seu nascedouro por ocasião da publicação do livro Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta em 1970, promovendo a metodologia com denominação do mesmo título do livro constante das 06 etapas a seguir: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem (cuidados), evolução e prognóstico de enfermagem; e posterior elaboração da taxonomia da North American Nurses Diagnosis Association (NANDA), instrumento norteador do Processo de Enfermagem (PE) (KLETEMBERG et al., 2010). Não seria impossível admitir que mediante a atividade normal, cultural e descentralizada da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, os benefícios comecem pelas Políticas de Atenção à Saúde. A fim de assegurar o exercício seguro e com isenção de riscos à clientela assistida, o enfermeiro poderá solucionar os problemas de saúde detectados, integrando às ações de enfermagem às ações

multiprofissionais. Desse modo, a prescrição de medicamentos por enfermeiros não pode ser vista como uma atividade isolada, mas algo complementar à consulta de enfermagem, com os objetivos de conhecer e intervir sobre os problemas de saúde/doença, englobando outras ações, tais como a solicitação de exames de rotina e complementares. Os resultados ressaltam que são escassos os trabalhos publicados sobre o tema e portanto um alerta para a necessidade de refletir sobre uma maior inserção dos profissionais de enfermagem na prática da administração de medicamentos no que se refere a publicações.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Aos profissionais de enfermagem compete à capacidade em atender às necessidades do cuidar oriundas dos usuários do sistema de saúde. O desafio de serem os protagonistas dos processos de prevenção, promoção e reabilitação da saúde e bem estar dos cidadãos, lhes proporciona a bem aventurada tarefa de intervir de modo profundo e resolutivo em todas as ações envolvidas nos procedimentos de cada uma das etapas deste processo, demonstrando serem pessoas indispensáveis ao funcionamento de todo e qualquer trabalho público ou privado que esteja voltado à saúde das pessoas. A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro se consubstancia em uma prerrogativa sinonímica de merecida valorização profissional, mas acima de tudo de um elemento indispensável às condutas necessárias em intervenções que possam conferir benefícios aliados na atenção integral à saúde. Aos profissionais de enfermagem compete à capacidade em atender às necessidades do cuidar oriundas dos usuários do sistema de saúde. O desafio de serem os protagonistas dos processos de prevenção, promoção e reabilitação da saúde e bem estar dos cidadãos, lhes proporciona a bem aventurada tarefa de intervir de modo profundo e resolutivo em todas as ações envolvidas nos procedimentos de cada uma das etapas deste processo, demonstrando serem pessoas indispensáveis ao funcionamento de todo e qualquer trabalho público ou privado que esteja voltado à saúde das pessoas. A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro se consubstancia em uma prerrogativa sinonímica de merecida valorização profissional, mas acima de tudo de um elemento indispensável às condutas necessárias em intervenções que possam conferir benefícios aliados na atenção integral à saúde. A própria evolução científica e tecnológica certamente exigirão adequação da prática e, talvez, redistribuição de funções na equipe multiprofissional e alterações da legislação vigente.

**Descritores:** Prescrição de medicamentos; Enfermeiros; Legislação de enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. L.; WINCK, D. R.; MEIRELLES, B. H. S.; MELLO, A. L. S. F. Redes de Atenção à Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Florianópolis – SC, 2015, Jan-Mar; v. 19, n. 1: 169-173. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>> Acesso em: Março de 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.

COREN/PB. Protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da Paraíba. João Pessoa: **COREN PB**, 2014.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. D.; MANTOVANI, M. F.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; ANDERS, J.C. O processo de enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010, jan-fev; v. 63, n.1: 26-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>> Acesso em: Março de 2016.

Martiniano CS, Andrade PS, Magalhães FC, Souza FF, Clementino FS, Uchoa SAC. Legalização da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no Brasil: história, tendências e desafios. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015, jul-set; 24(3):809-17. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf)> Acesso em Abril de 2016.

Vasconcelos RB, Araújo JL. A prescrição de medicamentos pelos enfermeiros na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, 2013 Out/Dez; 18(4): 743-50 Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/34931/21683>> Acesso em Abril de 2016.

---

## **PRÉ NATAL PSICOLÓGICO: Assistência de enfermagem e reflexão quanto ao estado emocional dos pais**

Sosthenes dos Santos Alves  
Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Aline Pereira do Nascimento Silva  
Fády Maysa Bezerra Ferreira  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** O esperar de um filho, gera nos pais muitas vezes sentimento de insegurança, dúvidas, receios, angústias, ansiedades, além do medo do desconhecido, frente

ao processo do ser “pai” ou ser “mãe”. Tudo isso propicia alterações emocionais e comportamentais ao casal, principalmente à mulher. Para que esse período de gestação seja tranquilo, é fundamental que o casal faça um pré-natal adequado. Tão importante quanto o pré-natal com o ginecologista é o acompanhamento psicológico durante a gravidez. O ciclo que se inicia na gravidez e se estende ao puerpério insere a mulher e as pessoas significativas de sua convivência em expectativas, sonhos e a experiência ímpar de renovação da vida. O pré-natal psicológico objetiva identificar e intervir psicoterapeuticamente o mais cedo possível sobre as alterações emocionais e comportamentais inerentes a este ciclo. As alterações hormonais durante a gravidez contribuem para as alterações emocionais, de humor e do comportamento da grávida. No ciclo gravídico-puerperal, contrariamente ao que se acredita, a mulher enfrenta resistências em entrar em seu recesso íntimo. Congruentemente, pois seu espaço vital está abrigando alguém além dela mesma, e não é à toa que sente angústia. A atenção, o toque, a escuta são essenciais para que a grávida sinta seu corpo e sua psiquê e lide satisfatoriamente com suas fantasias. O acompanhamento psicológico no ciclo gravídico-puerperal permite identificar mais precocemente sinais de fragilidade e de sofrimento psíquico, não somente da mulher grávida, pois cada vez mais comum os homens se apresentam impotentes, improdutivos por não conseguirem elaborar emocionalmente o nascimento de um filho. A necessidade de compreender os aspectos psicológicos que permeiam o período gravido-puerperal torna-se cada vez mais reconhecida no atendimento à saúde reprodutiva da mulher tendo em vista principalmente os esforços no Brasil relacionados à humanização do parto. Ao se pensar nesses termos psicológicos e contextualizá-los em uma prática de atendimento clínico constrói-se uma referência que permite a relação e a reconstrução de um conhecimento para os profissionais da área. O presente trabalho tem por objetivo descrever a importância da realização do pré-natal psicológico pelo enfermeiro e sua implicância na qualidade da assistência durante o período pré-natal.

**MÉTODOLOGIA:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de maio de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Pré-natal, Gravidez, Assistência de Enfermagem. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2011 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Pré-natal psicológico. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao procurar o enfermeiro para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde realizar uma série de elaborações diante do impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões mais conscientes quanto ao prosseguimento com a gestação. No entanto, existem inseguranças e no primeiro contato com o profissional a gestante busca confirmar sua gravidez, amparo nas suas dúvidas e ansiedades, certificar-se de que tem um bom corpo para gestar, certificar-se de que o bebê está bem, bem como o apoio para seguir com a gravidez em segurança. Dando continuidade ao pré-natal, observam-se ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, ordenadas segundo uma divisão de trimestres (SARMENTO 2012). Ressalta-se, no entanto, que essa divisão é para efeito didático, pois o aparecimento dessas ansiedades - embora mais frequentes em determinados momentos, não estão necessariamente restritos a eles. Assim, o



primeiro trimestre é marcado pela ambivalência (querer e não querer a gravidez), o medo de abortar, as oscilações do humor (aumento da irritabilidade), as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos como as náuseas, a sonolência, as alterações na mama e cansaço e os desejos e aversões por determinados alimentos. No segundo trimestre a ansiedade é de caráter quanto a introversão e passividade, a alteração do desejo e do desempenho sexual e a alteração do esquema corporal, e a percepção dos movimentos fetais e seu impacto. E o terceiro trimestre é caracterizado pelas ansiedades que se intensificam com a proximidade do parto, os temores do parto (medo da dor e da morte) e consequentemente ocorre aumento das queixas físicas. A vinculação pré-natal materna e paterna é um aspecto fundamental das relações que os pais estabelecem com os filhos. Tem início durante a gravidez e forma os alicerces de todas as relações posteriores, definida, por um laço emocional que se estabelece entre os pais e o filho antes do nascimento ou, pelo desenvolvimento de sentimentos dos pais pelo bebê antes de este nascer. Embora se trate de um conceito representacional dos pais em relação ao feto é designada, pelos vários autores que se dedicam ao seu estudo, apenas por vinculação pré-natal. A gênese da vinculação pré-natal, enquanto aporte teórico incluído nos pressupostos da teoria da vinculação de Bowlby, data dos anos oitenta e deve-se ao consenso encontrado entre alguns investigadores a propósito da associação entre a representação da vinculação da mãe ao seu filho, depois do nascimento, e a representação da vinculação materno-fetal, passando a ser descrita como um dos mecanismos originários das relações mãe-criança. Assim, é importante evitar o excesso de tecnicismo, estando atento também para essas características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para uma escuta acolhedora, continente, onde os sentimentos bons e ruins possam aparecer. O enfermeiro, durante o pré-natal, deve buscar a contribuição para a promoção da saúde do binômio mãe-filho, através de informações e reflexões quanto à experiência da maternidade, as mudanças do corpo, a adoção de práticas para manutenção da saúde e mudanças de hábitos para solucionar problemas ocasionados pela gestação. Dentro do exposto, o profissional enfermeiro deve utilizar-se de métodos que busquem a garantia à mulher uma gestação saudável, que a possibilite superar situações de estresse, que causa drástica diminuição na qualidade de vida e, consequentemente, leva a complicações na parturição. O enfermeiro ainda pode realizar tarefas que favoreçam o aprendizado contínuo da gestante e trabalhe na construção da qualidade da atenção ao pré-natal. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém o enfermeiro não pode deixar de atuar, igualmente, entre os companheiros e familiares. A gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão. Ao contrário do esperado, a literatura evidencia que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e baixa, encontram na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. Segundo o Ministério da Saúde, uma assistência pré-natal adequada prevê, como mínimo, seis consultas durante o período de gravidez. Se a gestação não é classificada como de alto risco, indicam-se, no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro. As gestantes devem ser vistas até atingir o trabalho de parto, ou ser atingido o período de risco para pós-maturidade, em torno da 42ª semana. Conclui-se a assistência pré-natal somente no 42º dia após o parto, quando se realiza a consulta de puerpério. Essas determinações podem variar, conforme os riscos apresentados pela gestante, sendo fundamental em todos os casos a adesão à assistência pré-natal. Cabe destacar que estas recomendações são basicamente médicas e não mencionam a importância de avaliação e atendimento das demandas emocionais da gestante. Destaca-se ainda que tais recomendações são basicamente médicas e não mencionam a importância de avaliação e atendimento das demandas emocionais da gestante, os sentimentos das mães em relação à gestação e ao seu bebê são influenciados não só pelo tipo de assistência pré-natal

recebida, mas pela sua qualidade e também por procedimentos específicos que são utilizados neste processo (PICCININI 2012).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério são amplamente reconhecidos, sendo que a maioria dos estudos converge para a ideia de ser esse período um tempo de grandes transformações psíquicas, de onde decorre uma importante transição existencial. A vinculação pré-natal não pode ser confundida com o investimento da mulher na gravidez, um processo ativo que implica, por exemplo, a realização de tarefas domésticas o período da gravidez é, antes, o tempo do início das relações de vinculação entre os pais e o filho, esse laço afetivo que se funda e se perpetua para além do real. A vinculação pré-natal ao feto, tal como acontece com a vinculação pós-natal ao bebê, articula-se com outras variáveis psicológicas, as mesmas que interferem na formação de todas as relações que a influenciam e a determinam. Diante dessa realidade, o pré-natal psicológico se propõe a ser uma abordagem diferenciada de atendimento, ainda pouco encontrada em serviços de obstetrícia, de forma a complementar os aspectos discutidos nos cursos de gestantes e no pré-natal tradicionalmente realizado pelo enfermeiro. Trata-se de uma abordagem terapêutica e preventiva com a finalidade de acompanhar as gestantes e casais grávidos, oferecer apoio emocional, orientar na elaboração do plano de parto, e orientar questões mais complexas que podem surgir no período gravídico-puerperal.

**DESCRITORES:** Pré-natal. Gravidez. Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

CAMARNEIRO, A. P. F. **Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez:** relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação. 2011.

<[https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4271/1/msc\\_mifteixeira.pdf](https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4271/1/msc_mifteixeira.pdf)> Acesso em: março de 2016.

DE SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

<[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2a06.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm).> Acesso em: março de 2016.

PICCININI, CESAR AUGUSTO et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia:Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/04.pdf>> Acesso em: março de 2016.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstétrica: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, 2012.

<<http://www.unimedpelotas.com.br/downloads/proama/2oEncontro/AspectosEmocionaisNaEstacaoPartoePuerperio.pdf>.> Acesso em: março de 2016.

LOPES, FLAVIA. **Pre Natal Psicologico**. Disponível em: <<http://denoivaamae.com/pre-natal-psicologico/>>. Acesso em: Março 2016.

---

## POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO DA MICROCEFALIA ÀS VACINAS

Marina Nayane Pereira Cunha  
Francisco Dutra Cavalcante Neto  
Lucineide Morais Pessoa  
Rosa Martha Ventura Nunes  
Juliane de Oliveira Costa Nobre

**INTRODUÇÃO:** A gestação é um período em que a mulher requer bastante atenção e cuidados, pois seu corpo passa por diversas alterações funcionais e metabólicas tornando-a susceptível à ocorrência de algumas infecções que possam vir ocasionar danos no desenvolvimento fetal, daí a importância da realização e acompanhamento nas consultas de Pré-Natal, que permite um diagnóstico precoce e tratamento de infecções ou complicações que possam acontecer. Atualmente, vivenciamos uma epidemia de crianças com Microcefalia que de acordo com a Secretária de Vigilância em Saúde as microcefalias constituem em um achado clínico e podem decorrer de anomalias congênitas ou ter origem após o parto. As anomalias congênitas são definidas como alterações de estrutura ou função do corpo que estão presentes ao nascimento e são de origem pré-natal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana devida (até 6 dias e 23 horas), por meio de técnica e equipamentos padronizados, em que o Perímetro Cefálico (PC) apresente medida menor que menos dois (-2) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. Além disso, a OMS considera que a medida menor que menos três (-3) desvios-padrões é definida como microcefalia grave. Considera-se que a criança com microcefalia, em alguns casos, pode apresentar alteração na estrutura do cérebro e problemas de desenvolvimento. Além de poder ser acompanhada de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e fala, além de problemas de visão e audição. Com base nisso, a população brasileira busca compreender as possíveis causas dessa epidemia que acomete e assusta o país inteiro. Como consequência, foram disseminadas informações que a microcefalia estaria sendo ocasionada devido à administração de imunobiológicos oferecidos pelo PNI (Programa Nacional de Imunização) que estão inseridos no cartão da gestante, esta foi uma denúncia feita pelo Estado de Pernambuco ao Ministério da Saúde, tendo em vista que o Pernambuco foi o estado em que mais se notificou casos de Microcefalia, afirmando que a anomalia estaria sendo causada pela administração de um lote de vacinas vencidas contra a Rubéola, essa informação trouxe medo e negação às gestantes nas situações de administração das vacinas, permitindo que o Ministério da Saúde iniciasse as cabíveis investigações. O interesse no desenvolvimento deste trabalho é de esclarecer a população, principalmente as gestantes, que as vacinas oferecidas pelo Governo não causam anomalias e sim proteção para o bebê, o grande número de casos de microcefalia que cerca o país não são de origem vacinal e sim de um agente infeccioso. Portanto, esclarecer as dúvidas e incentivar a administração das vacinas durante o pré-natal, assegurando as gestantes dos benefícios adquiridos por esses imunobiológicos é o nosso primordial objetivo.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo na forma de revisão bibliográfica do tipo descritiva que inclui artigos de periódicos eletrônicos, obras literárias, protocolos e cartas publicados no período de 2006 a 2016. A pesquisa dos periódicos foi feita com dados obtidos pelo Scielo, Bireme, Google acadêmico e acervo central. Os critérios de seleção dos periódicos foram feitos de acordo com a abordagem do tema buscando conceitos básicos sobre microcefalia, as possíveis causas da microcefalia, possível relação entre vacinas e estratégias de prevenção.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A vacina contra rubéola, que aparece na forma da tríplice ou quádrupla viral não é administrada durante a gravidez. Kfoury, 2006 afirma que “É grande o temor de vacinar gestantes devido ao risco de anomalias fetais e abortos. É sempre preferível evitar a vacinação de grávidas no primeiro trimestre da gestação, recomendação esta para qualquer tipo de vacina, inativada ou viva. Eventual relação temporal com abortamento e mal formações torna difícil a avaliação de causa e efeito. Vacinas inativas são seguras, e podem ser utilizadas, quando necessário, nas gestantes, como por exemplo: difteria, tétano, influenza, hepatite B e outras. Vacinas que contém vírus ou bactérias vivas a princípio devem ser contra indicadas, como varicela, sarampo, rubéola, caxumba, febre amarela, influenza nasal e outras, exceto em situações onde o risco de adoecimento sobrepuja o risco teórico vacinal”. Com base nessa informação, é evidente que os profissionais de saúde que fazem o acompanhamento pré-natal de gestantes, reconhecem os riscos dessa possível administração, tornando clara a raridade dessa epidemia, quando posta que estaria sendo causada pelo uso de vacinas contra a rubéola durante a gestação. O Ministério da Saúde recebeu a denuncia e emitiu uma nota de repúdio afirmando que esse boato disseminado principalmente nas redes sociais, é completamente falso. A Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) manifesta seu veemente repúdio em relação às recentes informações, principalmente veiculadas em redes sociais, sobre a possível relação entre vacina de rubéola e microcefalia. A vacina de rubéola, por ser composta de vírus vivo, não é administrada durante a gestação e antes de ser distribuída aos estados e municípios para ser utilizada passa por rigoroso controle de qualidade. Por tanto, o boato é completamente desprovido de qualquer confiabilidade. Em momento tão importante para a Saúde Pública do nosso país, informações irresponsáveis só desviam a atenção da investigação e prevenção da microcefalia relacionada ao Zika vírus. Além disso, este tipo de desinformação pode potencialmente enfraquecer o consolidado Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por tantos êxitos, sendo o mais recente a eliminação do vírus da rubéola em nosso meio. O fator primordial causador da epidemia de microcefalia no país vem sendo dado devido à infecção da mãe no período gestacional pelo Zika Vírus. O ZIKV é transmitido principalmente pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Também existe a possibilidade de transmissão pela via sexual, por transfusão sanguínea e neonatal, embora não se saiba o real protagonismo dessas vias de transmissão na propagação da infecção (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015). O Ministério da Saúde em novembro de 2015, confirmou a relação entre a infecção pelo vírus Zika e a ocorrência de microcefalia. A presença do vírus foi identificada por pesquisadores do Instituto Evandro Chagas (IEC) em amostras de sangue e tecidos de um recém-nascido no Ceará que

apresentava microcefalia e outras malformações congênitas. Portanto, o real motivo para a causa da epidemia de microcefalia no país se dar devido à contaminação no período gestacional pelo Zika Vírus, e não pela administração de vacinas. A Fiocruz publica um artigo emitido no periódico inglês The Lancet sobre o Vírus Zika e a Microcefalia (2016), o texto é assinado pelo presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Gadelha, pelo vice-presidente de Pesquisa e Laboratórios de Referência, Rodrigo Stabeli, pelo coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde, Paulo Buss, pelo diretor da Fiocruz Bahia, Manoel Barral-Netto, pelos pesquisadores da Fiocruz Mauricio Barreto e Pedro Vasconcelos, além de Naomar Almeida-Filho, da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e Mauro Teixeira, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Neste artigo destaca-se as iniciativas do governo federal para ampliar o conhecimento sobre o vírus zika e as suas consequências para a saúde pública no Brasil e em todo mundo. O primeiro objetivo é ampliar a base de evidência da infecção, das doenças, e dos resultados potenciais das pesquisas sobre zika. O segundo componente é desenvolver um teste sorológico rápido e confiável. Atualmente, o diagnóstico de zika se baseia na detecção de RNA viral, que está presente apenas em um breve período da viremia. De acordo com os pesquisadores, é essencial ter testes sorológicos confiáveis e mais sensíveis e específicos. O terceiro eixo é controlar a infestação por *Aedes aegypti* com o objetivo de reduzir a infecção e a doença. Apesar de o controle do mosquito ter sido uma prioridade nacional, estudos precisam avaliar a eficácia de novas formas propostas de controle de vetores, como mosquitos infectados com a bactéria *wolbachia*. A quarta meta do plano é definir protocolos para o tratamento de casos agudos, em particular as mulheres grávidas, e prevenção das consequências de malformações congênitas graves e incapacitantes. Não há nenhum tratamento comprovado hoje para o vírus zika e qualquer novo tratamento terão de ser seguro para as grávidas. O quinto objetivo é iniciar as bases para o desenvolvimento de vacinas, prospecção e avaliação de possíveis estratégias tecnológicas. O sexto e último objetivo do plano estratégico é a reprogramação do sistema de saúde como consequência da epidemia. Para lidar com esta nova situação, será fundamental definir os recursos adequados para pesquisa, formação e capacitação. Segundo os autores do artigo, a cooperação internacional exigirá um complexo nível de coordenação e um grande esforço das agências reguladoras para aumentar as chances de sucesso dentro de um prazo razoável.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** *O Ministério da Saúde esclarece que todas as vacinas ofertadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) são seguras e não há nenhuma evidência na literatura nacional e internacional de que possam causar microcefalia. O PNI é responsável pelo repasse, aos estados, dos imunobiológicos que fazem parte dos calendários de vacinação. Uma das ferramentas essenciais para o sucesso dos programas de imunização é a avaliação da qualidade das vacinas. Destaca-se que não há relatado no sistema de notificação sobre microcefalia relacionada à vacinação, bem como não existe, até o momento, na literatura médica nacional e internacional, evidências sobre a associação do uso de vacinas com a microcefalia. Portanto, fica claro a não associação das vacinas com a epidemia de microcefalia no país. A imunização das mulheres deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde e as orientações a esse público devem ser dadas, a população, é comumente leiga e precisa de orientações verídicas, principalmente no período gestacional, onde as vacinas administradas serão fonte de anticorpos para os bebês. O puerpério é um*



fantástico momento para a atualização do calendário vacinal da mulher ofertando imunidade contra diversas doenças.

**Palavras-chave:** Microcefalia. Vacinas. Zika Vírus.

## REFERÊNCIAS

FIOCRUZ. **Zika e Microcefalia no ‘Lancet’**. Manguinhos – RJ, 2016. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-publica-artigo-sobre-zika-e-microcefalia-no-lancet>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

KFOURI, Renato de Ávila. **Vacinação de gestantes**. Rev. ACOG Committee Opinion Obstet Gynecol. 2006. Disponível em: <[http://vacinapromatre.com.br/pdf/vacinacao\\_gestantes.pdf](http://vacinapromatre.com.br/pdf/vacinacao_gestantes.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2016.

LUZ, K. G.; SANTOS, G. I. V.; VIEIRA, R. M. **Febre pelo vírus Zika**. 2015. 4p. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Instituto de Medicina Tropical, Natal-RN, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00785.pdf>> Acesso em: 07/04/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta á ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)**. Brasília – DF, 2016. 60p. Disponível em: <<http://combateades.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus zika e microcefalia**. Brasília – DF, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota de repúdio ao boato que relaciona microcefalia com vacinas**. Brasília – DF, 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/combate-ao->

aedes/50483-nota-de-repudio-ao-boato-que-relaciona-microcefalia-com-vacinas.html>.

Acesso em: 05 abr. 2016.

SÁ, Leila Maria Singh de Macedo Pinto. **Intervenção Precoce e Microcefalia Estratégias de Intervenção Eficazes**. 2013. 182p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial no Domínio Cognitivo-Motor) – Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. Disponível em:

<[http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4571/1/Tese\\_Mestrado.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4571/1/Tese_Mestrado.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2016.

TAVARES, M. V.; RAMOS, V. N.; TAVARES, M.; MOURA, P. **Vacinas e Gravidez**.

2011. 6p. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Portugal, 2011.

Disponível em:

<<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1558/1142>>.

Acesso em: 10 abr 2016.

---

## **POLÍTICAS, AÇÕES E PROGRAMAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER**

Brenda Raquel Cavalcanti Mamede Alves

Jarlene Olívia da Silva Mantovni

Alexandre Izidro da Silva

José Hamylka Ventura Nunes

Rosa Martha Ventura Nunes

**INTRODUÇÃO:** A promoção da saúde é uma das estratégias do setor Saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. O objetivo é promover uma gestão compartilhada entre usuários, trabalhadores do setor sanitário, de outros setores e movimentos sociais. Na Portaria nº 170, de 1993, da Secretaria de Assistência à Saúde representou o primeiro esforço do Ministério da Saúde para enfrentar a crescente demanda por tratamento de câncer no Brasil. Em 1998, a Portaria nº 3.535 garantiu o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas e estabeleceu uma rede hierarquizada de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), também atualizando os critérios para o seu cadastramento. Em dezembro de 2005, uma nova Portaria — GM/MS nº 2.4393 — inovou a abordagem das neoplasias ao se valer do conceito do câncer como um problema de saúde pública para fixar as bases de uma ampla Política Nacional de Atenção Oncológica, cujos principais objetivos seriam: promover a qualidade de vida e da saúde da sociedade; organizar linhas de cuidado que envolvesse todos os níveis de atenção (BRASIL, 2005). Face à magnitude do problema que o câncer representa, seu controle tem sido uma das prioridades de Saúde do Governo, no Brasil, ao longo dos anos. Essa prioridade se traduz na formulação de

políticas e na implantação de ações e programas criados pelos gestores do SUS e executados pelos profissionais e trabalhadores da saúde. Atualmente, uma série de políticas sustentam as ações dirigidas ao enfrentamento do câncer no Brasil (INCA, 2011). Apesar dos avanços conceitual e normativo, e embora as evidências científicas demonstrem que nos países em desenvolvimento cerca de um terço dos cânceres possam ser prevenidos e outro terço evitado, o câncer é a segunda maior causa de morte no Brasil, com a estimativa de quase 500 mil novos casos em 2025, mais de 70% dos casos são diagnosticados em estadiamento III e IV, isto é, já sem possibilidade de cura. Esses dados demonstram a dimensão e a complexidade do desafio que se apresenta ao Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2011). O trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca das políticas, ações e programas para o controle do câncer.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O referido trabalho trata-se de uma revisão literária, realizada entre março e abril de 2016, com base nas plataformas científicas Scielo e Google acadêmico, que abordava a temática pré-determinada. Foram utilizados os seguintes descritores: Câncer. Política Nacional. Ações. Programas. Como critérios de inclusão foram selecionados 02 artigos nacionais entre os anos de 2010 e 2015 e uma cartilha do Ministério da Saúde para a análise e construção deste trabalho. E como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua inglesa, ou seja, os internacionais, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante as primeiras décadas do século XX, houve uma verdadeira tomada de consciência dos médicos brasileiros em relação ao câncer, o que levou ao surgimento das primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda da saúde pública nacional. O reconhecimento da importância da doença se relacionou muito mais ao contato de um grupo de profissionais com as discussões sobre a doença ocorridas em congressos internacionais do que à expressão epidemiológica e se formalizou nos debates ocorridos nas academias e periódicos médicos. Segundo Teixeira (2010) a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) se relaciona ao intenso trabalho do médico gaúcho Mario Kroeff, que tirou proveito da sua proximidade com o poder durante o governo getulista e pôs em marcha um incansável trabalho de conscientização das elites políticas e econômicas sobre a importância epidemiológica da doença e a necessidade de seu controle. Como cirurgião especializado em câncer, ele criou no Distrito Federal o Centro de Cancerologia, pequeno hospital especializado no tratamento da doença que viria a se transformar no INCA. Além disso, Kroeff protagonizou a criação do SNC e foi seu primeiro diretor. Embora o SNC tenha tido um pequeno raio de ação em seus primeiros anos, progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, unidades mantidas por governos estaduais e entidades civis de apoio à criação de novas instituições. Esse conjunto viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer, embrião da ação nacional contra a doença. De acordo com Teixeira (2010), a ampliação da rede de instituições relacionadas ao tratamento



de câncer no País ocorreu simultaneamente ao aumento do interesse médico-científico na doença e ao fortalecimento institucional do campo da cancerologia. Na primeira década do período autoritário, a política em relação ao câncer buscou reforçar as ações médico-hospitalares por meio da compra de serviços privados pelo Estado, no âmbito da medicina previdenciária. A partir de 1969, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ampliou-se a compra de serviços privados em clínicas e hospitais, de forma complementar ao SUS. No campo da Oncologia, essa prática representou a principal ação do Estado diante da doença e, embora permitisse a ampliação do número de tratamentos, o fazia de forma pouco eficiente e descoordenada (TEIXEIRA, 2012).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dentre as políticas gerais que se aplicam ao controle do câncer podemos citar: Política Nacional de Humanização que define os princípios e estabelece as diretrizes para valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Política Nacional de Atenção Básica que estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Promoção à Saúde que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Pacto pela Saúde que é um conjunto de diretrizes operacionais para a consolidação do SUS, constituído por três componentes: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, que possui objetivos e metas que devem ser repactuados anualmente. Em 2006, o Pacto pela Saúde, na sua dimensão Pacto pela Vida, definiu o controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama entre as prioridades da saúde no Brasil (INCA, 2011). De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, compete ao INCA, entre outras atribuições, participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. O INCA coordena a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de câncer, a ser implantada em todas as unidades federadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Os serviços de alta complexidade seguem as orientações da seguinte norma: Portaria SAS/MS nº 741/2005. A realização deste estudo possibilitou ampliar a visão em relação a compreensão das políticas, ações e programas para controle do câncer, ressaltando que as políticas de saúde têm sido estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio das portarias e normas administrativas. São elas que direcionam o planejamento, a organização, a implementação, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde para o controle das doenças. Cabe aos trabalhadores da área de saúde executar essas ações, saber quais são e como essas políticas estão sendo desenvolvidas no seu Estado e na sua cidade; também faz parte de suas responsabilidades, enquanto profissional e cidadão, conhecê-las. O controle do câncer no país precisa do envolvimento de todos, pois a base para o controle dessa patologia passou a ser construída a partir da prevenção, da detecção precoce e da integração dos serviços.

**Palavras-chave:** Câncer. Política Nacional. Ações. Programas.

## **REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 76, Seção 1, p. 80-81, 09 dez, 2005.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer**. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

TEIXEIRA L.A. **O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX**. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. Câncer no século XX: ciência, saúde e sociedade. 2010.

TEIXEIRA L.A, Porto MAN, Claudio P. **O Câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras/FAPERJ; 2012.

---

## PNEUMONIA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Gutemberg Mariz Dantas  
Marcia Monteiro de Farias  
NathaliaCostaMelquiades de Medeiros  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A pneumonia é uma doença inflamatória aguda dos tecidos pulmonares e alvéolos, é causada por micro-organismos (vírus, bactérias ou fungos) ou pela inalação de produtos tóxicos que comprometem os espaços aéreos dos pulmões. Ela pode ser classificada como “pneumonia comunitária”, quando a contaminação ocorre fora do ambiente hospitalar. Mas quando a pneumonia acomete pessoas hospitalizadas ou que estiveram hospitalizadas por dois ou mais dias nos três meses precedentes, ela é classificada de “pneumonia hospitalar”, que comumente é mais grave, já que o agente etiológico provavelmente é resistente aos antibióticos usuais (BRASIL, 2013). O agravamento da pneumonia depende, principalmente, da patogenicidade do agente causador e das condições clínicas do doente, além é claro da idade. Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a pneumonia é a maior causa de morte em crianças em todo o mundo, sendo que aproximadamente 90% dos óbitos ocorrem em países em desenvolvimento, nos países desenvolvidos as taxas de mortalidade são baixas, porem a morbidade por pneumonia mantem-se elevada (HATISUKA et al, 2015). A OMS estimou em 1,2 milhão de mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo, mais do que os óbitos provocados pela Aids, malária e tuberculose reunidas. Desses óbitos por pneumonia, mais de 99% seriam registrados em países em desenvolvimento como o Brasil, o que faz com que a OMS tenha reforçado o pedido a esses governos de dar prioridade à prevenção e ao combate e à doença (BRASIL, 2013). No Brasil, as doenças respiratórias são responsáveis por 10,6% do total de mortes. Em 2008, o óbito por essa causa entre as crianças menores de 1 ano foi de 5,6% e entre 1 e 4 anos foi de 17,0%, ambas sendo responsáveis pela terceira causa de óbito nas respectivas faixas etárias. As doenças respiratórias agudas e crônicas também oneram o Sistema Único de Saúde (SUS), pois ocupam posição de destaque e encontram-se entre as principais causas de internação. Em 2009, elas ocuparam o segundo lugar em frequência, sendo responsáveis por 13,8% de todas as internações do SUS (NASCIMENTO; MEDEIROS, 2012). Dados do Ministério da Saúde relataram que cerca de 70 mil internações em 2011 referentes a crianças menores de dez anos de idade, o que gerou despesa de mais de R\$ 60 milhões (CESAR et al, 2013). A amplitude da morbidade da pneumonia entre as crianças, especialmente menores de 5 anos, o custo do tratamento para o Sistema Único de Saúde e o impacto social da doença no contexto familiar, são algumas das características epidemiológicas da pneumonia que demonstram a importância, cada vez maior, de focar este tema. Dentre os sintomas gerais da pneumonia podemos citar: febre alta (que pode chegar a 40°C), calafrios, tosse, dor no tórax e dor abdominal, mal-estar generalizado, falta de ar, secreção de muco purulento de cor amarelada ou esverdeada, toxemia (danos provocados

pelas toxinas carregadas pelo sangue), prostração (BRASIL, 2013). Em se tratando de sintomas específicos em bebês, devemos avaliar a necessidade de oxigenioterapia (cor, saturação, grau de desconforto), gemidos, grau de atividade, perfusão, palidez, cianose, (dispnéia, retração de apêndice xifóide, batimento de asas nasais, retração intercostal), idade gestacional, peso, presença de mecônio na pele, classificação peso/idade gestacional (AIG, PIG ou GIG), presença de malformações (abdome escavado, assimetrias, defeitos de parede torácica), íctus cardíaco (localização, batimento de vasos do pescoço), presença de estridor (laringomalácea). Na generalidade, a palpação não é de muita ajuda no período neonatal, mas deve-se observar desvios de traquéia, enfisemas, atividade precordial, abdome, palpar pulsos etc. Para realizar a ausculta pulmonar e cardíaca, utilize estetoscópio neonatal e verifique a entrada de ar, a simetria da ausculta, a ausência de sons em hemitórax, a presença de crepitações, roncos, sopros etc. O diagnóstico deve ser encarado quando um quadro de desconforto respiratório e cianose começar precocemente, algumas vezes sem fatores de risco anteriores. O bebê se mostra fraco ao manuseio, agitado e necessita de oxigênio suplementar. Na gasometria, a hipoxemia é o achado mais freqüente (MOREIRA, 2004). A tosse, a taquipnéia, a febre, cefaléia e a triagem subcostal são sinais que indicam o diagnóstico de pneumonia em crianças; no entanto, a ausência desses sintomas não afasta o seu diagnóstico. Portanto, a radiografia de tórax se impõe em crianças com toxemia e febre, sem sinais localizatórios. (GIANVECCHIO, et al; 2007).O diagnóstico se dá através do histórico do paciente, exame clínico, auscultação dos pulmões e radiografias de tórax.

**OBJETIVOS:** Verificar na literatura a prevalência de pneumonia e fatores associados em crianças menores de 5 anos.

**METODOLOGIA:** É um estudo de revisão bibliográfica através do banco de dados Scielo (Scientific Electronic Library OnLine). Foram utilizados os descritores “Pneumonia and Criança”. Inicialmente foram selecionados 35 artigos. No entanto, foram aplicados como critérios de inclusão: ser publicado nos últimos 5 anos, ser escrito em língua portuguesa. Foram excluídos artigos que não tratavam dos aspectos epidemiológicos da pneumonia, restando enfim 5 artigos, os quais compuseram a amostra do estudo.

**RESULTADOS:** Diante do estudo percebe-se que o diagnóstico tardio, a falta de recursos locais e de assistência de saúde trazem complicações mais sérias para o tratamento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pneumonia é um dos problemas com maior possibilidade de solução no cenário da saúde global (BRASIL, 2013). Em todo o mundo, apesar da disponibilidade de vacina, a morbimortalidade por pneumonia bacteriana ainda é uma preocupação do setor saúde, pois ainda é elevado o número de crianças que são acometidas por esta doença. Resultados de um estudo norte-americano apontam que, com melhoras substanciais na cobertura vacinal contra pneumonia, instauradas a partir de 2000, as internações por pneumonia entre crianças declinaram até 2004, e este declínio se sustentou até o ano de 2009. (HATISUKA et al, 2015). Contudo, acreditamos que apenas a imunização isolada não é ação suficiente para diminuir o grande número de crianças acometidas, além disso são necessárias outras ações de prevenção integradas, bem como melhor acesso aos serviços de saúde e tratamento clínico adequado.

**CONCLUSÃO:** A prevenção de fatores predisponentes para a pneumonia em crianças é um fator determinante para o controle da doença. Nesse aspecto, as ações de atenção primária à saúde tem um importante papel, pois nesta perspectiva, as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família estão mais próximas da população e assim tem a capacidade de identificar precocemente os fatores de risco desencadeantes. Também, através de ações primárias, a prevenção através da cobertura vacinal adequada é uma realidade possível, através de um trabalho sistêmico e ordenado, baseado nas características epidemiológicas da comunidade. Os resultados desse estudo apontam que se fazem necessárias ações efetivas de prevenção em saúde, o diagnóstico precoce, como também, o acompanhamento das condições de saúde da população pediátrica, evitando as internações hospitalares.

**Palavras chaves:** Pneumonia, Criança, Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Pneumonia**. Agência Brasil. Portal Saúde/ Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde. 2013. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/pneumonia>> Acesso em: 15 de abr de 2016.

CESAR, A. C. G.; NASCIMENTO, L. F. C.; CARVALHO JR, J. A. Associação entre exposição ao material particulado e internações por doenças respiratórias em crianças. **Rev Saúde Pública**. 2013; Vol. 47, N. 6, p. 1209-12

GIANVECCHIO, R.P.; MUNÔZ, D.; GIANVECCHIO, V. A. P.; ALBIERI, L. Pneumonia redonda, uma apresentação radiológica rara. **Revista Paulista Pediatria**. V25. N2. 2007

HATISUKA M. F., ARRUDA G. O., FERNANDES C. A., MARCON S. S. Análise da tendência das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes. **Acta Paul Enferm**. 2015; Vol. 28, N. 4, p. 294-300.

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books .

NASCIMENTO, L. F.; MEDEIROS, A. P. Internações por pneumonias e queimadas: uma abordagem espacial. **Jornal de Pediatria**. 2012; Vol. 88, N. 2,

SOUZA, P.G.; CARDOSO, A. M.; SANT'ANNA, C. C. Prevalência de sibilância e fatores associados em crianças indígenas Guarani hospitalizadas por doença respiratória aguda no Sul e Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2014; Vol. 30 N. 7, p. 1427-1437.

---

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MENINGITE VIRAL NA PARAÍBA

Aline Quele da Rocha Dantas  
Caroline Longo  
Lucélia da Silva Souza  
Gabriela Pinto de Freitas  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** A meningite é uma doença infecto-contagiosa grave que pode desencadear sequelas graves e, em situações mais críticas, pode ser letal. O seu tratamento requer, obrigatoriamente, o internamento em condições de isolamento e o acompanhamento de uma equipa constituída por médicos e enfermeiros (TIMAS, 2015). Dentre os tipos de meningite destacamos as bacterianas e virais, que são as mais importantes e estudadas na perspectiva da saúde pública. A meningite bacteriana (causa mais grave da doença) pode levar a óbito e é considerada uma emergência médica. A Meningite viral é o nome dado ao conjunto de manifestações clínicas estabelecidas após infecção das meninges por vírus. Ela é também conhecida como meningite asséptica e esta denominação é comumente utilizada devido às características do líquido cefalorraquidiano (LCR), ou líquor, nessa síndrome (RODRIGUES, 2015). Segundo Santos (2012), Ao contrário das meningites bacterianas, onde o LCR apresenta-se geralmente turvo, nas meningites virais, este permanece límpido, dando a falsa impressão de que está estéril, como num indivíduo sadio. A meningite viral raramente é fatal e o paciente normalmente se recupera de forma rápida, caracteriza-se por um quadro clínico de alteração neurológica que, em geral, evolui de forma benigna. Os casos podem ocorrer isoladamente, embora o aglomerado de casos (surtos) seja comum. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis, mas a faixa etária de maior risco é a de menores de 5 anos. Aproximadamente 85% dos casos são devido ao grupo dos Enterovírus, dentre os quais se destacam os Poliovírus, os Echovírus e os Coxsackievírus dos grupos A e B 1,2. Os Enterovírus são os agentes mais comuns, porém, uma variedade de infecções virais podem complicar, acometendo as meninges, como, por exemplo: HIV, herpes, parotidite, varicela zoster, mononucleose e o citomegalovírus (HENNING et al., 2006). A contaminação fecal-oral é a principal forma de transmissão, mas evidências mostram que perdigotos ou aerossóis de secreções respiratórias de indivíduos infectados podem também ser fontes de transmissão desses vírus. Por isso, um dos hábitos de higiene mais comuns, a lavagem das mãos, é o método mais eficaz de prevenção da doença. A meningite possui uma progressão muito rápida e pode matar em 24 a 48 horas depois dos primeiros sintomas. Nos agentes bacterianos, a *Neisseriameningitidis*, também conhecida como meningococo, é a principal causa de meningite no Brasil. Por apresentar sintomas parecidos com o de uma gripe comum, como febre, náusea e dor de cabeça, a meningite meningocócica muitas vezes não é diagnosticada

rapidamente (PELTON, 2010). Com a evolução da doença, novos sintomas podem surgir, tais como rigidez no pescoço, confusão, sensibilidade à luz e manchas na pele. Quando aparecem os primeiros sintomas, o tratamento deve começar a ser realizado o mais rápido possível, porém, mesmo com o tratamento a doença pode deixar sequelas ou causar a morte. O tratamento das meningites virais é de suporte: antitérmicos como dipirona, antieméticos (metoclopramida), cabeça elevada a 30°. Se o paciente estiver sonolento ou confuso ou com dificuldade de deglutição, deverá ser mantida sonda nasogástrica para hidratação adequada e evitar broncoaspiração, casos de internação são excepcionais, apenas para evitar a desidratação provocada pelos vômitos, diminuir a cefaleia e melhorar as condições gerais (CDC, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, só no ano de 2015 tiveram 9.282 casos confirmados de meningite no Brasil. A identificação de agentes virais causadores de meningite no Brasil só tem sido possível em algumas situações, tais como surto, nas quais existe um esforço conjunto para o esclarecimento etiológico. Sendo assim, o sistema de vigilância epidemiológica de meningites dispõe de poucos dados sobre estes principais agentes. O objetivo do trabalho, é identificar o estado epidemiológico da meningite viral na Paraíba, para que este sirva como subsídio para outros pesquisadores, e possa servir como fonte de estudo para tentar diminuir os casos agravantes de meningite no estado.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, efetuada através das bases de dados SCIELO, LILACS, BIREME, além do site do ministério da saúde DataSus.gov.br, onde foi extraído as informações epidemiológicas dos dados dos últimos 5 anos. A coleta de dados ocorreu durante o mês de março de 2016, analisados de acordo com a literatura pertinente, onde foram incluídos artigos dos anos de 2010 a 2014, sendo utilizado os seguintes descritores: Meningite; Meningite viral e Doenças transmissível.

**RESULTADOS E DISCURSÕES:** De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2011 tiveram 152 casos de Meningite na Paraíba, sendo estes, 25 casos de meningite viral, 4 destes casos notificados de meningite viral foram em crianças com menos de 1 ano, 4 casos em crianças de 1 a 4 anos, 4 em crianças de 5 a 9 anos, 2 casos em crianças de 10 a 14 anos, 4 casos em adolescentes de 15 a 19 anos, 3 casos em adultos de 20 a 39 anos, já nos adultos de 40 a 59 anos tiveram 3 casos, 1 caso em idoso de 64 anos. Estes foram os casos de meningite viral notificados no ano de 2011 na Paraíba. No ano de 2012, foi notificado 94 casos, sendo 8 casos de meningite viral, 2 casos em crianças menores de 1 ano, 3 em crianças de 5 a 9 anos, 1 caso em crianças de 10 a 14 anos, 1 caso em adultos de 20 a 39 anos e 1 caso em adultos de 40 a 59 anos. Já em 2013, foram confirmados 88 casos, sendo 15 casos de meningite viral, 1 destes casos foram em crianças menores de 1 ano, 2 casos em crianças de 1 a 4 anos, em crianças de 5 a 9 anos tiveram 2 casos, 4 casos em crianças de 10 a 14 anos, 2 casos em adolescentes de 10 a 14 anos, 3 casos em adultos de 20 a 39 anos e 1 caso nos de 40 a 59 anos. No ano de 2014, foram confirmados 70 casos de meningite na Paraíba, onde 14 destes compreendem a meningite viral, 2 casos confirmados em crianças menos de 1 ano, 2 casos em crianças de 1 a 4 anos, 2 casos em crianças de 5 a 9 anos, apenas 1 caso em crianças de 10 a 14 anos, 2 casos em adolescentes de 15 a 19 anos, 3 casos foram confirmados em adultos de 20 a 39 anos, 2 casos em adultos de 40 a 59 anos. Em 2015 foram notificados e confirmados 28 casos de meningite no estado, 8 destes casos foram de meningite viral, 2 casos acometeram crianças de 5 a 9 anos, 3 casos de 10 a 14 anos, 1 caso

em adolescentes de 15 a 19 anos e 2 em adultos de 20 a 39 anos. Todos estes dados, são casos notificados e confirmados no estado da Paraíba. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, apenas no ano de 2012 foram confirmados 3 casos na cidade de Patos, e a maioria das notificações do estado se deu na cidade de João Pessoa, número este que pode ser justificado devido a maior incidência na população. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação, nos informa que em 2011 tiveram 14 mortes por meningite e 1 morte por meningite viral, em 2012 17 mortes, mas, nenhuma por meningite vira, já no ano de 2013 14 mortes e 1 por meningite viral, em 2014 tiveram 13 mortes, entretanto nenhuma de meningite viral e no ano de 2015 4 mortes, entretanto, nenhuma de meningite viral. Segundo Rodrigues (2015), A meningite é uma doença que não apresenta sazonalidade, portanto, ela irá ocorrer durante todo o ano, independentemente das estações climáticas.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através da pesquisa epidemiológica, podemos identificar que a meningite teve uma redução gradativa nos últimos cinco anos, porém a meningite viral não teve uma diminuição considerativa, ela se manteve na mesma média no estado. Podemos identificar também, que as crianças são as mais acometidas, concordando assim com a literatura que já expõe isso, já a população idosa são os menos acometidos. Muitas vezes os profissionais do sistema de saúde não notificam os casos, e isso dificulta o trabalho do ministério da saúde. Apesar de existir uma vacina, ela não protege todos os tipos de meningite, por isso é necessário desenvolver novas políticas de saúde através de estratégias de prevenção na atenção primária para mostrar à população que a meningite é uma doença grave e que apesar de ter tratamento ela pode matar, por isso deve-se evitar o contato com pessoas infectadas e não ficarem no mesmo ambiente fechado e buscar o tratamento assim que iniciarem os sintomas para que estes dados diminuam cada vez mais ao longo dos anos.

**DESCRITORES:** Meningite. Meningite viral. Doenças transmissíveis.

**REFERÊNCIAS:**

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). **Viral Meningitis**. 2014a. Disponível em: <http://www.cdc.gov/meningitis/viral.html>. Acesso em: 30 MAR, 2016.

GUIMARÃES, I.L.B; GUIMARÃES, M.L.B; MOREIRA, Albuquerque, A.C. **Perfil epidemiológico da meningite em crianças**. Renome, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2015

HENNING, E. et al. **Aplicação de gráficos de Controle Estatístico de Processos para o monitoramento dos casos de meningite no município de Joinville**. Revista Eletrônica Produção em Foco, v. 2, n. 1, 2012

PELTON, S.I. **Meningococcal disease awareness: clinical and epidemiological factors affecting prevention and management in adolescents**. Journal of Adolescent Health. New York, v. 46, p.S9-S15, jun, 2010

POLAND, G.A. **Prevention of meningococcal disease: current use of polysaccharide and conjugate vaccines**. Journal of Infectious Diseases. Oxford, v. 50, n. 2, p. S45-S53, mar, 2010.

Rodrigues, E. D. M. B. **Meningite: perfil epidemiológico da doença no Brasil nos anos de 2007 a 2013**. Brasília. 2015.





SANTOS, G. P. L. **Meningites e meningoencefalites assépticas: estudos de detecção e variabilidade genética de agentes etiológicos virais**. 2012. 126 f. Tese(Doutorado em Vigilância Sanitária)- Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

TIMAS, D. **Os cuidados de enfermagem a crianças portadoras de doença de meningite**. Trabalho de conclusão de curso. (Licenciatura em Enfermagem) – Universidade do Mindelo. Mindelo, 2015.

---

## **TUBERCULOSE PULMONAR: UM GRANDE DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA**

Rosani Biziu de Abreu Souza  
Maria Monica Galdino de Lima  
Cleiton Ferreira de Oliveira  
Elicarlos Marques Nunes  
Ana Beatriz Alves Barbosa  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) é uma doença que acomete milhares de pessoas em todo o mundo. É uma das principais responsáveis pelo alto índice de morbimortalidade nos países em desenvolvimento (FILHA et al., 2012). É considerada uma das doenças infectocontagiosas mais antigas, e embora passível de um efetivo tratamento é um importante problema de saúde pública (SANPEDRO; OLIVEIRA. 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil está entre os 22 países que concentram 80% de todos os casos mundiais de tuberculose. Nesse grupo, o Brasil ocupa a 17ª posição em relação ao número de casos novos e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência (CI), prevalência e mortalidade. Porém, observa-se uma redução no CI, como resultado do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em parceria com os estados e os municípios (BRASIL. 2011). Altos índices representam um grande desafio para a saúde pública brasileira, principalmente em relação às metas pactuadas junto à Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a TB uma doença infectocontagiosa de emergência mundial e propõe a estratégia Directly Observed Treatment Shortcourse (Tratamento de Curta Duração Diretamente Observado – DOTS) para atingir 85% de sucesso de tratamento, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono do tratamento em 52% (OLIVEIRA et al., 2011). Segundo Ferri (2014) a TB é um exemplo da Determinação Social do processo saúde doença, ela está intensamente ligada as desigualdades sociais. Sem esquecer da coinfeção TB-HIV/AIDS (que atinge cerca de 14 % dos casos) e a multirresistência do bacilo devido o abandono do tratamento. Partindo desse contexto surgiu o seguinte questionamento: mesmo sendo uma doença antiga com alto índice de notificação, e conhecida pela medicina, por que ainda tantos casos de tuberculose no Brasil e no mundo. A escolha do tema foi baseada na importância do estudo sobre a tuberculose para os profissionais da área da saúde. Objetivou-se realizar uma pesquisa bibliográfica a fim de conhecer a tuberculose, sua fisiologia, patogenicidade e seu risco para a saúde pública. **METODOLOGIA:** Utilizou-se a Revisão Bibliográfica como método para pesquisa, que seguiu as seguintes etapas: definição das questões norteadoras e objetivos do estudo. A busca foi realizada no site do Ministério da Saúde e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), durante os meses de setembro a novembro de 2015, onde utilizou-se como

população 73 publicações científicas e como amostra 17 foram escolhido através dos critérios de inclusão: serem relacionados a temática e publicado nos últimos cinco anos. Como descritores foram: Tuberculose, Saúde Pública e bacilos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A TB é uma doença causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, afeta principalmente os pulmões, podendo levar o paciente a óbito quando não tratada. É uma patologia curável que pode ser prevenida através de certas medidas (FERRI et al., 2014). A transmissão acontece através das vias aéreas da pessoa contaminada (BOUKALOWSKI; BERTOLOZI, 2010). Não há transmissão por aperto de mão, compartilhamento de comida ou bebida, nem por contato com roupas de cama, assentos sanitários ou beijos (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2012). As gotículas contaminadas (gotículas de pflugge) são eliminadas no ar por o indivíduo doente. Apenas 1% dos bacilos conseguem sobreviver, pois eles precisam de um local sem ventilação e luz solar. O bacilo precisa de aproximadamente entre 100 e 200 horas para fazer uma infecção, depende da intensidade do contato. Normalmente parte dos bacilos não consegue atravessar as barreiras de defesa sistema respiratório (LOPES et al., 2006). De acordo com Ferri et al. (2014) a infecção tem início, quando o BKs atingem os alvéolos, os macrófagos alveolares rapidamente fagocitam os bacilos que podem ou não matar a bactéria, dependerá da imunidade do hospedeiro. Em alguns casos podem migrar para outros órgãos, através do sistema linfático e circulatório, atingindo uma grande carga bacteriana em algumas semanas. Depois da primeira reação do sistema imunológico inato, o sistema de imunização adaptativo leva as células imunes ao sítio da infecção formando um infiltrado celular e posteriormente um granuloma fibroso e calcificado. Os bacilos que estão alojados dentro do granuloma começam a se replicar devido uma falha no sistema imune tornando a doença ativa. A TB pode-se apresentar sob a forma primária, secundária e miliar. Os sintomas clássico e característico da TB pulmonar são: tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento (BRASIL. 2011). A tuberculose pode apresentar diferentes manifestações clínicas relacionadas com o órgão lesionado, sendo assim, a presença de sinais e sintomas diferentes da tosse podem ocorrer e devem ser levados em conta na investigação diagnóstica individualizada (BRASIL. 2011). Segundo o Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil - PNCTB a principal estratégia para o diagnóstico é a realização de um exame chamado baciloscopia, que é direto do escarro de pessoa sintomática, para realizar o exame o indivíduo deve estar com tosse por três semanas ou mais (MAIOR; et al., 2012). O Raio-X é importante exame para o diagnóstico de todas as formas de TB, entretanto não é suficiente, ele deve ser associado com os outros métodos diagnóstico, pois aproximadamente 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações nesse exame (BERTOLLOZI et al., 2014). A tuberculose tem cura em quase 100% dos novos casos, o indivíduo doente deve ser sensível aos medicamentos antituberculose, o uso deve ser correto em suas doses e utilizado no tempo adequado. Existe o tratamento diretamente observado (TDO). O tratamento demora no mínimo seis meses (BRASIL. 2011). As orientações sobre a doença devem ser dadas de maneira simples pra o paciente entender. Os medicamentos utilizados nos esquemas padronizados para a tuberculose são a isoniazida (H), a rifampicina (R), a pirazinamida (Z) e o embutamol (E) (BRASIL. 2011). A mudança desse quadro de desistência depende, principalmente, dos profissionais de saúde, que precisam estar treinados para informar a população sobre do que se trata a doença e os artifícios de preveni-la, realizar a detecção dos casos suspeitos, iniciar o mais rápido possível tratamento e acompanhar os pacientes. (CALVIN; HORNER; MEIRELLES. 2011). A principal forma de prevenção da tuberculose é a vacinação ela está indicada pra as crianças de 0 a 4 anos, mas obrigatória para crianças menores de um ano (BRASIL. 2011). A TB pulmonar é uma doença classificada de transmissão aérea que necessita de alcances administrativos, ambientais, que protejam de

forma individual que como consequência diminuem a transmissão, em destaque como medida de controle está o domicílio do paciente, o ambiente de trabalho, as unidades de saúde nas quais esses pacientes são atendidos as instituições de longa permanência como prisões albergues e casas de apoio. Indicações da vacina: recém-nascidos na maternidade, com peso maior ou igual a 2 kg. As crianças que foram vacinadas e não apresentaram a cicatriz e crianças indígenas de 0 a 4 anos. Pessoas que fazem uso de imunossupressores, quimioterapia e radioterapia a vacina deve ser adiada. Os indivíduos adultos com HIV positivo independentes dos sintomas e crianças sintomáticas e imunodeficiência congênita não devem tomar a BCG (MANUAL DE RECOMENDAÇÕES DA TUBERCULOSE. 2011). Os Principais Grupos de Risco para a Tuberculose são: Coinfecção TB/HIV e os presidiários. Os pacientes soro positivos o risco de desenvolver a tuberculose ativa é de 10% ao ano, enquanto para indivíduos soro negativo, esse risco é de aproximadamente 10% durante toda a vida (NETO et al., 2012). Para os *Presidiários* as condições de vida são precárias, a circulação de ar e a deficiência nos padrões sanitários comprometem a saúde dos indivíduos (ALVES. 2012). A tuberculose tem muita relação com as diferenças sociais, pois ocorre com mais frequência em populações que não tem acesso aos serviços de saúde, o que mostra a verdadeira iniquidade social (YAMAMURA et al., 2014). Guimarães et al. (2012) a TB e a pobreza andam lado a lado, pois tanto a pobreza pode estar relacionada as precárias condições de saúde.: **CONCLUSÃO:** A tuberculose pulmonar é uma doença infectocontagiosa, que acomete principalmente aos países subdesenvolvidos. Tem uma transmissão rápida e a sintomatologia específica. É de rápido diagnóstico quando há busca ativa do sintomático respiratório na população com tosse há mais de 3 semanas. O tratamento é gratuito e disponibilizado das unidades de saúde. O abandono do tratamento é uma das causas pela resistência da bactéria e morte dos pacientes. A TB é um problema para saúde mundial, visto que é uma doença de “pobre”. Falta orientação dos profissionais de saúde, investimento maior do governo para uma promoção e prevenção da tuberculose, e não apenas no tratamento da doença. Deve-se olhar com outros olhos para os presidiários e melhorar a qualidade de vida deles. Orientar as gestantes e puérperas sobre a importância da BCG. E instruir a população que a tuberculose tem cura, mas que também pode ser evitada.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. O discurso de pessoas privadas de liberdade com a tuberculose à luz da história oral de vida; Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências de Saúde; 2012.

BERTOLOZI, MR; TAKAHASKI, RF; HINO, P; LITVOC, M; FRANÇA, FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública/ Tuberculosis’ control: a challenge for the public health. **Revista Médica** (São Paulo). 2014 abr-jun.; 93 (2): 83-9.

BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidade em Pacientes com Tuberculose No Distrito Sanitário De Santa Felicidade – Curitiba. **Escola de Enfermagem universidade de São Paulo**. p. 92-99, 2010.



BRASIL, Ministério da Saúde; Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica-protocolo de enfermagem; 2011. Disponível em <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf)>. Acessado em: 30 de setembro de 2015.

CALSIN, N. E.; HORNER, B.; MEIRELLES, S. **Texto contexto Enfermagem**. 20(3) p. 599-606, 2011.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Tuberculosis (TB); 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>>. Acessado em 8 de novembro de 2015.

FERRI, A.O; et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão; **Rev. Liberato**; v.15 (24) pág: 105-212; 2014.

FILHA, M, M, T; et al; Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção primária a Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Ver. Cadernos de Saúde Coletiva**; v. 20 (2) pág: 169-176; 2012.

GUIMARÃES, R.M; LOBO, A, P; SIQUEIRA, E.A; Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **Revista Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Vol: 38 (4); 2012.

LIMA, R.C. M; JUNIOR, A.O. C; SANTOS, L.C.P; Tuberculose no complexo prisional de Aparecida de Goiânia- GO. **Revista Ensaio e Ciência**; Vol: 16 (1); 2012.

LOPES, A. J.; JANSEN, U.; CAPONE, D.; JANSEN, J.M.; Tuberculose: História natural e apresentação. **Revista do Hospital universitário Pedro Ernesto**. v.5 n.2 pg 40-45, 2006.

MAIOR, M. L.; GUERRA, R. L. CESAR, M. C.; GOLUB, J. E.; CONDE, M. B. Tempo entre o início dos sintomas e o Tratamento em um Município com Elevada incidência da Doença. **Jornal Brasileiro pneumologia**. São Paulo vol. 38, p. 202-209, 2012.

MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL 2011

NETO, M.S; SILVA, F.L; SOUZA, K.L. et al; Perfil Clínico e epidemiológico da coinfeção da tuberculose/HIV em uma região de saúde do Maranhão. **Revista Jornal Brasileiro de Pneumologia**; v: 38 (6) pág: 724-732; 2012.

OLIVEIRA, M.G; SILVA, C, B; LAFAIETE, R.S; MOTTA, M.C.S. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família. **Rev. Brasileira med. Fam. Comunidade**; v: 6 (18) pág: 40-45; 2015.

SAN PEDRO. A; OLIVEIRA, R.M; Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista PanamSalud Pública**; v. 33(4); pág: 294-301; 2013.

YAMAMURA, M; SANTOS, N.M; FREITAS, I.M; et al; Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas- São Paulo, Brasil; **Revista Panam. Salud. Publica**. V: 35 (4) pág. 270-277; 2014.

---

## CONTEXTUALIZAÇÃO DA LEPTOSPIROSE HUMANA

Maria Edileide Alexandre Alves  
Mirany Alves de Lucena  
Rafaelle de Almeida Lopes  
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima  
Débora Mendonça Araújo  
Raquel Campos de Medeiros

### INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma doença infecciosa de espectro amplo, de notificação compulsória, causada por uma bactéria, espiroqueta, do gênero *Leptospira*, que varia desde uma infecção com sintomas leves a uma síndrome severa com infecção em diversos órgãos com grande risco de letalidade. Os reservatórios da leptospirose são animais sinantrópicos domésticos e selvagens. Sendo os roedores os principais reservatórios, pois, esses não apresentam a doença quando estão infectados, e alojam a leptospira nos rins, expelindo-a de forma viva no ambiente e contaminando a água, o solo e os alimentos. Sendo o homem um hospedeiro acidental e terminal, na cadeia de transmissão (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2014).A doença apresenta distribuição mundial, nos ecossistemas silvestre, rural e urbano, porém, essa distribuição ocorre de forma desigual nos diversos países e mostra uma grande importância no ambiente social, já que existe uma maior prevalência em países subdesenvolvidos, em especial nas populações que residem em áreas com precárias condições de saneamento básico. As inundações também influenciam na disseminação e na persistência do agente etiológico no meio ambiente, promovendo a ocorrência de surtos.

Outro fator que favorece a incidência da leptospirose mundialmente são os países tropicais por apresentarem um clima quente e úmido, favorecendo a manutenção da bactéria no meio ambiente (OLIVEIRA, GUIMARÃES, MEDEIROS 2009; VASCONCELOS, et al., 2012; CIPULLO, DIAS, 2012; ALMEIDA, 2013; PAPLOSKI, 2013). No Brasil, a doença é endêmica em todos os Estados do país e epidêmica nos períodos de chuva, especialmente nas capitais e áreas metropolitanas, com a ocorrência de enchentes e a aglomeração de pessoas com baixas condições socioeconômicas, saneamento básico precário e elevada infestação de roedores infectados (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2014). Nesse contexto, o estudo objetiva realizar uma revisão na literatura para promover uma melhor compreensão da leptospirose humana, considerando o conceito da doença, dados epidemiológicos, importância para Saúde Pública e medidas de controle e prevenção.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma Revisão de literatura utilizando as bases de dados de relevância para a produção do conhecimento em pesquisa científica como Scielo, Bireme, Lilacs e sites indexados do Ministério da Saúde e FIOCRUZ, no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. As publicações foram selecionadas de acordo com o seguinte critério: estudos com abordagem relacionados à leptospirose humana do período de 2006 a 2016. Foram excluídos os inquéritos sorológicos e os estudos voltados apenas para leptospirose animal. Os dados foram analisados de acordo com a literatura pertinente.

## **RESULTADOS E DISCURSÕES**

A leptospirose, também conhecida como Doença de Weil, síndrome de Weil, febre dos pântanos, febre dos arrozais, febre outonal, doença dos porqueiros, tifo canino. (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2014). É uma doença de repercussão mundial que afeta a saúde do homem e de animais, cerca de 160 espécies de mamíferos domésticos e selvagens. Adolfo Weil, foi quem primeiro a descreveu em 1886, como uma doença infecciosa aguda e zoonose causada por uma espiroqueta do gênero *Leptospira*, sua sobrevivência é favorecida por um ambiente quente e úmido, e um pH neutro ou ligeiramente alcalino (ZUNINO E PIZARRO, 2007). Uma bactéria espiroqueta aeróbica, que tem cerca de 14 espécies patogênicas, onde a mais importante a *L. interrogans*. Mais de 200 sorovares já foram identificados e podem determinar as formas clínicas da doença no ser humano. Sendo os sorovares *Icterohaemorrhagiae* e *Copenhageni* que estão relacionados aos casos mais graves no Brasil (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2014). No ser humano a fonte de infecção é o contato direto ou indireto com a urina de animais infectados; os animais domésticos e silvestres são os reservatórios da bactéria. O principal desses são os roedores sinantrópicos comensais (*Rattus norvegicus*, *Rattus rattus* e *Mus musculus*) sendo o *R.*

*norvegicus* o principal portador da *L. icterohaemorrhagiae*, que para o ser humano é a mais patogênica. Outros reservatórios são caninos, bovinos, suínos, equinos, ovinos e caprinos (VASCONCELOS ET AL., 2012). Conforme Alves (2000) dentre os animais domésticos urbanos, o principal reservatório e fonte de infecção para leptospirose em humanos são os cães, pois, vivem em contato direto com o homem e podem eliminar as bactérias vivas sem apresentar sinais clínicos através da urina durante meses. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2014) no homem a infecção se dá através do contato direto ou indireto com a urina de animais infectados. O microrganismo penetra tanto na pele com lesões como também em pele íntegra imersa em água contaminada por longos períodos ou ainda através de mucosas. Outras formas de transmissão possíveis, são através do contato com o sangue, tecidos ou órgãos de animais infectados; e através da ingestão de água ou alimentos contaminados. A transmissão de uma pessoa para outra também pode ocorrer pelo contato com urina, sangue, secreções e tecidos de pessoas infectadas, porém, é rara. A leptospirose apresenta grande variedade de manifestações desde assintomáticas a sintomas mais graves com comprometimento de vários órgãos e muitas vezes letais. A forma assintomática é mais comum. Nos casos sintomáticos, inicia-se abruptamente, com febre alta, calafrios, náuseas e vômitos, cefaleia. A doença de Weil, como é chamada a forma clássica da leptospirose é caracterizada por apresentar uma grave disfunção renal e hepática, febre alta, diátese hemorrágica, confusão mental, colapso cardiovascular e importante mortalidade. Essa forma ocorre em 5 a 10 % dos infectados. (ZUNINO E PIZARRO, 2007; OLIVEIRA, 2009). As complicações mais frequentes na forma grave da leptospirose são miocardite, que pode ser acompanhada ou não de choque e arritmias agravados por distúrbios eletrolíticos, pancreatite, anemia e distúrbios neurológicos. Com menos frequência pode ocorrer também encefalite, paralisias focais, espasticidade, convulsões, distúrbios visuais de origem central, neurite periférica, paralisia de nervos cranianos, síndrome de Guillain-Barré e mielite (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2014). O período de convalescença dura cerca de 1 a 2 meses, alguns sinais e sintomas podem ainda persistirem por alguns dias, como: febre, cefaleia, mialgias e mal-estar geral. As leptospiras continuam sendo eliminadas pela urina por uma semana ou meses após o desaparecimento dos sintomas (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2014). A doença é cosmopolita, sendo mais comum em países da América Latina e da Ásia. Nos países desenvolvidos, a leptospirose é uma doença ocupacional, diagnosticada em trabalhadores de abatedouros de animais ou em trabalhadores da zona rural que tem com áreas alagadiças. Nos países subdesenvolvidos, que em sua maioria apresentam problemas de urbanização como o Brasil, a ocorrência da leptospirose urbana está associada à falta de saneamento básico. As enchentes nos períodos chuvosos favorecem o contato das pessoas que vivem nessas áreas com as excretas dos animais infectados. Na zona urbana, especialmente no período chuvoso, as enchentes são o principal fator de risco para o surgimento de surtos da doença. (PELLISSARI ET AL., 2011; VASCONCELOS ET AL., 2012; PAPLOSKI, 2013; GUIMARÃES ET AL., 2014). Além da falta de infraestrutura básica no Brasil, às enchentes, à aglomeração populacional de baixa renda e a alta infestação de roedores infectados são fatores de risco para ocorrência da leptospirose. Algumas profissões são mais propensas ao contato com as leptospiras, os trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores,

veterinários, tratadores de animais, pescadores, militares e bombeiros. Porém, a maior ocorrência dos casos são em pessoas que residem ou trabalham em locais com infraestrutura sanitária inadequada e expostas à urina de roedores (BRASIL, 2015). Os casos suspeitos de leptospirose são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e os óbitos, são registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Os casos internados nos hospitais da rede pública ou conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) tem seus custos informados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Os autores mostram em seu estudo, que a Sociedade Internacional de Leptospirose retrata que há uma subnotificação acentuada dos casos da doença devido à dificuldade de confirmação diagnóstica, à frequente confusão com outras doenças e à baixa detecção das formas leves da enfermidade. (SOUZA ET AL., 2011). De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2014), nos últimos 10 anos, foram confirmados uma média anual de mais de 3.600 casos, no país. As regiões Sudeste e Sul apresentam o maior número de casos confirmados, seguidas pelo Nordeste. Nesse mesmo período, foram registrados 375 óbitos em média, a cada ano. É uma doença de grande importância social e econômica pois, apresenta alta incidência em algumas áreas, elevado custo hospitalar, perdas de dias de trabalho, além disso sua letalidade, pode chegar a 40% nos casos mais graves. Conforme Brasil (2016) Atualmente, existem registros de leptospirose em todos os Estados do país. Apresentando uma letalidade média de 9%. Quanto aos casos confirmados, o de maior ocorrência é a população masculina com idade entre 20 e 49 anos, apesar de não existir uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a doença. Com relação ao local, a maioria ocorre em área urbana, e em ambientes domiciliares. Entre os anos 2000 e 2015 foram confirmados 60.317 casos de leptospirose em todas as unidades da Federação com 5.801 casos de óbitos. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2014) as medidas de prevenção e controle da leptospirose devem ser direcionadas aos reservatórios, a melhoria das condições de proteção dos trabalhadores expostos e das condições higiênico sanitárias da população, e as medidas corretivas sobre o meio ambiente, diminuindo sua capacidade de suporte para a instalação e proliferação de roedores. Pelissari et al., (2011) mostram que em relação aos fatores associados à leptospirose tanto na zona urbana quanto na rural, a prevenção e o controle da doença deve focalizar as fontes de contaminação e os fatores de risco. Na zona urbana os fatores associados são as baixas condições socioeconômicas da população e as condições precárias de saneamento, fazendo-se necessária atividades educativas voltadas à população, deve-se, também promover melhorias nas condições sanitárias urbanas. Em relação ao meio rural, recomenda-se a realização de ações educativas voltadas às atividades ocupacionais, o uso de equipamentos de proteção individual, por exemplo, poderia contribuir para a redução dos casos de leptospirose entre os camponeses. Um dado preocupante que dificulta o desenvolvimento de ações voltadas para o controle da doença é a falta de conhecimento dos gestores sobre a importância do impacto socioeconômico da leptospirose no país, contribuindo de forma negativa na promoção medidas mais efetivas para o controle da doença, sendo tais medidas postergadas na agenda dos gestores da Saúde Pública (SOUZA ET AL., 2011).



## CONCLUSÕES

Observa-se que as condições de vida precária, a falta de saneamento básico, a alta infestação dos roedores predispõe o acometimento da leptospirose na população. Assim como períodos chuvosos e desastre ambiental aumentam o risco de contato com o agente infeccioso. A doença apresenta-se de forma assintomática ou subclínica e de forma grave, com grande risco de letalidade, apresenta um alto custo hospitalar demonstrando uma grande importância para Saúde Pública e a necessidade de políticas públicas e trabalhos educativos voltadas para sua prevenção e controle.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO, N. C. R.; NETO, J. L. S. Eventos pluviométricos extremos e saúde: perspectivas de interação pelos casos de leptospirose em ambiente urbano. **Higeia Rev Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** 2010; 6(11):118-132. Acesso em: 13 fev. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16998/10468>

ALMEIDA, Daniela Santos. **Avaliação da infecção por leptospiros patogênicas em primatas silvestres mantidos em cativeiro em Salvador, Bahia, Brasil**. 65 f.il. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, Salvador, 2013.

ALVES, Clebert José et al. Avaliação dos níveis de aglutininas anti-leptospira em cães no município de Patos-PB, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Veterinária**, v. 7, n. 1, 2000

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812p. disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf> acesso em: 06/02/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Situação Epidemiológica / Dados**. Brasília-DF Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados>. Acesso em: 15 de Outubro de 2015.



BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Situação Epidemiológica / Dados**. Brasília-DF Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/19/--bitos-Lepto-2000-a-2015.pdf>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Situação Epidemiológica / Dados**. Brasília-DF Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/19/Casos-Confirmados-Lepto-2000-a-2015.pdf> Acesso em: 12 de fevereiro de 2016.

CIPULLO, R.I.; DIAS, R. A. Associação de variáveis ambientais à ocorrência de leptospirose canina e humana na cidade de São Paulo. **Arq. Bras. Med. Vet. Zootec.**, Belo Horizonte, v. 64, n. 2, p. 363-370, abr. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-09352012000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-09352012000200016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-09352012000200016>

OLIVEIRA, Denise Santos Correia; GUIMARÃES, Maria José Bezerra; MEDEIROS, Zulma. Modelo produtivo para a Leptospirose. **Revista de patologia tropical**, v. 38, n. 1, p. 17-26, 2009.

GUIMARAES, Raphael Mendonça et al. Análise temporal da relação entre leptospirose e ocorrência de inundações por chuvas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2012. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3683-3692, Sept. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000903683&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903683&lng=en&nrm=iso)>. Access on 13 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.06432014>.

GONÇALVES, Daniela Dib et al. Seroepidemiology and occupational and environmental variables for leptospirosis, brucellosis and toxoplasmosis in slaughterhouse workers in the Paraná State, Brazil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 135-140, June 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46652006000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652006000300004&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652006000300004>.

PELLISSARI, Daniele Maria et al. Revisão sistemática dos fatores associados à leptospirose no

Brasil, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 20, n. 4, dez. 2011 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000400016&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 nov. 2006.  
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400016>

PAPLOSKI, I. A. D. **História natural da leptospirose urbana: influência do sexo e da idade no risco de infecção, progressão clínica da doença e óbito**. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador, 2013. Disponível em:  
<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/7175>

SOUZA, Verena Maria Mendes de et al. Anos potenciais de vida perdidos e custos hospitalares da leptospirose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1001-1008, Dec. 2011. Available from  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600001&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Feb. 2016. Epub Sep 23, 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000070>

VASCONCELOS, Cíntia Honório et al. Fatores ambientais e socioeconômicos relacionados à distribuição de casos de leptospirose no Estado de Pernambuco, Brasil, 2001–2009. **Cad Saude Colet**, v. 20, n. 1, p. 49-56, 2012.

ZUNINO M, Enna; PIZARRO P, Rolando. Leptospirosis: Puesta al día. **Rev. chil. infectol.**, Santiago , v. 24, n. 3, p. 220-226, jun. 2007 . Disponible en  
<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182007000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000300008&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 10 feb. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000300008>

---

## LEISHMANIOSE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Josefa Daniela Franco Felismino Silva  
Rosa Martha Ventura Nunes  
Tamiris Guedes Vieira  
Hellen Renatta Medeiros Leopoldino  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** As leishmanioses são infecções crônicas, não contagiosas, causadas por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, com classificação de dois tipos como a leishmaniose tegumentar ou cutânea e a leishmaniose visceral ou calazar. A leishmaniose tegumentar americana é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania* que são transmitidas de animais infectados para o homem através da picada de um flebotomíneo (FNS, 2000). As leishmanioses são consideradas zoonoses que acomete o homem, quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito, transformando-se em uma antroponose. No Brasil existem seis espécies de *Leishmania* responsáveis pela doença humana, e mais de 200 espécies de flebotomíneos implicados em sua transmissão. Trata-se de uma doença que acompanha o homem desde tempos remotos e que tem apresentado nos últimos 20 anos um aumento do número de casos e amplificação de sua ocorrência geográfica, sendo encontrada em todos os estados brasileiros, sob diferentes perfis epidemiológicos (BASANO; CAMARGO, 2004). A incidência mundial de leishmaniose é de dois milhões de casos (Sampaio; Rivitti, 2008). A patologia faz parte da constituição do grupo de doenças que permanecem como problema de saúde pública em pelo menos 88 países. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo (DESJEUX, 2004). A ocorrência da doença em uma determinada área depende basicamente da presença do vetor susceptível e de um hospedeiro/reservatório igualmente susceptível. A possibilidade de acometimento no homem é principalmente crianças desnutridas, e que venha em alguns casos a ser fonte de infecção pode conduzir a um aumento na complexidade da transmissão da leishmaniose (GONTIJO; MELO, 2004). Diante do exposto surge a curiosidade de conhecer sobre a patologia Leishmaniose, para que possa ser descrito as formas da doença, tipos, e tratamento. Sendo assim, podemos indagar: o que diz a literatura científica a respeito da leishmaniose? Abordando essa problemática, este estudo objetivou identificar e descrever o que a literatura relata sobre a leishmaniose, possibilitando assim subsídios científicos para estudos bibliográficos, como também para a implementação e aumento de conhecimento de pesquisadores sobre a temática.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada por intermédio de artigos indexados na base de dados ScieLO e Lilacs, nos meses de março a abril de 2016, onde foram selecionados e utilizados alguns artigos publicados entre 2000 e 2008, através dos seguintes descritores: Leishmaniose Visceral; Leishmaniose Tegumentar; Saúde Pública. Passado a análise dos conteúdos, estes foram aplicados como recursos para referida pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Trata-se de uma doença que acompanha o homem desde tempos remotos e que tem apresentado nos últimos anos um aumento do número de casos e amplificação de sua ocorrência geográfica, sendo encontrada em todos os Estados brasileiros, sob diferentes perfis epidemiológicos (BASANO; CAMARGO, 2004). A leishmaniose tegumentar americana tem sua transmissão ocasionada pela picada de insetos flebotomíneos e hematófagos pertencentes ao gênero *Lutzomyia* conhecida no Brasil por birigui, mosquito de

palha e tatuquira, entre outros. Ao exercer o hematofagismo, a fêmea do flebotomíneo corta com suas mandíbulas o tecido subcutâneo logo abaixo da epiderme, formando sob esta um afluxo de sangue, onde são inoculadas as formas promastigotas metacíclicas provenientes das regiões anteriores do trato digestivo (NEVES, 2003). A LT distribui-se amplamente no continente americano e é endêmica em alguns países da Ásia e do norte da África. Constitui um problema de saúde pública global, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde como a segunda infecção parasitária mais frequente no mundo. É uma doença em expansão na maioria dos países atingidos, inclusive no Brasil e tem sido documentada em todas as regiões brasileiras, constituindo, portanto, uma das afecções dermatológicas que merece maior atenção devido à magnitude da doença, ao risco de ocorrência de deformidades, à tendência de crescente avanço para a área urbana, aos danos psicológicos causados no doente e aos reflexos gerados no campo social e econômico (FNS, 2000). A infecção humana, pelas espécies de *Leishmania* que causam a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), tem seu início logo após a inoculação das formas promastigotas do parasito na pele, o que acontece durante a hematofagia pelas espécies de flebotomíneos vetores. A partir desse momento, inicia-se um processo de escape do parasito frente às defesas do organismo, o qual, quando vencido pelo parasito, resultará na sua fagocitose pelas células do sistema fagocítico mononuclear (SFM), principalmente o macrófago (SILVEIRA; LAINSON; CORBETT, 2004). A manifestação clínica inicial da doença caracteriza-se por uma pápula eritematosa, única ou múltipla, localizada geralmente na região exposta do tegumento, que evolui para úlcera com bordas elevadas, contornos regulares e fundo com granulações grosseiras, recobertas ou não por exsudato sero-purulento. O envolvimento da mucosa nasal, palato, faringe, laringe e cordas vocais pode ocorrer em até 5% dos pacientes (SINGH; SIVAKUMAR, 2003). O antimoniató é um fármaco indicado para o tratamento de todas as formas de leishmaniose tegumentar, embora as formas mucosas exijam maior cuidado, podendo apresentar respostas mais lentas e maior possibilidade de recidivas. Não havendo respostas satisfatórias com o tratamento pelo antimoniató pentavalente, a anfotericina B e a pentamidina são fármacos de segunda escolha (BRASIL, 2002). O critério de cura é clínico e recomenda-se que seja feito o acompanhamento mensal do paciente, por um período de 12 meses após o término do tratamento. Na forma cutânea, o critério é definido pelo aspecto clínico, das lesões: reepitelização das lesões ulceradas ou não, regressão total da infiltração e eritema, até três meses após a conclusão do esquema terapêutico. Na forma mucosa é também clínico, definido pela regressão de todos os sinais e comprovado pelo exame otorrinolaringológico, até seis meses após a conclusão do esquema terapêutico (BRASIL, 2002). Atualmente, o sistema público de saúde brasileiro não disponibiliza vacinas nas regiões endêmicas de leishmanioses, pois não há vacinas eficazes para prevenir os diversos tipos de leishmanioses (FERREIRA, 2003). O controle da LTA deve ser abordado, de maneira abrangente, sob cinco aspectos: vigilância epidemiológica, medidas de atuação na cadeia de transmissão, medidas educativas, medidas administrativas e vacina. A vigilância epidemiológica abrange desde a detecção do caso, a sua confirmação, o registro de sua terapêutica, o registro das variáveis básicas, fluxo de atendimento e informação, até finalizar com as análises de dados distribuídos em indicadores epidemiológicos (casos autóctones em valores absolutos e os coeficientes gerais e proporcionais) e indicadores operacionais (proporção de métodos diagnósticos auxiliares, cura, abandono e tratamento regular), visualizando e caracterizando a distribuição da doença e de seu perfil clínico e epidemiológico (BASANO; CAMARGO, 2004). A leishmaniose visceral (LV) é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma das doenças parasitárias de maior impacto sobre a Saúde Pública mundial, afetando, aproximadamente, 500.000 pessoas por ano em 65 países. Cerca de 90% dos casos notificados ocorrem em regiões pobres da Índia, Bangladesh, Nepal,

Sudão e Brasil (WHO, 2005). É causada por espécies do gênero *Leishmania*, pertencentes ao complexo *Leishmania (Leishmania) donovani*. No Brasil, a *Leishmania chagasi* é a etiologia mais comum da leishmaniose visceral, sendo transmitida por meio de um vetor (inseto hematófago flebótomo) da espécie *Lutzomia longipalpis* (BRASIL, 2006). É uma doença espectral, cuja apresentação clínica varia de formas assintomáticas até o quadro clássico da parasitose, evidenciado pela presença de febre, anemia, hepatoesplenomegalia, além de tosse seca, leucopenia e hipergamaglobulinemia. Outras manifestações clínicas se desenvolvem com a progressão da doença, em especial a diarreia, icterícia, vômito e o edema periférico que dificultam o diagnóstico diferencial com outras patologias, retardando sua identificação (PEDROSA; ROCHA, 2004). A evolução das formas clínicas é diversa, podendo o indivíduo apresentar desde cura espontânea, formas oligossintomáticas e assintomáticas, até manifestações graves, podendo alcançar letalidade entre 10% e 98% em casos tratados inadequadamente e não tratados, respectivamente (DESJEUX, 2004). A ocorrência da doença em uma determinada área depende basicamente da presença do vetor susceptível e de um hospedeiro/reservatório igualmente susceptível. A possibilidade de que o homem, principalmente crianças desnutridas, venha em alguns casos a ser fonte de infecção pode conduzir a um aumento na complexidade da transmissão da LV (GONTIJO; MELO, 2004). Apesar dos esforços, a leishmaniose visceral tem aumentado significativamente sua importância no contexto epidemiológico em decorrência do processo de urbanização e das alterações no ambiente natural. A forte relação apresentada pela ocorrência da leishmaniose visceral e os perfis cultural, nutricional e socioeconômico da população atingida, remetem a questão do controle para além das barreiras pertencentes ao contexto ambiental em que a doença está inserida (BEVILACQUA, 2004). Para o tratamento, vem sendo utilizado os antimoniais pentavalentes e, no Brasil, o comercializado é o antimoniato N-metil glucamina (Glucantime®) como droga de 1ª escolha, e a anfotericina B e derivados como drogas de segunda escolha, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). A prática de ações preventivas perante doenças, como a leishmaniose tegumentar e visceral, ainda necessita de melhor divulgação e de incentivo por parte do governo e da própria sociedade. Mudanças de atitudes numa população é meta a ser atingida com o tempo, pois envolve variações na cultura; esta parece ser a explicação para a dificuldade de se alcançar altos índices de prevenção (BORGES et al, 2008).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Contudo podemos identificar a magnitude da leishmaniose, uma doença de caráter letal e que deve ser ainda estudada para que se possa um dia ser erradicada. Não existem pesquisas recentes sobre a doença, por isso este artigo deixa as margens de pesquisas futuras para que outros pesquisadores possam atualizar os conhecimentos sobre a doença e trazer informações atuais a fim de trazer contribuições para casos da doença..

**Palavras-chave:** Leishmaniose Visceral. Leishmaniose Tegumentar. Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

BASANO, S.A. CAMARGO, L. M. A., **Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectiva de controle**. Revista brasileira de epidemiologia, São Paulo, v. 7. n. 3, 328-337, setembro. 2004.

BEVILACQUA PD, Paixão HH, MODENA CM, CASTRO MCPS. **Urbanização da**

**leishmaniose visceral em Belo Horizonte.** Arq Bras Med Vet Zootec 2001; 53:1-8

BORGES, et al. **Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad Saúde Pública, v. 24, n. 4, p. 777-84, 2008.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Leishmaniose visceral grave: normas e condutas.** Série A. Normas e manuais técnicos. 1ª edição. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância e controle da Leishmaniose visceral.** 1. ed. 120 f., 2004.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 5. ed. 842 f., 2002.

DESJEUX P. **Leishmaniasis: current situation and new perspectives.** Comparative Immunol, Microbiol and Infect. Dis 2004; 27:305-318.

FERREIRA, M. U. et al. **Fundamentos Biológicos da Parasitologia Humana.** 1.ed. São Paulo: Editora Manole, 2003.

Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana.** Ministério da Saúde; 2000. p.7-37.

GONTIJO, CMF; MELO, MN. **Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas.** Rev bras epidemiol, v. 7, n. 3, p. 338-49, 2004.

KAFETZIS DA. **An overview of paediatric leishmaniasis.** J Postgrad Med 2003; 49:31-38

Ministério da Saúde do Brasil. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana.** Brasília; 2000.

NEVES, D.P. **Parasitologia humana.** 10. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

NUNES, A.G., et al. **Aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana em Varzelândia, 116 Minas Gerais, Brasil.** Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 22. n. 6, 29-34, junho. 2006.

PEDROSA CMS, ROCHA EMM. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de 15 anos procedentes de Alagoas, Brasil.** Rev Soc Bras Med Trop 2004; 37:300-304

SAMPAIO SAP, RIVITTI EA. **Dermatologia.** 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.755-64

SILVEIRA FT, LAINSON R, CORBETT CEP. **Clinical and immunopathological spectrum of American cutaneous leishmaniasis with special reference to the disease in Amazonian Brazil.** Mem Inst Oswaldo Cruz 2004; 99: 239251.

World Health Organization. **Strategic Direction for Research – Leishmaniasis** [monograph on the Internet]. Geneva: WHO; 2005

---

## A INFLUENZA A H1N1 NO BRASIL E NO MUNDO

Alexandre Izidro da Silva  
Aldiluce Fernandes de Araujo  
Maria do Socorro Rufino Ferreira  
Raquel Campos de Medeiros  
Mona Lisa Lopes dos Santos  
Rosa Martha Ventura Nunes

**INTRODUÇÃO:** Há alguns anos, tendo por base indicações tecnicamente fundamentadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vinha alertando para o risco iminente de haver uma nova pandemia de gripe, já que seu agente etiológico, o vírus influenza, tem elevada plasticidade, sofre mutação e reaparece de modo cíclico. Na segunda quinzena de abril de 2012 a OMS veio a público declarar a existência de uma emergência de saúde pública de importância internacional, relacionada à possibilidade de se concretizar a temida pandemia. Após alguns meses de elevada expectativa e apreensão, assistimos em 11 de junho do mesmo ano a declaração formal da OMS de que o mundo vive a primeira epidemia de influenza do Século XXI, cujo agente etiológico é o hoje denominado vírus Influenza A (H1N1), uma cepa completamente nova e que ainda não havia circulado na espécie humana. Esta é a primeira epidemia de gripe do presente milênio e a quarta em menos de um século, já que ocorreram outras em 1918, 1957 e 1968 (RENE,2009). A declaração de pandemia ocorre quando fica constatado que está ocorrendo disseminação da gripe entre seres humanos, em nível comunitário e em diferentes regiões do globo e se considera que a continuidade da disseminação é inevitável. Em 24 de junho o total de casos no mundo aproximava-se de 60 mil, já no Brasil havia 399 casos confirmados. Vale salientar que, no Brasil, desde 2005 foi formulado o Plano de Preparação Brasileiro para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza (BRASIL, 2015). **OBJETIVO:** O presente estudo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico no Brasil e no mundo dos casos da Influenza A H1N1. **METODO:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de março de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Dados epidemiológicos. O vírus da Influenza. Pandemias e Epidemias virais. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2008 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: A Influenza A H1N1. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática. **RESULTADOS:** As infecções agudas de etiologia viral têm se constituído um dos principais problemas de Saúde Pública devido a elevado morbidade e mortalidade entre vários agentes responsáveis por essas infecções, destaca-se o vírus da influenza cuja distribuição é global e tem elevada transmissibilidade em pessoas de as faixas etárias. O vírus da influenza pertence à família *Orthomyxoviridae*. A classificação em tipos A, B e C é possível após identificação do antígeno interno nucleoproteico. O vírus influenza atinge variedade de espécies animais e é o único implicado em pandemias, promovendo na espécie humana doença de apresentação leve a grave (PAULUCCI,2010). O vírus Influenza A é uma doença



respiratória causada por vírus influenza tipo A H1N1, um novo subtipo viral. Este é transmitido de pessoa por pessoa, através da tosse, espirro ou ainda contato com pessoas já infectadas. Os principais sintomas apresentados são calafrios, tosse seca, febre (38-40°C, nas crianças pode chegar aos 41°C), vômitos, dores abdominais, secreção nasal, espirros, fraqueza e os principais grupos de risco são os indivíduos com idades superiores a 65 anos e indivíduos com problemas respiratórios, cardíacos e renais, diabetes e anemia (BRASIL,2010). O vírus influenza do tipo A, é subclassificado por duas proteínas de superfície, a Hemaglutinina (H) e Neuraminidase (N), que podem sofrer mutações, resultando em epidemias entre populações com pouca ou nenhuma resistência ao vírus modificado e está presente em diversas espécies animais (aves, suínos, cavalos, focas e baleias), além do ser humano. O tipo B é responsável por epidemias regionais, sendo exclusivamente humano. E o tipo C apresenta circulação endêmica pouco aparente, associa-se a casos isolados ou pequenos surtos (NETO et al., 2012). A situação epidemiológica atual, no Brasil e no mundo, caracteriza-se por uma pandemia com predominância de casos de baixa letalidade e clinicamente leves. O Brasil foi classificado como, “em transição”, ou seja, ainda sem evidências de transmissão comunitária (OMS,2013).

Segundo o Ministério da Saúde, as primeiras suspeitas de infecção pelo vírus Influenza ocorreram por volta do século V a.C. por Hipócrates, que ficou conhecido como pai da medicina, este relatou casos de uma doença respiratória que matava muitas pessoas em somente uma semana e depois desaparecia. A primeira epidemia de gripe ocorreu em 1889 e morreram por volta de 300 mil pessoas, principalmente idosos, em decorrência de complicações, como pneumonia bacteriana secundária (BRASIL, 2011). A gripe espanhola, como ficou conhecida devido ao grande número de mortos na Espanha, apareceu em dois períodos diferentes durante o ano de 1918. O primeiro ocorreu em fevereiro, esta era bastante contagiosa, porém uma doença mais branda, não ultrapassando mais que três dias de febre e mal-estar. Já a segunda ocorreu em agosto, e tornou-se mortal. Enquanto o primeiro período de gripe atingiu principalmente os Estados Unidos e a Europa, o segundo devastou grande parte do mundo, atingindo também nas populações da Índia, Sudeste Asiático, Japão, China e Américas Central e do Sul. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na segunda quinzena de abril, a OMS divulgou alerta sobre a nova epidemia e aproximadamente três semanas depois já haviam sido notificados quase 10 mil casos de influenza A H1N1, com 79 mortes confirmadas. Seguindo normas internacionalmente aceitas, em 11 de junho de 2009 a OMS declarou que a gripe suína havia alcançado o nível de pandemia. A decisão de passar do nível 5 para o atual nível 6, o máximo na escala de alerta de pandemias, foi tomada depois que o número de casos aumentou nos Estados Unidos, na Europa, na América do Sul e em outras regiões e observou-se transmissão sustentada nessas regiões. Assim, o motivo alegado foi a abrangência da doença e não a aparente periculosidade do vírus, haja vista a manutenção de baixa letalidade. Até meados de junho de 2013, em alguns dos 79 países que confirmaram casos, em torno de 2% dos pacientes desenvolveram doença grave, algumas vezes com pneumonias com rápida progressão. A maioria dos casos de doença grave ou fatal eram jovens e adultos de meia idade, previamente saudáveis, sendo, portanto diferente da influenza sazonal, na qual a mortalidade é mais comum entre crianças, idosos ou pessoas com comorbidades. A maior exposição a esse patógeno na população mais jovem ou a imunidade adquirida em outras epidemias pela população mais idosa podem ser fatores associados a esse perfil epidemiológico. Por outro lado, outros casos graves acometeram pessoas já afetadas por condições crônicas, incluindo doenças respiratórias (principalmente asma), cardiovasculares, diabetes, obesidade e doenças autoimunes. Até 06 de julho de 2009, a Organização Mundial de Saúde havia registrado 94.512 casos, em 122 países, com 429 mortes. No Brasil, em 25 de abril de 2013, foi a epidemia declarada Emergência de Saúde Pública de Importância

Internacional (ESPII) e até o dia 06 de julho/13 o total de episódios confirmados pelo Ministério da Saúde chegou a 905, com notificações de 23 estados e do Distrito Federal.

**DESCRITORES:** Epidemia de H1N1, Gripe Suína, Doenças pestilenciais.

#### **REFERÊNCIAS:**

AIDE, S, C, ELISABETH, C, DUARTE, Tendência da mortalidade por causas relacionadas a influenza em idosos no Brasil; **Revista Brasileira de Epidemiologia, Serv. Saúde Brasil**, pag 21 a 31, 01 Janeiro de 2014. Acessado em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00021.pdf>

CARNEIRO, M, PINA, J, FERNANDO, W, MOTTA, J, Influenza H1N1 revisão da primeira Pandemia do Século XXI, **Revista da AMRIGS**, pag 2002 a 213 abril-jun Porto Alegre. Acessado em [http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/18-637\\_influenza.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/18-637_influenza.pdf)

CUGINI, M, D, SILVA, A, P, F, ETTOR, H, SAMPAIO. Perfil epidemiológico dos casos de influenza A H1N1 em Taubaté SP; **Revista do Curso de Medicina da Universidade de Taubaté SP**, pag 17 a 25 Agosto de 2010. Acessado em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa81\\_h1n1taubate.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa81_h1n1taubate.htm)

FRAGA, O, NAZARÉ, M, Primeira Pandemia da Influenza A H1N1 do século XX. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 10, núm 2, de abril-junho, 2009, pag 13-14. Universidade Federal do Ceara. Acessado em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027966001.pdf>

GRECO, B, D FONSECA, M, TUPINAMBAS, V. Influenza H1N1 Histórico no Brasil e Mundo. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, pag 132 a 139, 2009. Acessado em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/467>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Estratégia Nacional de Vacinação contra o vírus Influenza pandêmico (H1N1) 2009**. Brasília DF: **Ministério da Saúde**; 2010. Acessado em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/informe\\_tecnico\\_13\\_03.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/informe_tecnico_13_03.pdf)

NETO, C, J, Pandemia da Influenza no Brasil: Epidemiologia Tratamento e Prevenção a A (H1N1). **Instituto de Comunicação e Informação e Ciências Tecnológicas**. 23 de Julho de 2012, Rio de Janeiro. Acessado em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3024>

SARAVENI, V, C, ROCHA, A. Desfecho dos casos de Influenza (H1N1) em mulheres em idade fértil. **Revista de Epidemiologia Serv, Saúde**. Pag 339-344 dezembro 2010. Acessado em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n4/v19n4a04.pdf>

VRANJAC, A, Características dos casos notificados de Influenza A H1N1. **Revista de Saúde Pública**, pag 901 a 904, São Paulo, 2009. Acessado em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000500024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500024)

---

## **INCIDÊNCIA DE DIFTERIA NO BRASIL**

Amanda dos Anjos daCruz  
Rayane Badú de Sousa  
Tamiris Guedes Vieira  
Érica Surama Ribeiro César Alves  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** A difteria é uma doença transmissível de evolução aguda com manifestações locais e sistêmicas, considerada como uma importante causa de morbidade e mortalidade nos diferentes continentes, mesmo em países com programas de imunização infantil. A difteria causada pelo bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, produtor de toxina diftérica (TD), é caracterizada pela presença de pseudomembrana acinzentada no sítio de infecção devido aos efeitos da multiplicação desse bacilo e da resposta imune do hospedeiro (DIAS et al, 2011). É também uma doença imunoprevenível grave e potencialmente fatal, tem seu predomínio em crianças não adequadamente vacinadas, mas pode acometer pessoas susceptíveis de qualquer idade (CORREA, 2010). O principal reservatório é o próprio doente ou portador, sendo esse último o mais importante na disseminação do bacilo, por sua maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A transmissão se dá pelo contato direto da pessoa infectada ou portador com pessoa susceptível através de gotículas de secreção eliminadas por tosse, espirro ou gotículas de saliva ao falar. Sendo a via respiratória superior e a pele os locais habitualmente colonizados pelas bactérias. A transmissibilidade se dá até 2 (duas) semanas após o início dos sintomas, e o tratamento se dar pela utilização da antibioticoterapia de forma adequada onde erradica o bacilo diftérico da orofaringe em 24 a 48 horas após a sua introdução (BRASIL, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, (2014) a difteria ocorre durante todos os períodos do ano e pode afetar todas as pessoas não imunizadas, de qualquer idade, raça ou sexo. Observa-se um aumento de sua incidência nos meses frios quando é mais comum a ocorrência de infecções respiratórias, principalmente, devido à aglomeração em ambientes fechados, que facilitam a transmissão do bacilo. Contudo, essa diferença não é importante para as regiões que não apresentam grandes oscilações sazonais de temperatura ou onde a população mantém alto índice de aglomeração durante todo o ano. É uma doença cujo acometimento pode ser evitável através da profilaxia com a vacinação feita com o toxóide diftérico que promove proteção contra a toxina diftérica, sendo está a medida de controle mais importante da difteria, onde diminui a incidência de casos clínicos e reduz o número de portadores, induzindo a chamada “imunidade coletiva” (DIAS et al, 2011). Apesar do progresso na imunização e da melhoria das condições sanitárias, a difteria ainda hoje representa um problema de saúde pública mundial. Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: qual a incidência de difteria no Brasil? Então assim objetivou-se analisar a incidência de difteria no Brasil nos últimos anos e assim evidenciar a tendência da doença.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza descritiva realizada através dos artigos indexados no SciELO, LILACS, além de dados retirados do Ministério da Saúde, nos meses de fevereiro e março de 2016, através dos seguintes descritores: Difteria. Incidência. Saúde Pública

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi observado no presente estudo que a difteria é uma doença responsável pelo maior número de óbitos a partir da 2ª semana do contágio da doença. Ela decorre da ação direta da toxina no miocárdio ou, ainda, da intoxicação do sistema de condução cardíaco e os sinais e sintomas mais encontrados são alterações de frequência e ritmo, hipofonese de bulhas, hepatomegalia dolorosa, aparecimento de sopro e sinais de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), cuja variações eletrocardiográficas mais encontradas são alteração de repolarização, extra-sístolias, taquicardia ou bradicardia, distúrbio de condução A-V e corrente de lesão (BRASIL, 2014). O registro de número de casos notificados no Brasil vem decrescendo progressivamente ao passar dos anos. Em 1990, foi confirmado um número alto, onde marcou com 640 casos de difteria, com coeficiente de incidência de 0,45/100 mil habitantes, reduzindo progressivamente até atingir 58 casos em 1999 (0,04/100 mil habitantes) e cinco casos em 2011 (0,003/100 mil habitantes). Destaca-se, entretanto, o ano de 2010, com uma ocorrência de um surto de difteria no Estado do Maranhão, onde foram notificados 28 casos. E desde 2007, ocorreram 04 óbitos pela doença, 03 destes somente no ano de 2010. A letalidade esperada varia de 5 a 10%, atingindo 20% em certas situações. Ao retratar a cobertura vacinal (CV) com a DTP vem se mostrando que foi se elevando, passando de 66%, em 1990, para mais de 99,5%, em 2011. E ao observar no ano de 2012 não foram confirmados casos de difteria no Brasil, logo em 2013 foram confirmados 04 casos da doença, sendo dois casos no Estado de São Paulo, um no estado de Pernambuco e outro no Paraná, já a incidência de difteria no ano de 2014, é a menor já registrada, desde a implantação da vacina, na década de 1970 (BRASIL, 2014). Assim, é possível afirmar que o número de casos de difteria decresceu progressivamente em decorrência da imunização através da vacina DTP (difteria, pertussis, tétano) e ressalta-se que a vacinação é o meio mais eficiente para conter a doença, pois os indivíduos imunizados poderão anular a ação da toxina responsável pelos sinais e sintomas. Diante disso, considera-se adequadamente vacinado quem recebeu na infância, três doses de vacina penta com a composição de DTP (difteria, tétano e coqueluche) associada à Hepatite B e Hib (*Haemophilus influenzae*) e tendo admitidas as doses de reforço da DTP (difteria, tétano e pertussis), como também quem recebeu a DT(adulto) cuja proteção é para difteria e tétano, sendo adotado para mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos e em gestantes para evitar o tétano neonatal, admitindo também o reforço para gestantes com DTPa (difteria, tétano e pertussis acelular) as quais comprovem a vacinação das três doses e havendo sido feita a última dose a mais de cinco anos. As crianças com sete anos ou mais, adultos e idosos não vacinados com ou sem comprovação de vacinação prévia devem e receber três doses da vacina DT (dupla adulto), com intervalo de pelo menos 30 dias entre as doses (intervalo ideal de dois meses). Chegasse com isso ao entendimento de que a profilaxia é a maneira de prevenção e diminuição de incidência da

doença que ainda acomete pessoas e leva a óbito no Brasil (BRASIL, 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pesquisa mostrou que a difteria é uma doença grave, com grande fator de morbi-mortalidade, oportunizou também caracterizar os casos de difteria nos últimos anos no Brasil, evidenciou a tendência da patologia através da análise dos dados obtidos e esclareceu a importância da imunização como principal fator de prevenção da doença. O que se pode observar é que a alta cobertura vacinal tem proporcionado uma diminuição de casos de difteria, no entanto, não está erradicada. É de fundamental importância reduzir o abandono do esquema vacinal, desta forma, o setor saúde precisa estar apto a lidar com a população, informando, divulgando, bem como programar ações visando ao controle efetivo da difteria, mantendo as campanhas e fortalecendo cada vez mais o Programa Nacional de Imunização em crianças menores de 5 anos.

Palavras-chave: Difteria. Incidência. Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Acesso em: 20 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** – 7. ed. – Brasília, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/%20.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Difteria.** Descrição da Doença. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CORREA. M.A. **Assistência De Enfermagem Ao Cliente Acometido Por Difteria.** Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online, 2ºEd. 536-539, out/dez., 2010. Disponível em:<<http://C:/Users/Cliente/Downloads/Dialnet->

[assistenciaDeEnfermagemAoClienteAcometidoPorDifter-5091485%20\(1\).pdf](#)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

DIAS, A.A.S.O. et al. **Difteria pelo *Corynebacterium ulcerans*: uma zoonose emergente no Brasil e no mundo.** *Rev. Saúde Pública* [online], V.45, n.6, p. 1176-1191, 2011. ISSN 0034-8910. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0034-89102011000600021&caller>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

---

## DESAFIOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES CO-INFECTADOS TUBERCULOSE/HIV

Antônio Cesar Sousa Lima Santos  
Damião Bruno Maia Soares  
Juliana Araujo  
Elicarlos Marques Nunes  
Tamiris Guedes Vieira  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** O vírus da Imunodeficiência Humana - HIV é um retrovírus da família Lentiviridae que é responsável pela síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS. Inicialmente o vírus do HIV penetra no organismo do hospedeiro e por características próprias se incorpora ao DNA do organismo, desse modo ele infecta os linfócitos T auxiliares e por intermédios desses receptores, o HIV passa também a infectar macrófagos e células dentríticas, ocasionando assim deficiência imunitária ao portador infectado do HIV (SANTOS; BECK. 2009). A Tuberculose - TB é uma doença infectocontagiosa, grave e curável. Doença provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bactéria de alta patogenicidade que afeta primordialmente os pulmões. Os sinais e sintomas da tuberculose normalmente são caracterizados por tosse crônica persistente, febre, suor noturno, dor no tórax e perda de peso devido à falta de apetite (ARAÚJO; et al. 2013). Atualmente a co-infecção HIV/Tuberculose tem se apresentado como um grave problema de saúde mundial, compreendendo que os pacientes soropositivos são mais propensos à infecção pelo *M. tuberculosis*, devido ao fato de que a infecção depende do estado do sistema imunológico, e que nesses pacientes está debilitado, visto que uma pessoa infectada pelo vírus HIV tem 10 vezes mais chances de desenvolver tuberculose do que uma pessoa sadia (RODRIGUES-JÚNIOR; RUFFINO-NETTO; CASTILHO, 2014). A Tuberculose (TB) é a doença comorbida mais comum em morte de pacientes com AIDS, acelerando a doença e matando um em cada três pacientes, sendo responsável por 32% (SOUSA, 2006). Segundo o Ministério da Saúde em 2006 foram notificados no país 83.977 casos novos de TB sendo que 7.557 estavam co-infectados pelo HIV (BRASIL. 2009). A co-infecção HIV/TB é um grande problema, pois ambas as patologias acabam sendo responsável pelo aumento dos índices de mortalidade, tornando-se

um desafio para a saúde pública. Isso acarreta grandes dificuldades no tratamento e controle da co-infecção trazendo sérias dificuldades no atendimento aos doentes quanto aos profissionais de saúde (RODRIGUES. et al., 2010).

Partindo do exposto surgiu o seguinte questionamento: Quais os desafios enfrentados pelos pacientes co-infectados por HIV e Tuberculose? O que seria necessário para efetuar o controle da co-infecção HIV/TB? E diante disso objetou-se analisar as dificuldades enfrentadas no tratamento de pacientes co-infectados tuberculose HIV, e discutir as ações necessárias para o controle de pessoas com tuberculose e HIV.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo de revisão bibliográfica realizada através de site de indexação: redalyc.org, RBAC, Bireme, Scielo, Revista em saúde pública, o artigo foi elaborado no período de agosto a setembro de 2015, a população foi formada por 15 artigos, ao quais, se constituiu a amostra com 10 artigos, a coleta de dados se deu através dos descritores: Pacientes co-infectados, Tratamentos com pacientes co-infectados, Controle de pacientes co-infectados os quais foram analisados a luz da literatura pertinentes ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As principais evidências sobre as dificuldades no tratamento de pacientes co-infectados tuberculose/hiv é a desistência do tratamento de pacientes com TB/HIV que são frequentes, tornando-se um problema na saúde do Brasil, De acordo com Rodrigues et al (2010) alguns fatores relacionados ao serviço que contribuem para o abandono do tratamento de pacientes com TB/HIV, é a falta de informação por parte dos profissionais para o paciente sobre o tratamento da TB/HIV, além da falta da organização no serviço, estrutura física que não garante a privacidade, ausência de trabalho em equipe e dificuldades de acesso ao serviço (LASTA; WELLER. 2011). Na rede pública de saúde ainda existem lacunas com falhas que dificultam o tratamento dos indivíduos com Tuberculose e HIV, ressaltando em casos a falta estruturação e localização geográfica do atendimento. Como os indivíduos co-infectados necessitam de atenção integral no atendimento de TB e de HIV, os serviços localizados em locais distintos dificultam e encarece o acesso desses pacientes, contribuindo para uma menor adesão ao tratamento (JAMAL; MOHERDAU. 2007). Estudos mostram que os efeitos colaterais dos medicamentos também influenciam a adesão. Paralelamente, os medicamentos antirretrovirais com uso contínuo apresentam um grande número de efeitos colaterais como náusea, vômito, dor de cabeça e diarreia; quando associados aos tuberculostáticos estes efeitos podem intensificar-se e comprometer ainda mais o paciente, como também a quantidade de comprimidos aumenta favorecendo também o abandono (RODRIGUES; et al. 2010). No entanto, a associação do tratamento de TB e HIV requer cuidados, devido os efeitos colaterais e as interações que podem ocorrer entre os medicamentos empregados na terapêutica. Sendo importante que os profissionais de saúde conheçam possíveis reações adversas da interação desses fármacos, para que no possível surgimento de reações o profissional possa intervir e também tenha o conhecimento da utilização de outra alternativa para tratar a co-infecção para que assim o tratamento não fique

sem a efetuação, onde facilita de tal forma muitas vezes abandono do tratamento pelo paciente devido a efeitos causados pela medicação terapêutica (RODRIGUES-JÚNIOR; RUFFINO-NETTO; CASTILHO. 2014). Outro fator determinante para o abandono do tratamento é a preocupação e o medo que o portador do HIV e da TB tem de que seu diagnóstico seja revelado e os tornem sujeitos a preconceitos, uma vez que ambas as doenças ainda são alvo de estigma o que faz com quem o paciente não procure o serviço para realizar o tratamento (NEVES; REIS; GIL. 2010). No estudo também evidenciou as ações necessárias para realização do controle da co-infecção Tb/Hiv, onde o controle da coinfeção TB-HIV é uma ação preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, o controle deve ser uma das ações programáticas prioritárias no Brasil sendo realizado pelos Serviços de Atenção Especializada em HIV/AIDS. É necessário que os serviços se organizem, estruturando a equipe multiprofissional, para tratar de ações específicas relacionadas à coinfeção TB-HIV (RODRIGUES-JÚNIOR; RUFFINO-NETTO; CASTILHO. 2014). A tuberculose deve ser investigada em todas as consultas na atenção básica, mediante questionamento sobre a existência de um dos quatro sintomas: febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento. A presença de qualquer um dos sintomas indica a possibilidade de TB ativa e a necessidade de investigação do caso (ARAÚJO; et al. 2013). E todos os esforços realizados nos atendimentos devem ser envidados na adesão do paciente ao primeiro tratamento de TB a fim de se evitar a resistência aos medicamentos, e de maneira análoga faz-se essa recomendação de qualidade de logística aos profissionais de saúde e gestores e técnicos de todos os âmbitos (JAMAL; MOHERDAUI. 2007).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluí-se que é de fundamental importância que o paciente compreenda que para fazer o tratamento de modo correto exige aceitação da condição de saúde, regularidade na ingestão de medicamentos e o comparecimento às consultas periodicamente, para o acompanhamento e orientação de um profissional da saúde. Logo os serviços atualmente oferecidos aos clientes portadores de TB precisam de uma estrutura ampla para que os profissionais de saúde possam receber estes tipos de clientes no sistema público de saúde uma vez que este é a porta de entrada para que se tenha eficiência na adesão ao tratamento. Cabe aos gestores de ambas as esferas interagirem juntamente para potencializar os aumentos na adesão a clientes nos programas do governo e que os índices de cura da TB tenha aumentos significativos, bem como também melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores do HIV/AIDS.

**Palavras-chave:** Controle de pacientes co-infectados. Pacientes co-infectados, Tratamentos com pacientes co-infectados



## REFERENCIAS

ARAUJO, Kleane Maria da Fonseca Azevedo et al. **Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB)**, 2001-2010. Cad. saúde colet. [online]. 2013, vol.21, n.3, pp. 296-302. ISSN 1414-462X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a10.pdf>> . Acesso em: 03 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sobre epidemiologia e mortalidade no Brasil** [texto na Internet]. Brasília; 2009. [citado 2009 jan. 5]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>> . Acesso em: 14 set. 2015.

GRANGEIRO, Alexandre; CASTANHEIRA, Elen Rose; NEMES, Maria Inês Battistella. **A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento**. Interface (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, n.52, pp. 5-8. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0005.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

JAMAL, L. F; MOHERDAVL, F. **Tuerculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégia para o controle**. Saúde Publica. v,41. n,1. 104 – 110, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>> . Acesso em: 20 set 2015.

LASTA, L. D; BORDIGNON, J.S; WELLER, T. H. **A importancia da adesão ao tratamento em pacientes com a co-infecção HIV/TB**. Contexto Saúde. v,10. N, 20, 585 – 588, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1592>>. Acesso em: 12 set 2015.

NEVES, L. A. S; REIS, R. K; GIL, E. **Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura**. EscEnferm USP, v.44, n.4, 1135-1141, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/41.pdf>> acessado em setembro de 2015>. Acesso em: 25 ago. 2015.

RODRIGUES-JUNIOR, Antonio Luiz; RUFFINO-NETTO, Antonio; CASTILHO, Euclides Ayres de. **Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano, da infecção pelo HIV e da comorbidade AIDS-tuberculose: Brasil, 1982 - 2007**. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2014, vol.17, suppl.2, pp. 204-215. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s2-00204.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00204.pdf)>. Acesso: 30 ago. 2015.

RODRIGUES, J. L. C; FIEGENBAUM, M; MARTINS, A. F. **Prevalência da infecção tuberculosa-HIV em pacientes do centro de saúde medica de porto alegre, Rio grande do sul.** Sci Med. V,20. n,30. 212 – 217. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/JESUS%20CRISTO/Downloads/6281-26820-2-PB.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

SANTOS, J.S; BECK, S.T. **A co-infecção tuberculose e HIV: um importante desafio.** RBAC. V,41. N,3. 209 - 215, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000400041&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000400041&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 set 2015.

---

## DENGUE: REVISÃO DE LITERATURA

Josefa Daniela Franco Felismino Silva  
Hellen Renatta Medeiros Leopoldino  
Kamila Nethielly Souza Leite  
Tamiris Guedes Vieira  
Mona Lisa Lopes dos Santos  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** A dengue é uma doença endêmica-epidêmica de caráter viral, transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, que é hoje a nível mundial a causa mais importante em termos de morbidade, mortalidade e impacto econômico, representando várias formas de expressões clínicas desde febre indiferenciada (frequentes nas crianças) e febre com dor de cabeça, mal-estar, dor osteomioarticular, com ou sem erupção cutânea, leucopenia e sangramento para formas graves (MARTINEZ TORRES, 2008). Os países tropicais são os mais atingidos em função de suas características ambientais, climáticas e sociais mais propícias. A expansão das áreas de ocorrência de dengue no mundo e no Brasil está associada tanto à urbanização, sem a devida estrutura de saneamento, quanto à “globalização” da economia. Tais fatores contribuem não só para a dispersão ativa do mosquito como também para a disseminação dos vários sorotipos da doença e existem também outros determinantes que podem ser citados como as migrações, viagens aéreas, deterioração dos sistemas de saúde, inexistência de vacina ou tratamento etiológico, grande fluxo populacional entre localidades e altos índices pluviométricos e de infestação pelo vetor. (RIBEIRO; MARQUES; VOLTOLINE; CONDINO, 2006). No mundo as epidemias de dengue são responsáveis, por milhares de casos e óbitos anualmente e, no Brasil, o nível endêmico dessa doença está relacionado à elevada infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti* e infestações humanas pelos diferentes sorotipos do vetor. Isso se deve ao fato dos criadouros se encontrarem no interior dos domicílios, e com isso as atividades educativas têm grande relevância para incentivar e mostrar à população as formas de prevenção e eliminação dos criadouros. Contudo, diversas estratégias desenvolvidas pelas instituições governamentais proporcionam aumento de conhecimento sobre a dengue, mas são quase impotentes diante as sucessivas epidemias com ocorrências de casos em níveis elevados (SALES, 2008). E isto é visível, uma vez que dentre as doenças reemergentes da região tropical, a dengue é o agravo de maior relevância na atualidade, atingindo, cerca de 100 Milhões de pessoas, segundo a

Organização Mundial de Saúde (OMS). E, como prioridades de pesquisa do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), destaca-se uma avaliação de conhecimentos, percepção de risco e práticas da população em relação a dengue, com vistas a aportar subsídios para o aprimoramento do componente de comunicação e mobilização sociais (REIS; ANDRADE; CUNHA, 2013). Essa pesquisa desenvolve-se devido ao surgimento de novos casos, tornando-se interessante ampliar o conhecimento sobre a Dengue, por ser uma doença atual e ainda um grande desafio para saúde pública. Partindo desse pressuposto, podemos abordar a seguinte problemática: O que mostra a literatura sobre os casos da dengue? Nesse caso objetivou-se a necessidade de estudar sobre a doença, para que assim possa servir de estudo científico para literatura na implementação e aumento de conhecimento de pesquisadores sobre a temática.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura sobre a temática da dengue. Esse tipo de pesquisa de acordo com Gil (2002) é desenvolvido a partir da contribuição de diversos autores sobre determinado assunto, e que se encontram compilados em artigos, livros e periódicos, com fins de possibilitar uma melhor compreensão ou análise das principais contribuições teóricas da literatura sobre o tema em questão. Foi realizado um levantamento de dados entre os meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, a partir de uma busca exploratória em livros, revistas científicas, como também periódicos nacionais e internacionais disponíveis na internet que tratavam da temática em questão. A amostra foi composta por 16 artigos, publicados entre 2001 e 2016, através dos seguintes descritores: *Aedes aegypti*. Dengue. Saúde Publica. Passado a análise dos conteúdos, estes foram aplicados como recursos para referida pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A dengue tem se destacado entre as enfermidades reemergentes sendo considerada a mais importante das doenças virais transmitidas por artrópodes, e também a mais comum e distribuída arbovirose no mundo. A dengue manifesta-se, clinicamente, sob duas formas principais: a dengue clássica (também chamada febre de dengue) e a forma hemorrágica, ou febre hemorrágica de dengue (FHD), às vezes com síndrome de choque de dengue (WHO, 2002). Desde o início dos anos 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) está envolvida, de maneira bastante ativa, no desenvolvimento e na promoção de estratégias de tratamento e controle da doença (BRAGA; VALLE, 2007). O forte impacto das epidemias de dengue na sobrecarga dos serviços de saúde causam grandes problemas no acesso dos doentes a esses serviços e prejudicam a economia da região em decorrência dos custos do tratamento, do absenteísmo e das mortes resultantes. Estudos acerca do custo da dengue estimam que um caso em média custe US\$ 828,00, levando-se em consideração somente os custos ambulatoriais e hospitalares. Fazendo uma estimativa bastante conservadora, já que há grande subnotificação, os gastos da dengue no Brasil, de acordo com os registros oficiais de casos, somente no ano de 2010, ficaria em torno de US\$ 828 milhões ou cerca de R\$ 1.863 milhões (PINTO JUNIOR, VL.,2014).As Características clínicas e epidemiológicas peculiares da dengue no Brasil têm despertado o interesse de pesquisadores e órgãos nacionais e internacionais de saúde pública, tendo em vista a importância da identificação dos fatores que determinam as distintas formas de expressão individual e coletiva dessas infecções para o aperfeiçoamento do seu tratamento e controle, pois, em termos de número de casos, representa a segunda mais importante doença transmitida por vetor no mundo (BRASIL, 2007). A dengue é uma doença que apresenta uma gama de manifestações clínicas e varia desde formas leves e inespecíficas até doença potencialmente letal. A dengue clássica é mais frequente do que a FHD e apresenta-se através de um quadro agudo, cuja manifestação mais precoce é febre, geralmente alta (39°C a 40°C) e

de início súbito, associada a cefaleia, adinamia e quadro algico diverso como mialgia, artralgia, dor retroorbitária (GUZMAN et al., 2002). Durante a leitura dos artigos selecionados, foram observadas que no âmbito do controle das arboviroses, as ações têm se limitado à eliminação de resíduos sólidos, sobretudo descartáveis, como garrafas plásticas e de vidro, pneus e outros ou a vedação de reservatórios destinados ao armazenamento de água para uso doméstico (MMC, Costa, et al., 2012). Ao falar sobre tratamento até é o presente momento não existe nenhum específico para dengue clássica sendo recomendado repouso e ingestão abundante de líquido. O tratamento é referente aos sintomas e para dores e febre, deve-se evitar a ingestão de medicamentos compostos por ácido acetilsalicílico (AAS), que têm ação anticoagulante (LEIZE; COURA, 2004). A falta de uma vacina eficaz, a força de morbidade do agente infeccioso e a alta competência vetorial do *Ae. aegypti*, vetor bem adaptado ao ambiente urbano densamente povoado, com deficiências e estilos de vida da população que geram habitats ideais para este mosquito, tornam a prevenção da dengue uma formidável tarefa quase impossível de ser atingida com os atuais meios disponíveis para sua prevenção. As medidas de controle atuais têm por objetivo eliminar esse mosquito em suas diferentes fases; porém, de modo geral, a efetividade dessas intervenções tem sido muito baixa, não conseguindo conter a disseminação do vírus e as epidemias se sucedem (DIAS, 2006). As razões para o agravamento da doença são complexas e não totalmente compreendidas e uma das possíveis explicações é que, apesar do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* ter abordado a descentralização e a participação da comunidade, o modelo desenvolvido na prática baseou-se em métodos verticais que buscavam a eliminação do mosquito por meio de inseticidas, e com esta perspectiva a comunidade fica na maioria das vezes, como espectadora e dependendo de ações previamente definidas. Um dos métodos propostos para as ações de enfrentamento ao mosquito da dengue foi à participação comunitária direcionada à redução de criadouros domiciliares do mosquito (MARCIEL; SIQUEIRA JÚNIOR; MARTELLI, 2008 apud RP, GONÇALVES. et al., 2016). O indivíduo não é orientado com informações sobre comportamentos adequados que promoverão sua saúde. Seu agir é fruto de suas concepções, crenças e valores. Contudo, a não circulação de informações ou a circulação de informações de má qualidade podem levar à inação ou a ações ineficazes (LEIZE; COURA, 2004). Apesar da grande ênfase dada ao assunto pela mídia, a avalanche de informações sobre diferentes tipos de cuidados com criadouros do mosquito e a falta de precisão acerca dos condicionantes e sintomas da dengue clássica e hemorrágica, dificultaram a orientação da população (DONALÍSIO; GLASSER, 2002).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os modelos de organização dos serviços de saúde pública para o controle de vetores e da transmissão viral são importante campo de reflexão e experimentação científica, em plena epidemia de dengue no país. Fica evidente a necessidade de se avaliar novas tecnologias e estratégias de prevenção, de ações de rotina do campo e de medidas emergenciais em épocas epidêmicas. São necessários mais esforços de pesquisa no desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de controle do dengue, particularmente no de uma vacina preventiva. Não é impossível controlar os níveis de infestação do *A. aegypti* em nosso território, de forma a reduzir ao mínimo a circulação da dengue. Precisamos para isso, que o governo faça a sua parte e que a sociedade seja, de fato, considerada aliada, e para tal, precisa ser respeitada e bem informada para que possa exercer seu papel, controlando e colaborando com o processo em toda a sua extensão.

**Palavras-chave:** *Aedes aegypti*. Dengue. Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

BRAGA, I.A; VALLE, D. **Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil.** Epidemiologia e serviços de saúde, v. 16, n. 2, p. 113-118, jun. 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde: Dengue: diagnóstico e manejo clínico-adulto e criança. Brasília. 3ª ed., 2007

DIAS, J.P. **Avaliação da efetividade do Programa de Erradicação do Aedes aegypti: Brasil, 1996-2002.** 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10392/2/Tese\\_final\\_03\\_03\\_06-sec.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10392/2/Tese_final_03_03_06-sec.pdf)>. Acesso em: 6 em out. 2015.

DONALÍSIO, M.R; GLASSER, C.M. **Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue.** Rev. Bras. epidemiol, v. 5, n. 3, p. 259-272, dez. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=334089&indexSearch=ID>>. Acesso em: 4 nov. 2015.

Gil. A. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

LENZI D.F, COURA M. **Prevenção da dengue: a informação em foco.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 37, n. 4, p. 343-350, jul./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21191.pdf>>. Acesso em: 2 out 2015.

MARTINEZ TORRES, E. **Dengue.** *Estud. av.* [online]. 2008, vol.22, n.64, pp. 33-52. ISSN 1806-9592. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142008000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300004)>. Acesso em: 10 out 2015.

MMC, COSTA. et al. **Amigos do bairro contra a dengue: A experiência do distrito sanitário III da secretaria de saúde do Recife, na implantação de um projeto de participação popular em saúde.** Rev APS. 2012 out/dez; 15(4), p. 517-521. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1482/684>> Acesso: 13 de abr. 2016.

PINTO JUNIOR, VL. **Dengue e Chikungunya: coexistência possível no Brasil.** Rev Med Saude Brasilia 2014; 3(1), p. 3-2. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/viewFile/4957/3139>> Acesso: 11 de abr. 2016

REIS, C.B; ANDRADE, S. M. O; CUNHA, R.V. **Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 74-78. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100011)>. Acesso em: 10 set 2015.

RIBEIRO, A.F. et al. **Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas.** *Rev.*

*Saúde Pública* [online]. v.40, n.4, p. 671-676, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500017)>. Acesso em: 10 nov 2015.

SALES, F.M.S. **Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue:** um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 175-184. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100022](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100022)>. Acesso em: 10 nov 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue [monograph on the Internet]**. Geneva: WHO; 2002 [cited 2002 Sept. 18]. Disponível em: <<http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2015

---

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE A GRUPOS DE RISCO PARA A FEBRE CHIKUNGUNYA**

Ângela da Silva Monteiro Dantas  
Jordânia Albuquerque de Medeiros  
Lidyanne Rodrigues Leite Dias  
Allan Martins Ferreira  
Tamiris Guedes Vieira  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** A Febre Chikungunya é uma doença causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), arbovírus que pertence à família *Togaviridae* do gênero *Alphavirus*, o nome Chikungunya deriva de uma palavra, em makode falada por um grupo que vive no sudeste da Tanzânia e norte de Moçambique, que significa “aqueles que se dobram”, esse termo foi utilizado devido às fortes dores nas articulações causadas pela doença, que tem como vetores *Ae. Aegypti* e *Ae. Albopictus* (BRASIL, 2010). No ser humano tem um período de incubação, que ocorre em média de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias). Os mosquitos adquirem o vírus a partir de um hospedeiro virêmico. Depois do período de incubação extrínseca, o mosquito é capaz de transmitir o vírus a um hospedeiro suscetível, como o ser humano. Em seguida o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas). O período de viremia no ser humano pode perdurar por até 10 dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas (BRASIL, 2015). Os primeiros casos em humanos que apresentaram febre, exantema e artrite aparentando ser CHIKV foram relatados no início de 1770, porém, nesse período o vírus não foi isolado do soro humano ou de mosquitos até que ocorreu uma epidemia na Tanzânia que durou entre os anos de 1952-53 e logo outros surtos ocorreram subsequentemente na África e na Ásia; mas, no entanto, na Ásia, cepas de CHIKV foram isoladas durante grandes surtos urbanos em Bangkok e Tailândia em 1960 e em Calcuta e Vellore, na Índia, durante as décadas de 60 e 70 (BRASIL, 2010). A epidemia propagou-se do Oceano Índico a Índia, onde grandes eventos emergiram em 2006. Uma vez introduzido, o CHIKV alastrou-se em 17 dos 28 estados da Índia e infectou mais de

1,39 milhões de pessoas antes do final do ano. (BRASIL, 2010). No ano 2010, o Brasil registrou três casos importados (contraídos no exterior) da doença, o Ministério da Saúde passou a acompanhar e monitorar continuamente a situação do vírus causador da Febre Chikungunya. Diante do exposto o estudo tem como finalidade, descrever os cuidados de enfermagem frente a grupos de risco susceptíveis a Febre Chikungunya observando as fases dos sinais e sintomas da doença. Partindo deste contexto surgiu o seguinte questionamento: quais os cuidados de enfermagem aos grupos de riscos susceptíveis a Febre Chikungunya? A pesquisa teve como objetivos descrever os principais cuidados de enfermagem frente aos principais grupos de risco que podem ser infectados pelo vírus Chikungunya; identificar os grupos de riscos, e descrever as fases dos sinais e sintomas da doença e orientar quanto os cuidados com a Febre Chikungunya.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada através do site de indexação científica Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico, realizada no período de Outubro a Novembro de 2015. Utilizou-se como população, dez artigos, aos quais, constituiu-se uma amostra com seis artigos, que foram selecionados através dos descritores: Febre Chikungunya, Grupos de risco e Cuidados de enfermagem, entre os anos de 2010 a 2015. Os dados foram analisados a luz da literatura pertinente ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante o estudo dos artigos selecionados observou-se que após a contaminação com o vírus causador da febre de chikungunya, a doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. Quando se inicia o período de incubação ocorre à fase aguda ou febril, que dura até o décimo dia. Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração até 3 meses. Quando a duração dos sintomas persistem até 3 meses atingem a fase crônica, e a evolução das fases são basicamente iguais, não existe dados que relatem o tempo de duração exato da fase crônica (BRASIL, 2015). Na fase aguda ou febril é caracterizada pela febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, normalmente acompanhada de dores nas costas, cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, e ocasionalmente, podendo ocorrer edema (BRASIL, 2015). Já na fase subaguda a febre normalmente desaparece, podendo haver persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor e o comprometimento articular costuma ser acompanhados por edema de intensidade variável. Podem estar presentes também nesta fase a astenia, prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Alguns pacientes podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga e sintomas depressivos. Se os sintomas persistirem por mais de três meses, após o início da doença, estará instalada a fase crônica (BRASIL, 2015). E na fase crônica as características mais comuns é o acometimento articular persistente ou redicivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, sendo caracterizado por dor com ou sem edema, ocorrendo limitação de movimento,

deformidade e ausência de eritema. Outras manifestações descritas durante a fase crônica são: fadiga, cefaléia, prurido, exantema, bursite, parestesias, dor neuropática, e dores na região sacrilíaca, onde esta fase pode durar até três anos (BRASIL, 2015). No entanto a forma mais grave da Febre Chikungunya, frequentemente atinge um grupo mais susceptível, ou seja, conhecido como grupo de risco como: pacientes com comorbidades (história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças hematológica, anemia falciforme e hipertensão arterial sistêmica), crianças, pacientes com idade acima de 65 anos e gestantes, a infecção pelo vírus, no período gestacional não se relaciona aos efeitos teratogênicos, onde ocorreu relato de raros casos de abortamento espontâneo. Gestantes que adquirem CHIKV, no período intraparto podem transmitir o vírus ao recém-nascido por via transplacentária. A taxa de transmissão pode chegar até 49%, desses, cerca de 90% podem evoluir para formas graves, mas não foi notado evidências de que a cesariana e o aleitamento materno ofereçam risco de transmissão, sendo necessário o acompanhamento contínuo dessas gestantes com suspeita de Chikungunya, e caso ocorra à verificação de casos que indiquem risco de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período de parto é necessário acompanhamento no pré natal de alto risco (BRASIL, 2015). Aos pacientes portadores do vírus, é necessária uma avaliação mais detalhada, e um empenho maior da equipe de saúde para saber o início dos sintomas, o tempo que intercalou entre a febre e dores nas articulações, se eles pertencem ao grupo de risco ou se estão fazendo uso de algum medicamento, se estiveram em áreas onde houve registro de casos do vírus. O Brasil torna-se um país susceptível a grandes epidemias já que dispõe de clima favorável para a reprodução do transmissor, e até o momento não dispõe de nenhum tipo de vacina. Tornando-se assim um grande desafio para o Ministério da Saúde que aponta também para a identificação precoce de casos em área endêmica, ampliação da rede diagnóstica e o treinamento de equipes de saúde que é de extrema importância para saber diferenciar a doença das demais arboviroses cujos sinais e sintomas são semelhantes (DONALISIO; FREITAS, 2014). Em 2010 o Brasil registrou três casos autóctones da doença, o Ministério da Saúde passou a acompanhar e monitorar continuamente a situação do vírus causador da Febre Chikungunya. Até o dia 4 de Outubro do mesmo ano, o Ministério da Saúde registrou 211 de Febre Chikungunya no Brasil, sendo deles 74 confirmados por critério laboratorial e 137 por critério clínico-epidemiológico. Do total, são 38 casos importados de pessoas que viajaram para países com transmissão da doença, como República Dominicana, Haiti, Venezuela, Ilhas do Caribe e Guiana Francesa. Os outros 173 foram diagnosticados em pessoas sem registro de viagem internacional para países onde ocorre a transmissão. Desses casos 17 foram registrados no município de Oiapoque (AP) e 156 no município de Feira de Santana-BA (BRASIL, 2010). Desta forma um grande desafio se lança ao país, a ideia de uma possível epidemia não pode ser descartada já que temos meios propícios, para sua proliferação, e desta forma varias medidas devem ser adotadas, a fim de prevenir grandes agravos, logo ressalto que a forma de realizar os diagnósticos clínicos seja realizada com cautela com objetivo de que não confundam a Chikungunya com as demais arboviroses, lançando estratégias para que as equipes de saúde se tornem habilitadas para o tratamento dessas patologias. Dentre uma equipe multidisciplinar o enfermeiro é de fundamental importância, já que no âmbito da enfermagem a educação em saúde se faz presente como estratégia fundamental da enfermagem e cabe aos mesmos



orientar sua equipe, sobre casos confirmados e suspeitos de Febre Chikungunya, observando se dentro desses casos confirmados a existência de pessoas que pertençam ao grupo de risco tais como: gestante, neonatos, pessoas acima de 65 anos, e portadores de doenças crônicas, cabendo ao profissional acompanhamento contínuo do desenvolvimento da doença, a fim de prevenir agravos, como também orientar quantos aos cuidados preventivos para que não haja o alastramento desse vírus, sendo aconselhadas medidas simples como evitar lugares que já foram registrados casos confirmados a existência do vírus, remover água parada e demais depósitos que servem de fonte para proliferação do vetor causador da doença, já que o mesmo é transmitido pelo Ae. Aegypti. E caso haja casos confirmado a área deve ser mapeada para detecção e rastreamento de novos casos, formas que contribuem para um controle em casos de possíveis epidemias. E diante desta doença e da proporção que se tornou, ela é uma doença de notificação compulsória e desta forma cabe também a enfermagem a notificação dos casos suspeitos e confirmados para que se tenha os registros dos números de casos da região e conseqüentemente do Brasil nos últimos tempos, tendo em vista que através das notificações medidas cabíveis são tomadas para evitar mais casos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nos últimos tempos com o elevado número de casos destas arboviroses, dentre estas destaco a Chikungunya a enfermagem tem se preocupado com as questões ambientais e ecológicas, tendo em vista de que a enfermagem precisa estar comprometida com a manutenção da saúde da população com a finalidade de promover a saúde de todos e como um todo. Com a certeza que não é tarefa fácil logo a porta de entrada para garantir a saúde é a promoção da saúde através de orientações e a educação e ou conscientização da população para evitar doenças e ou agravos não é medida simples. Contudo neste estudo foi possível compreender as fases e os principais sinais e sintomas da patologia, quais grupos são mais suscetíveis, e como o seu agravamento pode trazer grandes danos, ressaltando que cabem aos profissionais de saúde, medidas preventivas, como a educação em saúde voltada para orientação e observação de casos suspeitos.

**Palavras-chave:** Febre Chikungunya. Cuidados de enfermagem. Grupos de riscos

## **REFERENCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya:** manejo clínico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br-pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Preparação e resposta a introdução do vírus *Chikungunya* no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 100 p.: il. Baseado no livro Preparacion y respuesta ante la eventual introduccion Del vírus chikungunya em las américas. Disponível em:<<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/preparacap-pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

DONALISIO, Maria Rita; FREITAS; André Ricardo. **Chikungunya no Brasil: um desafio emergente.** Rev. Brasileira Epidemiológica. Jan-Mar, 2015. Disponível em:<[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15000&catid=11&Itemid=1030](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15000&catid=11&Itemid=1030)>. Acesso em: 25 de Outubro de 2015.

---

## **QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM SOROPOSITIVIDADE PARA HIV/AIDS**

Maria Alice Ferreira Laureano  
Priscila Murielli Santos da Silva

Ana Paula Dantas da Silva  
Raquel Campos de Medeiros  
Tamiris Guedes Vieira

**INTRODUÇÃO:** O HIV conhecido como vírus da imunodeficiência humana, transmitido por via sexual ou contato direto ou indireto com sangue contaminado é uma doença estigmatizante com caráter de deterioração progressiva do sistema imunológico, onde é propiciado o seu agravamento através de doenças oportunistas. Estima-se que 17% de pessoas infectadas pelo HIV tenham DRC, que parece estar associada à infecção avançada pelo HIV-1, onde em níveis mais elevados de carga viral e em níveis mais baixos de linfócitos TCD4, acomete doenças vasculares e distúrbios metabólicos. (JÚNIOR GOMES, NASCIMENTO, 2012). O perfil epidemiológico da AIDS, desde sua descoberta, vem sofrendo transformações quanto a sua forma de disseminação, descaracterizando-a como uma doença restrita a grupos específicos. Tal modificação ocorreu em função da multiplicidade de fatores que modulam a epidemia, o que não lhe conferiu uniformidade, já que sua ocorrência aumentou entre homens heterossexuais, mulheres, populações socialmente mais vulneráveis, idosos e jovens (PARKER, 2002). Na evolução dos pacientes infectados pelo vírus do HIV ocorrem mudanças significativas, com uma acentuada diminuição das taxas de morbimortalidade nesta população. No novo cenário, essas doenças crônicas passam a fazer parte da história natural

da infecção por HIV, sendo assim, a definição de condutas terapêuticas para estes casos passa a ter fundamental relevância (MORENO; SIQUEIRA; NORONHA, 2011). As estratégias para o manejo dos pacientes eram focalizadas no pronto diagnóstico e no tratamento das infecções oportunistas. Era reconhecido que essas estratégias resultavam em uma sobrevida curta. O tempo médio para óbito após a primeira doença oportunista definidora de AIDS era de 9 (nove) meses, e a maioria dos pacientes morria em 2 (dois) anos após o início dessas doenças. Em meados dos anos 1980, havia um entusiasmo para a quimioprofilaxia contra as infecções oportunistas mais comuns, o tratamento antirretroviral da causa da imunossupressão de base tornou-se possível pela primeira vez aumentando a qualidade e a duração da sobrevida melhoraria para muitos pacientes capazes de tolerar e manter a adesão ao tratamento com antirretrovirais altamente ativos, onde trouxe a diminuição da mortalidade e da morbidade dos pacientes portadores de HIV, com aumento da qualidade e da expectativa de vida (ELIANE; ADRIANA; VIVYANNE, 2007). Por tanto ver-se necessário o conhecimento sobre as patologias associadas ao HIV/Aids para que haja uma boa assistência durante o tratamento com a finalidade que esse seja eficaz ao ponto do paciente ter uma perspectiva de vida maior, onde valer-se-á até que ponto o paciente é portador de HIV? Com a pesquisa objetivou-se analisar o quanto o HIV interfere na qualidade de vida do paciente portador do vírus.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica, realizada através de site de indexação científica Scielo onde utilizou-se como população de 15 artigos, e a amostra constituída por 12 artigos, escolhidas através dos critérios de inclusão serem relacionados a temática e publicadas nos últimos 13 anos. A coleta de dados se deu através dos descritores: HIV, Qualidade de vida e Saúde Pública, os quais foram analisados a luz da literatura pertinente ao tema no período de agosto a outubro de 2015.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Com o surgimento da AIDS na década de 1980, com os primeiros casos e a identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi marcada com grande sofrimento relacionado ao fato de ser uma doença grave e fatal que está associada ao contágio sexual como também ao uso de drogas ilícitas, trazendo forte impacto psicológico ao portador da doença (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Ainda é caracterizado como um evento catastrófico na vida das pessoas, o diagnóstico da Aids e é permeado por representações associadas à morte rápida e deterioração. Segundo Medeiros et. al., (2015), acresce-se a essas questões o fato de ainda não haver cura e da medicação não garantir uma vida sem o vírus, apesar de melhorar a qualidade de vida das pessoas. O universo que circunda a doença é um enigma, porém o tratamento e o acompanhamento de uma equipe especializada permite a difusão da carga emocional, do medo e do trauma acarretando melhores resultados, trazendo segurança ao tratamento. O tratamento antirretroviral tornou-se possível pela primeira vez aumentando a

qualidade e a duração da sobrevida e que melhoraria a qualidade de vida para muitos pacientes capazes de tolerar e manter a adesão ao tratamento com antirretrovirais altamente ativos onde trouxe a diminuição da mortalidade e da morbidade dos pacientes portadores de HIV, com aumento da qualidade e da expectativa de vida (ANDRADE, 2014). Em estudos feitos com gestantes verificou-se que o enfrentamento do diagnóstico de soropositividade gera grande impacto na vida das mulheres e que as mudanças advindas a partir dessa notícia possibilitam o surgimento de sentimentos distintos, que afloram em diferentes intensidades e manifestações, possibilitando alguns traumas, dores, medos, preconceitos e discriminações (MEDEIROS, et. al 2015). Em alguns estudos confirmam que uma análise sistemática à Qualidade de Vida em Pacientes com HIV/Aids tem uma grande associação a adesão ao tratamento. Com isso o reconhecimento da importância do tratamento gera mais eficácia na convivência diária com o vírus. Apesar de existir dificuldades, o enfrentamento com a adesão ao tratamento em HIV/AIDS decorre, em parte, da complexidade da TARV, na medida em que alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, outros em jejum, ou em sequências temporais combinadas com outros medicamentos, o que exige organização e compromisso do paciente em relação ao seu tratamento e outra barreira enfrentada refere-se à presença de efeitos colaterais (ELIANE; ADRIANA; VIVYANNE, 2007).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que a Qualidade de Vida é um campo complexo e pode sofrer interferência de diversos fatores como idade, sexo, escolaridade, estado civil e renda mensal, cabem aos usuários e prestadores de serviços de saúde identificar as necessidades de cada paciente durante tratamentos tão agressivos e demorados como o uso de antirretrovirais. Por se tratar de um tema ainda polêmico e estigmatizante, o estudo apresentou um número limitante de questionamentos acerca da Qualidade de Vida em pacientes soropositivos, por envolver não só os cuidados da enfermagem, mas por haver a necessidade de um acompanhamento mais eficaz de toda uma equipe envolvida no tratamento.

**Palavras- chave:** HIV. Qualidade de Vida. Saúde Pública

## REFERÊNCIAS

ELIANE, M.F.S. ADRIANA, M. VIVYANNE F. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral.** 2016. Disponível em: <<file:///D:/Desktop/artigo%20HIV.pdf>> Acesso em: 15 Nov. 2015.

FERREIRA B.E. OLIVEIRA I.M. PANIAGO, A.M.M. **Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico**, Rev Bras epidemiol, 2012; V 15,N1,P75-8. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/07.pdf> > Acesso: 12 set. 2015

GEOCZE L, MUCCI S, DE MARCO MA, NOGUEIRA-MARTINS LA, CITERO V DE A. Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients. Rev Saude Publica. 2010; 44:743-9

JÚNIOR J.S.M., GOMES R., NASCIMENTO E.F., **Masculinidade hegemonia, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS** ciência e saúde, 2012; V.17 n.2 p.511-520. Disponível em: < [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../Camila%20de%20Oliveira%20Arraes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../Camila%20de%20Oliveira%20Arraes.pdf) > Acesso em: 10 out. 2015.

MEDEIROS, A.P.D.S; ARAÚJO, V.S; MORAES, M.N et. al. **A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):362-7. Disponível em : < <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.17918> > Acesso em: 10 set. 2015

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.

SIQUEIRA, R.C, MORENO, C.N, NORONHA, I.L. Transplante renal em pacientes infectados pelo HIV. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.57 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000100023>> Acesso em: setembro,2015.

---

## **INCIDÊNCIA DE DIFTERIA NO BRASIL**

Amanda dos Anjos daCruz  
Rayane Badú de Sousa  
Tamiris Guedes Vieira  
Érica Surama Ribeiro César Alves  
José Hamylka Ventura Nunes  
Raquel Campos de Medeiros

**INTRODUÇÃO:** A difteria é uma doença transmissível de evolução aguda com manifestações locais e sistêmicas, considerada como uma importante causa de morbidade e mortalidade nos diferentes continentes, mesmo em países com programas de imunização infantil. A difteria causada pelo bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, produtor de toxina diftérica (TD), é caracterizada pela presença de pseudomembrana acinzentada no sítio de infecção devido aos efeitos da multiplicação desse bacilo e da resposta imune do hospedeiro (DIAS et al, 2011). É também uma doença imunoprevenível grave e potencialmente fatal, tem seu predomínio em crianças não adequadamente vacinadas, mas pode acometer pessoas susceptíveis de qualquer idade (CORREA, 2010). O principal reservatório é o próprio doente ou portador, sendo esse último o mais importante na disseminação do bacilo, por sua maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A transmissão se dá pelo contato direto da pessoa infectada ou portador com pessoa susceptível através de gotículas de secreção eliminadas por tosse, espirro ou gotículas de saliva ao falar. Sendo a via respiratória superior e a pele os locais habitualmente colonizados pelas bactérias. A transmissibilidade se dá até 2 (duas) semanas após o início dos sintomas, e o tratamento se dar pela utilização da antibioticoterapia de forma adequada onde erradica o bacilo diftérico da orofaringe em 24 a 48 horas após a sua introdução (BRASIL, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, (2014) a difteria ocorre durante todos os períodos do ano e pode afetar todas as pessoas não imunizadas, de qualquer idade, raça ou sexo. Observa-se um aumento de sua incidência nos meses frios quando é mais comum a ocorrência de infecções respiratórias, principalmente, devido à aglomeração em ambientes fechados, que facilitam a transmissão do bacilo. Contudo, essa diferença não é importante para as regiões que não apresentam grandes oscilações sazonais de temperatura ou onde a população mantém alto índice de aglomeração durante todo o ano. É uma doença cujo acometimento pode ser evitável através da profilaxia com a vacinação feita com o toxóide diftérico que promove proteção contra a toxina diftérica, sendo está a medida de controle mais importante da difteria, onde diminui a incidência de casos clínicos e reduz o número de portadores, induzindo a chamada “imunidade coletiva” (DIAS et al, 2011). Apesar do progresso na imunização e da melhoria das condições sanitárias, a difteria ainda hoje representa um problema de saúde pública mundial. Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: qual a incidência de difteria no Brasil? Então assim objetivou-se analisar a incidência de difteria no Brasil nos últimos anos e assim

evidenciar a tendência da doença.

**MATERIAIS E METODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza descritiva realizada através dos artigos indexados no SciELO, LILACS, além de dados retirados do Ministério da Saúde, nos meses de fevereiro e março de 2016, através dos seguintes descritores: Difteria. Incidência. Saúde Pública

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi observado no presente estudo que a difteria é uma doença responsável pelo maior número de óbitos a partir da 2ª semana do contágio da doença. Ela decorre da ação direta da toxina no miocárdio ou, ainda, da intoxicação do sistema de condução cardíaco e os sinais e sintomas mais encontrados são alterações de frequência e ritmo, hipofonese de bulhas, hepatomegalia dolorosa, aparecimento de sopro e sinais de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), cuja variações eletrocardiográficas mais encontradas são alteração de repolarização, extra-sístolias, taquicardia ou bradicardia, distúrbio de condução A-V e corrente de lesão (BRASIL, 2014). O registro de número de casos notificados no Brasil vem decrescendo progressivamente ao passar dos anos. Em 1990, foi confirmado um número alto, onde marcou com 640 casos de difteria, com coeficiente de incidência de 0,45/100 mil habitantes, reduzindo progressivamente até atingir 58 casos em 1999 (0,04/100 mil habitantes) e cinco casos em 2011 (0,003/100 mil habitantes). Destaca-se, entretanto, o ano de 2010, com uma ocorrência de um surto de difteria no Estado do Maranhão, onde foram notificados 28 casos. E desde 2007, ocorreram 04 óbitos pela doença, 03 destes somente no ano de 2010. A letalidade esperada varia de 5 a 10%, atingindo 20% em certas situações. Ao retratar a cobertura vacinal (CV) com a DTP vem se mostrando que foi se elevando, passando de 66%, em 1990, para mais de 99,5%, em 2011. E ao observar no ano de 2012 não foram confirmados casos de difteria no Brasil, logo em 2013 foram confirmados 04 casos da doença, sendo dois casos no Estado de São Paulo, um no estado de Pernambuco e outro no Paraná, já a incidência de difteria no ano de 2014, é a menor já registrada, desde a implantação da vacina, na década de 1970 (BRASIL, 2014). Assim, é possível afirmar que o número de casos de difteria decresceu progressivamente em decorrência da imunização através da vacina DTP (difteria, pertussis, tétano) e ressalta-se que a vacinação é o meio mais eficiente para conter a doença, pois os indivíduos imunizados poderão anular a ação da toxina responsável pelos sinais e sintomas. Diante disso, considera-se adequadamente vacinado quem recebeu na infância, três doses de vacina penta com a composição de DTP (difteria, tétano e coqueluche) associada à Hepatite B e Hib (*Haemophilus influenzae*) e tendo admitidas as doses de reforço da DTP (difteria, tétano e pertussis), como também quem recebeu a DT(adulto) cuja proteção é para difteria e tétano, sendo adotado para mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos e em gestantes para evitar o tétano neonatal, admitindo também o reforço para gestantes com DTPa (difteria, tétano e pertussis acelular) as quais comprovem a vacinação das três doses e havendo sido feita a última dose a mais de cinco anos. As crianças com sete anos ou mais, adultos e idosos não vacinados com ou sem comprovação de vacinação prévia devem e receber três doses da vacina DT (dupla adulto), com intervalo de pelo menos 30 dias entre as doses (intervalo ideal de dois meses). Chegasse com isso ao



entendimento de que a profilaxia é a maneira de prevenção e diminuição de incidência da doença que ainda acomete pessoas e leva a óbito no Brasil (BRASIL, 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pesquisa mostrou que a difteria é uma doença grave, com grande fator de morbi-mortalidade, oportunizou também caracterizar os casos de difteria nos últimos anos no Brasil, evidenciou a tendência da patologia através da análise dos dados obtidos e esclareceu a importância da imunização como principal fator de prevenção da doença. O que se pode observar é que a alta cobertura vacinal tem proporcionado uma diminuição de casos de difteria, no entanto, não está erradicada. É de fundamental importância reduzir o abandono do esquema vacinal, desta forma, o setor saúde precisa estar apto a lidar com a população, informando, divulgando, bem como programar ações visando ao controle efetivo da difteria, mantendo as campanhas e fortalecendo cada vez mais o Programa Nacional de Imunização em crianças menores de 5 anos.

Palavras-chave: Difteria. Incidência. Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Acesso em: 20 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** – 7. ed. – Brasília, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/%20.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Difteria.** Descrição da Doença. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CORREA. M.A. **Assistência De Enfermagem Ao Cliente Acometido Por Difteria.** Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online, 2ºEd. 536-539, out/dez., 2010. Disponível em:<



[http://C:/Users/Ciente/Downloads/Dialnet-asistenciaDeEnfermagemAoClienteAcometidoPorDifter-5091485%20\(1\).pdf](http://C:/Users/Ciente/Downloads/Dialnet-asistenciaDeEnfermagemAoClienteAcometidoPorDifter-5091485%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

DIAS, A.A.S.O. et al. **Difteria pelo *Corynebacterium ulcerans*: uma zoonose emergente no Brasil e no mundo.** *Rev. Saúde Pública* [online], V.45, n.6, p. 1176-1191, 2011. ISSN 0034-8910. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0034-89102011000600021&caller>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

---

## RELAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E PESSOA MASTECTOMIZADO.

Kalyane Souza Amarante  
Alda Gildilene Batista de Araújo  
Daniela Corina de Brito Santos  
Dennis Camargo Soares Ribeiro  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** O câncer é uma doença crônica grave que ocorre por intermédio da multiplicação desordenada das células que compõem o corpo humano. Trata-se de um conjunto com mais de cem delas relacionadas que se multiplicam e espalham-se de maneira anormal, formando uma massa tissular chamada de tumor. Normalmente estas deveriam ser eliminadas por apoptose, porém, elas continuam a crescer rapidamente e acabam originando novas estruturas defeituosas que se dividem aceleradamente e agressivamente sem controle que ao caírem na corrente sanguínea, se propagam por todas as regiões e passam a acometer a funcionalidade do organismo (ONCOGUIA, 2014). Embora nem todos os tumores sejam cancerosos, estes podem ser classificados como benignos por não apresentarem uma ameaça grave à saúde devido a sua localização limitada e maligna, pois possui partículas que não são controladas em seu crescimento e divisão através dos comandos genéticos (STRAUB, 2014). Estas possuem capacidade de migração; saem de seu local de origem e atacam, invadem e destroem os tecidos circunvizinhos levando a metástase que resulta em morte. Alguns subtipos têm o mesmo ou talvez um pior prognóstico, podendo ser diagnosticado através de vários exames como o físico e de imagem como ultrassonografia e mamografia que ao apresentarem alguma alteração é necessário à realização de biópsia. Os tratamentos são clínicos e cirúrgicos que podem ou não conservar a mama, caso haja a necessidade de retirada, reações psicológicas se manifestam decorrente das mudanças que associam a identidade da mulher ou do homem, como também na intimidade, maternidade, sexualidade e imagem corporal. Esse mix de sentimentos provoca o início de um percurso de sofrimento, mal-estar e muita tristeza em decorrência da representação desta em sua vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2015). A fé também tem sua contribuição na recuperação, pessoas que são religiosas, ou que tenham ligações com alguns grupos, sejam eles qual for conseguem se adaptar melhor aos tratamentos, sendo comprovado por médicos que trabalham em hospitais oncológicos em que os clientes rezam, ou seja, ligados a alguma religião, ou até mesmo recebem orações de visitas acabam tendo uma recuperação visível quando comparados às pessoas que não tem fé e não recebem visitas que acabam tendo mais

difficuldade em se recuperar da doença. O  ndice de morte dessas pessoas   maior do que o das que são estruturadas emocionalmente (RODRIGUES; ZAGO,2014).Objetivou-se apresentar as reais necessidades psicológicas desses pacientes garante a elaboração mais detalhada dos cuidados específicos nos cuidados de enfermagem que serão prestados com mais qualidade, desde o início do tratamento.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Tratou-se de uma revisão de literatura com busca de fontes secundárias de informação nas bases de dados do Google Acadêmico, Bireme, Lilacs e SciELO em Outubro de 2015. Foram selecionados 40 artigos, um protocolo do ministério da saúde e três livros, de modo que restaram 07 artigos publicados no período de dois mil e onze a dois mil e dezesseis, o protocolo do ministério da saúde e dois livros; através dos seguintes descritores: Imagem Corporal, Câncer de Mama e Mastectomia.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Auto Exame   prático e indicado tanto para homens e mulheres se auto examinarem, porém   necessário ter conhecimento e consciência do quanto   importante este ato, sempre observando e identificando com massagens circulares na região peitoral a presença de nódulos. A dor não descartada mesmo que não seja muito frequente nesses casos (OSHIRO, et al, 2014). Topograficamente, as mamas são divididas em quadrantes superiores/lateral e medial, inferiores/lateral e medial e região central. A divisão é importante para a localização e correlação dos achados de exame clínico e de imagem. As glândulas mamárias estão presentes em mulheres e homens, só que neste ultimo em menor quantidade. Geralmente os seios são de tamanhos diferentes, com assimetria discreta (BRASIL, 2014). O diagnóstico para o câncer continua sendo uma triste realidade em diversas regiões do nosso país, primeiro pela falta de conhecimento de muitos sobre a patologia, o difícil acesso da população aos serviços de tratamento, como também a ausência de capacitação adequada para que atuem na área oncológica. Todas essas complicações deixam dúvidas nos usuários que recebem este diagnostico, principalmente pelo comprometimento muitas vezes de sua estrutura física. O papel da imagem corporal vai além do aspecto bio-psico-social, ela está em constante construção e assume componentes subjetivos, pois o corpo está em constante transformação seja o individuo estando com saúde ou doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2015). Diversos sentimentos acometem esses pacientes, desde o início do rastreamento, que a grande maioria define como um percurso de sofrimento, negação, mal-estar, muita tristeza e depressão em decorrência da necessidade de passar por um longo tratamento com medicações, radiações, quimioterapia e até a retirada do seio, que é muito importante durante todas as fases da vida, pois estas passam por diversas alterações hormonais próprias da puberdade, na gestação e na menopausa. Em cada uma dessas fases o formato mamário responde de maneira diferente levando sempre em consideração os hábitos de vida de cada um, alimentação, a prática de atividade física que acabam influenciando diretamente nas alterações físicas, muito embora nem todas estejam associadas a alguma enfermidade (MINHA VIDA, 2011). Compreender isso é de suma importa ncia para que o medo não tome conta, impedindo a procura por um profissional especializado que d  esclarecimento ou diagnostico para esses achados, visto que o cuidado é indicado para todos, indiferentemente do sexo. Uma das queixas mais comuns em consultórios   mastalgia que muitas vezes pode está relacionada a mudanças ortopédicas ligadas ao tamanho da glândula mamária. Sua ocorrência normalmente ocorre de forma bilateral e próxima ao período menstrual em virtude da variação de hormônios predominante nesse período (COSTA;et al, 2012). O uso de uma nova substância chamada Fosfoetanolanina conhecida como a “pílula do câncer”, supostamente é capaz de curar neoplasias, passou uma porta de esperança para pacientes e familiares que vivem este drama, embora não haja

comprovação da sua eficácia contra ela. Além disso, a sua distribuição à população é ilegal, pois segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ela não pode ser considerada um remédio e sim um produto químico. As pesquisas documentadas foram realizadas com animais e células humanas in vitro, que são os primeiros passos de qualquer estudo científico, sendo necessária a realização de várias etapas desse estudo para comprovar que ela realmente tem alguma função no tratamento. Sem um estudo oficial, registrado pela instituição nacional reguladora de medicamentos, a entrega de cápsulas contendo fosfoetanolamina sintética para fins medicamentosos passa a infringir a lei 6.360/7 que impede a entrega, a venda e industrialização de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos para consumo sem o registro da agência (NEUMAN, CAMILA 2015).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A reação ao diagnóstico depende da personalidade, tipo de doença, opções de tratamento e fatores ambientais. Quando este é benigno a sensação de alívio está direcionada às chances de não morrer, para a grande maioria dos que recebem a confirmação de maligno, estes ficam tão impactados com a notícia que se portam como se estivessem recebendo sua sentença de morte. Os próprios familiares e amigos tratam o doente como se ele estivesse prestes a falecer, ou até mesmo querem saber quanto tempo de vida ele ainda tem. É nítido e claro que os acometidos por alguma neoplasia conseguem identificar através do olhar as pessoas que ficam penalizados com a sua situação, uma vez que, embora tentem disfarçar eles acabam transparecendo. Com o psicológico fragilizado, o medo de falecer e ficar só, no caso das mulheres em vida fértil o temor de não poder amamentar torna praticamente impossível enfrentar essa batalha. O seio é tido como um símbolo feminino e perdê-lo são como perder a própria vida, já que a remoção acaba modificando a autoestima. O profissional de enfermagem precisa ter habilidades técnicas de comunicação, que irá coletar durante a assistência as mudanças sociais e emocionais que mais aflige o enfermo ou até mesmo seus próprios conflitos internos. Baseado nisso, cabe ao enfermeiro estar presente e integralmente durante a assistência médico hospitalar sempre priorizando o cuidado com zelo, afetuoso e comprometido nas novas condições de vida de ambos os sexos, como também ficar atento aos possíveis diagnósticos de risco relacionados à negação, raiva, barganha, depressão e aceitação que invadem a mente de maneira enérgica e insistente deprimindo e prejudicando significativamente o usuário. A atuação de uma equipe multiprofissional composta por médico oncologista, enfermeiro oncologista, psicólogo, nutricionista, odontologista entre outros, garantirão a eficácia da recuperação desde o tratamento propriamente dito até a prevenção de aparecimento de possíveis focos de infecção. É importante receber carinho no decorrer das mudanças que não só são físicas, mais também emocionais como a ansiedade e a depressão. A elaboração de condutas terapêuticas precisa ter a finalidade de colaborar com este indivíduo para que retorne gradativamente suas atividades e melhora sua convivência diária. Tendo em vista os aspectos mencionados, observamos a necessidade de conhecimento sobre essa temática para melhoria da assistência dada pela enfermagem através dos subsídios como conforto físico, e apoio bio-psico-social que irá assegurar-lhe uma boa qualidade de vida durante a sua recuperação, uma vez que esta é uma equipe facilitadora no processo de enfrentamento necessário para vencer a patologia. Um atendimento humanizado, de qualidade e direcionado desde o início será uma importante ferramenta para a reabilitação destes no

meio social.

**Palavras-chave:** Câncer de Mama, Imagem Corporal, Mastectomia.

## **REFERÊNCIAS:**

BRASIL, MS – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado 2015 Abr 04]. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/2014/> Acessado em 18/11/2015 às 17h35min.

COSTA, Sonia et al. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro de mama., Psicologia, Saúde & Doença.2012, 13(2), 327-339.

INSTITUTO ONCOGUIA. Alterações Benignas das Mamas, 2014. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/alteracoes-benignas-das-mamas/1381/34/>, Acesso em 17/10/2015 às 10h21min.

**MINHA VIDA – Conheça o verdadeiro papel do seio na sexualidade, 2011.** Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/materiais/12671-conheca-o-verdadeiro-papel-dos-seios-na-sexualidade>, Acessado no dia: 17/10/2015 às 13h23min.

NEUMAN, Camila. **Droga da USP não tem ação comprovada contra câncer; ANVISA diz que é ilegal.** Uol Notícias, 2015. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/10/16/droga-da-usp-nao-tem-acao-comprovada-contracancer-anvisa-diz-que-e-ilegal.htm>, Acessado em: 18/10/2015, 19hrs15min.

OSHIRO, M.L. et al. Câncer de Mama Avançado como Avento Sentinela para avaliação do programa de Detecção precoce do câncer de mama no Centro- Oeste do Brasil, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2014, 15-23p.

RODRIGUES, I.G; ZAGO, M.M.F. **Enfermagem em cuidados paliativos. O mundo da saúde.** São Paulo, ano 27,n.1, v.27, p. 89-92, jan/mar, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Alterações benignas de mama, 2015. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/alteracao-benignas-de-mama.php> Acesso em: 17/10/2015 às 14h20min.

## REFLEXOS DA HISTORIA DA LOUCURA NA ATUALIDADE

Everson Rener Marque dos Santos  
Maria Lara Medeiros da Silva  
Raiza Ferreira de Assis  
Tarciana Sampaio Costa

**INTRODUÇÃO.** O fenômeno da loucura está presente na história de qualquer sociedade. Contudo, não é um fenômeno que tenha sido representado apenas de uma única forma, pelo contrário, a loucura vem sendo pensada e interpretada socialmente de diversas formas e a partir de vários pressupostos (FABRIS; YKEGAYA, 2011). Dessa forma, percebe-se que, desde os primórdios há aproximação do louco com os indesejados, estabelecendo-se um paralelo entre o louco e o criminoso: ambos são indesejados e deveriam ser mantidos reclusos porque constituíam um mal à sociedade; essa visão é herança de desde o renascimento (com a carga de imagem de algo indesejado sendo transferida do leproso para o louco de que a doença se decorria do castigo divino, resultando assim na exclusão do mesmo pela sociedade), a idade clássica (onde se tinha a quebra dos “padrões” sociais pelos loucos, levando-os a serem misturados com os mendigos, os errantes, desviantes, como a prostituta, o vagabundo e os delinquentes, tendo assim o enclausuramento do louco, de um movimento de separação mediado pela ruptura entre razão e desrazão), a modernidade (o louco passa a ser cuidado e tratado pela psiquiatria e surge a definição que a disciplina é o elemento chave para o tratamento e a cura para a loucura, onde se tem organização de espaço, controle de tempo e vigilância, implicando no ampliamto do conhecimento contínuo acerca da doença, tendo por consequência o aumento elevado do enclausuramento de loucos tendo pano de fundo a pseudo-justificativa de que eram para fins científicos e melhorias da saúde dos pacientes, quando na verdade a “limpeza” da sociedade estava ocorrendo como bem queriam os chamados “normais” para o padrão da época). Diante de protestos e reivindicações, um novo paradigma emerge, onde a reforma psiquiátrica objetivava transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Propõe com isso a substituição do modelo manicomial para a criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária. A reforma psiquiátrica deixa de ser entendida como única e exclusivamente de medidas emanadas no estado, sejam políticas sociais, sejam políticas específicas para o campo da saúde mental (CARVALHO et al., 2012). Considerando tal perspectiva, é de grande valia conhecer os fatos

históricos que provocam reflexos na sociedade até os dias atuais, repercutindo no tratamento do paciente, apesar da adesão a proposta da Reforma Psiquiátrica.

**OBJETIVO.** Identificar os reflexos da história da saúde mental nos dias atuais.

**METODOLOGIA.** O estudo é do tipo bibliográfico, na qual o pesquisador tem “uma atitude uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta uma “carga histórica” reflete posições frente a realidade (MINAYO, 2010). Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados em sites indexados: Scielo, Bireme e Lilacs, datados entre os anos de 2011 a 2016, em língua brasileira portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: a história da psiquiatria. Para tanto utilizou-se os seguintes descritores: Transtorno Mental, Enfermagem Psiquiátrica, História da Saúde Mental. como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo dessa pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica pertinente ao estudo.

**RESULTADOS:** Diante de leituras e investigações em artigos, identificou-se os principais aspectos que permeiam a ótica da sociedade em relação do louco, quais sejam: violência ou agressão, medo, ação sobrenatural (castigo divino e possessão), exclusão e vergonha. Em relação à violência, tem-se segundo GATTAZ (2011) a crença de que as doenças mentais estão associadas à violência, é historicamente constante e culturalmente universal. Essa percepção pública tem conseqüências na prática social (estigma) contra indivíduos portadores de doenças mentais. A estigmatização do doente mental é o maior obstáculo para sua reintegração social. No que diz respeito ao medo, o que leva-se a permanência dessa visão são as características do transtorno de personalidade anti-social que são, em si, predisponentes para atos contra a sociedade: indiferença pelos sentimentos alheios; desrespeito por normas sociais; incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldades em estabelecê-los; baixo limiar para descarga de agressão e violência; incapacidade de experimentar culpa e aprender com a experiência, particularmente punição; e propensão marcante para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que levou ao conflito com a sociedade (GATTAZ, 2011). A visão de que a loucura decorre de causas sobrenaturais é herança do renascimento na idade média. O leproso não era tido unicamente como doente, mas recaía sobre ele uma interpretação moral/religiosa: ele era indicativo da ira ou da bondade divina, a loucura, como incógnita (sem definição de patologia), ocupa na concepção da época o lugar do leproso, a partir de uma perspectiva moral excludente que retoma a idéia do castigo divino (FABRIS; YKEGAYA, 2011). Tratando-se de exclusão remonta-se a visão da idade clássica se chamou de enclausuramento do louco, de um movimento de separação/classificação mediado pela ruptura entre razão e desrazão, se os leprosos eram a materialização de um poder transcendental e justamente por isso deveriam ser excluídos, os loucos, enquanto incompatíveis com a razão/moral/regra deveriam ser penalizados, excluídos, silenciados na medida em que eram trancafiados dentro dos hospitais, uma espécie de saneamento das cidades vem a enquadrar todas as figuras mal quistas dentro de limites bem traçados e explícitos: os ‘normais e os outros’, os que podem ser vistos e os

que merecem a escuridão (FABRIS; YKEGAYA, 2011). Quando se trata de vergonha dos loucos é de caráter descendente do renascimento: onde a loucura é vista como o “outro” da razão, a desrazão: como uma verdade em si mesma, que nega a razão e é o seu lado obscuro, desconhecido, esta concepção justificou a exclusão social do louco da sociedade renascentista; da idade clássica: a perturbação e a insensatez do louco fogem de padrões morais estabelecidos pela ordem vigente, ou ainda, indicam os que superaram ou transgrediram a própria razão, por estes motivos, a loucura, a partir deste momento, é identificada também com as várias formas de desvio social. A figura do louco se mistura à figura do mendigo, do errante, ou de qualquer tipo social desviante, como a prostituta, o vagabundo e os delinquentes, logo: o pobre e o ocioso, o devasso e o libertino, o blasfemo, e também o louco. São todos múltiplos personagens distintos entre si – da desrazão, e por isso são imorais. Como tais, isto é, como figuras da desrazão, da falta moral por excelência, eles devem ser terminantemente enclausurados. Desse modo, o internamento se configura como reclusão e punição, ou melhor, tem como função e significado esse caráter. (FABRIS; YKEGAYA, 2011), no Brasil o mesmo também ocorria tendo sido o Brasil elevado de colônia a sede do Reino Unido, e buscando ser reconhecido no cenário internacional, em 1816, e declarado independente desde 1822, deveria ainda cumprir as muitas condições exigidas para a sua entrada no seleto clube das nações modernas, o que incluía não só a organização de um centro político estável e de um sistema político representativo, mas ainda o estabelecimento de padrões culturais e institucionais próximos aos cânones europeus (ODA; DALGALARRONDO, 2011) o que incluía a “limpeza” das ruas, retirando da convivência social todo e qualquer indivíduo que fosse considerado perturbador da ordem e da paz social; épocas em que ter um familiar ou algum conhecido próximo louco determinava o status de inferior diante da sociedade que buscava o desenvolvimento e a plenitude da boa fama na sociedade, e o louco prejudicava esse almejado objetivo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Compreende-se que desde os primórdios, a loucura tem sido “tratada” das mais diversas e questionáveis formas; as mudanças que ocorreram, após a Reforma Psiquiátrica, como o fechamento dos asilos e casas de internação foram cruciais para que houvessem mudanças na visão da sociedade diante do tratamento para com o portador de transtornos mentais. Os reflexos que decorrem, como demonstrado, das heranças históricas ainda permeiam o cotidiano da sociedade e influenciam a relação doente-sociedade, pois ao mesmo tempo em que regimentos e legislações determinam mudanças, o senso comum implícito na sociedade se torna uma barreira deveras difícil de traspasar, o medo que se tem de um paciente, na maioria dos casos, é o responsável por mudanças na postura do restante da sociedade, e o mesmo ocorre na própria família do doente quando se enfrenta casos de exclusão da sociedade e vergonha do doente pelo fato de que a visão social não “aceita” indivíduos que não seguem os padrões determinados.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. História. Medo.

## **REFERÊNCIAS**

FABRIS, D. R; YKEGAYA, T.G. Da loucura ao transtorno mental: a constituição de políticas

sociais e seus pressupostos. **Revista Tempo da Ciência**, Rio de Janeiro, v.18, n.35, p.137-151, 2011. Disponível em: [www.revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/download](http://www.revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/download). Acesso em 02/05/2016.

CARVALHO, J. M. O caminho da loucura. **Cadernos Unifoa**, Rio de Janeiro, v.20, n.01, p.71-83, 2012. Disponível em: [www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679/41526](http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679/41526). Acesso em: 02/05/2016.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 17<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 80 p.

GATTAZ, W. F. Transtorno de personalidade anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n.05, p. 5-8, 2011. Disponível em: [www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES](http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES). Acesso em: 02/05/2016.

ODA, G. R; DALGALARRONDO, A. M. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da Psiquiatria. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 07, n.01, p. 128-159, 2011.

---

## **RELAÇÃO ENFERMEIRO – PACIENTE: uma ferramenta para a efetivação da assistência de enfermagem**

Sosthenes dos Santos Alves  
Dayanne Barbosa Wanderley  
Sabrina Alves de Lucena Santos  
Cícera Maria Joaquina Bezerra de Lacerda  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** O enfermeiro coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente, portanto, é fundamental que o profissional saiba ter relação interpessoal não somente com a equipe, como também, com o paciente e familiar, pois somente pela comunicação efetiva a assistência será de fato, efetivada. O contato com o sofrimento e a dor é inerente às profissões que prestam assistência à saúde, inevitável na enfermagem, voltada ao cuidado de corpos e mentes. Quando os enfermeiros se deparam com graves ferimentos, doentes terminais ou situações de abandono e de carências da população assistida ficam sujeitos a reações de angústia, impotência e sofrimento no exercício de sua função. Cuidar de pessoas, tanto sadias quanto enfermas, implica não apenas lidar com procedimentos e situações de vida e morte, mas também refletir sobre a sua própria experiência e sentimentos. O cuidado é como um ato de interação, constituído de ações e atividades de enfermagem, dirigidas ao paciente e com ele compartilhadas, envolvendo o diálogo, o ouvir, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto, a descoberta do outro, esclarecendo



dúvidas, cultivando a sensibilidade, valorizando-o e compreendendo-o (RAZERA, 2011). A comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e ao grupo que estão vivenciando o processo de hospitalização, podendo resultar em estresse e sofrimento. Para tanto, o enfermeiro é capacitado a reconhecer a interação enfermeiro, cliente e família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a assistência humanizada. A equipe de enfermagem na rede hospitalar deverá estabelecer uma relação que ultrapasse o cuidado físico, por meio de ações humanizadas, favorecendo a sua recuperação com qualidade. Esse trabalho tem como objetivo central apresentar a relação entre o enfermeiro, o paciente e o acompanhante atrelado ao trabalho da enfermagem e a efetivação da assistência, e identificar os fatores comportamentais que permeiam o relacionamento entre a tríade: enfermeiro, família e paciente.

**METODOLOGIA:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de março de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Comunicação, cuidados de enfermagem e relações Enfermeiro-paciente. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2011 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Relação enfermeiro-paciente. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, proporcionando a compreensão do cliente em sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado (RAZERA, 2010). *Relação enfermeiro - paciente* - Quanto à interação dos profissionais com os pacientes, esta é considerada positiva, sendo que a equipe se envolve mais com alguns pacientes do que com outros. Quando os profissionais conseguem representar uma estimulação visual aos pacientes, isso pode proporcionar uma interação maior com eles, especialmente com aqueles pacientes que não se comunicam verbalmente; por exemplo, quando seguram uma foto do paciente para mostrar a ele, ao mesmo tempo em que dão um sorriso ao paciente e pedem para ele olhar, isso pode fazer o paciente reagir pelo movimento com os olhos e até mesmo interagir com o profissional. *Necessidades emocionais básicas* - Todos têm as mesmas necessidades emocionais básicas. Essas foram categorizadas por alguns autores como amor, confiança, autonomia ou autocontrole, autoestima, identidade e produtividade. Outra relação inclui o desejo de reconhecimento, novas experiências, a segurança e a resposta – o dar e o receber da apreciação pessoal, o amor e a afeição. As necessidades precedentes estão sumarizadas como: (1) inclusão (2) controle e (3) afeição. A não realização de uma necessidade conduz a consequências indesejáveis. A discrepância entre a necessidade e seu preenchimento resulta no sentimento que é denominado ansiedade. A necessidade de inclusão é definida no aspecto comportamental como a utilidade de se estabelecer e se manter relações satisfatórias com pessoas no que diz respeito à associação e interação. O profissional de enfermagem pode analisar sobre dúvida que o paciente tenha como o que espera do tratamento, e como espera que o ajude; pode fornecer alguma orientação a respeito da finalidade de sua responsabilidade profissional, explicando que ela está disponível para ajudá-lo de várias formas e que se manterá interessada nele como um

indivíduo. A necessidade de controle é o dever de se estabelecer e manter uma relação satisfatória com outros relativamente ao poder, a tomar decisões e de autoridade. São atitudes da enfermagem, auxiliar o paciente a adquirir responsabilidade, fazendo com que tome decisões a cerca de seu próprio cuidado, pois estas auxiliam o aumento do sentido de autocontrole e de responsabilidade. A necessidade de afeição representa estabelecer-se uma relação de dar e receber com outra pessoa baseada numa ligação mútua. O paciente pode voltar-se para o especialista para compartilhar suas coisas, especialmente se um membro da família não está presente. A *imagem corporal* - o termo Imagem Corporal vem sendo usado freqüentemente tendo como foco de investigação o corpo humano. A compreensão do conceito de Imagem Corporal está vinculada ao significado dos termos imagens e corpo e que sua definição não é simplesmente uma questão de linguagem, tem uma dimensão muito maior, se pensarmos na subjetividade de cada indivíduo. O conceito de imagem corporal é a maneira pela qual a aparência física aparece para o indivíduo, correspondendo à representação mental do próprio corpo. As mudanças físicas que ocorrem com o envelhecimento, de maneira gradual, trazem para o indivíduo uma modificação de sua própria imagem e, muitas vezes, podem ocasionar uma diferença entre a imagem desejada e a imagem real. A forma como as pessoas percebem sua imagem corporal tem consequências importantes sobre sua saúde e qualidade de vida. Portanto, a comunicação é um ponto positivo que permeia a interação enfermeiro–cliente e que pode se tornar terapêutico. Os cuidadores devem promover o bem-estar, tanto para doentes quanto para familiares. Devem perceber a importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade, de forma efetiva e com qualidade. Quando os profissionais da enfermagem delegar atividades administrativas, como normas e rotinas e se envolverem de forma comprometida com os cuidados humanos, aliados a habilidade técnica - científica, obterão resultados mais positivos frente ao processo de humanização da assistência. O cuidar é apoiado, fundamentalmente, na disponibilidade da equipe de enfermagem para unir razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade. Neste contexto, o enfermeiro que proporciona o inter-relacionamento com clientes e seus familiares consegue planejar um cuidado humanizado e, favorecido pela colaboração da família, promove uma relação de confiança para a qualidade da assistência. O cuidado complexo envolve necessidades biopsicosócio-espirituais e afetivas e está diretamente relacionado ao processo de comunicação entre o enfermeiro–cliente. Para haver o cuidado eficaz, ambos os sujeitos precisam compreender os sinais que determinam as relações interpessoais, seja pelos gestos, expressões ou palavras. A comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e a família que estão vivenciando o processo de hospitalização, podendo resultar em estresse e sofrimento. Para tanto, o enfermeiro é capacitado a reconhecer a interação enfermeiro – cliente – família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a assistência humanizada. Nesse contexto, o enfermeiro tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. O significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem. É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, paciente e familiar favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência de enfermagem, com interação entre os cuidadores/familiares.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Há emergente necessidade de investir na prática humanizada de enfermagem, objetivando a melhor condição de vida possível para o paciente e seu familiar.

A comunicação é o grande fator positivo na relação equipe – paciente – família. O equilíbrio emocional deve permear a assistência e possibilitar o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde. A focalização do cuidado de enfermagem nos princípios da humanização, aliando o cuidado técnico ao cuidado emocional, possibilita a solução de vários problemas que interferem no relacionamento da tríade. Permite, ainda, aos profissionais lidarem com as limitações e conflitos de uma forma mais saudável, respeitando valores e concepções do outro. Desta forma, a identificação de fatores comportamentais intervenientes na comunicação compõe relevante elo de humanização da assistência, favorece o desenvolvimento de estratégias que fortalecerão a construção individual e melhor enfrentamento profissional. Conclui-se que é importante existir a relação entre paciente, enfermeiro e acompanhante, pois favorece um bom relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade, para que não prejudique o trabalho do profissional de enfermagem. Percebe-se que quando o responsável permanece afastado do paciente e/ou não presta informações adequadas gera sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e sensação de falta de cuidado na instituição hospitalar.

**DESCRITORES:** Comunicação. Cuidados de enfermagem. Relações Enfermeiro-paciente.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 341-7, 2010. < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a05.pdf>.> Acesso em: março de 2016.

FARIAS L, S. E.; LUCIA C. D. M. Estresse nas relações enfermeiro/paciente: revisão integrativa. **JournalofNursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 7, 2014. < <http://portal.estacio.br/media/4596476/ok-horus%20art%20estresse%20da%20equipe%20-%20reinaldo.pdf> > Acesso em: março de 2016.

PRUDENTE, J, A, B, et al. **O desgaste de trabalhadores de enfermagem no cuidado a pacientes onco-hematológicos hospitalizados**. 2014. < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/38299/24831> > Acesso em: março de 2016.

RAZERA, A.P.R.; BRAGA, E. A. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatório. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.3, p. 632-637, 2011. < <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033310012.pdf> > Acesso em: março de 2016.

SENGER, L, M, A. **O trabalho do enfermeiro no cotidiano hospitalar: formação e desenvolvimento profissional**. 2012. < <http://btd.unisc.br/Dissertacoes/LinaraSenger.pdf> > Acesso em: março de 2016.

---

## RELAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ESTÁGIO TERMINAL

Aline Alves Macena  
Ednalva da Graça Sampaio  
Maria Edileide Alexandre Alves  
Sílvia Ximenes Oliveira

**INTRODUÇÃO:** O Câncer é uma doença atualmente considerada um problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento, onde a estimativa para as próximas décadas seja um impacto de 80% na população dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (INCA, 2015). Ser diagnosticado com câncer é uma das mais difíceis situações apresentadas atualmente, em alguns casos, pode-se ser identificada a doença em seu estágio inicial, onde as chances de cura são maiores, porém, em sua maioria os cânceres são diagnosticados em estágios avançados, dificultando ou até mesmo anulando as chances de cura. É necessário uma abordagem multiprofissional para o tratamento de Cuidados Paliativos. Entretanto, a Enfermagem é quem está mais próxima ao paciente e seus familiares nesse momento por permanecer 24 horas no ambiente hospitalar, seja o enfermeiro ou a equipe de Enfermagem, atuando como componente chave da equipe multiprofissional por conseguir se inserir mais amplo e profundamente no cotidiano dos pacientes e familiares conhecendo assim seus medos, angústias e até mesmo a necessidade que cada um apresenta (SILVA; SILVEIRA, 2015). Para isso é necessário uma equipe preparada de forma técnica como também de forma emocional, não que assim a equipe consiga não se envolver ou se colocar no lugar do outro, mas para com isso conseguir lidar com o sofrimento em saber que aquela pessoa e família que foi acompanhada por muito tempo passará pelo momento mais doloroso que é a morte. E enfermagem é a profissão ligada com o cuidar, o que significa prestar assistência, como também saber ouvir, falar e olhar a pessoa como um todo. Com isso fazemos apresentamos o seguinte questionamento: É possível a equipe de enfermagem não se envolver com o sofrimento do outro? Não se abalar de forma emocional? O presente artigo tem como objetivo apresentar informações sobre a relação da equipe de enfermagem com o paciente portador de câncer em estágio terminal e seus familiares e informar sobre os cuidados paliativos prestados a estes. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura especializada, realizada entre os meses de fevereiro a abril de 2016, no qual realizou-se uma consulta a livros e periódicos presentes na base de dados do Scielo e da BIREME, a partir de fontes Medline e Lilacs. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde. As palavras-chave utilizadas foram: enfermagem, câncer, cuidado paliativo. Do material obtido, procedeu à leitura de cada resumo/artigo destacando aqueles que respondiam ao objetivo deste estudo, a fim de analisar os dados. A seleção dos artigos, bem como a leitura minuciosa dos mesmos, foi finalizada quando se tornaram repetitivos, resultando em uma amostra de 10 artigos, obedecendo ao critério de inclusão: artigos publicados em língua Portuguesa e de circulação

Nacional. Os dados foram analisados a luz da literatura pertinente ao tema. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Com o avanço da área da saúde não é fácil aceitar ainda a existência do diagnóstico de câncer, principalmente em seu estágio terminal. Neste momento o ser humano percebe que é mortal e os valores que existiam antes agora passam a serem revisados, as crenças são colocadas em cheque e a vida passa a ser revista com um olhar mais crítico (MARQUES; FERREIRA; BOTELHO, 2013). Pacientes em estado terminal apresentam uma maior aproximação de Deus, sendo a questão espiritual uma forte aliada a aceitação da doença. Nesse estágio da doença o tratamento do Cuidado paliativo necessita de toda uma equipe multiprofissional, sendo claro que a Equipe de Enfermagem está mais próxima do paciente, por passar mais horas do dia com este e sua família. Resultando assim em uma maior aproximação destes profissionais com o paciente e seus familiares. Com tudo a equipe precisa ter um olhar amplo, colocar em prática toda a questão da humanização que ele aprendeu durante sua vida acadêmica. A assistência de enfermagem quando relacionada aos cuidados paliativos deve considerar o paciente como ser único complexo e multidimensional: biológico, emocional, social e espiritual. Tornando-se um cuidado integral e humanizado, sendo possível apenas quando Enfermeiro faz uso e compreende a comunicação verbal e não-verbal (ARAÚJO; SILVA, 2007). Passar para o paciente e seus familiares segurança e afeto, tentar mostrar que a morte é um processo natural da vida e que um dia todos passaremos por essa fase é também um dos meios de aceitação do momento. Conversar, se mostrar capaz de ajudar diminuindo a dor e o sofrimento, fazendo com que a morte acontece de forma mais digna possível é um dos princípios dos Cuidados Paliativos. É impossível não haver uma relação interpessoal entre profissionais, pacientes e familiares, porém saber lidar com a perda de forma técnica ainda é um dos grandes desafios para uma profissão que se forma com o objetivo de no fim sempre celebrar a alegria. **CONCLUSÃO:** É sabido que antes de ser profissional o enfermeiro é ser humano, por esse motivo, não se colocar em momento nenhum no lugar do outro, não colocar para si o sofrimento alheio é quase uma questão impossível. Porém com tudo mais que só emoção, devemos acima de tudo incluir nossa prática, para mesmo lidar dando com o sentimento de perda possamos no final de tudo sabermos que fizemos o melhor, que de alguma forma contribuimos para o alívio do sofrimento do outro. Isso é a base da enfermagem, o cuidar, mesmo sabendo que no fundo nós também precisamos de cuidados. Portanto é eminente que além de pacientes e familiares os profissionais necessitam de um suporte emocional, pois lidar com o sofrimento do outro gera de alguma forma o medo e angústia de sermos incapazes de mudar o resultado de tudo.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Cuidados paliativos, câncer, estágio terminal.

#### **REFERÊNCIAS:**

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. 2007. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: Valorizando a alegria e o otimismo. *RevEscEnferm USP* [online]. 2007, v.41, n.4, 2007, p.668-674. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em 14 de Abril de 2016.

INCA, 2015. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil.** Instituto Nacional de



Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em 10 de Março de 2016.

MARQUES, H. S. M.; FERREIRA, M. P.; SILVA, A. C. B. Percepções da equipe de enfermagem frente ao paciente oncológico em fase terminal em um hospital do noroeste fluminense. **Revista Eletrônica ACTA Biomédica Brasiliensia**. v. 4, n. 01, 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es> Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

SILVA, D. S.; SILVEIRA, D. T. Cuidados Paliativos: desafios para a gestão e políticas em saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. v. 16, n. 01, 2015, p 501-13. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br> Acesso em 14 de Abril de 2016.

---

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONHECIMENTO DOS HIPERTENSOS ACERCA DA PATOLOGIA**

Fernanda Possionio de Sousa  
Mona Lisa Lopes dos Santos  
Tamiris Guedes Vieira

**INTRODUÇÃO** A hipertensão Arterial é uma doença crônica que ao passar dos anos acomete um número cada vez maior de indivíduos. É um dos principais agravos de saúde no Brasil, pois representa um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, as quais constituem a principal causa da morbimortalidade no país. Segundo o Ministério da Saúde a hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica igual ou maior que 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2013). Estudos epidemiológicos relatam a associação positiva da hipertensão arterial às características sociodemográficas, consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, o diabetes, a obesidade e o sedentarismo (NASCENTE, et al., 2010). A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial, com abordagem multiprofissional na atenção primária, onde a atuação dos profissionais contribuem diretamente para o conhecimento e entendimento do paciente sobre a doença, o qual aborda-se medidas não-farmacológicas para controle da pressão arterial estimulando sua adesão ao tratamento. Por este motivo que o adequado controle através de ações mais efetivas no sistema de atenção primária deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de reduzir a prevalência da doença e evitar a incidência de mais casos (TACON; SANTOS; CASTRO, 2010). O tratamento para hipertensão arterial inclui além da utilização de medicamentos a modificações de hábitos de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 50% a 70% não aderem ao tratamento prescrito e não seguem orientações. Uma ação de suma importância da atenção primária é a educação continuada em saúde realizada pelo enfermeiro(a) com objetivo de passar informações e conhecimento para pacientes portadores de hipertensão. Objetivou-se com esta

pesquisadescrevero conhecimento dos portadores de hipertensão acerca da sua patologiaem uma unidade Básica de Saúde do município de Patos-PB.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência, onde buscou-se descrever o conhecimento dos hipertensos acerca da patologia durante a consulta de Hiperdia realizada em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Patos-PB, entre os meses de fevereiro à abrilde 2016.

**RESULTADO E DISCUSÃO:** Durante o período de realização do estágio houve uma observância de algumas consultas do ProgramaHiperdia na Unidade Básica de Saúde,em que foi constatado que boa partedos pacientesdesconhecem sinais, sintomas, agravos,complicações e demais fatores associados à hipertensão arterial.Foi observado durante as consultas que em alguns casos é feita a realizaçãoda ingestão dos medicamentos controladosde forma incorreta, os quais alguns até esquecem de ingeri-los ou só fazem o uso do medicamento ao sentir algum sintoma,boa parte não prática atividades físicas e possuem hábitos alimentares inapropriados com riqueza de gordura e açúcar o que pode advir tanto a complicações da hipertensão quanto a um quadro de diabetes, cuja doença é a que mais associa-se a hipertensão arterial, e dentre outras demais patologias e complicações que uma pressão alterada pode ocasionar. A enfermeira da Atenção Básica por sua vez, vêm enfrentando dificuldades em desenvolver a consulta do programa Hiperdia pelo decréscimo de adesão ao tratamento e acompanhamento dos pacientes com diagnóstico comprovado de hipertensão, pelo fato dos mesmos na maioria das vezes só comparecerem a Estratégia de Saúde da Família(ESF) a cada 3 (três) meses para solicitar do profissional médico um novo receituário para realizar a compra do medicamento controlado ou para realizar a aferição da pressão arterial caso surja algum sintoma inesperado, o que retrata um erro grave de cuidado da saúde pessoal destes pacientes, tendo em vista que a hipertensão é na maioria das vezes uma doença silenciosa, ou seja, assintomática. Alguns pacientes que frequentam a unidade de saúde descobrem que são hipertensos através de aferições da pressão arterial antes do atendimento médico ou dasraras consultas de Enfermagem.Devido os problemas citados o profissional de Enfermagem está encontrandodificuldadescada vez maiores em realizar o acompanhamento e as orientações necessáriasaos pacientes hipertensos fragilizando oconhecimento desses indivíduos acerca da sua patologia, e consequentemente impedindo que os mesmos possam desenvolveras atividades corretas do auto cuidado.O que se mostra durante as consultas é que os hipertensos não estão tomando os devidos cuidados para manter os níveispressóricos controlados e que isso está relacionado diretamente com a falta de adesão correta ao tratamento.Para melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao programa de Hiperdia,todos os profissionais participantes da Estátégia de Saúde da Família poderiam lançar estratégias e explorar as atividades de educação em saúde para despertar a atenção destes pacientes, utilizando-se o desenvolvimento de palestras educativas e interativas, atividades recreativas com equipe multiprofissional onde fosse realizados exercícios físicos e demonstração de alimentação adequada, realização de busca ativa realizada em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para realização da consulta e continuidade do acompanhamento,

monitoramento da pressão arterial e demais sinais vitais, principalmente auxiliando nas informações para que o conhecimento destes pacientes acerca da sua patologia possa ajudar na sua saúde física e no seu bem estar, melhorando o seu auto cuidado.

**CONCLUSÃO** Os resultados permitiram concluir que é de suma importância as orientações e monitoramento do Enfermeiro e de toda equipe que compõe o Programa de Hipertensão na Unidade Básica de Saúde, para que haja o conhecimento dos pacientes sobre sua patologia, além de cuidados que deverão tomar com a ingestão de medicamentos, hábitos alimentares adequados, fatores associados a doença, dentre outros fatores, que realizados de maneira correta geram uma melhor qualidade de vida para esses pacientes. O programa de Hipertensão apesar de ser importante para os portadores de hipertensão arterial, não funciona como deveria pela ocorrência de casos que não fazem a adesão ao tratamento e pelas escassas orientações transferidas aos pacientes por parte dos profissionais. A procura pela unidade é realizada pelos pacientes somente quando surge a necessidade em renovar a receita medicamentosa, não sendo efetuado o acompanhamento dos sinais vitais, em especial da pressão arterial, de forma regular, ou a cada mês. Se os pacientes frequentassem as unidades de saúde poderiam ter uma noção mais gradual da situação de saúde e de como melhorá-la a partir deste programa e da educação em saúde por parte dos profissionais que a compõem, gerando uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

**Palavras -chaves:** Conhecimento. Hipertensão. Monitoramento. Saúde

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

NASCENTE, F.M.N., et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.4, p.502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso: 11 de Abril de 2016

TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1612>. Acesso: 10 de Abril de 2016

---



## CONHECENDO E PREVENINDO A H1N1

Daniella Corina de Brito Santos  
Karla Anieli Ferreira Nunes  
Alda Gildilene Batista de Araújo  
Elicarlos Marques Nunes

**INTRODUÇÃO:** A influenza também conhecida como “gripe suína” é uma doença infecciosa aguda de caráter viral, e que tem uma distribuição intercontinental de modo sazonal, onde também apresenta morbidade acentuada. Em sua terminologia o termo se origina do latim *influenzae* que significa “influência”, essa denominação se referencia ao fato das pessoas da antiguidade relacionar todos os acontecimentos de suas vidas aos deuses, principalmente no caso do adoecimento (BELLEI, N.; MELCHIOR, T. B., 2011). Atualmente a H1N1 é classificada em três tipos: A, B e C que são os únicos pertencentes à família *Orthomyxoviridae*, sendo que somente os tipos A e B causam adoecimento do ser humano. São vírus envelopados cujo genoma que constitui é o RNA que possui oito segmentos diferentes de nucleocapsídeos helicoidais de polaridade negativa com associação a nucleoproteína e à transcriptase. Dessa forma o desenvolvimento com novas linhagens por meio de mutação se torna fácil e essa instabilidade genética é a responsável pelas epidemias anuais e pandemias periódicas que aterrorizam a população (GONÇALVES et al., 2013). Dentro desse contexto tem-se em vista a importância da enfermagem já que a equipe lida diretamente com o paciente prestando a assistência especializada ao mesmo e aos familiares. Dessa forma, cabe ao profissional de enfermagem promover palestras e realizar ações em prol de orientar medidas preventivas a fim de prestar esclarecimento à população assim como a realização de campanhas de vacinação que assim irá resultar na diminuição dos fatores de risco e conseqüentemente a diminuição de pessoas acometidas pela influenza (ANVISA, 2012).

**OBJETIVO:** Identificar as maneiras de prevenção da doença influenza A H1N1.

**METODOLOGIA:** Tratou-se de uma revisão de literatura com busca de fontes secundárias de informação nas bases de dados do Google Acadêmico, DATASUS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online no período de março a Abril de 2016, utilizando os descritores: H1N1, Influenza, Prevenção, Rastreamento e Tratamento. Foram selecionados 20 artigos, uma tese de doutorado e um protocolo do Ministério da Saúde do Brasil, após aplicação do método leitura crítica, 06 artigos publicados no período de 2011 a 2016. Após seleção da literatura, foi realizada uma leitura crítica e interpretativa com a necessária imparcialidade e objetividade, na qual foram relacionadas às informações e ideias dos autores com o objetivo do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A influenza A é uma doença respiratória aguda altamente contagiosa e de rápida dissipação que devido a esta condição tem causado temor por parte da população. Ao contrário do que se pressupõe, o vírus influenza é bastante antigo e circula

mundialmente desde 1977 apenas com distinção antigênica (GONÇALVES et al., 2013). O vírus é alastrado pelo aerossol através da secreção respiratória dos porcos podendo ser pelo contato direto ou indireto, o fato dos porcos poderem ser infectados por mais de um tipo de vírus faz com que estes se misturem culminando em novos vírus com mutações e dessa forma surgem influências modificadas geneticamente, mais agressivas e diferentes das que a população já adquiriu imunidade e da que está presente nas vacinas. Desta forma, é de suma importância à atualização todos os anos do material biológico das vacinas para que a mesma seja capaz de prevenir o vírus mutado atual onde a população ainda não é imune. A disseminação da Influenza A em humanos pode se dar tanto pelo contato da pessoa sadia com o porco infectado, quanto o contato da pessoa sadia com outra pessoa infectada. Sendo que o contágio entre pessoas se dá através das secreções respiratórias como partículas de saliva, espirros, tosse e até mesmo através das mãos que podem servir de transporte do vírus para olhos, boca e nariz (BRASIL, 2016). Os sinais e sintomas da H1N1 são muito parecidos com um de uma gripe tradicional só que mais intensos, o indivíduo apresenta cefaleia intensa, calafrios frequentes, cansaço extremo, dores musculares intensas, mialgia, tosse seca e contínua, dor de garganta e febre alta, que é o sintoma mais importante devido que a mesma perdura por três dias ou mais e de forma elevada, podendo agravar mais ainda em casos de crianças, gestantes, idosos, portadores de doenças respiratórias e cardiopatias e doentes imunodeprimidos. É comum o agravamento do quadro para pneumonia primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana (RASIA, M. A.; LINO, M. M., 2014). O diagnóstico é simples, feito com exames laboratoriais através da coleta sanguínea e amostra da secreção respiratória, que irá determinar qual o tipo específico da influenza onde será determinante para escolha do tratamento mais conveniente e para a tomada de precauções, tendo em vista a seriedade da doença e facilidade para contágio. A enfermagem tem papel fundamental na H1N1 e sem sombra de dúvidas a prevenção é a melhor solução, visto que o método primordial é a vacinação. Dessa forma desde 1999 o Brasil tem investido em vacinação para a população que aos poucos foram incluindo todos os grupos de risco e hoje são englobados gestantes, doentes crônicos, crianças até cinco anos, idosos acima de 60 anos e profissionais de saúde (BRASIL, 2016). Segundo o Ministério da Saúde a adesão às campanhas de influenza tem sido positivas e até mesmo acima do esperado, fator esse que está relacionado diretamente ao grande impacto do vírus na atualidade devido às altas taxas de mortalidade em decorrência do mesmo. Fora a vacinação, método mais eficaz, existem algumas formas de precaução como lavar várias vezes as mãos, cobrir a boca e o nariz ao tossir/espirrar e evitar ficar em aglomerados. E quanto aos profissionais de saúde se recomenda a retirada dos EPI após a saída da área de isolamento, a utilização de máscara cirúrgica até o isolamento, não tocar em superfícies com algum EPI contaminado e isolar pacientes em casos de suspeita para em caso de confirmação não haja transmissão da infecção (RASIA, M. A.; LINO, M. M., 2014).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A H1N1 vem preocupando a nação, alarmando assim os governantes, os quais aumentam ações educativas através de informes para população e capacitação profissionais da saúde, além de fabricação e distribuição de imunobiológicos necessários na prevenção e tratamento das pessoas já acometidas. Com rápida

disseminação e fácil contágio mostra-se uma doença de gravidade elevada onde, porém, a prevenção, seja através da vacinação ou até mesmo pela lavagem das mãos e proteções individuais são maneiras simples de evitar o contágio com resultados eficazes.

**DESCRITORES:** H1N1, Influenza, Prevenção, Rastreamento e Tratamento.

## **REFERÊNCIAS:**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de precaução e controle a serem adotadas na assistência a usuários suspeitos de infecção por influenza A (H1N1). On-line. 2012. Disponível

em: <[http://www.tele.medicina.ufg.br/files/h1n1-medidas\\_precaucao\\_isolamento.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/h1n1-medidas_precaucao_isolamento.pdf)>. Acesso em: Abril, 2016.

BELLEI, N.; MELCHIOR, T. B. H1N1: pandemia e perspectiva atual. [Online] **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 611-17, dez, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v47n6/v47n6a07.pdf>>. Acesso em: Abril, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. H1N1 – Diagnóstico e Tratamento. On-line. **Portal da Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/tratamento-influenza>>. Acesso em: Abril, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico - Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília, abril de 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/11/informe-tecnico-campanha-vacinacao-influenza-2016.pdf>> . Acesso em: Abril, 2016.

GONÇALVES, A. C. F. et al. H1N1 Revisão literária a respeito do histórico da existência do vírus e seu impacto na atualidade. **Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde.**, v.17, n.1, p.97-108, fev, 2013. Disponível em <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/1303/1249>>. Acesso em: Abril, 2016.

RASIA, M. A.; LINO, M. M. Cuidados de enfermagem ao usuário com sintomas e agravos da influenza H1N1. **Revista contextos e saúde.**, Ijuí, v.14, n.27, p.23-31, Julho/Dezembro, 2014. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3056/3564>>.

Acesso em: Abril, 2016.

---

## **SÍNDROME DE GUILLAIN – BARRÉ: UMA ABORDAGEM DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Jamilly Pereira Silva Lima  
Sâmia Carolina Rodrigues de Oliveira  
Ana Paula Dantas da Silva

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma neuropatia aguda freqüente, com evolução mais rápida e potencialmente fatal. É uma doença auto-imune e auto limitada, a qual se expressa como uma neuropatia desmielinizante que afeta o sistema nervoso periférico (CASAROLLI;et al 2014).Sua causa exata ainda encontra-se desconhecida, no entanto alguns estudos demonstram a correlação com infecções e reações vacinais. Segundo autores as infecções do trato respiratório superior e infecções gastrointestinais como diarreia associada abacteria*CampulobacterJejuni*, são as maiores causas relacionadas com a doença. Ainda infecções virais como citomegalovirus, virus do Herpes, da Hepatite A e B e virus da AIDS estão associadas em menor proporção. Ainda a doença pode evoluir para paralisia flácida, afetando musculo da face, orofaringe, respiração de deglutição (MORAES, et al 2015). Podem acometer em ambos os sexos com idade relativamente baixa, entre 20 a 40 anos de idade, mais raro em crianças. Pouco se sabe da assistência de enfermagem a cerca da pessoa com SGB, e essa abordagem é relevante pelo fato de ser fonte para identificar e analisar os cuidados ao paciente com SCG.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que foi realizada no mês de Abril do corrente ano, onde se utilizou artigos acadêmicos entre os anos de 2014 e 2015, nas bases de dados eletrônicos do Google Acadêmico. Essa pesquisa visa facilitar novos conhecimentos, a respeito da Síndrome de Guillain-Barré sob a Enfermagem.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:**A SGB é uma patologia complexa e de incidência crescente, em casos mais graves pode evoluir, levando a morte. Sua origem pode estar relacionada a processo infeccioso por *CampulobacterJejuni*. Ocorre paralisia motora com evolução rápida que se inicia nos membros inferiores. Os sintomas mais característicos são formigamentos nos membros inferiores e superiores, onde pode ocorrer ou não alterações sensoriais, fraqueza e dormência nos membros. Além disso, pode apresentar comprometimento nas vias aéreas, evoluindo para insuficiência respiratória. Devido ao risco de complicações e por ser uma patologia de caráter progressivo, dependendo da situação que o paciente se apresenta, os pacientes com a SCG deve ser internada na Unidade de Terapia Intensiva, para a monitorização cardiorrespiratória contínua. O Diagnóstico ocorre

primeiramente de forma clínica na qual o paciente apresenta dificuldades para deambulação, sensação de dormência ou fraqueza da musculatura, sensação de perda de força na musculatura esquelética, em alguns casos intensa dor em toda a extremidade corpórea (MORAES, et al 2015). O Diagnóstico da SGB é necessário uma investigação clínica para o seu reconhecimento, associado a exames laboratoriais como: Exame de líquido e exames de eletrofisiologia. O seu tratamento ocorre por imunoglobulina intravenosa (IgIV), e/ou plasmaférese, ambos os tratamentos apresentam resultados satisfatórios. Mesmo com a apresentação é necessário estudos acerca da medicação, que é escassa. Já para o Ministério da Saúde o tratamento da Síndrome de Guillain-Barré pode ocorrer com corticosteroide, imunoglobulina humana e plasmaférese. Para o uso de imunoglobulina humana faz-se necessário um esquema que seja de 0,4g/kg/dia por via intravenosa, por um período de cinco dias, para o uso da plasmaférese faz-se importante o uso de 200-250ml/kg a cada 48 horas variando conforme o grau da doença (MORAES, et al 2015). Quando o paciente for tratado com imunoglobulina é importante que a equipe de Enfermagem esteja atenta a realização da avaliação prévia da função renal (Principalmente a pacientes diabéticos), hidratação prévia, controle dos sinais clínicos para anafilaxia e efeitos adversos, por exemplo, dor moderada no peito, no quadril ou nas costas, náuseas e vômitos, calafrios, febre, mal estar, fadiga, sensação de fraqueza ou leve tontura, cefaleia, urticária, eritema, tensão do tórax e dispnéia (CASAROLLI.;et al 2014). O tempo de internação varia de acordo a complexidade e grau da doença e o tratamento específico para a situação que a patologia se encontra. Devido a sua gravidade é necessário cuidados intensivos por parte dos profissionais de Enfermagem, além de prestar apoio aos familiares. A equipe deve ter conhecimento sobre os sinais e sintomas, pois a patologia apresenta progressão rápida, podendo levar a morte do paciente. É necessário monitorização constante aos sinais vitais, controle dos sinais clínicos. Por apresentar complicações respiratórias, a equipe de Enfermagem deve monitorar constantemente a frequência respiratória. Estudos apontam para a importância do acompanhamento multiprofissional, incluindo o fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro (CASAROLLI.;et al 2014). Os cuidados constantes da enfermagem destacam a identificação precoce dos sinais e sintomas, a fim de evitar complicações posteriores, a sua mobilização, por o paciente pode vir a desenvolver úlceras de pressão, a alimentação e a respiração, dando apoio emocional ao paciente e aos familiares. A interdisciplinaridade possibilita melhores relações do trabalho entre profissionais e entre estes e os paciente/familiares, aproxima os profissionais das necessidades do doente, contribui para assistência de melhor qualidade, favorece o vínculo, o acolhimento (CASAROLLI.;et al 2014). Assim a enfermagem possui papel fundamental no tratamento e na reabilitação da pessoa com SGB.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através do presente estudo, observou-se que, pouco se sabe sobre a SGB, principalmente sobre sua etiologia e tratamento definitivo, a assistência de enfermagem pouco se tem discutido, e por ser uma síndrome relativamente frequente e com progressão rápida, é necessário cuidados constantes do profissional de enfermagem, pois ele esta diretamente envolvido com o paciente e a família. Sendo assim, acredita-se que esse

estudo possa auxiliar na assistência de enfermagem ao paciente com SGB. Este estudo poderá ajudar a aprofundar as questões envolvidas a cerca dos cuidados do paciente com Síndrome de Guillain-Barré para que outras pesquisas que envolvam aspectos relacionados ao paciente, a família e os profissionais da saúde que realizam o cuidado a pessoa com a Síndrome de Guillain-Barré, mantendo a integridade ao cuidado ao paciente com SGB.

**Palavras-chave:** Assistência. Enfermagem. Síndrome de Guillain-Barré

#### **REFERÊNCIAS:**

CASAROLLI, A.C.G. et al. **Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain-Barré: Uma revisão da Literatura.** Revista Contexto & Saúde, Paraná, V.14, n.27, Jul/Dez 2014. P.16-22. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3204/3563>

Acesso: 15 Abr. 2016

MORAES, A. et al. **Caracterização dos paciente com Síndrome de Guillain-Barré internados em um hospital Universitário.** Revista Enfermagem Contemporânea, DOI: 10.17267/2317-3378rec.V4i1.470. Jan/Jun 2015.; 4(1):7-11. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/532/429> Acesso em: 15 Abr. 2016

---

## **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – 192: história e conceitos**

Alexandre Izidro da Silva  
Aldiluce Fernandes de Araujo  
Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** Com os avanços na saúde no Brasil, novas estratégias de saúde foram sendo criadas suprimindo as necessidades apresentadas pela sociedade, daí viu-se a necessidade da criação de políticas pública voltada à rede de urgência emergência. O modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, tem ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa proposta destaca a atuação profissional com vínculo e responsabilização dos governantes e usuário, e deve desenvolver esforços para melhorar a coerência e a coordenação na prestação de serviços em Redes de Atenção à Saúde, melhorando a assistência, com essas políticas o sistema único de saúde (SUS), visa presta uma assistência igualitária a população. Com os prontos socorros cheios de pessoas buscando

atendimento e assistência médica, dificuldades surgiram foi quando finalmente foi criada uma rede, com formação profissional e medidas que realmente desse esse suporte que a população necessitava. O Atendimento Pré-Hospitalar foi regulamentado somente em 1989, devido ao surgimento oficial do serviço de atendimento às emergências médicas e resgate nas cidades de grande aglomeração, sendo inicialmente desenvolvido segundo os moldes norte-americanos. A Política Nacional de Atenção às urgências propôs à conformação de sistemas de atenção às urgências, estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do sistema único de saúde (SUS). Foi implantado o Serviço de Atendimento móvel de Urgência e emergência SAMU 192, com o intuito de suprir essas urgências coletivas. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 é um programa que busca prestar o socorro à população em casos de emergência. Com o SAMU - 192, o Governo Federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco - obstétrica e de saúde mental da população. O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito depois de chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. O objetivo é descrever o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências SAMU-192.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de março de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Serviços Médicos de urgência, socorro de urgência, tratamento de emergência. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Para a reorganização e regulação desses serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi proposto a Política Nacional de atenção às Urgências (PNAU) sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) escolhido como primeira estratégia de implementação dessa política. O SAMU (baseado no modelo

Francês) é composto por uma Central de Regulação Médica de Urgência, e pelo componente assistencial, que comporta as ambulâncias básicas e avançadas, para situações especiais de transporte as ambulâncias e moto-lâncias. A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorro – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Então o SAMU 192, surge como um serviço pioneiro na triagem e seleção de casos de gravidade, organizando as urgências em duas linhas de atendimento a urgência é emergência que dependendo do tipo de agravo o cliente recebera a assistência da equipe que suprirá suas necessidades, de forma holística sendo ele encaminhado para um centro de referências especializado na sua patologia. A complexidade da organização dos Serviços de Emergência está vinculada ao fato de que a assistência ao cliente em risco de vida deve ser prestada num curto espaço de tempo e envolve diversas etapas. A responsabilidade pela prestação da assistência é compartilhada por uma equipe multiprofissional. Apesar das diferenças entre as categorias profissionais, os membros dessa equipe têm um compromisso comum: o ser humano vitimado. Diante da complexidade do processo de trabalho, convém esclarecer as principais atribuições dos profissionais da central de regulação. Nesta, o Técnico Auxiliar de Regulação Médica, conhecido como teledigifonista, e Supervisor Inicial de uma escuta qualificada com acolhimento de todos os chamados, é realizada pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM). Este tem como atribuições atender as ligações, identificar o solicitante e o local do evento, o motivo do chamado e repassar tais informações ao médico regulador. Sua equipe multiprofissional a qual o enfermeiro possui papel fundamental na prestação do cuidado e coordenação de sua equipe, quanto mais competências, deve estar apto a supervisionar as ações de enfermagem, manipular equipamento e realizar manobras e de extração manual de vítimas. O SAMU trabalha com o tempo de forma muito metódica, afinal de contas, seu propósito é realizar atendimentos às vítimas o mais rápido possível. As VTr,s passam praticamente, todo o plantão nas ruas aguardando a chamadas das ocorrências pelos rádios, Por conta disso, se constitui num problema enorme quando uma dessas ambulâncias demora muito tempo realizando uma dessas ocorrências. O volume de chamadas é muito grande e o gerenciamento de viaturas é feito quase que matematicamente visando atender a todos os solicitantes.



**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências tem como objetivo de aprofundar este processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo, é que está sendo publicado o presente Regulamento Técnico. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

**DESCRITORES:** Serviços Médicos de urgência. Socorro de urgência. Tratamento de emergência.

#### **REFERÊNCIAS:**

VELLOSO, I. S. C; et al. **Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência.** Revista de Enfermagem Referência. s. IV, n. 2, p.71-79( ), mai./jun. 2014. Acessado em <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239972010.pdf>

CABRAL, A. P. S; SOUZA, W. V. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro.** Revista Brasileira de Epidemiologia Referências; p, 530, 2008. Acessado em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000100001)

SILVA, A, S, R: et al. **Risco de Adoecimento Enfrentado pela Equipe de Enfermagem do SAMU: UMA REVISÃO INTERATIVA.** Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, V, 7, n. 1, p. 107-121, jan./abr.2014. Acessado em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/172/249>

LIMA, S, P, C: et al. **Redes de Atenção á Saúde: A percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgências.** Revista Saúde e Debate, Rio de Janeiro. V. 39, n. 104. p. 65-75, jan/mar 2015. Acessado em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00065.pdf>

VELLOSO, A, S. **Atendimento Móvel de Urgência como Política de Saúde.** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais. p. 557-563, out/dez., 2008. Acessado em [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c0e44e2ac0fd.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e44e2ac0fd.pdf)  
<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/301/v12n4a15.pdf>

SANTOS, B, G, É, R: et al. **O Processo de Comunicação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192).** Revista Gaucha de Enfermagem, Proto Alegre, Rio Grande do Sul. p. 69-76. Marco de 2012. Acessado em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/-123456789/129116/331864.pdf?sequence=1>

DWYER, O, G: **A GESTÃO DA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS É O PATAGONISMO FEDERAL.** Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, escola de saúde Publica Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 2395-2403, 2010. Acessado em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500014&script=sci_arttext)

FIGUEIREDO, COSTA,: **Serviço de Atendimento Móvel as Urgências Cuiabá: Desafios e Possibilidades para Profissionais de Enfermagem,** ACT, Paul Enfermagem Rua Afonso Alves, 341. Várzea Grande Brasil. p. 707-710 2008. Acessado em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000500018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000500018&script=sci_arttext)

REZENDE, A, L, A: **Perfil das Ocorrências de Politrauma em Condutores Motociclistas atendidos pelo SAMU de Teresina-PI.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília Nov/dez, p. 934-941, 2012. Acessado em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a08v65n6.pdf>

MACHADO, V, C: **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS: ANÁLISE DA POLÍTICA BRASILEIRA.** Revista Saúde Publica, Universidade Federal do Rio de Janeiro. p. 519-528, 2010. Acessado em [http://www.scielo.br/scielophp?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100008](http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100008)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA GSM/ 20/48, Política de Atenção as urgências,** em 22 de novembro de 2002. Acessado em <http://www.estreladavidaambulancias.com.br/portaria-normativa-sobre-ambulancias.html>

Setes utilizados:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias/2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias/2013.pdf)

---

## **SAÚDE MENTAL: reflexões acerca do atendimento pré-hospitalar em urgências psiquiátricas**

Brenda Raquel Cavalcanti Mamede Alves  
Fabriciano Santos de Souza  
Jarlene Olívia da Silva Mantovani  
Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza;  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** Durante muito tempo as pessoas portadoras de doença mental foram excluídas pela sociedade, devido o comportamento contraditório a mesma apresentar, e por serem consideradas incapazes de exercerem funções como por exemplo, as de trabalho para gerar renda, e assim eram privadas de todos os seus direitos, inclusive o de saúde. Surge então, na década de 70 a reforma psiquiátrica brasileira, um movimento de saúde, social e político, o qual visava a abolição dos manicômios, criticando o modelo hospitalocêntrico e propondo a criação de estratégias com a garantia de um melhor atendimento as pessoas em sofrimento psíquico. Porém a Reforma Psiquiátrica brasileira não fechou as portas dos hospitais psiquiátricos, mas, a partir da promulgação da Lei 10.216 de 2001, foram criados critérios mais estritos para o seu funcionamento, com uma drástica redução dos leitos disponíveis e a diminuição das internações. Em contrapartida, foram criados serviços substitutivos que oferecem uma abordagem terapêutica pautada na necessidade da convivência comunitária, trabalhando a (re)inserção social dos pacientes a partir das potencialidades e entraves encontrados nos contextos locais (BONFADA; GUIMARÃES, 2012). Dentre os programas criados para a atenção da saúde mental incluem: Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), os centros de convivência, os ambulatórios e o hospital geral. Oliveira (2014) acredita que qualquer pessoa a qualquer momento pode apresentar ou manifestar um distúrbio psiquiátrico, sendo necessárias a precisão de um atendimento de urgência e emergência especializada que possa minimizar ou reverter o quadro que a pessoa se encontra. Na promoção da saúde e nas linhas de cuidado do doente mental, sabe-se que as urgências psiquiátricas, e que os distúrbios e as crises são muito comuns deixando o doente mental fora de si, colocando a sua própria vida e a dos que o cercam em perigo. Bonfada (2010) ainda acrescenta que, o sofrimento psíquico intenso, conhecido como crise psíquica, é o momento em que a loucura se torna mais incômoda, incompreendida e refutada pelos membros de uma comunidade, justamente pelo fato de que o seu caráter de desprendimento dos limites impostos pelas normas sociais vigentes. Desta forma, faz-se necessário um atendimento pré-hospitalar de urgência, o qual deve ser realizado por uma equipe especializada, tal qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. A urgência em saúde mental requer um atendimento diferenciado e necessita de conhecimentos e habilidades integrais da parte do

profissional e com isso, a assistência prestada pela enfermagem deve ser avaliada, o conhecimento científico e prático para os procedimentos devem ser questionados, pois a mesma necessita de um cuidado diferenciado com a garantia de um atendimento humanizado. A pesquisa teve como objetivo discutir as reflexões acerca do Atendimento Pré-Hospitalar em Urgências Psiquiátricas.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atendimento Pré-hospitalar. Saúde Mental. Serviços de saúde mental. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2010 a 2015, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Saúde Mental: Reflexões acerca do atendimento pré-hospitalar em urgências psiquiátricas. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Assim, foram selecionados 04 artigos. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Sabendo das peculiaridades que apresenta a saúde mental, o atendimento em urgências psiquiátricas requer uma atenção maior, devido de ser uma chamada em que não se pode esperar, pois as vidas do sujeito e das demais pessoas ao seu redor podem estar em risco. E como as situações de crise em saúde mental não possuem momento específico para acontecer, é necessário pensarmos em estratégias possíveis para ações a essa população em diferentes espaços (ALMEIDA, 2011). É por isso que o profissional de enfermagem deve estar bem preparado para realizar um atendimento com precisão em um curto tempo de acordo com a necessidade apresentada. A crise ou o surto é um estado em que o ser exterioriza tudo aquilo que faz mal, toda a angústia, sofrimento que lhe aflige, é nesse momento que o enfermeiro deve se desprender da assistência que se tornou mecânica e atender o paciente com atenção, diálogo, paciência. No entanto, pode-se perceber a dificuldade dos profissionais de saúde em incorporar no seu processo de trabalho esses novos entendimentos e práticas inovadoras na assistência em situações de crise. Isso principalmente no que se refere à percepção das potencialidades possíveis de serem trabalhadas, devido a sua singularidade, mas também à falta de conhecimento e criatividade na construção de ações coletivas e desestigmatizantes (ALMEIDA, 2011). É a partir de situações como essa que se tornanótoria a ausência dos ensinamentos acerca da saúde mental na formação seja técnica ou acadêmica do profissional, dificultando os serviços a serem prestados. E diante de tudo que foi discutido é possível saber que a necessidade do portador de doenças psíquicas de ter um atendimento de único e que o mesmo seja realizado sim, e que o

profissional não se recuse a fazer. Por isso que este atendimento foi criado com a finalidade de diminuir as sequelas transitórias ou definitivas decorrentes da falta de socorro precoce e, principalmente a morte (OLIVEIRA, 2014). É estabilizar as condições vitais a fim de evitar que se repita o problema e que não ocasione sequelas no paciente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao fim do presente estudo foi possível concluir que, apesar de tudo o que ocorreu na história da saúde mental brasileira, de todas as conquistas em prol das pessoas portadoras de doenças psíquicas; a melhora da qualidade dos serviços substitivos, e principalmente a realização deles, atendendo toda a população que precisa como dever de saúde pública, garantindo o direito a saúde de forma digna; é possível saber que apesar de tudo isso há muito o que enfrentar, pois ainda há o preconceito por parte da sociedade sobre a doença mental, a palavra “doido” é utilizada em diversas formas, mas é preciso que haja o respeito pelos cidadãos e pelos profissionais, dessa forma promovendo um bom atendimento. Dentre os serviços oferecidos, o Atendimento Pré-Hospitalar em urgências psiquiátricas requer bastante atenção, o mesmo preza para que o atendimento da enfermagem seja baseado em técnicas de conhecimento, e que suas intervenções sejam elaboradas de forma correta, igualitária e com equidade, e assim sabe-se que ainda que há uma certa negligência quando se trata de ocorrências psiquiátricas, devido o nível de responsabilidade de quando se trata de um sujeito com crise psíquica, até porque na maioria das vezes é preciso o apoio imediato da polícia. Assim, é preciso que haja estratégias resolutivas, a fim de minimizar os danos promovendo saúde e valorizando a vida, bem como, maneiras de evitar novos acontecimentos de crise ou surto do sujeito que ocasione sequelas físicas e mentais. Espera-se que o estudo sirva como fonte de pesquisa para a realização de outros estudos e contribua para os estudantes e futuros profissionais a melhorarem o desempenho na assistência pré-hospitalar adequada as pessoas que fazem o uso dos serviços assistências à saúde mental.

**Palavras-chave:** Atendimento Pré-hospitalar. Saúde Mental. Serviços de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA A. B. **Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96013/301027.pdf?sequence=1>>. Acesso em: Abril de 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BONFADA D. GUIMARÃES J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05>>. Acesso em: Abril de 2016.

BONFADA D. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência as urgências psiquiátricas**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2010]. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14709/1/DiegoB\\_DISSERT.pdf](http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14709/1/DiegoB_DISSERT.pdf)>. Acesso em: Abril de 2016.

OLIVEIRA.L.C. de. **Saberes e praticas em urgências e emergências psiquiátricas**. Dissertação apresentado ao programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem. Natal/RN, 2014. Repositorio.ufrn.br. Disponível em:<[http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14817/1/LucidioCO\\_DISSERT.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14817/1/LucidioCO_DISSERT.pdf)>. Acesso em: Abril de 2016.

---

## **SAÚDE MENTAL: cuidados de enfermagem ao portador de esquizofrenia**

Alyne Nayanne Marques  
Aline Galdino de Almeida  
Paloma Valéria Alves Monteiro  
Rafaelle de Almeida Lopes  
Francisca Eulidivânia de Farias Camboim

**INTRODUÇÃO:** A esquizofrenia é uma alteração mental, que apresenta vários sintomas, atingindo as emoções, o pensamento, as percepções e o comportamento do indivíduo, com início repentino e aparenta ser a junção de outras patologias nas quais se assemelham. Sua etiologia é multicausal, porém estudos indicam que fatores genéticos também estão diretamente relacionados com a manifestação dessa doença. Caracterizam-se por sintomas como delírios, alucinações e catatonia. A idade não exerce efeito sobre a qualidade de vida de indivíduos esquizofrênicos. Porém, pesquisas evidenciam pior qualidade de vida em pacientes mais velhos. Atualmente a assistência de enfermagem a esses pacientes é de suma importância e as ações realizadas pelos enfermeiros em saúde mental têm sido positivas e contribuem para o aumento da qualidade de vida desses pacientes. O tratamento de indivíduos portadores de esquizofrenia sofrem muitas alterações no cenário Brasileiro, atualmente esses indivíduos recebem um tratamento que passou a valorizar a sua recuperação e reinserção no

meio social para melhorar a qualidade de vida, assim o enfermeiro deve realizar uma assistência baseada na manutenção da qualidade de vida destes indivíduos (SOUZA; COUTINHO, 2006). As atividades e responsabilidades inerentes ao enfermeiro tornam-se evidentes bem como a importância da consulta de enfermagem. A enfermagem possui caráter relacional e o relacionamento entre o profissional e o cliente é complexo visto que são pessoas em interação, cada uma delas com características individualizadas (CANABRAVA et al, 2010). Esta pesquisa tem como objetivo descrever os cuidados de enfermagem ao portador de esquizofrenia.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de abril de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem. Esquizofrenia. Saúde mental. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados nos últimos dez anos, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Cuidado de enfermagem ao portador de esquizofrenia. Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A prescrição dos cuidados de enfermagem se faz necessária vista que os pacientes com transtorno mental são considerados um grupo vulnerável por estarem com sua autonomia comprometida no momento da internação. As intervenções de enfermagem são caracterizadas por cuidados diretos a serem realizados em benefício do cliente, onde quanto mais informações colhidas melhor, para se realizar um plano de intervenções voltado a atender as suas necessidades e com mais eficiência no cuidado. Dentre os diagnósticos e cuidados de enfermagem pode-se citar: *Ansiedade relacionada ao sentimento apreensivo e insegurança em resposta à ameaça evidenciada por agitação e tensão aumentadas*. As intervenções de enfermagem diante deste diagnóstico devem ser baseadas na identificação da causa da ansiedade ou preocupação, na conversa com o cliente de modo a diminuir a sua ansiedade, (CARPENITO, 2012). *Enfrentamento ineficaz relacionado dificuldade de agir contra a patologia evidenciada por isolamento e medo*, como intervenções o enfermeiro deve incentivar o cliente a avaliar seu próprio comportamento, mobilizar o portador para um aumento gradual de atividades que ocupem a maior parte do seu tempo e incentivar o relacionamento interpessoal como forma de se reinserção na sociedade (CANABRAVA et al., 2010). *Processos de pensamento perturbados, relacionado à alteração na percepção e na cognição evidenciado por interferir nas tarefas diárias*. Dentre as intervenções o enfermeiro precisa ajudar o cliente a focar na redução de pensamentos criados e promover orientação para a realidade deste modo devem ser criados círculos de conversa para que estes pensamentos possam ser compartilhados e

minimizados, interações fundamentadas na comunicação têm sido bons aliados na terapêutica. (CARPENITO, 2012). Para o *Enfrentamento familiar comprometido relacionado a dificuldade de aceitar e entender a doença evidenciada por frustrações e falta de comunicação*, o enfermeiro deve incentivar a aproximação da família com o cliente, ressaltando a sua importância durante todo o tratamento, a família deve valorizar as atitudes e ações positivas e orientar sobre a melhor maneira de cuidar e ajudar na recuperação. *Processo de pensamento perturbado* as intervenções de enfermagem que pode ser auxiliar na interpretação precisa do ambiente, ajudar a identificar o real e o imaginário, trazer o paciente para a vida real, observar as ações do indivíduo constantemente, abordar o cliente com tranquilidade e respeito, orientar a paciente sobre seu papel no tratamento. (CANABRAVA et al, 2010). O diagnóstico de enfermagem de *privação do sono* relaciona-se com o estado em que a pessoa apresenta uma alteração na quantidade ou na qualidade do seu padrão de descanso, causando desconforto, irritabilidade e interferindo no seu estilo de vida saudável (CARPENITO, 2012).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Deste modo à enfermagem em saúde mental esta entrando mais em contato com a experiência vivida pelo paciente portador de esquizofrenia e estabelecendo uma maior relação enfermeiro-paciente, com proximidade inevitável no processo do cuidar, além disso, está tentando acabar com atitudes e preconceitos criados antigamente e que permanecem até hoje na sociedade, os quais podem influenciar de forma negativa no tratamento e reabilitação dos usuários. Para se elaborar um plano de cuidados para o paciente o enfermeiro deve assistir de forma direta o cliente para colher o maior número de informações possíveis. A partir deste estudo pode-se observar que a assistência de enfermagem baseia-se em atitudes que procuram melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, controlando os surtos decorrentes da patologia, estabilizando-a e auxiliando na integração social. Após as intervenções com os clientes deve ser registrada no prontuário a evolução de enfermagem, esta evolução possibilita determinar se os resultados da implementação e analisar se as intervenções estão sendo positivas para então continuar realizando a terapêutica e, com isto, incluir, modificar ou suspender os cuidados considerados importantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidados de enfermagem. esquizofrenia. saúde mental

## **REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.





CANABRAVA et al. Diagnóstico E Intervenções À Pessoa Com Transtorno Mental Com Base Na Consulta De Enfermagem. **CogitareEnferm.** Out/Dez, 2012. Disponível em :<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/30363-111458-2-PB.pdf>

CARPENITO, L.J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação. **CogitareEnferm.** 2012 Out/Dez; 17(4):661-8 668 à prática clínica. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. Disponível: file:///C:/Users/Cliente/Downloads/30363-111458-2-PB.pdf

SOUZA, L.A; COUTINHO, E.S.F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Vol.28 no.1 São Paulo Mar. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000100011)

---

## REVISÃO LITERÁRIA SOBRE A HISTÓRIA DA TRIPASSOMÍASE AMERICANA NO BRASIL

Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Cleiton Ferreira de Oliveira  
Alexandre Izidro da Silva  
ZayhamaZarlly Lima da Silva  
Erica Surama Ribeiro César Alves

**INTRODUÇÃO:** A Tripassomíase Americana, conhecida popularmente por doença de Chagas, é considerada uma das patologias com maior distribuição do continente americano, foi descoberta por Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas em 1909 (MALAFAIA; RODRIGEUS, 2010). Ainda segundo estes autores a Doença de Chagas (DC) trata-se de uma antroponose ocasionada por um protozoário flagelado denominado *Trypanosoma cruzi*. A transmissão se dá pela via vetorial, sendo o mecanismo de maior relevância epidemiológica. Esta patologia encontra-se difundida por todo o continente Americano, constituindo um sério problema de saúde pública. A doença de Chagas pode ser dividida em duas fases clínicas bem distintas: aguda e crônica. A fase aguda pode ser assintomática, apresentando sintomas como febre, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, sendo os sinais característicos o edema bupalpebral ou unilateral e o chagoma de inoculação (PITA; PASCUTTI, 2011). Na fase crônica ocorre a forma indeterminada, na qual o paciente não apresenta sintomatologia importante do ponto de vista clínico, sendo assim, um portador assintomático da DC. Ainda de acordo com Pita e Pascutti (2011), esse período de calmaria tende-se a passar com o decorrer dos anos e seus portadores evoluem com a progressão da

doença para as formas viscerais, como acardiomegalia, megaesôfago e/ou megacólon. Estima-se que aproximadamente 14 milhões de pessoas estejam infectadas na América Latina, desses 1,8 a 2,4 milhões de indivíduos no Brasil, sendo 1/3 deles na fase crônica com problemas cardíacos e digestivos, gerando alta morbimortalidade (SANTOS et al, 2012). Segundo Guariento et al, (2011), atualmente, apenas dois medicamentos são utilizados no tratamento da DC, são eles o Nifurtimox (Nf) e o Benzonidazol (Bz), sendo que este último é o único utilizado no Brasil. Este estudo procurou apontar os pontos mais importantes a serem estudados desta patologia, enfatizando a sua história desde a descoberta até os dias atuais. Acredita-se que esta pesquisa servirá como base para desenvolver estudos sobre o tema, com o intuito de somar mais conhecimento ao universo científico, tornando-se dessa maneira um instrumento de ajuda para os interessados no assunto. A pesquisa tem como objetivo, conhecer a história da doença de Chagas no território brasileiro, bem como, descrever as características fisiopatológicas desta patologia.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Foram selecionados artigos nacionais e internacionais usando os bancos de dados LILACS – BIREME, SCIELO e PUBMED, usando-se como palavras-chave: Doença de Chagas. *Trypanosoma cruzi*. Perfil Epidemiológico. Os trabalhos foram agrupados por assuntos sendo utilizados na construção da revisão literária. Utilizou-se como população 15 artigos que abordaram os principais aspectos relacionados ao conteúdo científico, sobre a doença de Chagas, tendo como critérios de avaliação a qualidade da informação disponibilizadas e, especificamente, aos estudos que analisaram as informações sobre a história da doença de Chagas no Brasil e seus principais aspectos patológicos. Ao final do levantamento da pesquisa a amostra constituiu-se de 6 artigos conforme a qualidade e relevância com o objetivo proposto. O recorte temporal abrangeu o período compreendido entre o mês de abril de 2016, sendo todos relacionados à temática e publicados nos últimos cinco anos.

**RESULTADOS:** Apesar de causa antiga, a doença de Chagas foi notificada pela primeira em 1909 por Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, um médico brasileiro onde o mesmo revolucionou a sua época com a descoberta desta patologia. Segundo Mattos e Berto (2011), incontestavelmente, os registros deixados por Carlos Chagas sobre a presença dos vetores da tripanossomíase nas Américas configuram-se a mais importante descrição no que se refere a DC. A transmissão da DC pode ser devido à ingestão de alimentos contaminados com parasitos, transmissão congênita, fluxos migratórios ou devido a portadores do vírus HIV serem co-infectados pelo *Trypanosoma cruzi*. Dessa forma, percebe-se que a necessidade de cada vez mais ampliar a rede de promoção, prevenção e controle de ações, para que esse agente não possa mais causar doenças, afim de melhorar cada vez mais o meio em que vivemos. Desde sua descoberta a DC tem assolado diversas populações de diferentes países, sendo endêmica no continente americano cuja abrangência estende-se do sul da região dos grandes lagos, na América do Norte ao sul da Patagônia (FILHO et al, 2010). Esta patologia é considerada pela OMS como sendo uma das doenças de caráter negligenciado e uma das principais causas de doenças crônicas na América Latina. A literatura demonstra que desde o

descobrimto da DC, está vem se estabelecendo como uma endemia normalmente localizada na área rural, e cuja prevalência está nas Américas, abrangendo campos característicos, profundamente coligados a países subdesenvolvidos. Estimativas da prevalência da infecção indicam que 13 milhões de indivíduos nas Américas Central e do Sul estejam infectados, sendo que, no Brasil, este número situa-se em torno de três milhões (TELES, 2013). Hoje, no Brasil predominam os casos crônicos de DC decorrentes de infecções adquiridas no passado, no entanto, nos últimos anos, tem sido observada a ocorrência de doença de Chagas aguda (DCA) novamente (BRASIL, 2015). Na década de 70, a área endêmica, com risco de transmissão vetorial da DC no Brasil, incluía 18 estados com mais de 2.200 municípios, nos quais se comprovou a presença do *Triatomainfestans*, principal vetor estritamente domiciliar no país (SILVA et al, 2010). As ações sistematizadas de controle químico foram instituídas a partir de 1975 mantidas em caráter regular, e desde então levaram a uma expressiva redução da presença de *T. infestans* e, simultaneamente, da sua transmissão ao homem (MONTEIRO et al, 2015). Em reconhecimento, o Brasil recebeu em 2006 a certificação internacional de interrupção da transmissão da doença pelo *T. infestans*, concedida pela Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (FERREIRA-BARBOSA et al, 2010). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, entre os anos de 2000 a 2013 foi registrado cerca de 1.570 casos confirmados de DCA, em todo território brasileiro, a tabela abaixo, demonstra mais especificadamente esses resultados (BRASIL, 2015). No Brasil, os vetores mais importantes para a doença de Chagas são: *Rhodniusprolixuse Triatomainfestans*. Sendo as regiões do Norte e Nordeste as principais responsáveis pelo acometimento de casos de DC, por se tratarem de regiões com contexto socioeconômico baixa, sempre sofreram muito com essa patologia. Foram contabilizados 112 surtos no território nacional entre 2005 e 2013, envolvendo em sua totalidade 35 municípios da Região Amazônica (BRASIL, 2015). Sendo o primeiro surto oficialmente investigado de DCA por transmissão oral ocorrido em Santa Catarina em 2005, relacionado à ingestão de caldo de cana contaminado com *T. cruzi*, pois pouco se conhecia sobre essa forma de transmissão (BACAL et al, 2011). Esse episódio chamou a atenção da vigilância sanitária, onde a mesma pode notar a importância de instituir novas regras para combate ao *T. cruzi*, além de perceberem que estavam frente a uma nova realidade com caráter ainda mais difícil que a forma vetorial, pois a transmissão oral exigiria ainda mais ações. Durante quase cem anos o país travou uma grande batalha no que diz respeito ao controle da transmissão vetorial. Atualmente nota-se uma grande redução quanto ao número de casos de DC em todo o país, isso se deve um conjunto de ações que o Ministério da Saúde, juntamente com estados e município vem desenvolvendo a fim de garantir um maior controle nas taxas de incidência. Promovendo campanhas organizadas e coordenadas para o controle do vetor triatomídeo e da transmissão por via transfusional, com maior rigor nos bancos de sangue, proporcionaram significativa redução de novos casos. Em 2006, o Brasil foi certificado pela Organização Panamericana de Saúde como livre da transmissão vetorial da DC, por *Triatomainfestans* (MONTEIRO, et al, 2015). Mas, isso não significa que o país erradicou a DC, mas sim que todo o esforço através de ações de caráter urgente conseguiu atingir o objetivo. O controle da DC no Brasil deve se a alterações no quadro epidemiológico ocasionando mudanças nas ações e estratégias de vigilância, prevenção e controle, por meio da adoção de um novo modelo de vigilância epidemiológica, de acordo com os padrões de transmissão da área geográfica. Assim percebeu a necessidade de criar um esquema que suprisse a necessidade de cada região, com o intuito de fornecer os subsídios necessários para controlar a disseminação da DC. As regiões de risco para a transmissão vetorial mantiveram vigilância epidemiológica a fim de detectar a presença e prevenir a formação de colônias domiciliares do vetor. E na região conhecida como Amazônia Legal a vigilância concentrou se na detecção precoce de casos agudos e surtos e

apoiada na Vigilância Epidemiológica da Malária, através da capacitação de microscopistas para identificação de *T. cruzi* nas lâminas para diagnóstico da malária (BRASIL, 2014). No Brasil, atualmente, predominam os casos crônicos decorrentes da infecção por via vetorial em décadas passadas, o que demonstra o êxito no controle da transmissão da doença por via vetorial sustentada no país (BRASIL, 2015). A vigilância epidemiológica detectou casos de transmissão oral, principalmente na região Norte do país, o que indica a necessidade de estratégias de vigilância e controle do agravo, compatíveis com o padrão epidemiológico atual (MONTEIRO, et al, 2015). Dessa forma percebe-se que apesar de muita coisa conquistada no que diz respeito ao combate a esta patologia, no entanto ainda há muito a que ser feito para que possamos erradicar de vez este parasita do nosso meio. Entre os casos de DCA confirmados no Brasil no período de 2000 a 2013, observou-se que a forma de transmissão oral foi a mais frequente em todos os anos (BRASIL, 2015). Portanto, no Brasil impõe-se vigilância permanente, bem como a continuidade de programas de controle por outras vias de transmissão, já em execução, cujos resultados serão avaliados a médio e longo prazo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nota-se com o presente estudo que apesar de mais de cem anos após a sua notificação, a doença de Chagas por estar ligada a um caráter socioeconômico, ainda permanece na escuridão em determinados aspectos. O Brasil sempre foi apontado como um dia país com maior número de casos da América Latina, mas que a alguns anos vem modificando esse quadro atrás das políticas de prevenção e controle desta patologia. As regiões Norte e Nordeste foram apontadas como as principais responsáveis pelo acometimento de casos de DC, por se tratarem de regiões com contexto socioeconômico baixo, sendo contabilizados 112 surtos no território nacional entre 2005 e 2013, totalizando 35 municípios na Região Amazônica. É valido ressaltar que em 2006, o Brasil foi certificado pela Organização Pan-americana de Saúde como livre da transmissão vetorial da DC. Não significando com isso que o país está livre desta ameaça. Apesar de todos esses esforços atualmente no Brasil, ainda a um grande número de casos crônicos da DC por infecção vetorial, decorridos do passado. É valido destacar as mudanças no perfil epidemiológico da doença, são através de diversas ações, o Brasil pode reduzir drasticamente o número de novos casos desta patologia, recebendo com isso certificado de livre da transmissão vetorial da DC, por *Triatomainfestans*, pela Organização Panamericana de Saúde. Mas também é importante salientar ainda a muito a que ser feito para erradicar de uma vez esse parasita. Conclui-se com este estudo que a história da doença de Chagas no Brasil, remete de muitos anos de lutas e algumas conquistas importantes no combate a esta patologia silenciosa que quando não detectada precocemente, pode ocasionar diversas complicações para seu portador e leva-lo a óbito, assim faz se necessária a tomada de precauções devidas que que esta doença continue a apresentar índices cada vez mais baixos de casos, e que o Brasil bem como demais países da América Latina possa livra-se de vez deste mal que assola a vida de seus portadores.

**DESCRITORES:** Doença de Chagas. *Trypanosoma cruzi*. Perfil Epidemiológico.

**REFERENCIAS**

BACAL, F; et al. I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 97, n.2, supl.3, p. 1-48, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n2s1/a01v97n2s1.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 21, p. 1-9, 2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/2014-020.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portal da Saúde: Informações sobre a Doença de Chagas. Atualização em 27 mar. 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/646-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doenca-de-chagas/12-doenca-de-chagas/11116-situacao-epidemiologica-chagas>>. Acesso em 10abr. 2016.

FERREIRA-BARBOSA, JM; et al. Acometimento cardíaco em Casos de Doença de Chagas Aguda da Amazônia. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n.1, p. 13-22, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n6/23.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

FILHO, JCRF; et al. Soropositividade para doença de Chagas entre doadores de sangue em Araraquara, Estado de São Paulo, no período de 2004 a 2008. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 44, n. 1, p. 110-112, jan. / fev, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/25.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

GUARIENTO, ME; et al. Perfil clínico de idosos portadores de doença de Chagas atendidos em serviço de referência. **Rev. Bras. Clín. Med.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 20-24, jan. / fev. 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1717.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

MALAFAIA, ME; RODRIGUES, ASL. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 43, n. 5, p.483-485, set-out, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n5/v43n5a01.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

MATTOS, ER; BERTO, BP. Doença de Chagas: uma breve revisão das recentes ocorrências, vias de transmissão e métodos diagnósticos. **Saúde & Amb. Rev.**, Duque de Caxias, v.6, n.2, p.40-45, jul. /dez, 2011. Disponível em <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/sare/article/viewFile/1467/822>>. Acesso em 10abr. 2016.

MONTEIRO, ACB; et al. Doença de Chagas uma enfermidadedescoberta por um brasileiro. **Saúde em Foco**, n. 7, 2015. Disponível em <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/chagas.pd](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/chagas.pd)>. Acesso em 10abr. 2016.

PITA, SSR; PASCUTTI, PG. Alvos Terapêuticos na Doença de Chagas: a Tripanotiona Redutase como Foco. **Rev. Virtual Quim.** v. 3, n. 4, p.307-324, out. 2011. Disponível em <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/view/198/193>>. Acesso em 10abr. 2016.

SANTOS, FLA; et al. Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. **Rev.Ciênc.Farm. Básica Apl.** v. 33, n. 1, p. 37-47, 2012. Disponível em <[http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1624/1624](http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1624/1624)>. Acesso em 10abr. 2016.

SILVA, EM; et al. Estudo clínico-epidemiológico da doença de Chagas no distrito de Serra Azul, Mateus Leme, centro-oeste do Estado de Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 2, p. 178-181, ma. / abr., 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n2/14.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

TELES, WS. Avaliação epidemiológica e laboratorial da Doença de Chagas em área rural de Sergipe. Dissertação de Mestrado (Saúde Ambiental) **Universidade Tiradentes**, Aracajú, 2013. Disponível em < <http://psa.unit.br/wp-content/uploads/2013/07/AVALIA%20EPIDEMIOL%20E-LABORATORIAL-DA-DOEN%20A-DE-CHAGAS-EM-%20REA-RURAL-DE-SERGIPE.pdf>>. Acesso em 10abr. 2016.

---

## RETRATOS DA VIOLÊNCIA URBANA: UM BOLETIM DE MORTES VIOLENTAS DO SERTÃO DA PARAÍBA

Andréia Rayanne Queros de Sousa  
Edmara da Nóbrega Xavier Martins  
Allan Martins Ferreira

**INTRODUÇÃO:**No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, ocorrem cerca de 150.000 mortes violentas por ano, e cerca de nove bilhões de reais são destinados a esse atendimento anualmente, quase um terço de tudo o que é investido em saúde pública no país (PIRES; STARLING, 2010). Portanto, estabelecer uma rotina de prioridades no atendimento a essas vítimas é fundamental para garantir maiores chances de sobrevivência e diminuição de sequelas. Os homicídios e os acidentes de trânsito representaram 62,5% do total de óbitos por causas externas no Brasil na última década (DI CREDO; FELIX, 2012). Segundo dados comparativos realizados pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM), o ano de 2008 revelou ainda que o trânsito brasileiro matou 2,5 vezes mais do que o dos Estados Unidos, e 3,7 vezes mais do que o Europeu (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2009). O trauma permanece sendo uma das três principais causas de morte em todo o mundo, é a principal causa de morte entre crianças, adolescentes e adultos jovens na América do Norte e no Reino Unido. Os traumas violentos e os acidentes automobilísticos acarretam a morte de mais de 2,5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Cerca de 80% das mortes em adolescentes e 60% na infância são decorrentes de trauma, sendo ainda a sétima causa de óbito no idoso (PIRES; STARLING, 2010). Com a forte repercussão, tanto nos meios de comunicação social locais, quanto nacionais, é notório que nas últimas décadas, ocorreu um significativo aumento da criminalidade violenta, principalmente nas grandes cidades. É assustador o número de homicídios, responsáveis por ceifar a vida de mais de 40 mil pessoas por ano. A grande maioria das vítimas é jovem; na faixa etária entre 14 e 25 anos de idade; negros; sendo do sexo masculino e moradores de áreas que apresentam indicadores de grande vulnerabilidade social (SOUZA, 2016). Nos dias atuais, a criminalidade vem crescendo e tem alcançado proporções quase que insustentáveis, porém grande parte destes crimes está relacionada ao uso e o tráfico de drogas ilícitas. Diversas explicações podem ser atribuídas a este fato, tais como: à falta de desenvolvimento em políticas sociais, como a criação de escolas em tempo integral, creches, áreas de lazer para a população e um maior investimento em segurança pública, visando assim, à diminuição dos altos índices de violência, e proporcionando uma melhor qualidade de vida à sociedade (FRANCISQUINHO; FREITAS, 2008). Diante da necessidade de combater a violência urbana, ou mesmo minimizar os indicadores de vulnerabilidade social através de educação em saúde, estabelecemos como objetivo desta pesquisa descrever a incidência das mortes violentas causadas por ferimentos envolvendo armas de fogo, branca e agressões pessoais no município de Patos – Paraíba nos últimos quatro anos.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo na forma de revisão bibliográfica, do tipo descritiva que inclui uma análise das fontes eletrônicas do Ministério Público da Paraíba e do banco de dados do CVLI (Crimes Violentos Letais Intencionais) acontecidos entre o período de 2012 e 2015 no município de Patos – Paraíba. A análise foi feita de acordo com a abordagem do tema, onde se buscou mortalidade violenta em Patos e os números de

homicídios na Paraíba vinculados a armas de fogo, branca e a agressões de natureza brutal.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O resultado deste estudo se equipara com a estatística brasileira e diversas pesquisas, nas quais, ocorre uma ascensão nos índices das vítimas de homicídios, principalmente agredidas por arma de fogo, arma branca e agressões físicas de qualquer natureza. A tabela abaixo evidencia os dados encontrados:

<b>Boletim trimestral de criminalidade: Número de vítimas de CVLI* em Patos – PB</b>					
<b>Ano</b>	<b>1º Trimestre</b>	<b>2º Trimestre</b>	<b>3º Trimestre</b>	<b>4º Trimestre</b>	<b>Total</b>
<b>2012</b>	16	16	18	18	68
<b>2013</b>	10	4	12	19	45
<b>2014</b>	15	11	11	11	48
<b>2015</b>	18	10	15	15	58
<b>Total Geral</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>56</b>	<b>63</b>	<b>219</b>

Fonte: CVLI\* Crimes Violentos Letais Intencionais. Patos – Paraíba (2016).

Observou-se através dos dados que os números de homicídios são maiores no último trimestre do ano, totalizando (63) sessenta e três casos nos últimos quatro anos, o que pode estar relacionado ao princípio do verão, onde no período de férias ocorre aglomeração maior de pessoas nos festivais, em ocorrências no trânsito, entre outras condições, o que pode levar os indivíduos a discussões desnecessárias e brigas que acarretem em mortes. Notou-se que o ano de 2012 teve o maior número de ocorrências fatais, totalizando (68) sessenta e oito homicídios, enquanto que o ano de 2013 fez menores números, com (45) quarenta e cinco. No total, observa-se o número expressivo de homicídios acontecidos no município de Patos nos últimos quatro anos, totalizando 219 vítimas em 48 meses, o que dá um percentil de mais de 4 vítimas por mês. No Brasil, os ferimentos por armas de fogo têm superado em incidência outros agentes, como as agressões interpessoais. Observa-se como a internação de vítimas por arma de fogo é constante, permitindo assim explorar aspectos relacionados a esta condição, pois este é um fenômeno social, que interfere diretamente na organização dos serviços de saúde. Por acometer preferencialmente pessoas jovens e previamente saudáveis, resulta em perda potencial de trabalho e de produtividade e, portanto, em custos sociais imensamente maiores que outras doenças como as cardiovasculares e as neoplásicas (CALIL; PARANHOS, 2007). Essa epidemiologia tem impelido os serviços de atendimento de emergência no Brasil e



em todo mundo a se organizarem para atender às cinco grandes vertentes do controle ao trauma: prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento intra-hospitalar, reabilitação e plano de atendimento a catástrofes e grandes desastres (PAROLIN; OLIVEIRA; TEIXEIRA JR, 2007). Há três formas comuns para se implementarem estratégias para a prevenção da violência urbana. São elas a educação (prevenção): têm a intenção de informar. Para ser eficaz, o público-alvo deve acolher o novo conhecimento com entusiasmo suficiente para alterar o comportamento da maneira designada pelo programa; a execução: procura canalizar o poder persuasivo da lei para garantir a adesão a estratégias de prevenção simples, mas eficazes. Certas instituições governamentais têm o poder de aprovar estatutos, regulamentos e leis em um esforço para promover a saúde pública, a segurança e o bem-estar geral mesmo quando essas ações restringem a autonomia individual até certo limite; e a engenharia: procura inserir a prevenção de traumas em produtos ou ambientes de forma que o hospedeiro não tenha que agir diretamente para ser protegido (PHTLS, 2011). De acordo com Di Credo e Felix (2012) existe uma prevalência maior de trauma em pessoas do sexo masculino. Além disso, os traumas que mais acometem os homens são causados por acidentes de trânsito, seguidos por violência pessoal e quedas. Panichi e Wagner (2006) acrescentam que o acometimento de homens pode estar relacionado ao comportamento social e cultural. Pela tendência de serem mais agressivos e pelas características tais como a impulsividade, imaturidade, a busca de sensações intensas, a motivação e influência de grupos de amigos e o comportamento delincente. Sullivan (2004) confirma que o número de mortes tem índice expressivo na faixa etária entre 15 e 49 anos e o comportamento das mortes violentas demonstra elevada mortalidade masculina. Nos homicídios, a mortalidade masculina chega a abranger atualmente 12 homens para cada mulher na faixa etária de 20 a 29 anos de idade.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Temos conhecimento que a violência urbana se trata também de uma questão social e moral que não será resolvida de imediato. É preciso uma ação coletiva, envolvendo muitos atores sociais, tais como os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, o mundo da Educação, da Cultura, da Saúde, do Trabalho e outros setores importantes da sociedade. Este estudo permitiu constatar que o impacto da violência é sentido pela sociedade e pela família, bem como, pelos serviços de saúde. Portanto, fica clara a necessidade de estratégias e de políticas sócio educativas que visem o bem estar da população, diminuindo assim os índices de violência. A realidade regional reflete diretamente no alto custo para o município, para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde, ressaltando ainda que muitos desses números poderiam ter sido prevenidos. Portanto, vê-se a necessidade de atenção maior voltada para a população jovem, por serem mais susceptíveis a essas condições, não pela violência interpessoal, mas também, e principalmente, pelos acidentes de trânsito e de trabalho. Faz-se necessário que os órgãos públicos invistam em recursos humanos e infra-estrutura, a fim de promover execução das políticas públicas efetivas para a prevenção e redução dos números de violência e, conseqüentemente, da morbi-mortalidade dessas vítimas.

**Palavras-chave:** Violência. Ferimentos por Arma de Fogo. Trauma. Educação em Saúde.

## REFERÊNCIAS

DAYRELL, M.; CAIAFFA, W. T. Homicídios e consumo de drogas: breve revisão contextualizada em uma zona urbana metropolitana. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte: p.321-327, 2012.

CALIL, M. A; PARANHOS, W. Y. Atendimento ao paciente politraumatizado. In: CALIL, M. A; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro em situações de emergências**. Atheneu, 2007.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). **Estudos técnicos. Mapeamento das mortes por acidentes de trânsito no Brasil**. Brasília: Ministério Nacional dos Municípios, 2009.

CVLI, CRIMES VIOLENTOS LETAIS INTENCIONAIS. **Metodologia de contagem de crimes violentos letais intencionais**. Secretaria da Segurança e da Defesa Social. João Pessoa: 2016. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/boletimdacriminalidade>>. Acesso em 15 de Abril de 2016.

DI CREDO, P. F; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v.17, n.1, p.126-131, 2012.

FRANCISQUINHO, Sergio & FREITAS, Solange P. de. **A influência das drogas na criminalidade**. 85 p. Monografia. UEL – Universidade Estadual de Londrina. 2008.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA, **Números de homicídios na Paraíba**. 2016. Disponível em: <<http://www.mppb.mp.br>>. Acesso em 15 de Abril de 2016.

PANICHI, R. M. D; WAGNER, A. Comportamento de risco no trânsito: revisando a literatura sobre as variáveis preditoras da condução perigosa na população juvenil. **Interam. Psicologia**. vol.40, n.2, p.159-66, 2006.

PAROLIN, K. F. M; OLIVEIRA, B. F. M; TEIXEIRA JUNIOR, E. V. **Trauma: atendimento pré-hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Ateneu, 2007.



PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado:** básico e avançado. NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (The Committee on Trauma of The American College of Surgeons). 7.ed. Elsevier. Rio de Janeiro: 2011.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. Tratamento inicial do politraumatizado. In: PIRES, M. T. B. **Erazo:** manual de urgências em pronto-socorro.9.ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2010.

SOUZA, R. S. Políticas públicas e violência. **Revista Democracia Viva**.out/dez, 2006.

SULLIVAN, J. Armas de fogo e saúde pública. In: DIAS, S. A. **As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma.** [dissertação] Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná, 2004.

---

## RESISTÊNCIA BACTERIANA: REVISÃO LITERÁRIA

Damião Bruno Maia Soares  
Jaciane Nascimento Santos  
Rafael Félix de Araújo  
Malba Gean Amorim

**INTRODUÇÃO:** As bactérias são os seres mais antigos do planeta Terra. E podem ser encontradas em praticamente todos os lugares, inclusive os mais inóspitos possíveis, indo das altas temperaturas as mais baixas, as bactérias são capazes de garantir sua existência. Tal habilidade é possível devido a sua extrema facilidade de adaptação ao ambiente no qual está inserida. Segundo (Conti, 2012), microrganismos como fungos e bactérias são associados como causadores de doenças e, infelizmente, mesmo diante do avanço tecnológico e científico dos dias atuais, algumas dessas infecções podem ser de difícil tratamento, comprometendo a vida dos indivíduos que apresentam um sistema imunológico debilitado. Na década de 1940 surge então o primeiro antibiótico sintetizado a partir do *Penicillium* usado no tratamento de infecções causadas pela bactéria *Staphylococcus aureus*. De acordo com Mimica (2006) antes do uso da penicilina era de 80% a taxa de letalidade de indivíduos acometidos por tal bactéria. Porém, o uso indiscriminado desse fármaco somado a facilidade de mutação das bactérias, faz com pouco tempo após sua descoberta, surjam os primeiros relatos de *Staphylococcus aureus*

resistentes a penicilina (Oliveira et al, 2014). Segundo (Oliveira, Paula, 2012), que se a resistência bacteriana é um problema de saúde pública a nível mundial. Tal fenômeno se caracteriza pela resistência da bactéria à ação de uma ou mais classes de antibióticos. Atualmente, a resistência bacteriana se mostra mais presente. Tornando-se um desafio para os profissionais de saúde, devido a restrição, cada vez maior, das opções terapêuticas disponíveis para tratamento dessas infecções decorrentes de microrganismos resistentes. Objetivou-se com esta pesquisa, observar as possíveis causas da resistência bacteriana e seus locais de ocorrência.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão da literatura de periódicos de língua portuguesa realizado por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Biblioteca Científica Virtual (SciELO), no qual foram utilizados os descritores: resistência bacteriana, antibióticos, infecção.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A resistência bacteriana ao efeito dos antibióticos nada mais é do que a capacidade que esses microrganismos possuem para conseguirem se multiplicarem na presença desses produtos. Isso ocorre quando as bactérias se mutam geneticamente de tal modo que chegam a ter novos mecanismos de defesa que agem lhe permitindo a redução ou neutralização por completo dos efeitos desses fármacos. Devido a mutação, elas acabam sofrendo uma alteração na permeabilidade de sua membrana celular o que lhes permite que a entrada do antibiótico seja impossibilitada, como também podem adquirir a função de bombeamento do fármaco para fora da célula, fazendo com que o mesmo não ofereça dano as mesmas. A reprodução das bactérias ocorre por bipartição, permitindo-lhes uma multiplicação muito rápida e eficaz, com essa mutação genética ocorrida as demais multiplicações do micro-organismo terão também uma resistência aos antibióticos, uma vez que o material genético é repassado durante essas multiplicações, gerando assim uma população menos susceptível ao efeito do fármaco, o que acaba tornando elas como as bactérias predominantes daquele meio. A resistência aos antibióticos é inevitável e uma vez ocorrida não é possível mais haver uma reversão. O uso negligenciado de antibióticos na área medica durante muito tempo, seu vasto uso tanto na agricultura como na pecuária tem causado também um sério aumento na resistência bactérias à droga. Surge então a necessidade no aumento de novos fármacos e novas classes de antibióticos para tratar essas infecções, seja em ambiente hospitalar ou na comunidade. (BRITO, CORDEIRO, 2014), Foi observado que, nas últimas décadas é crescente o surgimento de novas cepas resistentes a múltiplas drogas existentes no mercado. Antes do século XXI a resistência bacteriana tinha predominância de ocorrência em ambientes hospitalares. Hoje, a resistência bacteriana está associada a diversos ambientes e pode atingir também indivíduos saudáveis (GUIMARAES; MOMESSO; PUPO, 2010). A probabilidade do paciente internado numa instituição hospitalar sofrer uma infecção é diretamente proporcional ao seu estado geral, nutricional e a natureza e qualidade dos procedimentos realizados com esse paciente. Indivíduos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estão sujeitos a um maior risco de contraírem uma infecção hospitalar do que os demais pacientes internados em outras áreas. (DERELI, 2013) Foi possível constatar

durante o levantamento e leitura dos dados, três pontos distintos referentes a resistência bacteriana. Eles estão ligados a ações individuais, coletivas e institucionais. **Primeiro ponto:** O uso incorreto de antibióticos predispõe os seres humanos a infecções oportunistas e de um grau maior de dificuldade em serem combatidas. A automedicação, seja por indicação de amigos ou familiares, ocorre devido a grande facilidade com que os indivíduos conseguem efetuar a compra desses medicamentos, originando assim uma escolha errada do fármaco, na sua dosagem e na duração de seu uso. O abandono do tratamento sem consciência do prescritor, a falta de controle nos horários corretos para a ingestão da medicação também são fatores importantes e que podem deixar os indivíduos indefesos a tais bactérias, uma vez que elas se tornam resistentes aos medicamentos, quando usados de forma errônea. A utilização de antibióticos sem uma cuidadosa avaliação de suas indicações e com regimes terapêuticos insuficientes ou ineficientes, pode gerar fatores significantes para o desenvolvimento da resistência bacteriana (RIBEIRO, COMARELLA, 2015).. **Segundo ponto:** Ocorre dentro do ambiente hospitalar e está relacionado a baixa adesão dos profissionais de saúde à medidas de combate a infecção e ao abandono de antigas práticas que levam risco de danos tanto ao profissional quanto ao paciente. A higiene das mãos feitas de forma incorreta, ou a sua não realização, a falta de uso dos equipamentos de proteção individual (EPI's) durante os procedimentos realizados no paciente ou o uso indevido dos mesmos fora do ambiente de trabalho são vários dos fatores que contribuem para a infecção hospitalar por bactérias resistentes. Os profissionais afirmam conhecer as medidas de segurança, porém tendem a não colocadas em prática. Os fatores como a necessidade de rapidez, durante os procedimentos, a exaustão física e mental, além da falta de equipamentos de proteção individual (EPI) aumentam as chances de acidentes no ambiente de trabalho. (LUBENOW, 2012). Os referidos dispositivos de proteção se constituem os materiais básicos, necessários para se evitar a infecção no ambiente hospitalar, como também para manter e proteger a integridade física do profissional. (RIETH, LORO, STUMM et al. 2014). As infecções hospitalares são um importante problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, uma vez que tal evento acaba complicando o estado geral do indivíduo hospitalizado, promovendo maiores custos para as instituições, um prolongamento no tempo de internação e um significativo aumento na morbidade e mortalidade. (PADOVEZE, FORTALEZA, 2014). Tal infecção é de difícil tratamento devido ao paciente já se encontrar em um estado de saúde debilitado somado com a ineficácia que os antibióticos encontrados no mercado oferecem ao combate a essas bactérias resistentes. Os organismos multirresistentes trouxeram grande preocupação para os profissionais de saúde, pois a assistência novamente está comprometida, gerando expectativas sombrias para o futuro se medidas urgentes não forem providenciadas (BRITO; CORDEIRO, 2012). O alto risco de mortalidade relacionada as infecções adquiridas por meio dos procedimentos está diretamente associada a fatores como: tipos de procedimentos invasivos e técnicas terapêuticas, a gravidade da doença do indivíduo, sítio da infecção e resistência dos microrganismos aos fármacos utilizados em seu combate. (SOUZA, et al, 2015). **Terceiro ponto:** Os dois principais fatores envolvidos no desenvolvimento da resistência aos antibióticos em bactérias são a pressão seletiva e a presença de genes de resistência (WITTE, 2000). Os genes que codificam resistência aos antimicrobianos podem estar localizados no cromossomo ou nos plasmídios. O DNA cromossômico é relativamente mais estável,

enquanto que o DNA plasmidial é facilmente transportado de uma linhagem para outra por conjugação bacteriana, permitindo uma transferência de genes em conjunto incluindo os de resistência a antimicrobianos (KONEMAN et al., 1997). **Quarto ponto:** O processamento de produtos para a saúde feitos de forma inadequada seja por precariedade da instituição, mau funcionamento dos equipamentos ou por falta de conhecimentos técnicos científicos atualizados não permite aos profissionais de saúde oferecerem uma assistência de qualidade e com maior grau de segurança. A cautela no uso desses produtos processados é de responsabilidade direta da instituição e de sua equipe de saúde, que devem garantir os aspectos estruturais e comportamentais do transporte, armazenamento e manuseio. (FREITAS, et al, 2015). Procedimentos realizados com materiais contaminados oferecem sério risco de infecção aos pacientes e, as mesmas ocorrem em demasia nos centros cirúrgicos, mas esse problema não está somente ligado ao ambiente hospitalar, o mesmo ocorre também na prevenção primária, local onde muitas vezes os profissionais não possuem uma estrutura adequada para funcionamento de uma Central de Material Estéril, falta-se equipamentos, insumos e pessoas com qualificação atualizada para realizar esses procedimentos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar do grande avanço científico e tecnológico que a área da saúde sofreu nas últimas décadas, um problema desafiador ainda se mostra presente em seu cotidiano: o abandono de antigas práticas que tornam o paciente e o profissional sujeitos a sofrerem sérios danos a sua saúde. É notável que a infecção por bactérias resistentes é consequência de uma cascata de inúmeras condutas realizadas pelos indivíduos leigos e pelos profissionais de saúde. Para minimizar esses riscos é necessária uma educação em saúde voltada para o público leigo, onde o mesmo seja orientado quanto ao uso correto dos medicamentos, e que suas dúvidas sejam sanadas com o prescritor do medicamento durante suas consultas e que haja um controle mais efetivo na venda desses medicamentos. Também é preciso uma reeducação dos profissionais de saúde, onde os mesmos devem ter a consciência de seus maus hábitos e a consequência que os mesmos podem trazer tanto para o paciente quanto para eles mesmos. Pro meio da educação em saúde é possível sanar os danos de ambas as partes e promover dessa forma um tratamento e atendimento da melhor forma possível, sem que nenhuma das partes saia com prejuízos, gerando assim uma nova visão para a responsabilidade de ações individuais, coletivas e também institucionais. É necessário também que o processamento de produtos para a saúde seja feita de forma criteriosa e que a instituição atente aos requisitos básicos de estrutura, equipamentos adequados e esses cargos sejam ocupados por profissionais qualificados para exercerem tais ações. Seguido também de uma avaliação contínua e mais eficaz de vigilância e controle de infecção feita pelos órgãos competentes que vise o reconhecimento da qualidade da prestação dos serviços e as condições gerais do ambiente de trabalho ao qual estão expostos esses profissionais.

**Palavras Chaves:** Antibiótico, Infecção, Resistência Bacteriana.

## REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, Eliana Pinho de; PIRES, Denise Pires de; VAZ, Marta Regina Cezar. Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 13, n. spe, p. 79-85, 2004 .

BRITO, M. A.; CORDEIRO, B. C. Necessidades de novos antibióticos. *Jornal Brás. Patol. Med. Lab.* São Paulo, v. 48, n. 4, p. 247 – 249, 2012.

CONTI, Raphael; GUIMARAES, Denise O.; PUPO, Mônica T.. Aprendendo com as interações da natureza: microrganismos simbiotes como fontes de produtos naturais bioativos. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 3, 2012 .

DERELI, Necla et al . Três anos de avaliação das taxas de infecção nosocomial em UTI. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas , v. 63, n. 1, p. 79-84, Feb. 2013 .

FREITAS, Lucimara Rodrigues et al. (DES)CUIDADO COM PRODUTOS PARA SAÚDE PROCESSADOS NO TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015.

GUIMARAES, Denise Oliveira; MOMESSO, Luciano da Silva; PUPO, Mônica Tallarico. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. **Quím. Nova**, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 667-679, 2010 .

PADOVEZE, Maria Clara; FORTALEZA, Carlos Magno Castelo Branco. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 995-1001, Dec. 2014.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; PAULA, Adriana Oliveira de. Descolonização de portadores de *Staphylococcus aureus*: indicações, vantagens e limitações. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 448-457, June 2012 .

RIBEIRO, Jhon Lenon, COMARELLA, Larissa. Bactérias Multirresistentes e Emergência da Resistência Tipo New Delhi Metallo- $\beta$ -Lactamase -1 (NDM-1) **Revista UNIANDRADE**, 2015

Simão SAF, Soares CRG, Souza V, Borges RAA, Cortez EA. Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de Enfermagem de unidade de emergência hospitalar. *Rev Enferm UERJ*.

SOUZA, Ester Sena et al . Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 220-228, Mar. 2015.

SANTOS, Neusa de Queiroz. A resistência bacteriana no contexto da infecção

## **PARTO NATURAL/HUMANIZADO VS PARTO NATURAL / INSTITUCIONAL**

Cícera Maria Joaquina Bezerra de Lacerda  
Sosthenes dos Santos Alves  
Fády Maysa Bezerra Ferreira  
Denisy Dantas Melquiades Azevedo  
Ana Paula Dantas da Silva

**INTRODUÇÃO:** O parto é um acontecimento de grande importância na vida da mulher, uma vez que constitui um momento único para mãe e filho. O processo do parir e nascer, com o passar dos tempos começou a ser visto como se fosse uma patologia, onde acabaram dando ênfase a técnicas hospitalares, dando privilégio a elas e deixando de lado o estímulo, apoio, afeto e atenção à mulher que passa por tal experiência. Ele passou a ser institucionalizado após a Segunda Guerra Mundial, progressivamente pela incorporação de novos conhecimentos e habilidades adquiridas pelos médicos nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, diminuindo significativamente a mortalidade materna e infantil (CARNEIRO, 2015.). Moraes (2006) concorda que mesmo com a institucionalização do parto e os avanços tecnológicos tenham proporcionado melhor controle dos riscos para a mãe e filho, ocorreu uma grande incorporação de muitas intervenções desnecessárias, culminando inclusive com um aumento progressivo no número de cesarianas, tornando um ato que era natural totalmente técnico, e perdendo o momento íntimo e mágico entre a parturiente e o recém-nascido. Antigamente não existiam técnicas que fizessem diminuir a dor do parto e muito menos exercícios que favoreciam esta atividade, o que realmente acontecia era que as mulheres se isolavam para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado, apenas seguiam seus instintos. Foi possível notar que a principal causa para o aumento e escolhas de cesarianas seria de certo modo a interferência dos médicos, com a desculpa de ser um procedimento mais confortável e seguro para a mãe e para o feto (LEGUIZAMON JUNIOR, 2013.). O parto natural traz um enorme leque de vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, tais como a recuperação mais rápida, a ausência de dor no período pós-parto, uma alta precoce, um risco menor de infecção e de hemorragia (CAMPOS, 2014.). Por esses motivos, de acordo com as recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), as cirurgias cesarianas deveriam corresponder a, no máximo, 15% do total de partos e somente ser indicadas nos casos de risco para a parturiente ou o nascituro. Assim, a cesárea constituiria uma alternativa para quando ocorressem complicações durante a gravidez ou parto natural, gerando algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, sem levar em conta a decisão das gestantes. A referente pesquisa tem como objetivos entender a real diferença entre



Parto natural/humanizado e o Parto natural/institucionalizado; Conhecer os Benefícios do parto natural/humanizado; Os motivos pelos quais a preferência da OMS e a Assistência de Enfermagem diante de tal situação.

**MATÉRIAS E METÓDOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de março de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Parto Natural. Enfermagem. Parturiente. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2011 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: o parto natural. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Entende-se por parto natural aqueles onde são realizados sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o tempo de trabalho de parto, parto e pós-parto, e com o atendimento completamente direcionado para a mulher. Também pode ser chamado de "parto humanizado", devido todo o respeito e carinho que é tratado a mulher e o bebê neste período por todos os profissionais e outras pessoas que estiverem ali presentes. No parto natural, a saída do bebê acontece pelo canal vaginal, sem qualquer tipo de intervenção do médico ou algum ato cirúrgico. Tudo ocorre da maneira mais natural possível e tentando evitar o mínimo de procedimentos possíveis, de modo que possa evitar ao máximo causar ainda mais dor, complicações ou riscos de infecções à mãe e filho. Há intervenções apenas quando durante o processo do parto, existir alguma indicação para que ocorra uso do procedimento, onde poderá ocorrer o corte na vagina, a soroterapia e a suspensão da alimentação, entre outros (Brasil, 2011)- NO PARTO NATURAL /HUMANIZADO NÃO EXISTE INTERVENÇÕES. O parto natural é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e isso é devido já terem comprovado seus inúmeros benefícios e a diminuição dos riscos maternos e neonatais. Existe uma diferenciação entre o parto normal (tradicional) e o parto natural, pois, já há algum tempo, o parto normal tem ocorrido de maneira oposta à sua normalidade e naturalidade, com muitas intervenções sendo realizadas. Sendo assim acaba que para a realização do parto de forma tradicional, são utilizados, alguns procedimentos como já citados antes, tipo o corte na vagina, a soroterapia, depilação dos pelos pubianos por meio de raspagem, a lavagem intestinal, o corte da alimentação, o repouso na cama hospitalar, a proibição da presença de um acompanhante, dentre outras ações, que só causam sofrimento, dor e aumento do risco de muitas complicações à mãe e ao bebê, e ao decorrer disso que há uma explicação para o medo que muitas mulheres apresentam ter do parto normal. E devido a isso é que então apareceu o parto natural ou humanizado, que se diferencia do tradicional parto normal pela centralização das condutas e atitudes profissionais no que mulher precisar. As atitudes dos profissionais envolvidos neste parto também são fundamentais, e devem respeitar o tempo, receio, desejos, limites e expectativas de cada mulher, durante todo o

processo de trabalho de parto. O grande foco do parto natural é o resgate do nascimento natural, através de sua simplicidade e das mudanças de atitudes e comportamento dos envolvidos no processo. Paciência, tranquilidade, respeito ao outro e conhecimento científico são necessários e de suma importância para o acompanhamento do parto natural. A parturiente é o centro das atenções e a protagonista do momento, tendo ela o poder sobre seu próprio corpo e sobre o processo do nascimento, o ritmo, o seu tempo e do bebê são respeitados e a mulher tem liberdade para se movimentar e fazer aquilo que seu corpo lhe pede, ela que manda ali. Atualmente, o parto natural tem sido motivo de diversos investimentos por parte do Ministério da Saúde, como na criação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento e na criação dos Centros de Parto Normal, e também a criação da PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015. “As justificativas das gestantes para a preferência pelo parto natural foram: ser um processo natural, não necessitar intervenção cirúrgica e contribuir para a experiência de ser mãe. (LEGUIZAMON JUNIOR, 2013.)”. Observou-se que os artigos datados em ano inferiores aos priorizados que a porcentagem de partos naturais estava caindo de forma significativa, e que depois da implementação de programas da Organização Mundial de Saúde foi que ocorreu uma mudança notável, e também durante pesquisas sobre o tema pude notar que em outros países e agora também no Brasil as mulheres estão adotando tal forma de parto não apenas por o ser melhor para ela e filho, mas também por de certo modo, estar na moda, pelo simples fato da beleza e grandiosidade do momento. De forma geral o estudo dos artigos e trabalhos acadêmicos inclusos na pesquisa apontou que 100% destes referem que o parto natural é a melhor escolha feita pelas gestantes, onde todos destacam suas vantagens, onde ambos também sempre explicam o porquê de tal escolha como via de parto, deixando claro a importância da presença de um profissional capacitado, e não esquecendo de sempre ouvir a opinião e respeitar a escolha da mãe. As gestantes acompanhadas nos referentes artigos estudados apresentam preferência pela via de parto natural, sobretudo as católicas e as portadoras de ensino médio incompleto e superior completo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os níveis emocionais da gravidez, parto e puerpério são facilmente reconhecidos, sendo que a maioria dos estudos converge para a ideia de ser esse período um tempo de grandes transformações mentais, onde aconte uma relevante transição existencial, adequações simples são possíveis para acolher mulheres respeitando o seu direito à sua cultura. Portanto, o presente estudo permitiu analisar que a principal fonte de informação das gestantes adveio dos profissionais de saúde pois os mesmos são os mais preparados e indicados para obtenção dessas informações, sendo assim é de suma importância do profissional estar qualificado para as devidas orientações e que a mãe esteja sempre a par de seu estado gestacional e faça um acompanhamento pré-natal dentro dos parâmetros exigido pelas condutas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. É importante salientar que esse acompanhamento de tal assistência ao parto normal deve ser conduzido por uma enfermeira obstetra capacitada, sendo assim é um direito tanto para o profissional que o presencia e da mulher que o acontece o ato ter este acesso e informação, considerando a capacitação técnica e científica destas profissionais. Independentemente do lugar onde será realizado parto, deve ser informado à mulher assim que for escolhido, para então ela decidir o que achar melhor

para si, tendo toda a garantia de segurança na assistência prestada, evitando ao máximo a imperícia, imprudência e negligência. Destacando a relevância do acesso ao pré-natal de qualidade, com atos que lhe dêem escolhas seguras, esclarecendo todas as dúvidas e anseios da futura mãe, para que a mesma então tenha total segurança durante o parto.

**DESCRITORES:** Parto Natural. Enfermagem. Parturiente. OMS.

## REFERÊNCIAS

CARNEIRO, Luana Maria de Almeida et al. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015. <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/744/859>> Acesso em: março de 2016.

CAMPOS, Aline Souza; DE ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo; DOS SANTOS, Reginaldo Passoni. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 332-341, 2014. <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10245/pdf>> Acesso em: abril de 2016.

COSTA, Susanne Pinheiro et al. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014. <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8861/pdf>> Acesso em: março de 2016.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013. <[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/798/934](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/798/934)> Acesso em: março de 2016.

MINUZZI, ALINE; REZENDE, CENY LONGHI. Fatores de influência na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. **UNINGÁ Rev**, v. 14, n. 1, p. 37-48, 2013. <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130701\\_171706.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130701_171706.pdf)> Acesso em: abril de 2016.

RIBEIRO, José Francisco et al. Assistência ao parto normal sob o olhar da parturiente. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p. Pág. 113-125, 2015. <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1204>> Acesso em: março de 2016.

---

## **USO DE MEDICAMENTOS E PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS: Uma abordagem na Literatura**

Hellen Samara Nunes Leite  
Adrielly Eugênia Pereira da Costa  
Mayara Nunes de Freitas  
Josilene de Souza Camboim  
Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

**INTRODUÇÃO:** O Ministério da Saúde considera a queda em idosos um importante problema de saúde pública. Os idosos têm alta prevalência de morbidade, e do elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas e é frequente a ocorrência de mais de uma doença, levando ao uso de diversos medicamentos. (PREZOTTO; PAULINO; APRILE et al , 2010.) O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz a tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais destaca-se a ocorrência de queda, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas consequências, especialmente a fatura de quadril. Cerca de 30% dos idosos em países ocidentais sofrem queda ao menos uma vez ao ano; aproximadamente metade sofre duas ou mais quedas. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa mostram que aproximadamente um terço da população acima de 65 anos sofreu pelo menos uma queda durante o último ano, 3-5% apresentaram faturas graves, isto é, que demandaram internação hospitalar. (FABRÍCIO; RODRIGUES; JUNIOR, 2004). Há muitos estudos que mostram os fatores de risco relacionados à queda, mas eles podem diferir conforme a cidade ou país, dependendo das diferenças culturais e das condições de vida desses idosos. As consequências não são somente físicas, mas psicológicas e sociais como hospitalização, institucionalização ou reabilitação diminuindo autonomia e aumentando custos para a saúde pública. (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010). A frequência é menor nos países orientais, onde cerca de 15% dos idosos caem uma vez ao dia e apenas 7,2% caem de forma recorrente. Isto cria um problema de interação das drogas e possíveis efeitos colaterais, um dos quais pode ser a queda. No Brasil, diversos autores estudaram a prevalência de quedas em idosos em diferentes ambientes e com características diversas. Afirmam que o uso de medicamentos é um fator de risco de quedas, pois as drogas podem diminuir o alerta, assim como a função psicomotora, ou causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente quando em doses inapropriadas. (LOGUDICI; LAPREGA et al, 2010). Sendo assim diante de tantos fatores de risco para quedas em idosos, o uso de drogas está como um fator considerável para a prevalência de quedas em idosos. As quedas além de produzirem uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, podem ainda repercutir entre os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais adaptando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda. O uso de medicamentos tem sido abordado em vários estudos como um dos fatores de riscos para tais acidentes, foi investigado o papel de medicamentos psiquiátricos, cardiológicos e analgésicos sobre o risco de quedas entre idosos. De acordo com os estudos, (COUTINHO, 2002), os benzodiazepínicos, neurolépticos, sedativos/hipnóticos,

antidepressivos, diuréticos em geral, antiarrítmicos e digoxina associaram-se ao maior risco de quedas na população acima de 60 anos. Diante do exposto surgiram os questionamentos: Qual o papel do uso da polifarmácia como preditor de quedas em idosos? Será que a interação entre esses medicamentos contribui no aumento das quedas nesta população? Objetivou-se com esta pesquisa relatar através da literatura do último ano a relação do uso de medicamentos com a prevalência de quedas em idosos, uma vez que é de extrema importância conhecer este evento para prevenção desse problema de saúde pública.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Seguiu os preceitos dos estudos exploratórios, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gil, (2010) é realizada a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos. Nessa perspectiva a proposta de Gil (2010) foi utilizada a seguinte fonte: Artigos científicos sobre a temática na base de Dados SCIELO, publicados no ano de 2015 e realizada a busca em abril de 2016. Foram utilizados 10 artigos e foram selecionados 08, onde foram aplicados os seguintes descritores: Idosos. Quedas em idosos. Uso de medicamentos. A coleta dos dados seguiu a leitura exploratória, rápida do material selecionado, verificando, se abordava a temática; leitura seletiva, aproveitando os de interesse para o trabalho, registro das informações extraídas das fontes (autores, ano, resultados e conclusões); Análise e interpretação dos resultados com obtenção de respostas aos questionamentos e por fim a discussão dos resultados com as categorias que emergiram da etapa anterior, analisadas e discutidas a partir do referencial teórico relativo a temática do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De acordo com Valcarenghi; Santos et al,( 2011) as pesquisas realizadas e publicadas, comprovam que o número de quedas no sexo feminino é mais elevado que o masculino, pelo fato de ser mais frágeis a enfrentar riscos, morarem sozinhas e ter que realizar todas as atividades sozinhas sejam elas de risco ou não, ser mais vulneráveis a doenças como depressão, ter níveis de estresse elevados, sofrem por antecipação com ansiedade enfrentando diversos tipos de problemas, em consequência desses problemas, aumentam o consumo de medicamentos que comprometem o estado funcional, deixando mais lento, ocasionando e aumentando o risco de quedas. O aumento da longevidade dos brasileiros e a incidência das doenças crônicas e/ou incapacitantes explicam o crescimento do número de idosos que necessitam de algum tipo de ajuda para realizar tarefas do cotidiano, uma vez que se faz necessário o uso de medicamentos para o controle/tratamento da patologia, precisam de pessoas para auxiliar de forma adequada as suas atividades diárias, ou seja, cuidadores capacitados dentro das suas necessidades, evitar movimentos e atividades bruscas que não estejam dentro das suas competências físicas, dentro das causas abordadas se destaca a importância de cuidadores de acordo com a patologia de cada idoso, infelizmente ainda existe grande deficiência na valorização e reconhecimento desses que atuam com os idosos, mas aí cabe a grande necessidade deles, e com isso a sua valorização dos familiares de forma profissional, contribuindo no apoio com o cuidado do idoso, a remuneração do cuidador para estimular o bom desempenho das atividades com o mesmo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante desta contextualização percebe-se a necessidade de qualificação para os cuidadores dos idosos, tendo em vista que o indivíduo nessa faixa etária

necessita de cuidados contínuos e de profissionais atentos, especialmente relacionada ao uso de medicamentos, pois a queda em idosos pode estar diretamente associado ao uso dos mesmos, seja pelos efeitos colaterais, por parte do déficit de memória do idoso, onde acaba assim tomando doses excessivas de medicamentos, nas comorbidades ou por interação dos medicamentos se tratando do idoso que é acometido por várias patologias, inserindo aí a polifarmácia e consequentemente mais efeitos colaterais, além do investimento da família para a adesão do cuidador, reunir profissionais de saúde que sejam habilitados para lidar com as necessidades dos idosos, para tomar medidas de controle das quedas e sua prevenção, elaborar programas de incentivo a atividades para estimular o bom desempenho funcional, reduzindo o número de quedas, colaborando assim com a qualidade de vida de cada idoso, principalmente quanto a sua participação social e redução de suas atitudes depressivas. Entretanto, desde já deve-se ressaltar a necessidade de ponderar os riscos e benefícios no uso de medicamentos em idosos, assim como orientar tais indivíduos e seus familiares para evitar esses acidentes, quando o uso de drogas associadas ao maior risco de quedas é necessária a educação em saúde junto a família do idoso deverá ser incentivada pelo enfermeiro e a equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** idosos. quedas em idosos. uso de medicamentos

---

## **REFERÊNCIAS:**

ÁLVARES; LIMA; SILVA. **Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n1/04>> Acesso em 12 de Abril de 2016.

FABRÍCIO; RODRIGUES; JUNIOR. **Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público.** Disponível em <"[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102004000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000100013)"pid=S0034-89102004000100013> Acesso em 12 de Abril de 2016

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010

LOGUDICI; LAPREGA et al. **Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a07v13n3.pdf>> Acesso em

12 de Abril de 2016.

PERRACINI; RAMOS. **Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade.** Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102002000700008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000700008)"pid=S0034-89102002000700008"> Acesso em 12 de Abril de 2016.

PREZOTTO; PAULINO; APRILE. **Hábitos de vida, comorbidades e uso de medicamentos em idosas vestibulopatas.** Disponível em

<<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/149>> Acesso em 12 de Abril de 2016.

VALCARENGHI; SANTOS et al. **Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas.** Disponível em

<<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v24/n6/v24n6a17.pdf> > Acesso em 12 de Abril de 2016.

---

## **RELATOS DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS QUE VIVENCIARAM INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ANTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Gabriella Matias da Silva  
Sabrina Alves de Lucena Santos  
Dayanne Barbosa Wanderley  
Josefa Ylanne Florentino Francelino  
Tarciana Sampaio Costa

**INTRODUÇÃO:** Conhecer antecedentes históricos possibilita-nos perceber as influências culturais que estes fatos provocam nos dias atuais, norteando conceitos e valores que no passado eram considerados verdades absolutas e com o passar dos tempos foram sendo desmistificados. Na saúde mental, a assistência aos portadores de transtorno mental foi então sinal de exclusão, reclusão e posteriormente de asilamento (CARVALHO et al., 2012). Os internamentos eram efetuados sob as mais diversas formas: através de cartas régias, de encaminhamentos policiais, de solicitações de familiares ou por pedidos dos curas paroquiais. A multiplicidade de critérios e de apelos para internação gerava uma fauna heterogênea de internados, podendo ser eles, por exemplo: pobres, desempregados, criminosos, prisioneiros,

políticos, prostitutas, usurários, sodomitas, crianças órfãs, mulheres viúvas, ateus, vagabundos, epiléticos, senis, alquimistas, blasfemadores, sacrílegos, regicidas. Dentre eles, apenas dez por cento eram internados por insanidade. De tal maneira que o internamento se configurava mais como um dispositivo de exercício de poder, através do isolamento dos excluídos sociais do que enquanto medida na diferenciação dos diversos tipos de subjetividades e na constituição diferenciada da categoria médica do louco. Assim, como efeito mais direto da segregação do louco via internamento, o que se tem é, principalmente a invenção social da alienação através do isolamento dos excluídos em ambiente estranho, não familiar, portanto, alienante. Com isto, muito além do papel negativo de exclusão, inerente à prática do internamento, o que se tem é um papel positivo de organização, a partir de toda uma reconfiguração de uma ética, de “novas linhas de divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado, e o estabelecimento de novas normas na integração social.” Nesse sentido, o internamento é castigo e terapia na purificação das almas e na cura dos corpos. Portanto, remédio moral mais do que ciência psicológica, na condução de uma conduta desregrada mais não classificada como patologia. Em decorrência, há a invenção de novos patamares éticos do que seja sexualidade, amor, sagrado e profano. No entanto, justamente a partir desta experiência do internamento, estes comportamentos, antes dispersos na rede das relações sociais foram deslocados do campo da experiência cotidiana para serem integrados no campo do desatino enquanto desajustes, não só morais mas patologizáveis (SILVEIRA; SIMANKE, 2009). Considerando tais aspectos, é de suma importância conhecer os fatos históricos da assistência à saúde mental, uma vez que estes refletem ainda hoje, apesar dos avanços. Entender as experiências dos pacientes e conhecer a subjetividade que envolve tal processo auxilia significativamente as ações dos acadêmicos e profissionais de enfermagem, qualificando a assistência.

**OBJETIVO:** Identificar relatos de pacientes com histórico de internação em Hospital Psiquiátrico.

**METODOLOGIA:** O estudo foi do tipo bibliográfico o qual entendemos como seja a busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas (MINAYO, 2010), utilizando vídeos com relatos dos pacientes em situação de internação. Os vídeos são apresentados na série “Antes e Depois da Lei Antimanicomial”, publicado no site: [www.youtube.com](http://www.youtube.com) e datado em 22 de fevereiro de 2016. Para análise dos dados adotou-se a transcrição na íntegra das falas dos pacientes, contrapondo assim com a literatura.

**RESULTADOS:** No século passado os pacientes com transtorno mental eram tratados de forma inadequada. O paciente era vítima de maus tratos e desrespeitos aos direitos humanos, viviam em condições consideradas sub-humanas. De acordo com os registros, 70% dos pacientes residentes no manicômio não tinha diagnóstico de doença mental, eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas – gente que se tornava incômoda para parte da sociedade. Segundo o psiquiatra R.B, a doença mental era muito mal vista. “As pessoas que lutavam muito legal para viver na sociedade, eles (os donos do manicômio) não olhavam para eles (pessoas que vivem lá), que eles precisavam de um tratamento, simplesmente colocavam



lá nas Clínicas e esquecia a pessoa lá. Agente não tinha tratamento, agente não se preparava para viver no convívio social, agente tinha que viver fora da sociedade, era pessoas que não tinha condições de viver na sociedade, ai tinha que ser escondido da sociedade”(JAR, Distrito Federal-DF). Ausência de tratamento – É preciso supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional (FABRIS; YKEGAYA, 2011). “A medicação na verdade eu nem sei dizer como ficava, ficava numa situação que agente não se conhecia, agente não se conhecia nem os próprios colegas que fazia colega lá dentro não se conhecia. Agente ficava dopado demais; e então quando você estava com o organismo acostumado demais com aquelas medicações, eles tiravam a medicação para você continuar “adoecido”, porque o que era que eles faziam: eles te davam medicações demais para te tutelar sob a medicação, e depois que você tava medicado demais, como eles queriam que você continuasse lá dentro, eles não te davam a medicação para você continuar doente lá dentro”(JAR, Distrito Federal-DF). Medicação para dopar... - O medicamento não deve mais fazer o doente babar, torná-lo dopado, silenciado, mas justamente seu oposto: deve devolver-lhe as condições de um bom funcionamento, deve devolver-lhe a capacidade de se comunicar, de interagir, de se expressar, de se relacionar (SIMONI, 2012). “A alimentação, então, era uma coisa que agente não tinha... agente tomava um mingau, eu nem sei de que, mas é como se fosse um mingau de massa de milho, hoje, feito sem sal, sem doce, sem qualquer coisa, só aquele mingau esquisito que agente não sabia nem o que estava comendo. Por várias vezes, eu tive que beber urina... Alguns momentos eu me alimentei da minha própria “fezes”, por falta de ter o que comer” (JAR, Distrito Federal-DF). Alimentação péssima... - Algumas tarefas dos profissionais de saúde mental acabam ultrapassando o sistema de saúde, e demonstrando outros campos precários (familiar, cultural, social, econômico). O profissional se depara com impasses que limitam as ações necessárias fazendo-o se sentir impotente, sobrecarregado e descrente. Este sentimento torna o profissional vulnerável ao adoecimento, na maioria dos casos. Inúmeros exemplos são relatados no dia-a-dia na área de saúde mental, como: falta de medicação, carência no suporte familiar, moradia em condições mínimas de sobrevivência, ausência de alimentação adequada (SIMONI, 2012). “Agente ficava 3 dias sem ninguém nem ir lá na porta saber se agente tava vivo ou morto. E então assim, morreu muita gente lá e nunca foi dado um diagnóstico certo do que a pessoa morreu, geralmente suicídio, nunca teve assim uma pessoa que morreu de fome, nunca teve uma pessoa que morreu por falta de cuidados, sempre foi colocado como suicídio. Você perder dois anos da sua vida sem você saber quem é você, sem você saber porque você tá no mundo, sem você ver ninguém que importe com você, você não perde só a sua dignidade, mas você perde também a vida por muito tempo; Eu costumo dizer assim que eu morri e vivi muitas e muitas vezes” (JAR, Distrito Federal-DF). Abandono e perda da identidade - As denúncias de atos violentos, abandono, isolamento e cronificação dos doentes, cada vez mais frequentes nos asilos, deixaram clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham<sup>1</sup>. Ao mesmo tempo, a pressão por reformas sociais e sanitárias e os movimentos pelos direitos civis e humanos impuseram a redefinição dos modelos de assistência à saúde<sup>2</sup>. Por todos esses aspectos, a sociedade começou a exigir novas formas de tratamento para os portadores de transtornos mentais

(ODA; DALGALARRONDO, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se nos relatos dos pacientes entrevistados as situações de agressões vivenciados durante as internações psiquiátricas antes da Reforma Psiquiátrica. Assim, fica nítido a evolução dos serviços nesta área, apesar de não chegar ao seu ideal, faz necessário aludir os avanços que devem permanecer como características das políticas de saúde pública da saúde mental brasileira.

**Palavras-chave:** Hospital Psiquiátrico. Internação Hospitalar. Humanização.

#### **REFERÊNCIAS:**

CARVALHO, J. M. O caminho da loucura. **Cadernos Unifoa**, Rio de Janeiro, v.20, n.01, p.71-83, 2012.

FABRIS, D. R; YKEGAYA, T.G. Da loucura ao transtorno mental: a constituição de políticas sociais e seus pressupostos. **Revista Tempo da Ciência**, Rio de Janeiro, v.18, n.35, p.137-151, 2011.

SILVEIRA, F. A. SIMANKE, R. T. A psicologia em história da loucura de Michel Foucault. **Fractal:Revista de Psicologia**, Rio Grande do

Sul, v.21, n.1, p. 23-42, 2009.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 17<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

SIMONI, L. V. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para tratamento dos alienados. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 142-159, 2012.

ODA, G. R; DALGALARRONDO, A. M. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da Psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 07, n.01, p. 128-159, 2011.

---

## **VIVÊNCIAS DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS ACERCA DE INTERCORRÊNCIAS EM HEMODIÁLISE**

Viviane Queiroga Linhares  
Flavio Jordano Bezerra Candido  
Henrique Jose Formiga Bandeira  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** Os usuários em hemodiálise sofrem várias alterações no seu cotidiano, as quais demandam adaptação e enfrentamento por parte deles e de seus familiares. Nesse contexto, a hemodiálise aliada ao avanço da doença renal conduz a limitações e danos na saúde psíquica, física, funcional, no bem estar, na interação social e satisfação dos indivíduos que dependem deste tratamento dialítico para se manterem vivos (COSTA et al, 2015). A enfermagem desempenha um papel importante no acompanhamento destes usuários. A proximidade com eles, de três vezes por semana, favorece compartilhar informações, orientações, esclarecimentos de dúvidas, dentre outros aspectos, que resultam em uma assistência holística e personalizada. Para que essa relação ocorra, o enfermeiro, inicialmente, necessita conhecer os usuários, desde a avaliação inicial até o acompanhamento dos usuários nas sessões de hemodiálise. Portanto, nesse contexto impulsionou a necessidade de realizar um estudo para servir de alerta aos profissionais de enfermagem que compõe as unidades de hemodiálise, sobre as intercorrências que podem surgir nos pacientes e utilizar alternativas para prevenir e minimizar os danos e sequelas que poderão surgir no decorrer do tratamento. Este estudo contribuirá para que a enfermagem desenvolva atividades educativas, a partir das necessidades individuais, com o objetivo de orientar os usuários sobre sua doença, intercorrências clínicas, alterações no estilo de vida, tratamento, cuidados com acesso venoso, dentre outras. Diante do contexto esta pesquisa tem como objetivo identificar através da literatura as intercorrências clínicas e assistência de enfermagem a pacientes renais crônicos na hemodiálise

**MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão de literatura realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO, PUBMED, MEDLINE, onde procuramos identificar as intercorrências clínicas e assistência de enfermagem a pacientes durante as sessões de hemodiálise. A pesquisa na literatura ocorreu no mês de março a abril de 2016. Foram selecionados artigos de 2011 a 2015 e realizado a discussão do tema em estudo. Para constituição da presente pesquisa foram excluídas resenhas e artigos não indexados. Foram excluídas também algumas publicações que ficavam distante do tema, ou que não continham referências bibliográficas. Foram incluídos apenas trabalhos que sofreram um procedimento rígido de avaliação, foram escolhidas, teses, dissertações, artigos indexados.

---

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os pacientes portadores de doença renal crônica além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. A manifestação da

doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida em que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido. Os enfermeiros são responsáveis por tornarem o ambiente confortável e adequado para os cuidados pessoais, além de prepararem a sessão de hemodiálise cuidadosamente, gerenciando a máquina, mistura de fluidos e a monitorização dos sinais vitais (FRAZÃO et al, 2014). De acordo com Santana, Fontelle, Magalhães (2013) depois dos problemas de ordem renal, as infecções caracterizam o principal motivo de internação dos pacientes renais crônicos, pois estes são geralmente imunodeprimidos, apresentando assim maior suscetibilidade a infecções, além de possuírem maior risco devido aos acessos venosos para hemodiálise (cateteres centrais ou FAVs). Para Santana, Fontelle, Magalhães (2013) a hipotensão é a complicação mais frequente durante a hemodiálise, sendo um reflexo primário de grande quantidade de líquidos que é extraída do volume plasmático durante uma sessão de rotina da diálise. A água que parte é acumulada no intervalo interdialítico é extraída diretamente pelo mecanismo de ultrafiltração. As câimbras também são complicação frequentes da hemodiálise. Elas predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da HD. Frequentemente são precedidas por hipotensão arterial (MARQUES DE AZEVEDO, AZEVEDO, MANHÃES, 2015). O cuidado de enfermagem é direcionado para avaliar o estado hídrico e para identificar fontes potenciais de desequilíbrio, implementar um programa nutricional, a fim de assegurar um aporte nutricional apropriado que esteja nos limites do esquema de tratamento, e promover sentimentos positivos, incentivando o paciente a ter maior autocuidado e maior independência. É de suma importância fornecer explicações e informações ao cliente e a sua família sobre a doença, as opções de tratamento e as complicações potenciais. Eles necessitam de muito apoio emocional, devido às numerosas mudanças experimentadas (HINKLE e CHEEVER, 2016). Ainda de acordo com os autores o enfermeiro desempenha um papel importante na orientação do paciente com insuficiência renal crônica, pois as instruções devem ser continuadas e reforçada enquanto monitoram a evolução do cliente e sua adesão ao esquema de tratamento. Neste universo marcado pela especificidade do paciente renal crônico e pela complexidade do tratamento, não basta que os profissionais se preocupem somente com a utilização de recursos tecnológicos sofisticados ou com a adequação estrutural dos serviços de hemodiálise. Torna-se imprescindível o resgate e a valorização do paciente enquanto pessoa que tem a sua forma singular de pensar, agir e sentir.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pessoa com IRC vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, redução de suas competências, aumento da necessidade de ajuda, à dor física e emocional resultante da perda da independência e do aumento da necessidade de assistência. Além de um pensar na morte, devido ao tratamento doloroso, monótono e restrito que é a hemodiálise. Um procedimento que os maltrata, mas ao mesmo tempo representa a continuidade de suas vidas, ou seja, a hemodiálise é simultaneamente o “carrasco” e o “redentor”. O processo educativo deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao seu nível sociocultural, abrilhantando a profissão que está alcançando metas cada vez mais sólidas. As alterações hemodinâmicas, hidroeletrólitos e a falta de funcionamento normal dos rins que se tornam incompatíveis para manter a vida, passam a ter a necessidade de ser ajustados com a hemodiálise de acordo com as características de cada paciente. São fatores importantes e principais que podem influenciar o aparecimento das diferentes intercorrências discutidas neste estudo. Portanto, os profissionais de enfermagem por estarem sempre ao lado dos pacientes dialíticos mantendo uma estreita relação com eles, tornam-se fundamentais durante o processo de hemodiálise.

Palavras-chave: Enfermagem. Intercorrências. Hemodiálise.

## REFERÊNCIAS

COSTA et al. Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2015. jan./mar. 7(1):2137-2146.

FRAZÃO et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev Rene**. 2014 jul-ago; 15(4):701-9.

HINKLE.J. CHEEVER. R. K. BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. Vol. 2. 13 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2016.

MARQUES DE AZEVEDO.S. AZEVEDO.A.S.MANHÃES.L.S.P. Insuficiência renal crônica: Análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. Perspectivas online. **Ciências biológicas e da saúde**. 19(5), 11-34, 2015.

SANTANA. S.S. FONTELLE.T. MAGALHÃES.L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.3, Pub.5, Julho 2013.

---

## VISÃO INTERDISCIPLINAR NO CUIDADO COM PACIENTES PORTADORES DE ESCLERODERMIA

Ângela Alves Herculano  
Silvânia Araújo Barbosa  
Cristina Costa Melquíades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A esclerodermia é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, caracterizado pelo endurecimento da pele devido ao aumento do depósito de colágeno dando origem a fibrose. A causa da doença é desconhecida, porém há relatos de casos associados à infecções bacterianas e virais após a vacinação da BCG, tríplice viral, procedimentos cirúrgicos e traumas locais, associando-as com lesões da esclerodermia localizada. Sendo classificada em Esclerodermia Localizada quando atinge a pele e seus anexos, e Esclerodermia Sistêmica, onde além da pele também atinge órgão e sistemas do corpo, sendo esta a forma é mais grave.(Fett, 2013; Leite, 2011; Toledano et.al. 2008) É uma doença rara, porém muito antiga, fora descrita pela primeira vez em 400 a.C por Hipócrates. A esclerodermia pode ser entendida como um subconjunto de doenças, onde através de dados

clínicos, sorológicos e prognóstico pode ser definida. Esta patologia não se limita em apenas uma faixa etária e a prevalência é igual em crianças e adultos, tendo predileção pelo sexo feminino. Zancanaro et.al. (2009) mostra que “em um estudo realizado em Minnesota no período de 1960 a 1993, foram identificados 82 casos tendo uma incidência anual de 2,7 casos por 100.000 habitantes”. Este número de casos tem crescido, é o que Chiffot et.al. (2008) afirmam que “teve um acréscimo de 30 para cada 100.000 pessoas”. A Esclerodermia Localizada e Esclerodermia Sistêmica aceitam subdivisões. A Esclerodermia localizada que tem um acometimento cutâneo subdivide-se clinicamente, ou seja, de acordo com as localidades do corpo onde foi atingida: em Placas é a forma mais frequente, caracteriza-se por acometer o tronco de um modo geral, principalmente, a área sobre as cristas ilíacas; a forma Linear, sendo este o subtipo mais comum em crianças e adolescentes, apresentado faixas de esclerose que se estendem desde a derme, tecido subcutâneo, músculos e ossos, gerando algumas deformidades; a forma em Golpe de Sabre, manifesta-se na linha hemifacial, onde apresenta uma linha de expressão no tecido cutâneo, em seguida os tecidos subjacentes são afetados, podendo levar à hemiatrofia da face, esta subdivisão pode apresentar complicações do sistema nervoso central; e a forma Generalizada a qual é mais rara, sendo diagnosticada quando quatro ou mais placas tornam-se maiores que 3cm e confluem, envolvendo duas áreas anatômicas. E finalmente a Panesclerótica, que é a forma mais grave devido o envolvimento das articulações, causando artralgias e edema articular, autores relatam que ulcerações provenientes deste subtipo tem associação com carcinoma espinocelular, conforme mencionado por Zancanaro et.al. (2009). E a Esclerose Sistêmica subdivide-se em: Difusa, onde caracteriza-se por fase inicial edematosa, dando origem ao espessamento cutâneo da evolução centrífuga, muitas vezes sem quaisquer fenômenos vasospásticos. Conforme com Acosta (2015) relata que a Esclerodermia Difusa “apresenta o envolvimento das articulações metacarpofalangiais, por isso é perceptível a dificuldade expressa pelos portadores no desenvolvimento pequenas tarefas do dia-a-dia, envolve também acometimento de tronco e face, sendo mais frequente o envolvimento de órgãos internos.” E a Limitada que se diferencia da Esclerodermia Difusa no envolvimento cutâneo, de acordo com Francisco et.al. (2005) “a Esclerodermia Limitada é a forma da doença apresenta envolvimento limitado nas regiões distais dos cotovelos e joelhos, e região superior das clavículas, e a Difusa atinge qualquer parte da pele, porém ambas as duas formas apresenta envolvimento dos órgãos internos”. Diante da complexidade e raridade da ocorrência da doença é possível questionar sobre qual a visão dos profissionais de saúde mediante pacientes com esclerodermia. A pesquisa é de suma importância, pois servirá como referência para acadêmicos e profissionais de saúde, como também irá reforçar na identificação da doença e incrementar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a assistência prestadas aos portadores de esclerodermia. Esta pesquisa tem como objetivo investigar, através de pesquisa bibliográfica, as características da esclerodermia e desenvolvimento das atividades dos profissionais de saúde para consequente melhoria na qualidade de vida do paciente.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em sites

indexados de indicação científica Sciello (Scientific Eletronic Library OnLine) no qual utilizou-se como critério de inclusão: a utilização de dez artigos nacionais e internacionais publicados entre 2002 à 2015, que utilizassem a temática da esclerodermia e o cuidado interdisciplinar aos portadores de esclerodermia, utilizando-se os seguintes descritores: assistência, colágeno, esclerodermia, interdisciplinar, qualidade de vida, tecido conjuntivo. Critérios de exclusão: artigos encontrados em mais de uma base de dados; abordagem sobre cuidado interdisciplinar relacionada às doenças autoimune que não se tratasse da esclerodermia e acesso on-line indisponível. Após a análise do conteúdo os mesmos, foram utilizados como subsídio para o desenvolvimento da referida pesquisa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O tratamento da esclerodermia consiste na limitação da progressão da doença. O atendimento a pacientes portadores de todo tipo de esclerodermia se inicia com o médico reumatologista, pois sua classificação entra na área de Reumatologia. Devido seu alto grau de comprometimento cutâneo e sistêmico, é perceptível a necessidade de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar, onde estes deverão prestar cuidados de modo holístico. O envolvimento cutâneo como é perceptível na esclerodermia localizada, pode levar o portador ao isolamento social, em consequência de julgamentos da sociedade, que padronizaram um perfil de beleza. Doenças que causam a desfiguração da pele não são bem vistas pela sociedade, o que implica a necessidade de um apoio psicológico para as pessoas acometidas. De acordo com Haythornthwaite, Heinberg; McGuire (2003) “entre os fatores psicológicos de relevância na esclerodermia confirmou-se a existência da dor, depressão e angústia a respeito do desfiguramento e função física e social”. A idade é grande fator nas alterações psíquicas, visto que crianças e adolescentes são os mais comprometidos. Vê-se também a necessidade de acompanhamento de fisioterapeuta, sendo este responsável pelo tratamento de dores articulares e poliartrite, desenvolvendo a reabilitação, como também exercícios respiratórios devido ao acometimento do pulmão na esclerodermia sistêmica limitada. A necessidade de atendimento ortodontista, na correção da mandíbula devido o mal alinhamento e cáries dentárias provenientes da esclerodermia. E avaliação dermatológica na correção de possíveis manchas cutâneas. Baseando-se na necessidade do paciente, conforme o grau de acometimento, acreditamos que é necessário um atendimento interdisciplinar de modo holístico. Além disso, é premente a necessidade de constante atualização dos profissionais, pois conforme afirmam Leite e Maia (2013) “A esclerodermia permanece desconhecida entre muitos profissionais da saúde e durante longos períodos os sintomas tendem a ser confundidos com sintomas de outras doenças mostrando a insatisfação dos pacientes quanto ao tratamento”.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sendo uma doença antiga porém poucos profissionais tem seu real conhecimento. É de extrema importância a necessidade de um diagnóstico prévio para um tratamento rápido e adequado no intuito de evitar progressão e consequente incapacidade, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos portadores da doença.

**Palavras-chaves:** Assistência. Esclerodermia. Interdisciplinaridade. Qualidade de Vida.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Panimboza Patricia Isabel. Análisis de caso clínico sobre: Esclerodermia. **Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Medicina**, Nov. 2015

BENUD-LARSON; LM, HAYTHORNTHWAITE; JA, HEINBERG; LJ, BOLING; C, REED; J, WHITE; B, et al. The impact of pain and symptoms of depression in scleroderm. **Pain**. v.95, p. 267-75. Fev. 2002

CHIFFLOT, Hélène; FAUTREL, Bruno; SORDET, Christelle; CHATELUS, Emmanuel; SIBILIA, Jean. Incidence and Prevalence of Systemic Sclerosis: A Systematic Literature Review. **Seminars In Arthritis And Rheumatism**, v. 37, n. 4, p.223-235, fev. 2008.

FETT, Nicole. Scleroderma: Nomenclature, Etiology, Pathogenesis, Prognosis, And Treatments: Facts And Controversies. **Clinics in Dermatology**, v. 31, p.432-437 2013

FRANCISCO, Marina Celli; NEVES, Felipe Trentin; SKARE, Thelma Larocca; BECK, Ricardo Teodoro. Desfecho Da Gravidez Em Portadoras De Esclerodermia Difusa E Limitada Pregnancy Outcome In Patients With Diffuse And Limited Scleroderma. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v 27, n.10, p.594-8, out. 2005.

HAYTHORNTHWAITE, J.A; HEINBERG, LJ; MCGUIRE L. Psychologic Factors In Scleroderma. **Rheum Dis Clin North Am**. V. 29, n. 2, p.427-39. May. 2003

LEITE, Catarina Correia; MAIA, Ângela Costa. Sintomas de Doença e Adaptação Psicológica em Pacientes Brasileiros Com Esclerodermia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 5, p.405-411, set. 2013.

LEITE Catarina da Silva Correia Pereira. Psychosocial Characterization, Symptoms and Illness Perception in Scleroderma Patients: an international study. **Universidade Minho**, Out. 2011

TOLEDANO, C; RABHI, S; KETTANEH, A; FABRE, B; FARDEt, L; TIEV, K.P; CABANE J. Localized scleroderma: A series of 52patients **European Journal of Internal Medicine**,v20 p.331-336 Set. 2008

ZANCANARO, Pedro C. Q; ISAAC, Adriana R; GARCIA, Luisimara T; COSTA, Izelda M. C. Esclerodermia Localizada na Criança: Aspectos Clínicos, Diagnósticos e Terapêuticos. **An. Bras. Dermatol**. v. 84, n. 2, p.161-172, abr. 2009.



## **TUBERCULOSE: ATRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM, PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES.**

Francisca Izabela Soares Felix  
Luana Figueiredo de Almeida  
Maria Lara Medeiros da Silva  
Alessandra de Sousa Leite  
Ana Paula Dantas da Silva

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose é uma doença infecciosa que afeta principalmente o parênquima pulmonar e é causada por uma infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). Outras espécies de microbactérias também podem causar a tuberculose. São elas: *Mycobacterium bovis*, *africanum* e *microti*. O Brasil é o 16º país com maior incidência de tuberculose no mundo, porém, ao contrário do que muitas vezes é divulgado, esta incidência tem caído substancialmente nos últimos anos. Em 1999 a incidência era de 51 casos para cada 100.000 habitante. Em 2007 já havia caído para 38 por 100.000. Rio de Janeiro e Amazonas são os estados com o maior número de casos 73 por 100.000 (BRASIL 2013). Atualmente 1/3 da população mundial está infectada pelo bacilo de Koch. O fato é que apenas 10% das pessoas que entram em contato com a bactéria desenvolvem sintomas de tuberculose. Esta resistência se dá pelo nosso sistema imunológico que é bastante competente em impedir a progressão da doença (PINHEIRO 2014). Sua transmissão ocorre através de microgotículas suspensas no ar, por inalação do bacilo, quando o indivíduo tem contato com outras pessoas que não foram acometidas e acaba espirrando ou tossindo, então ele libera gotículas que são chamadas de gotículas de Flugge, e são captadas pelas vias aéreas podendo ser transmitida para outras partes do corpo, incluindo as meninges, rins, ossos e linfonodos. O agente infeccioso primário, o *M. tuberculosis*, é um bastonete aeróbico acidorresistente que cresce lentamente e é sensível ao calor e a luz ultravioleta. A tuberculose é um problema de saúde pública mundial que está intimamente associado à pobreza, desnutrição, superpopulação, moradias precárias e cuidados de saúde inadequada, até mesmo a falta de higiene. Inclusive no Brasil, a tuberculose é uma das principais causas de óbitos em pessoas portadoras de HIV, além de ser considerada a quarta causa de morte por doenças infecciosas. As taxas de mortalidade e morbidade continuam subindo. Os sinais e sintomas da tuberculose pulmonar são insidiosos. A maior parte das pessoas apresentam febre baixa, tosse, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. Tanto os sintomas sistêmicos quanto

pulmonares são crônicos e podem se manifesta por semanas a meses. As melhores medidas de prevenção e de controle da tuberculose são o diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura. Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação Bacilo de Calmette Guérin – BCG, as complicações da vacina BCG, administrada por via intradérmica, são pouco frequentes e a maioria resulta do tipo de cepa e de erros programáticos decorrentes de aplicação profunda (via subcutânea) ou inoculação de dose excessiva ou contaminação. Os idosos costumam apresentar sintomas menos pronunciados do que as pessoas mais jovens. Quando são avaliados os resultados do tratamento da tuberculose, verifica-se que as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (taxa de cura igual ou superior a 85% e de abandono menor do que 5%) estão longe de serem atingidas. No Brasil e no Rio Grande do Sul, nos pacientes em primo tratamento, obtém-se hoje cerca de 70% de cura e 10% de abandono. O grande problema do controle da tuberculose é o abandono antes do final dos seis meses. Como os sintomas melhoram em pouco tempo e os efeitos colaterais são comuns, muitos pacientes não completam o tempo total de tratamento, favorecendo o surgimento de cepas multirresistentes do bacilo de Koch. Os pacientes deixam de transmitir tuberculose após aproximadamente 15 dias de tratamento. Porém, podem voltar a ser bacilíferos (transmissores do bacilo) se não completarem o curso de seis meses de antibióticos (Ministério da Saúde 2011).

**OBJETIVO:** Descrever os cuidados de enfermagem a pessoa acometida por tuberculose, e a própria proteção individual do profissional da saúde, e orientação aos familiares quanto ao tratamento domiciliar.

**METODOLOGIA:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de maio de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem. Tuberculose. Medicamentos. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2011 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Relação enfermeiro-paciente. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Tão logo o diagnóstico de TB-MDR seja realizado, devem ser seguidas todas as etapas do processo de avaliação de contatos (BRASIL, 2010a). Nas áreas com elevada prevalência de infecção por micobactérias não tuberculosas, a proteção do BCG é reduzida, razão pela qual nessas regiões o seu rendimento é baixo em termos de saúde pública. Não está recomendada a segunda dose da vacina BCG no Brasil (2010d). A radiografia de tórax é método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose (BURRIL et al., 2007; DALEY; GOTWAY; JASMER, 2009). O enfermeiro deve ser capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicos e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o

esclarecimento do diagnóstico. Antes de tudo o enfermeiro deve informar ao paciente sobre a transmissão do M. tuberculosis e orientar a cobrir a boca e o nariz ao tossirem ou espirrarem, utilizando preferencialmente lenço descartável ou máscaras cirúrgicas para reduzir a geração de partículas infectantes no ambiente. Entretanto, também são essenciais as medidas de controle ambiental, essas medidas devem ser consideradas somente após definição das medidas administrativas apropriadas para a unidade de saúde. Se estas estiverem inadequadas, as medidas de controle ambiental não serão totalmente eficazes na redução do risco de transmissão. Como por exemplo, a coleta de escarro não deve ser realizada em ambiente fechado, mas em local arejado, claro e longe de outras pessoas e dos profissionais da unidade de saúde. Quando não for possível realizar a coleta em local aberto, ela deverá ser feita em áreas ventiladas, de forma que não coloquem em risco os profissionais de saúde e outras pessoas que circulam na unidade de saúde ou domicílio. O enfermeiro deve estimular o paciente a não desistir do tratamento, caso o mesmo sinta o alívio dos sintomas logo nos primeiros meses, e sempre administrar os medicamentos conforme a prescrição médica, no horário certo. Os principais medicamentos usados no tratamento da TB no Brasil incluem a rifampicina, isoniazida, e pirazinamida. O enfermeiro também deve proporcionar conforto para o paciente, e principalmente hidratá-lo adequadamente. A proteção do enfermeiro pode ser através da higienização das mãos e de etiqueta respiratória; uso de EPI (luvas, óculos, máscara), quando necessário; e limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos. O uso de luvas seja ela qual for não substitui a higiene adequada das mãos. As seringas e as agulhas devem ser descartadas em recipientes rígidos, sem desconectá-las (MS 2011). Dessa forma, a limpeza do ambiente necessário, no caso da superfície apresentar matéria orgânica visível, deve-se, proceder à retirada do excesso com papel ou tecido absorvente e, posteriormente, realizar a limpeza e a desinfecção. A participação dos familiares durante o tratamento é extremamente importante. O indivíduo e os familiares devem se tornar protagonistas do próprio tratamento e sujeitos ativos no processo decisório do projeto terapêutico. É importante que o enfermeiro explique a importância do tratamento e sobre o devido uso de medicamentos corretamente. E que a TB tem cura, quando tratada corretamente. Além disso, informar à família que as medicações podem fazer com que o paciente apresente alguma reação, porém não precisa se preocupar, pois isso podem ser provocados mediante o uso do medicamento. Os familiares também devem promover o conforto e a hidratação adequada para o paciente, e sempre estimular o paciente, incluindo o próprio enfermeiro, estimular para que o mesmo não abandone o tratamento, e ficar atento para qualquer reação ou desconforto que o paciente possa apresentar que não esteja relacionado ao uso dos devidos medicamentos, informar à equipe de saúde imediatamente. Com isso observa-se que tanto o enfermeiro quanto os familiares tem uma importância e contribuição muito significativa para a qualidade de vida do paciente, e também as medidas de segurança para os profissionais da área da saúde, para que com isso possam realizar um atendimento seguro e de alta qualidade.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do presente estudo conclui-se que o enfermeiro deve ser capacitado no que diz respeito ao controle da tuberculose possuindo as habilidades necessárias para identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomando assim as providências necessárias o mais rápido possível para o

esclarecimento do diagnóstico e informar ao paciente sobre a transmissão e orientar a cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrarem, tendo seu próprio cuidado com o uso de EPI (luvas, óculos, máscara), e limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos. Desta forma torna-se imprescindível a sua contribuição na busca ativa de TB, o acompanhamento ao tratamento supervisionado e conseqüente sua colaboração na redução dos índices dessa patologia na população. Diante deste contexto a comunicação entre o paciente, enfermeiro e familiares torna-se um fator bastante positivo e relevante para facilitar o desenvolvimento de estratégias que beneficie o tratamento, melhorando assim a assistência de enfermagem e promovendo um bom relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para uma assistência com qualidade, pois um relacionamento satisfatório tanto para os familiares quanto para o paciente, e a equipe de saúde, vai favorecer o tratamento do mesmo, ganhando assim novas estratégias para lidar com outros pacientes, e métodos para ganhar à sua confiança. Devendo assim os profissionais de enfermagem realizar trabalhos que facilitem o atendimento e tratamento com uma equipe multidisciplinar unida em um só objetivo, levando informações através de palestras, anúncios, de como prevenir a doença e de como ela pode ser tratada chegando à cura, um tratamento adequado evitando possíveis complicações no estado geral do paciente, a equipe tem um papel fundamental de forma a atender aos pacientes com segurança oferecendo um trabalho de boa qualidade, ao doente que necessita do tratamento, para que se concretizem os objetivos. Atingindo as metas que foram planejadas pela equipe. A tuberculose requer atenção não somente clínica e farmacológica, isto é, não se preocupar exclusivamente com a perspectiva biológica; o que se requer é um enfoque integral, social e cultural; a análise das iniquidades sociais é ponto importante nessa complexa situação.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Tuberculose. Medicamentos.

## **REFERÊNCIAS:**

ALMEIDA FILHO, ANTONIO JOSÉ DE; MONTENEGRO, HERCÍLIA REGINA DO AMARAL; SANTOS, TÂNIA CRISTINA FRANCO. A nova ordem no combate à tuberculose no Brasil: implicações para a enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 10, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/449>> Acesso em Março de 2016.

BRASIL. **Portal da saúde.** Brasil, 2011a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1527](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527)> Acesso em

Março 2016.

CLEMENTINO, FRANCISCO DE SALES et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 638-643, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/449>> Acesso em Março de 2016.

BRASIL. **Portal da saúde**. Brasil, 2011a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1527](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527)> Acesso em Março de 2016.

DE SÁ, LENILDE DUARTE et al. abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **JournalofNursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 4, n. 4, 2010. Disponível em: Acesso em Março de 2016.  
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/449>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília, 2008. 458 p. Acesso em Março de 2016.

OBLITAS, FLOR YESENIA MUSAYÓN et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 130-138, 2010. Disponível em:  
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/449/pdf>> Acesso em Março de 2016.

---

## USO IMPRÓPRIO DE FURADEIRAS DOMÉSTICAS EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Larissa Maria Almeida Santos  
Rayssa de Fátima Morais  
Mayra Batista de Lima  
Jaqueline Azevedo Dantas  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** Estima-se que há mais de 50 anos, as furadeiras elétricas têm sido empregadas em cirurgias ortopédicas nos hospitais brasileiros para a perfuração óssea. É um equipamento elétrico, termo sensível, não indicado para o uso cirúrgico, não avaliado anteriormente quanto à eficácia da esterilização e suspeita-se de risco potencial para infecções do sítio cirúrgico ou relacionadas a próteses ortopédicas. Os instrumentos utilizados durante o procedimento cirúrgico devem estar totalmente estéreis, ou seja, livre de microrganismos após ter passado por o método de esterilização. Todo esse cuidado é para prevenir qualquer infecção pós-cirúrgica. Segundo Gouveia (2007) a infecção do sítio cirúrgico é a terceira infecção hospitalar mais frequente nos Estados Unidos, contribuindo de 14 a 16% do total de infecções hospitalares. Vários fatores contribuem para o risco do paciente evoluir com infecção após a cirurgia, inclusive a esterilização dos instrumentais cirúrgicos. Portanto, o método de esterilização escolhida depende do tipo de material e o calor que o mesmo suporta, podendo ser resistente a altas temperaturas ou não. Os perfuradores específicos de cirurgias são totalmente desmontáveis e autoclaváveis, onde há a possibilidade de haver a limpeza apropriada para o uso após o procedimento de esterilização (GRAZIANO, 2012). O objetivo desta pesquisa foi descrever o uso inadequado das furadeiras “domésticas” visto as dificuldades de esterilização e limpeza adequadas do equipamento. Sabe-se que no Brasil o uso dessas furadeiras nos procedimentos cirúrgicos são impróprios, até porque existem equipamentos adequados para essa finalidade, a prática ocorre devido ao valor elevado do material próprio (JUNIOR, D. et AL, 2010). Entretanto, como existem poucas pesquisas feitas sobre a qualidade das furadeiras elétricas para provar que não é adequado para essa finalidade, os hospitais continuam aderindo cada vez mais essa prática nos centros cirúrgicos. Mas, com a realização de estudos nessa área, como por exemplo, este trabalho, pode-se mudar esta atual utilização de furadeiras domésticas, fazendo com que haja mais investimentos na área hospitalar, principalmente nos equipamentos utilizados no centro cirúrgico

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica. Realizada no mês de abril de 2016 a busca de materiais indexados nas seguintes bases de dados: BIREME e SCIELO. Utilizando-se os descritores: Equipamento ortopédico, esterilização, cirurgia. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática, publicadas em português, sendo incluídos trabalhos dos últimos cinco anos e em formato de artigos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas anteriormente. Salienta-se que a busca foi realizada de forma ordenada; desta maneira as que se encontravam indexadas em mais de uma, foram selecionadas na primeira busca.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Diante da temática abordada, foram localizados sete artigos, onde foram lidos e analisados, entretanto apenas três foram considerados para a realização deste trabalho, pois se tratava exatamente sobre o uso inadequado das furadeiras domésticas nas cirurgias ortopédicas. A limpeza das furadeiras elétricas empregadas em cirurgias ortopédicas constitui uma grande barreira para os profissionais, pois não podem ser submersas em solução detergente para evitar a entrada de água e danificação dos mesmos.

Apesar de que observando durante o ato operatório, nota-se que há o risco de contaminação internamente com sangue devido aos movimentos realizados pelo cirurgião. Não havendo a limpeza corretamente do equipamento, o sangue provavelmente ficará e dificultará a sua esterilização. É claro e evidente que a manipulação do aparelho pelo cirurgião pode contaminar a parte externa da furadeira. Só que a parte interna da furadeira, onde pode entrar sangue por algumas perfurações perto do motor não podem ser visto, entretanto esse aparelho deveria ser descartado e não reutilizado na próxima cirurgia (GRAZIANO, 2012). Habitualmente a desinfecção desse tipo de material é feito no Central de Material e Esterilização (CME) somente com uma compressa umedecida por fora do aparelho, podendo ainda haver resíduos de sangue na parte interna do aparelho onde impede a total esterilização do mesmo, tornando-o inadequado para ser utilizado no próximo procedimento cirúrgico. A infecção do sítio cirúrgico pode ocorrer devido à infecção microbiana da cirurgia, dependendo de diversos fatores, como a quantidade de microrganismos ou mesmo a janela imunológica do paciente. Apesar dos profissionais não terem conhecimento o suficiente sobre esterilização e infecção hospitalar, não há dúvidas que as furadeiras elétricas não são apropriadas para tal uso e esterilização (MULLER, 2013). Sabe-se que esse tipo de material é utilizado nos hospitais por ter um baixo custo em relação às furadeiras ortopédicas e possuem uma durabilidade maior, facilitando na parte financeira das redes de saúde que fornecem esse serviço. Os autores das literaturas analisadas questionam a possibilidade de o ar que sai da furadeira contaminar os campos cirúrgicos, tendo em vista o local onde o ar sai é próximo da mão do cirurgião, a manga do avental e a ferida operatória considerando que o ar não é estéril.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo possibilitou-nos avaliar o risco de uma prática frequentes nos hospitais brasileiros, inclusive porque existem disponíveis no comércio equipamentos apropriados para esta finalidade. Faz-se necessário conduzir investigações laboratoriais e clínicas por meio de estudos prospectivos que permitam avaliar o equipamento quanto ao seu controle mecânico e verificar o uso desta furadeira elétrica em relação ao dano tecidual e a necrose óssea (JUNIOR, D. et AL, 2010). Respondendo estes dois questionamentos, contribuirá para uma assistência ao paciente mais segura. São necessárias investigações que confirmem que apenas a limpeza externa da furadeira é suficiente, que não há resíduos orgânicos na parte interna com risco de gerar aerossóis contaminados quando o motor for acionado no campo operatório e que o processo de esterilização por baixa temperatura foi eficaz. Investigações devem ser realizadas para sustentar uma prática antiga ou para recomendar o seu abandono. Faz-se necessário realizar investigações laboratoriais e clínicas por meios de estudo que permitam avaliar o produto quanto ao seu controle mecânico, e verificar o uso da furadeira elétrica em relação a prótese ortopédica e a estabilidade do local (GRAZIANO, 2012). Responder todos esses questionamentos que ainda não têm resposta contribuirá para um atendimento digno para toda a população e realizar uma prática assistencial mais segura e livre de infecção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipamento ortopédico. Esterilização. Cirurgia.

**REFERÊNCIAS**

GOUVEIA, V. R. Uso de furadeiras elétricas domésticas em cirurgias ortopédicas, **Acta ortop. bras.** v.15, n.3, p.16-163, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-78522007000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522007000300009)>. Acesso em 18 abr. 2016.

GRAZIANO, K.U; CASTRO, M.E.S; MOURA.,M.L.P.A. A importância do procedimento de limpeza nos processos de desinfecção e esterilização de artigos. **SOBECC.** v.7, n.3. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000052&pid=S1413-7852200700030000900004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000052&pid=S1413-7852200700030000900004&lng=en) Acesso em: 17abr 2016.

JUNIOR, et al.; Falhas na utilização de poliacetal e poliamida em forma de haste intramedular bloqueada para imobilização de fratura femural induzida em bovinos jovens. **Ciência Rural, Santa Maria.** v.40, n.4, p.907-912, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cr/v40n4/a521cr2301.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

MULLER, D.; Análise biomecânica ex vivo de diferentes técnicas de osteossíntese ilíaca. **Ciência Rural, Santa Maria,** v.43, n.12, pp. 2274-2279, dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84782013001200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84782013001200025).> Acesso em: 17 abr. 2016.

---

## ZIKA VÍRUS VERSUS GUILLAIN-BARRÉ: Uma interrelação?

Francisca Izabela Soares Felix  
Luana Figueiredo de Almeida  
Maria Lara Medeiros da Silva  
Elicarlos Marques Nunes

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Guillain Barré (SGB) é uma polirradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda, autoimune, de manifestações geralmente reversíveis, que atinge cerca de dois a cada 100.000 habitantes, cujos sintomas normalmente se desenvolvem após episódios infecciosos, principalmente decorrentes de quadros virais, acometendo crianças e adultos (SÁNCHEZ et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2012; ORSINI. et al., 2010).A síndrome de Guillain-Barré tem caráter autoimune e inflamatório, desmielinizante, que geralmente surge após um quadro infeccioso, O quadro se inicia, frequentemente, após três a seis semanas de uma infecção respiratória ou gastrointestinal, sendo o campylobacter o principal agente etiológico envolvido.Acometem nervos periféricos, raízes e medula geralmente com comprometimento de membros inferiores, evoluindo ascendentemente. Além disso, pode apresentar diferentes graus de agressividade. Contudo, é relevante salientar que a SGB pode cursar com proteinorraquia normal no início da doença (3). Dois subtipos de SGB são mais frequentemente encontrados: o desmielinizante (polineuropatia inflamatória aguda desmielinizante AIDP), e o axonal (neuropatia axonal motora aguda AMAN)e neuropatia axonal sensitivo motora aguda AMSAN). O principal risco provocado por esta síndrome é quando ocorre o acometimento dos músculos respiratórios, devido a dificuldade para respirar. Nesse último caso, pode levar à morte, caso não sejam adotadas as medidas adequadas de suporte respiratório.A avaliação eletrofisiológica complementar permite uma localização mais específica da lesão, caracteriza a natureza da lesão (axonal versus desmielinizante), avalia a gravidade e a evolução temporal da neuropatia (FILHO et al, 2014). O tratamento preconizado, além de suporte clínico, deve incluir a plasmaférese ou a infusão endovenosa de imunoglobulina, com evolução clínica e resultados altamente variáveis. Representa a causa mais frequente de paralisia flácida aguda



disseminada no mundo. O Zika vírus é transmitido pelo *Aedes aegypti* e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. Do gênero flavivírus, família *flaviviridae* é descrito como uma doença febril aguda, autolimitada, com duração de 3-7 dias, geralmente sem complicações graves e não há registro de mortes, a sintomatologia clínica da infecção por Zika vírus é inespecífica, portanto, pode confundir-se com outras doenças febris, principalmente a dengue e a febre chikungunya. Em alguns grupos, a febre pelo Zika vírus apresenta certas peculiaridades. Nas crianças, o quadro cutâneo pode ser atípico, caracterizado, por exemplo, de lesões maculares com tendência à confluência, lesões vesiculares, e até mesmo tendência à recorrência sob determinados fatores precipitantes, como estresse. Em indivíduos imunodeprimidos, é possível a ocorrência de quadros com complicações viscerais graves, prolongados ou fatais, como acontece com outras infecções virais nesse segmento da população. Diante das semelhanças dos sintomas relacionados ao quadro febril, os indivíduos não procuram os serviços de saúde, o que contribuiu para a subnotificação dos casos.

**OBJETIVO:** Objetivou-se compreender através de uma revisão bibliográfica a possível relação entre o Zika vírus com a Síndrome de Guillain Barré.

**METODOLOGIA:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a análise de literaturas científicas encontrada através de busca de artigos publicados nos últimos cinco anos, em períodos nacionais e indexados no banco de dados *Scientific Electronic Library Online*- SciELO, Google Acadêmico. Como critérios de inclusão foram utilizados os artigos publicados em língua portuguesa, cujos textos eram acessíveis na íntegra. Como critérios de exclusão foram utilizados artigos acessíveis na íntegra exclusivamente pagamento de taxa. Para a análise dos dados realizou-se a descrição simples. Mediante leitura para apreensão do conteúdo e leitura analítica crítica para compreensão do conteúdo, e elaboração do relatório da pesquisa. Foram utilizados descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Segundo Moraes et al. (2015), a doença atinge ambos os sexos, em porcentagem igualitária, sendo a faixa etária predominante de 20 a 30 anos. Caracteriza-se pela desmielinização de nervos motores e apresenta como manifestações clínicas perda de força muscular de membros inferiores (MMII), dificuldade no controle esfinteriano, comprometimento de nervos cranianos e diminuição de reflexos tendinosos profundos. Para Torricelli (2009), a Síndrome de Guillain-Barré (SGB) se define classicamente como uma polirradículo-neuropatia aguda desmielinizante de curso monofásica sensitiva motora, mediada imunologicamente em resposta a uma infecção viral prévia. Para Beneti et al (2006), a SGB é uma patologia autoimune de etiologia não claramente definida, sendo tal caracterizada por comprometimento inflamatório agudo dos nervos periféricos e craniais, levando à debilidade simétrica progressiva e ascendente dos membros, podendo também apresentar formas atípicas de evolução. De acordo com Mesquita (2011), a Síndrome de Guillain-Barré é caracterizada pelo desenvolvimento de polineuropatia aguda periférica com curso monofásico que não responde ao uso de corticosteroides, consequente de uma doença autoimune atípica contra tecidos do hospedeiro. O prognóstico da SGB possui algumas variáveis, como a idade do paciente, a gravidade e o grau de degeneração axonal (BOLAN et al., 2007). A síndrome de Guillain-Barré é uma neuropatia aguda frequente, com evolução mais rápida e potencialmente fatal. É uma doença autoimune e autolimitada, a qual se expressa como uma neuropatia desmielinizante que afeta o sistema nervoso periférico (LESTAYO-O´ FARRIL; HERNANDEZ-CÁCERES, 2008). O Ministério da Saúde do

Brasil recomenda o diagnóstico em todo paciente que apresente quadro agudo de febre baixa, cefaleia e rash maculopapular pruriginoso ou não. As complicações ocasionadas pela doença ainda não são bem esclarecidas, porém, recentemente ela foi relacionada pelo Ministério da Saúde aos casos da microcefalia e a Síndrome de Guillain Barré. Recentemente, foi observada uma possível correlação entre a infecção ZIKAV e a ocorrência de síndrome de Guillain-Barré (SGB) em locais com circulação simultânea do vírus da dengue, porém não confirmada a correlação. A febre causada pelo Zika vírus apresenta algumas peculiaridades, como por exemplo, em pacientes imunosuprimidos, presença de quadros com associação de complicações viscerais graves, prolongados ou fatais. Recentemente, em razão do estabelecimento de estado de emergência no país, devido ao aumento no número de casos de microcefalia associados a infecção por Zika vírus, a Gerência de Dengue e Febre Amarela tem trabalhado na atualização dos profissionais de saúde em relação a esta doença (Ministério da Saúde 2015). Destaca-se que existem relatos de complicações neurológicas tardias, provavelmente imunomediadas, como a síndrome de Guillain Barré, relatadas nos surtos ocorridos. Contudo, existe a necessidade da atenção nos quadros de fraqueza em membros inferiores, relatados em pacientes com quadro sugestivo de Zika vírus. O diagnóstico da Guillain Barré baseia-se além das manifestações clínicas de fraqueza muscular em membros inferiores e também na clássica dissociação proteíno-citológica no líquido cefalorraquidiano. Em alguns casos de Guillain Barré causados pelo Zika vírus, o surgimento das manifestações clínicas é bastante precoce, aproximadamente duas semanas após a infecção clinicamente manifestada. Considerou-se também a infecção pelo Zika vírus em gestantes com o aumento dos casos de microcefalia em recém-nascidos. O tratamento para o Zika vírus é sintomático. Não existe tratamento específico para a infecção pelo Zika vírus, e sim para o alívio dos sintomas apresentados. Também não há vacina contra o vírus. O tratamento recomendado para os casos sintomáticos é baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser considerados. O enfermeiro deve possuir capacidade sobre as devidas doenças, incluindo o seu controle, e possuindo as habilidades necessárias para identificar informações clínicas, epidemiológicas, e sociais. Para que com isso ele possa tomar as providências necessárias de imediato. Desse modo o enfermeiro poderá orientar aos pacientes, caso apresente sintomas das mesmas procurar o serviço de saúde para que o atendimento seja o mais rápido possível, e lembrando que nunca se ingerir medicação por conta própria. Não se recomenda o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros *flavivírus*. Os casos suspeitos devem ser tratados como dengue, devido à sua maior frequência e gravidade conhecida. Após ser relacionado à microcefalia, Zika vírus tem gerado diversas dúvidas, inclusive uma delas é a sua possível relação com a síndrome de Guillain-Barré. A ocorrência dessa doença em pessoas infectadas pelo Zika vírus é muito rara, conforme explica o diretor do Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Cláudio Maierovitch.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A síndrome de Guillain-Barré tem a sua evolução clínica bem definida e estudada, o que torna o conhecimento das complicações secundárias importante de serem entendidas e evitadas, pois prevenindo esses efeitos deletérios o paciente tem uma recuperação mais rápida e um prognóstico mais favorável. Por tanto, é importante a investigação sobre esses efeitos teciduais e celulares para que se encontrem métodos que promovam o tratamento minimizando os efeitos deletérios ao organismo. Conclui-se que todos os casos da Guillain Barré deverão ser imediatamente tratados, em ambiente hospitalar, sendo muitas vezes necessário o suporte de terapia intensiva, para esses casos o uso da

imunoglobulina é altamente necessário. No caso do Zika vírus o tratamento dos casos sintomáticos recomendados é baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser considerados. No entanto, é desaconselhável o uso ou indicação de ácido acetilsalicílico e outras drogas anti-inflamatórias em função do devido ao risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por síndrome hemorrágica como ocorre com outros flavivírus. Assim, independentemente da confirmação das amostras para Zika vírus, é importante que os profissionais de saúde se mantenham atentos frente aos casos suspeitos de dengue nas unidades de saúde e adotem as recomendações para manejo clínico conforme o preconizado no protocolo vigente, na medida em que esse agravo apresenta elevado potencial de complicações e demanda medidas clínicas específicas, incluindo-se a classificação de risco, hidratação e monitoramento. É necessário o desenvolvimento de estudos com maior evidência científica.

**DESCRITORES:** Patologia. Doenças Febris. Infecção pelo Zika vírus.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain-Barré**. Portaria SAS/MS no 497, de 23 de dezembro de 2009. Acesso em: março de 2016.

CAMPOS GS, BANDEIRA AC, SARDI SI. **Zika Virus outbreak, Bahia, Brazil**. Emerg Infect Dis. 2015 Oct [citado 2016 Fev 26];21(10): 1885-6. Disponível em:<  
<http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/10/pdfs/15-0847.pdf>> Acesso em: março de 2016.

CAVEIÃO, Cristiano. **VÍRUS ZIKA SUAS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À MICROCEFALIA E GUILLAIN-BARRÉ**. *Saúde*, v. 1, n. 15, p. 3-6, 2016.<

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/viewFile/11630/9317>> Acesso em: março de 2016.

LUZ KG, SANTOS GIV, VIEIRA RM. **Febre pelo vírus Zika**. Epidemiol Serv Saúde. 2015 out-dez [citado 2016 Fev 26];24(4): 785-88. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00785.pdf>> Acesso em: março de 2016.

Ministério da Saúde (BR). **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [citado 2016 Fev 26]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saudeconfirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>.> Acesso em: março de 2016.

TAITSON, Diác Paulo Franco. Zika: Impactos epidêmicos e novas descobertas.

**Enfermagem Revista**, v. 19, n. 1,

2016.<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S217662232015000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S217662232015000200001&script=sci_arttext)> Acesso em: março de 2016.

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas? **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 9-10, 2015.<<http://revistas.facbrasil.edu.br/cadernossaude/index.php/saude/article/download/236/221>> Acesso em: março de 2016.

ZANLUCA C, MELO VCA, MOSIMANN ALP, SANTOS GIV, SANTOS CND, LUZ K. **First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil**. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2015 Jun [citado 2016 Fev 26];110(4): 569-72. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/mioc/v110n4/0074-0276-mioc-0074-02760150192.pdf>> Acesso em: março de 2016.

---

## **INFECÇÕES CIRÚRGICAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS: O USO DE EPI E A TÉCNICA DE LAVAGEM DE MÃOS**

Juliana Ferreira de Araújo  
Lanna Thais da Trindade  
Rayonara Santos da Silva  
Thaise Meiry da Silva  
Kamila Nethielly Souza Leite

**INTRODUÇÃO:** A infecção hospitalar, ainda nos dias de hoje é um sério problema de Saúde Pública que afeta um número grande de pacientes principalmente, pacientes de pós-operatório e unidades de terapia intensiva pelo fato de apresentarem fatores propícios para desenvolvimento como: tempo de internação prolongado, uso de ventilação mecânica, realização de procedimentos invasivos, idade, uso de imunossuppressores e antimicrobianos, doenças de base e condições nutricionais, fazendo com que aconteça um aumento no tempo de internação, o risco de mortalidade e maiores gastos e custos para instituição (OLIVEIRA et al., 2015). As infecções pós-operatórias, denominadas atualmente como infecções do sítio cirúrgico (ISC), constituem um grande número das infecções, sendo considerada a segunda principal causa dessas infecções. A diminuição de casos de infecção depende da técnica de higienização das mãos corretas, do manuseio de instrumentais adequados e uso de EPIS Sua prevenção e controle depende da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas (NOGUEIRO; CAMPOS; MARTINEZ, 2009). Vários estudos apontam que grande parte das infecções hospitalares está relacionada à assistência dos profissionais de saúde, ou seja, a o não cumprimento das normas e regras que visam o controle e a prevenção de infecções hospitalares. Visto que as práticas antissépticas antes e durante procedimentos cirúrgicos diminuem acentuadamente a morbimortalidade associada às falhas de medidas

preventivas (CUNHA et al., 2011). A adesão aos equipamentos de proteção individual continua sendo um importante desafio entre os trabalhadores da saúde. Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) permitem aos profissionais da equipe de enfermagem exercer os cuidados aos pacientes de forma segura, sem expor o paciente, a Norma Regulamentadora do uso de EPI é – NR 6 (VASCONCELOS; REIS; VIEIRA, 2008). Dentre as práticas para a prevenção das Infecções operatórias está a degermação das mãos e antebraços da equipe cirúrgica, como Preparo pré-operatório, sendo que para a realização desse procedimento requer conhecimento técnico e científico dos profissionais. Por volta de 1860, Joseph Lister introduziu os princípios da assepsia na prática dos procedimentos cirúrgicos, diminuindo substancialmente a morbidade nos pacientes em período pós-operatório (CUNHA et al, 2011). Lavar as mãos é um ato simples dentro de nosso dia a dia, mas que evita proliferação de doenças e infecções. A lavagem das mãos é um procedimento que deve ser feito de maneira correta, a literatura recomenda que, para a adequada Higienização das Mãos (HM), o profissional não deve utilizar adornos (anéis, pulseiras e relógios), durante o procedimento, pois os mesmo guardam consigo acúmulo de microrganismo. As mãos devem ser friccionadas de forma vigorosa, sempre em sentido único utilizando-se água e escovinha, durante o período de 40 a 60 segundos, dando especial atenção ao dorso, área interdigital, polegares, falange, unhas e punho. Vale ressaltar que a eficácia desse procedimento está diretamente relacionada ao uso do agente tóxico com eficácia antimicrobiana, à técnica executada, ao tempo utilizado e à continuidade dessa ação. (SOUZA et al., 2011). A escolha dessa temática surgiu com intuito de analisar as medidas de controle à prevenção de infecções hospitalares em pacientes pós-cirúrgicos, assim como, demonstrar meios para que a enfermagem venha contribuir na qualidade da assistência aos pacientes no controle das infecções hospitalares. A partir daí surgiu as indagações seguintes: Qual a importância do uso de EPI e técnica de lavagens correta no bloco cirúrgico? Como a enfermagem pode estar intervindo nessas infecções no sítio cirúrgico? Os objetivos desse estudo foram demonstrar a importância do uso de EPI'S e a técnica de lavagem de mãos no controle das infecções operatórias e evidenciar a importância da enfermagem na prevenção de infecções hospitalares.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo de revisão bibliográfica realizada através de site de indicação; redalyc.org, RBAC, Bireme, Scielo, Revista em saúde pública, artigo produzido no período de agosto a setembro de 2015 onde foram usados de (14) artigos distintos, mas por critérios de exclusão foram apenas (8) artigos há serem relacionados com a temática e autores, foram escolhidos artigos recentes dos últimos 7 anos até os dias atuais e a coleta de dados se deu através dos descritores "Infecção hospitalar, técnica de lavagem das mãos, pacientes cirúrgicos, os quais foram analisados a luz da literatura pertinente ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A enfermagem constitui a maior representatividade de pessoal dentro do hospital. No desempenho de suas atividades impõem-se rotinas, elevada carga horária semanal, número reduzido de pessoal para cumprir suas funções, contato com substâncias, compostos ou produtos químicos em geral. Além do risco biológico permanente, somam-se ainda esforço físico, levantamento e transporte manual de peso, materiais

inadequados ou defeituosos, postura inadequada, trabalho noturno, iluminação deficiente e situações causadoras de estresse psíquico. Nesse sentido, as atividades decorrentes do trabalho são, às vezes, responsáveis por danos físicos, em virtude da falta de conhecimento sobre medidas preventivas e do uso incorreto de equipamentos de proteção (TALHAFERRO; BARBOZA; OLIVEIRA, 2008). A degermação feita com escova ou esponja, há estudos que evidenciam que a fricção das mãos sem a utilização de artefatos tem um melhor custo-benefício, descrevem melhor tolerância da pele quando a degermação é feita apenas com a fricção das mãos e enfatizam que o princípio ativo da solução utilizada e os movimentos de fricção com as mãos são os principais fatores na redução da carga microbiana, independentemente do uso dos artefatos (CUNHA et al, 2011). A baixa adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual e o seu manuseio incorreto são decorrentes de fatores como desconforto, incômodo, descuido, esquecimento, falta de hábito, inadequação dos equipamentos, quantidade insuficiente e a descrença quanto ao seu uso (SILVA; ZEITOUNE, 2009). O ambiente de trabalho hospitalar é um ambiente com alta patogenicidade em decorrência no grande número de pacientes portadores de diversas enfermidades sendo elas infectocontagiosas ou não, e além de viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de contaminação ou infecções ao paciente. Os profissionais de saúde precisam estar informados e treinados para evitar problemas de saúde, e métodos de controle devem ser instituídos para prevenir casos de infecção hospitalar. Como utilização de EPIs, lavagem de mãos a não utilização de adornos, a desinfecção do ambiente entre outros Segundo a Norma Regulamentadora (NR-6), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). A lavagem de mãos vem sendo uma medida obrigatória durante muito tempo desde que Ignaz Semmelweis fixou esse aviso na porta da Clínica Obstétrica no Hospital Geral de Viena, em 1846, até os nossos dias, inúmeras descobertas possibilitaram o conhecimento da causa, epidemiologia e profilaxia de infecções. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos alcançados no século XX, eles não nos colocam em situação muito diferente da época de Semmelweis, no que se refere à adesão a medidas simples de controle de infecção, como a lavagem das mãos por ele proposta (TRIPPLE et al,2003).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nota-se que é fundamental a utilização dos EPIs e degermação das mãos de forma correta para proteção do paciente diminuindo assim morbimortalidade de paciente devido infecções do sitio cirúrgico, sendo importante que o setor busque se atualizar quanto ao tipo de equipamento de proteção individual adotado, assim buscar capacitar a equipe cirúrgica sobre os riscos cerca da não utilização dos EPIs e lavagem de mãos, e sobre a utilização na prevenção destes. Tais medidas visam proporcionar uma maior adesão às medidas de proteção.

**Palavras-chave:** enfermagem cirúrgica. equipamentos de proteção. infecção hospitalar.

## REFERÊNCIAS

CUNHA, E.R et al. Eficácia de três métodos de degermação das mãos utilizando gluconato de clorexidinadegermante (GCH 2%). Revista. Esc. Enferm. USP. v.45, n.6, p. 1440-5, 2011. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>. Aprovado em: 15 de março de 2011. Acesso em 22 mar. 2016.

FRANCO, L.M.C; ERCOLE, F.F; MATTIA, A. Infecção cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica com implante. Rev. Sobecc. v. 20, n.3, p.163-170, 20015. Disponível em: <<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/v20n3/163-170.pdf>>. Acesso em 22 mar.2016.

FONSECA, G.G.P; PARCIANELLO, M.K; O enfermeiro na comissão de controle de infecção hospitalar na perspectiva ecossistêmica: Relato de experiência. Rev. Enferm. Cent. O. Min. v.4, n.2, p.1214-1221, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/441>>. Acesso em 22 mar. 2016.

MARTINEZ, M.R.; CAMPOS, L.A.A.F; NOGUEIRA, P.C.K; Adesão à técnica de lavagem das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Paul Pediatr. v.26, n.2, p 179-85, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/10>>. Acesso em 01 mar. 2016.

NISHIDE, V.M; BENATTI, M.C.C; ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-amEnferm. v.12, n.2, p.204-11, 2004. Disponível em:<<http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/acidente-terapia.pdf>>. Acesso em 01 mar 2016.

OLIVEIRA, F.J.G. et al. O uso de indicadores clínicos na avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea. Rev. Texto Contexto Enferm.v.24, n.4, p.1018-26, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004040014>. Acesso em 29 mar. 2016.

SILVA, M. K. D; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Esc Anna Nery RevEnferm. v.13, n.2, p.279-86, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200007)>. Acesso em 08 abr.2016.

SOUZA, A.C.S et al. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. Rev. EletrEnferm. v.10, n.2, p.428-3, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf>>. Acesso em 29 mar. 2016.

TIPPLE, A.V.F. et al. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização, uso e fatores intervenientes à adesão. Ver.CiencCuid Saúde. v.6, n.4, p.441-8, 2007. Disponível em: <<http://www.nascecm.com.br/artigos/2681.pdf>>.Acesso em 29 mar.2016.

THALHAFERRO, B; BARBOZA, D.B; OLIVEIRA, A.R; Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, v.17, n.36, p.157-166, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/75>>. Acesso em 15 mar. 2016.

VASCONCELOS, B.M; REIS, A.L.R.M; VIEIRA, M.S. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. Ver. Enferm. Integrada. v.1, n.1, p. 99-111, 2008. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno\\_vasconcelos\\_e\\_marcia\\_vieira.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf)>. Acesso em 08 abr.2016.

---

## **ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE**

Viviane Queiroga Linhares  
Flavio Jordano Bezerra Candido  
Henrique Jose Formiga Bandeira  
Anne Milane Formiga Bezerra

**INTRODUÇÃO:** Os usuários em hemodiálise sofrem várias alterações no seu cotidiano, as quais demandam adaptação e enfrentamento por parte deles e de seus familiares. Nesse contexto, a hemodiálise aliada ao avanço da doença renal conduz a limitações e danos na saúde psíquica, física, funcional, no bem estar, na interação social e satisfação dos indivíduos que dependem deste tratamento dialítico para se manterem vivos (COSTA et al, 2015). A enfermagem desempenha um papel importante no acompanhamento destes usuários. A proximidade com eles, de três vezes por semana, favorece compartilhar informações, orientações, esclarecimentos de dúvidas, dentre outros aspectos, que resultam em uma assistência holística e personalizada. Para que essa relação ocorra, o enfermeiro, inicialmente, necessita conhecer os usuários, desde a avaliação inicial até o seu acompanhamento nas sessões de hemodiálise. Portanto, nesse contexto impulsionou a necessidade de realizar um estudo para servir de alerta aos profissionais de enfermagem que compõe as unidades de hemodiálise, sobre as intercorrências que podem surgir nos pacientes e utilizar alternativas para prevenir e minimizar os danos e sequelas que poderão surgir no decorrer do tratamento. Este estudo contribuirá para que através da literatura possamos verificar as intercorrências mais comuns nas sessões de hemodiálise, a partir das necessidades individuais, com o objetivo de orientar os usuários sobre sua doença, intercorrências clínicas, alterações no estilo de vida, tratamento, cuidados com acesso venoso, dentre outras. Diante do contexto esta pesquisa tem como objetivo identificar através da literatura as intercorrências clínicas e assistência de enfermagem a pacientes renais crônicos na hemodiálise

**MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão de literatura realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO, PUBMED, MEDLINE, onde procuramos identificar as intercorrências clínicas e assistência de enfermagem a pacientes durante as sessões de hemodiálise. A pesquisa na literatura ocorreu no mês de março a abril de 2016. Foram selecionados artigos de 2011 a 2015 e realizado a discussão do tema em estudo. Para constituição da presente pesquisa foram excluídas resenhas e artigos não indexados. Foram excluídas também algumas publicações que ficavam distante do tema, ou que não continham referências bibliográficas. Foram incluídos apenas trabalhos que sofreram um procedimento rígido de avaliação, foram escolhidas, teses, dissertações, artigos indexados.

---

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os pacientes portadores de doença renal crônica além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida em que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido. Os



enfermeiros são responsáveis por tornarem o ambiente confortável e adequado para os cuidados pessoais, além de prepararem a sessão de hemodiálise cuidadosamente, gerenciando a máquina, mistura de fluidos e a monitorização dos sinais vitais (FRAZÃO et al, 2014). De acordo com Santana, Fontelle, Magalhães (2013) depois dos problemas de ordem renal, as infecções caracterizam o principal motivo de internação dos pacientes renais crônicos, pois estes são geralmente imunodeprimidos, apresentando assim maior suscetibilidade a infecções, além de possuírem maior risco devido aos acessos venosos para hemodiálise (cateteres centrais ou FAVs). Para Santana, Fontelle, Magalhães (2013) a hipotensão é a complicação mais frequente durante a hemodiálise, sendo um reflexo primário de grande quantidade de líquidos que é extraída do volume plasmático durante uma sessão de rotina da diálise. A água que parte é acumulada no intervalo interdialítico é extraída diretamente pelo mecanismo de ultrafiltração. As câimbras também são complicação frequentes da hemodiálise. Elas predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da HD. Frequentemente são precedidas por hipotensão arterial (MARQUES DE AZEVEDO, AZEVEDO, MANHÃES, 2015). O cuidado de enfermagem é direcionado para avaliar o estado hídrico e para identificar fontes potenciais de desequilíbrio, implementar um programa nutricional, a fim de assegurar um aporte nutricional apropriado que esteja nos limites do esquema de tratamento, e promover sentimentos positivos, incentivando o paciente a ter maior autocuidado e maior independência. É de suma importância fornecer explicações e informações ao cliente e a sua família sobre a doença, as opções de tratamento e as complicações potenciais. Eles necessitam de muito apoio emocional, devido às numerosas mudanças experimentadas (HINKLE e CHEEVER, 2016). Ainda de acordo com os autores o enfermeiro desempenha um papel importante na orientação do paciente com insuficiência renal crônica, pois as instruções devem ser continuadas e reforçada enquanto monitoram a evolução do cliente e sua adesão ao esquema de tratamento. Neste universo marcado pela especificidade do paciente renal crônico e pela complexidade do tratamento, não basta que os profissionais se preocupem somente com a utilização de recursos tecnológicos sofisticados ou com a adequação estrutural dos serviços de hemodiálise. Torna-se imprescindível o resgate e a valorização do paciente enquanto pessoa que tem a sua forma singular de pensar, agir e sentir.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O portador de doença renal crônica vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, redução de suas competências, aumento da necessidade de ajuda, à dor física e emocional resultante da perda da independência e do aumento da necessidade de assistência. Além de um pensar na morte, devido ao tratamento doloroso, monótono e restrito que é a hemodiálise. Um procedimento que os maltrata, mas ao mesmo tempo representa a continuidade de suas vidas, ou seja, a hemodiálise é simultaneamente o “carrasco” e o “redentor”. O processo educativo deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao seu nível sociocultural. As alterações hemodinâmicas, hidroeletrólitos e a falta de funcionamento normal dos rins que se tornam incompatíveis para manter a vida, passam a ter a necessidade de ser ajustados com a hemodiálise de acordo com as características de cada paciente. São fatores importantes e principais que podem influenciar o aparecimento das diferentes intercorrências discutidas neste estudo. Portanto, os profissionais de enfermagem por estarem sempre ao lado dos pacientes dialíticos mantendo uma estreita relação com eles, tornam-se fundamentais durante o processo de hemodiálise.

Palavras-chave: ENFERMAGEM.INTERCORRÊNCIAS.HEMODIÁLISE.

## REFERÊNCIAS

COSTA et al. Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2015. jan./mar. 7(1):2137-2146. Disponível em:

[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10409/1/2015\\_art\\_albclira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10409/1/2015_art_albclira.pdf). Acesso em 12 de abril de 2016.

FRAZÃO et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev Rene**. 2014 jul-ago; 15(4):701-9. Disponível em: <file:///D:/Usu%C3%A1rios/FIPBH/Downloads/1592-12491-2-PB.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2016.

HINKLE.J. CHEEVER. R. K. BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. Vol. 2. 13 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2016.

MARQUES DE AZEVEDO.S. AZEVEDO.A.S.MANHÃES.L.S.P. Insuficiência renal crônica: Análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. Perspectivas online. **Ciências biológicas e da saúde**. 19(5), 11-34, 2015. Disponível em: [http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/759/60](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/759/60). Acesso em 14 de abril de 2016.

SANTANA. S.S. FONTELLE.T. MAGALHÃES.L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.3, Pub.5, Julho 2013. Disponível em; <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2016.

---

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DE PACIENTE EM ESTAGIO TERMINAL,NA UNIDADE DETERAPIAINTENSIVO

Elineide de Medeiros Santos  
Luynajara Fernanda Sabino Rocha  
Maria Hslani da silva  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** O “cuidar” do Enfermeiro vai muito além da atenção técnica. Isso implica que está vigilante às necessidades do outro, reparando toda a situação que cause o seu sofrimento. Peplau (2013)nos apresenta uma definição da enfermagem como sendo umrelacionamento humano epropõe uma teoria baseada no desenvolvimento das habilidades de comunicação interpessoal do profissional. Lidar com a morteé extremamente desgastante,

fazendo surgir neles sentimentos como: impotência, frustração e insegurança diante do sofrimento do paciente e do insucesso das ações profissionais. Dessa maneira para quem atua junto a um paciente diagnosticado com alguma doença crônica, ou até mesmo em uma fase final, precisa saber vivenciar a proximidade do fim da vida como uma etapa do processo de desenvolvimento do indivíduo, de uma forma que possa promover cuidados amplos e singulares para amenizar e transformar este método, controlando o sofrimento do enfermo. De modo geral, estes doentes com um tempo de sobrevida determinado há meses ou até dias, muitas das vezes, não são informados sobre as suas reais condições, desconhecendo o seu prognóstico. Assim existem poucos profissionais especializados em atendê-los. Aumentando assim ainda mais a prevalência da agonia tanto do usuário, como também dos seus familiares. Assim o assunto a ser considerado na assistência ao indivíduo crônico é o tempo que lhe resta de vida. Para Cramer(2011), basicamente, deve-se haver uma ligação terapêutica com os parentes como compartilhar os momentos dolorosos e enfrentar a superar o medo. Levando em consideração que o ato de cuidar é uma atividade distintamente humanizada que visa promover o bem-estar da pessoa fragilizada. Cogitar especificamente de um paciente acometido por uma patologia permanente em estágio avançado e sem perspectivas de cura é uma prática que deve direcionar o zelo acurado às suas necessidades e limitações, uma vez que o óbito é irreversível e o tempo está restrito há dias, semanas ou meses. Com base nesse entendimento, é essencial ao profissional adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no alívio integral da pessoa em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida que restam ao cliente e minimizar a amargura durante o estágio terminal.

O presente estudo tem como objetivo: compreender a assistência de Enfermagem diante do paciente em estágio terminal na unidade de terapia intensiva.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa tipo exploratória, de revisão literária, a fim de indagar autores especializados na prática profissional do enfermeiro operante pacientes terminais na unidade de terapia intensiva. Após selecionar vários trabalhos relacionados ao tema, os mais importantes são considerados, lidos e interpretados para que depois fosse realizada o estudo. Foram empregados oito periódicos e um manual da Organização Mundial de Saúde, datados de 2011 a 2016, examinados nos bancos de dados: Scielo e Google acadêmico. Os critérios buscados foram: enfermagem, paciente crônico e paciente terminal. Ao procurarmos inserir este tema dentro de um quadro de referencial teórico, atentamos para o fato de que a revisão bibliográfica não tem a pretensão de produzir novos conhecimentos, mas suprir as insuficiências de conhecimento no exercício da técnica do enfermeiro perante pacientes em fase terminal na unidade de terapia intensiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Pôde-se perceber que a prudência do enfermeiro a essa categoria de enfermos é uma experiência única na vida, pois requer um alto nível de discernimento e em algumas das vezes ele não sabe como agir diante de um paciente reincidente em que seus dias de vida estão contados, sendo essa uma etapa em que ele mais precisa de cuidados, de atenção e é por isso que o profissional responsável por essa atenção precisa atuar de maneira a amenizar o sofrimento do doente, tentando trazer ainda um pouco de “qualidade” de vida do indivíduo. Para isso, é sucinto que o enfermeiro entenda a morte

como um processo natural do desenvolvimento de todo ser humano, quando se lida com pessoas doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, é preciso que ocorra a compreensão do significado da autonomia deles, a forma pela qual reconhece esse direito durante o artifício de morrer dos enfermos. Como resultados observou-se que os enfermeiros reconhecem essa autonomia, como um direito dos clientes e tentam respeitá-los, não deixando também se angustiarem diante de algumas situações já que percebem contradições em seu discurso e prática diária e por isso manifestam a necessidade de mais discussão e espaço para que os serviços convivam melhor com a vontade e os direitos dos doentes completos. Na fase terminal, a morte apesar de inevitável em algum momento, não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, na nossa cultura o fim da vida é representada pelo pavor e pela não aceitação, pois o ser humano não está disposto a encarar abertamente o fim da sua vida no plano terrestre, o que geralmente só vem a ocorrer quando sua vida está ameaçada por alguma patologia, existindo muito receio em lidar com a extenuação que está diretamente ligada ao instinto de sobrevivência humano, essa resistência do resignado lhe causa ainda mais angústia quando ele está próximo da destruição, ele tem dificuldades em lidar com isso, e como o enfermeiro é um dos profissionais que está mais ligado a ele, deve ser também este a lhe oferecer um apoio necessário, juntamente com toda a equipe multidisciplinar, sem deixar de considerar o encosto da família do conformado, esta que também precisa da atenção de toda a equipe da saúde, pois a crença da não aceitação a morte está impregnada em toda a sociedade, com base nisso já podemos perceber a extrema importância do papel da enfermagem diante de tal ocasião. O profissional Enfermeiro deve de todo o apoio necessário, ao paciente incurável, e aos seus parentes, pois estes na maioria das vezes também não se encontram preparados para lidar com a perda de um ente querido. A partir daí, emergiu outro tópico de suma importância nos periódicos abordados que resolvemos trazer pra discussão e resultados, que foram os cuidados paliativos do profissional da saúde/enfermagem para com o doente inveterado em fase terminal. O termo “paliativo” vem de inspiração religiosa, cuja origem remonta à Idade Média, deriva-se da proteção usada pelos peregrinos como vestimenta, durante as incursões aos locais ditos sagrados, na época das Cruzadas. Essa peça de vestuário, chamada pallium, confortável e protetora, converteu-se, numa analogia para o exercício assistencial dos profissionais de saúde, que “tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida”. É importante cogitar de forma a amenizar a aflição que precede a morte oferecendo cuidados “paliativos” tanto ao paciente quanto aos familiares que se deparam com a ameaça a continuidade da vida, essa forma de preocupar-se quando administrada, não abrevia e nem prolonga a morte, mas alivia a ansiedade, proporcionando melhor condição da sobrevivência que ainda lhe resta, até que aconteça de forma natural. Tais precauções iniciam com o diagnóstico da enfermidade e se estendem até o luto é indispensável uma equipe multiprofissional qualificada, com preparo suficiente para que haja interação e muita dedicação aos resignados para alcançar os efeitos. Atualmente a Organização Mundial de Saúde cunhou uma definição mais abrangente de cuidado paliativo: para eles, é uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares que enfrentam uma doença crônica. Promove o consolo da consternação e de outros sintomas e proporciona suporte espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até a e o período de luto, através destes conceitos, percebemos a importância dessa preocupação, além

disso, a atenção também é dirigida aos aspectos psicológicos e espirituais do enfermo, sabendo-se que nessa hora ele encontra-se totalmente abalado. Dessa maneira o alvo da prevenção de todo o quadro multidisciplinar deverá ser o doente e não a doença. Além disso, a Organização Mundial de Saúde ainda recomenda atenção especial à procedência e à constante busca de excelência no domínio dos presságios e cautelada amargura.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dos esboços selecionados, pode-se perceber que a conduta do enfermeiro frente aos dilemas éticos no cuidado terminal exige muito mais do que conhecimentos. Para que estes desafios se deem de forma competente e com ética não é necessário seguir uma regra, mas sim desenvolver certa sensibilidade e um grau adequado de humanização para superar os dilemas. O estudo revelou também que diversas vezes, devido ao grande potencial tecnológico, o trabalho torna-se padronizado causando dificuldades em lidar com o morrer e muitas vezes mantém a conduta e programam-se ações. Na maioria das vezes também há certos problemas no diálogo com o doente, ocorrendo assim o distanciamento da situação. Nesse processo de reestruturação do cuidar da enfermagem para o cuidado terminal é relevante o papel do enfermeiro, que precisa pensar sobre a obrigação de incrementar seu exercício nos cuidados crônicos, com ferramentas que norteiam de forma segura, organizada e ajustada em que se destaca o alicerce de um modelo teórico, apropriado por meio da sistematização do auxílio prestado pelos profissionais da enfermagem.

**Palavras-chave: Enfermeiro, Fase terminal, Paciente crônico**

#### REFERENCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012 – Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2013/>> acesso em 03 de abril de 2016

Bretãs JRS, Oliveira JR, Lie Yamaguti. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm USP. 2013.

BOSCO, A.G. Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-10550>. Php acessado em 03/04/2016 às 21h15min.

Carvalho, KK, Lunardi VL. Obstinação Terapêutica como questão ética: Enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. Rev Latino-am Enfermagem. 2015; 17(3): 308-13.

CRAMER, Chyntia F. To live until you die: quality of life at the end of life. Clin. J. oncol. nurs., Pittsburgh, PA, USA, v.14, n.1, feb. 2011.

MACIEL, Maria Goretti Sales; RODRIGUES, Luís Fernando; NAYLOR, Cláudia; BETTEGA, Roberto; BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo; BURLÁ, Cláudia; MELO, Inês Tavares Vale e.

Crerios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2014.

PEPLAU, William. (2013). Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.), Humanizaçao e cuidados paliativos. Sào Paulo: Centro Universitrio Sào Camilo; Loyola, 2013.

Silva MF, Fernandes MFPA. Ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. O Mundo da Saude. 2015; 30(2): 318-25.

ZOROZO, J.C.C. O processo de morte e morrer da crianca e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07072004-11401.php> acessado em 03/04/2016 às 21h37mim.

---

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA UM VISÃO AMPLA**

Alexandre Izidro da Silva  
Carla Rebeca Barros de Souza Felix  
Jarlene Oliveira Silva Mantovani  
MaryamaNaara Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** A ocorrência de violência obstétrica é comum no dia a dia de diversas Instituições de Saúde, sendo eles identificados de vários aspectos, sejam eles psíquicos ou físicos, que afetem direto ou indiretamente essas gestantes, parturientes ou puérperas. Seja pela falta de espaço destinado ao acolhimento para o processo de parto, como por exemplo, as instalações inadequadas de que não contemplam a individualidade e as particularidades da parturiente, a dificuldade das gestões de saúde de permitirem ou ao mesmo planejem ambientes para que os acompanhantes possam permanecer durante o processo de parir, a utilização de vestes inadequadas, a realização indiscriminada episiotomia, a indicação do parto por meio de cirurgia cesariana em situações nas quais não se configura o risco par o binômio mãe e filho, etc. Também enfrenta se os posicionamentos de profissionais da saúde, que, arraigados pela cultura de estigmatização da gestante, utilizam o saber o posicionamento medico para minimizar ou até mesmo anular o protagonismo da mulher, submetendo - a á condição de sobrevivência (GOMES; KUNZER, 2015). Essas condições que a mulher passa, de muitas vezes ser afastada de seus familiares, muitas vezes por que a instituição não fornece estrutura adequada, fragiliza muito mais a mulher, que muitas vezes se ver sozinha passando por um período de transição, de mudanças, como o trabalho de parto, fazendo com que a mesma sinta enorme sensação de insegurança. A violência obstétrica existe, e tem por características a apropriação do corpo e processo reprodutivo das mulheres pelo profissionais que a assistem, através do tratamento desumanizado, abuso de medicação patologização dos processos naturais, causando perda de autonomia e incapacidade de decidir sob seu corpo e sua sexualidade, impactando de maneira negativa sob a qualidade de vida dessas mulheres,

percebendo que algo de muito errado percorre os trilhos deste caminho tão significativo para uma mulher, entre tantas questões que permeiam o mundo materno, a que mais se debate em grupos para a maternidade ativa é a experiência do parto, que passa de realização a sofrimento, o parto nos dias de hoje tem se tornado uma questão de violência, que vai além do íntimo e privado, perpetuando as políticas dentro da discussão sob a saúde pública, saúde da mulher do bebê e feminismo, sendo assim, falar do parto não é só citar o quão emocionante foi aquela etapa, é falado sob direitos sexuais, e direitos reprodutivos, os discursos sobre os partos, estão cheios de denúncias a violação de direitos humanos. Quando práticas hospitalares e médicas caminham do lado oposto de algumas já recomendadas políticas públicas da saúde da mulher, no que tange políticas referentes a opção não emergenciais da cesariana, aborto, morte materna, câncer de mama entre outros, que são dados alarmantes na realidade das brasileiras, tendo em vista consequências avassaladoras que agredem a mulher, surgem novas propostas de atenção ao parto, centradas na mulher e em sua subjetividade e particularidade direitos e vontades, na perspectiva do árduo trabalho de substituir o modelo hegemônico, centrado

nas intervenções médicas e no uso de descontrolados da tecnologia, para uma linha mais humanista tendo a mulher como foco respeitando as diferenças sociais e culturais da população feminina (JULIANA. 2015). O objetivo deste trabalho é desvelar a violência obstétrica no Brasil, discutir a hospitalização e medicalização do parto como fato histórico.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de março de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), Violência Obstétrica. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados no período de 2008 a 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Violências contra a mulher. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A política nacional de atenção integral a saúde da mulher (PNAISM) criada em 2004, visa mudança na assistência prestada, as violências a estas mulheres precisam ser identificadas e coibidas. A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos), durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui, maus tratos físicos psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos, episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante - dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas

governamentais a respeito. A (VO) diz respeito a vários profissionais, no Brasil, a quase totalidade dos partos são hospitalares em 2012, 98% dos 2.905.789 nascimentos com nascidos vivos ocorreram em hospitais, atendidos em sua maioria por médicos obstetras, cujo a responsabilidade de orientações no pré-natal não é feita em grande parte das gestantes dos pais. O texto esta estruturado em três partes: a primeira trata da VO; a segunda aborda intervenções prejudiciais na parturição e o excesso de cesarianas no Brasil; e a terceira finaliza com ações e dos profissionais da APS (Atenção Primaria a Saúde) poderiam realizar como estratégia para a prevenção. Na última década várias definições de violência obstétrica têm sido propostas. Uma delas é a da primeira legislação latino- americana tipificando esta forma de violência, aprovada na Venezuela. Seja qual for a conduta ou ato que leve prejuízo as pacientes, por parte de profissionais nas unidades de saúde, sejam eles oriundos ou não oriundos da saúde em serviços públicos ou privados devem ser responsabilizados. Segundo Soffioti e Almeida (1995), ocorre uma conspiração do silencio, significando que, em geral não a denúncias de violências impedindo assim tanto de forma qualitativa quanto de forma quantitativa que dados sejam relevados, evidenciando a gravidade e a magnitude deste fenômeno, considerado como um território fora do alcance da lei, isso ocorre com relação não habituais, onde se da o fenômeno de violência de gênero, é o caso tratado neste texto- uma violência contra mulher vivenciada no trabalho de parto em instituições de saúde por parte dos profissionais da área da saúde especialmente a área medica no sexo masculino. Na rede básica de saúde, o profissional de enfermagem também tem papel fundamenta no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, visto que esse local de atuação se apresenta como propício para a detecção precoce desses casos. Todavia, para isso, é premente a necessidade de mudanças nos tipos de abordagens rotineiras empregadas nos serviços de saúde que propendem para uma visão assistencialista, baseadas em práticas curativas fundamentadas especialmente na observação de sinais e sintomas clínicos. A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade e, particularmente, a história da mulher. Por muito tempo, foi considerada uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada por parteiras. Segundo Bessa e Ferreira (1999), o processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos deu-se inicialmente na Europa, nos séculos XVII e XVIII, estendendo-se ao Brasil com a criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. Assim, eram denominados de parteiros ou médicos parteiros aqueles que exercessem essa atividade (WALDOW,2008).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando o parto como processo natural da vida, de multiplicação da população, essas mulheres também chamadas parturientes indiscutivelmente necessitam que voltem a atenção a um momento que diz respeito a nossa humanidade, já que todos nós somos paridos, por uma mulher. Independente da escolha da parturiente em fazer o parto pois ela pode e deve escolher, reflete-se que é necessário modificar o acesso ao direito reprodutivo básico. Implementar estratégias para aumentar a segurança, um atendimento humanizado, aumentado a satisfação das usuárias, nas maternidades e hospitais. Com intuito de que os atendimentos nesses locais possam ser uma experiência gratificante para as parturientes. No caso brasileiro o que se percebe é que para aliviar a dor do parto, paga-se por isso, pela cesariana agendada. Eis o padrão “ouro” da assistência ao parto. Se o parto é um



evento tão medonho, por que não “preveni-lo” agendando um cesariana visto como escolha confortável, mais que traz inúmeros prejuízos a essas mulheres. Um parto moderno indolor, racional, conveniente em horário e data sem gemidos, sem genital exposto. Essa pratica tem suas consequências, o desaparecimento das dimensões do parir. Não significando que não haverá a violência obstétrica, sim ela aconteceu mais sem dor. Nossos obstetras poderiam ser mais humanos e reverem suas práticas, para benefício das mulheres, para diminuição da dor e preservação genital. A proposta de humanização vem com o ideal de criar novas formas de vivenciar o processo do parto, de vivenciar a maternidade, a paternidade, a sexualidade e a vida.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher; Gênero e saúde; Parto humanizado.

## **REFERÊNCIAS:**

- WOLFF. R. L; WALDOW. R. V; **Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto;** **Revista Saúde Social.** São Paulo. V, 17, N°3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7604/9128>
- JULIANA. Z. M; **Violência obstétrica: Uma contribuição para o debate acerca do empedramento feminino.** Revista, Debate saúde; Porto Alegre, p. 23-30, 2015. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000616110&loc=2008&l=08913c21f68c02b>
- GOMES. F. R. P; KUNZLER. M. I; **Violência Obstétrica e Relações de Poder no Trabalho Parto;** Revista Salão do Conhecimento UNIJUI, 2º Ed. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento>
- ANDRADE. P. B; AGGIO. M. C; **Violência obstétrica: A dor que cala; Anais do III Simpó Gênero e Políticas,** ISSN 2177-8248, GT3 – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRI PR. 27 de maio de 2014. Disponível em: [http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)
- GONÇALVES, R; AGUIAR, A. C; MERIGHI, B. A. M; JESUS, P. M. C. **Vivenciando o cuid no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias.** Revista Escola de Enfermagem US v.45; n.1; p. 62-70, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09>.
- TESSER. D. C; KNOBEL. E; **Violência Obstétrica e Prevenção quaternária: O que é e o q fazer: Revista Brasileira de Família e comunidade,** Rio de Janeiro, p.1 – 12 2014. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
- RODRIGUES. P. D; ALVES. H. V; PENNA. G. H. L; **A peregrinação no período reproduti Uma violência no campo obstétrico.** Revista Anna Nery, p. 614-620, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>

PEREIRA. K. P; LOVISI. M. G; LIMA. A. L; **Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidades básicas de saúde.** Revista de Pesquisa Científica, p. 216-222, 2010. Disponível em:  
<http://www.abrapso.org.br/regionalsp/files/ANAIS.pdf>

SILVA. G. M; MARCELINO. C. M; TORO. C. R; **Violência obstetra na visão dos enfermeiros obstetras.** Revista Rene, jul-ago; p. 720-728, 2014. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212020.pdf>

---

## **VACINAS: A IMPORTÂNCIA DE SEU USO E SUAS CONTRA-INDICAÇÕES, CUIDADOS QUE DEVEM SER TOMADOS PELOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM**

Olívia Pires de Andrade  
Janielle Alves de Oliveira  
Gerlândia de Fátima Dantas Gomes  
Dinayara Karla Pereira Barbosa Manguiera<sup>4</sup>  
Deilton Aires Batista

**INTRODUÇÃO:** A vacinação é um recurso preventivo de extrema importância a toda população do mundo, que confere além da proteção individual contra sérias doenças, a proteção a comunidade, reduzindo a circulação de agentes infecciosos (SILVA; GOMES; OLIVEIRA, 2014). A maior conquista da saúde pública mundial, foi a erradicação da varíola que despertou os sanitaristas para a possibilidade de controlar e eliminar outras doenças imunopreveníveis; no rastro dessa conquista, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa Ampliado de Imunização (PAI), expandindo as atividades de vacinação para outras patologias, como poliomielite, sarampo, tuberculose, difteria, tétano e coqueluche, em vários países do mundo (SANTOS; ROSSA; FASSARELA, 2013). O Brasil montou nas últimas três décadas uma formidável estrutura de vacinação em massa e de produção de vacinas. Avançou-se decisivamente em termos de equidade, em vista do expressivo impacto provocado nas condições de saúde das camadas mais pobres da população, até então as mais atingidas pelas disfunções transmissíveis e excluídas da proteção vacinal. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é considerado como um dos mais completos dentre os países em desenvolvimento, tendo sido pioneiro na introdução do rotavírus em 2007 e com programação para introduzir as vacinas pneumocócica conjugada e meningite meningocócica, sorogrupo C conjugada, no segundo semestre de 2010 (SILVA; GOMES; OLIVEIRA, 2014). De acordo com o Ministério da Saúde, o PNI é o programa mais efetivo entre os países. A

estratégia da política de saúde brasileira para a área de imunobiológicos certamente é uma das mais bem-sucedidas no interior do grupo de países menos desenvolvidos, acompanhando de forma muito próxima o movimento internacional nas últimas décadas. Nos últimos trinta anos fortaleceu-se a percepção internacional acerca do impacto dos imunobiológicos na saúde, bem como a excelente relação custo-benefício que incorpora. Na década de 1980, o grande sucesso alcançado pelos países desenvolvidos no controle de doenças imunopreveníveis trouxe o reconhecimento de que ainda milhões de crianças de países em desenvolvimento – e sobretudo dos países mais pobres – poderiam ser salvas. A imunização representa uma das medidas mais efetivas na prevenção de doenças, principalmente na faixa etária de zero a cinco anos de idade, por reduzir a morbimortalidade por patologias imunopreveníveis. Muitas das afecções que assolavam o país nas três últimas décadas foram erradicadas ou estão sob controle, tais como a poliomielite, o sarampo, a varíola e a raiva humana, a partir da adoção destas medidas de imunização específica. Com o crescimento da população brasileira, ocorreu o aumento do número de doses de vacinas aplicadas e, conseqüentemente, a incidência de

Eventos Adversos

Pós-Vacinação (EAPV). Neste cenário, a preocupação da população com os EAPV pode tornar-se maior do que com a doença prevenida pela vacina. O profissional de enfermagem atuante na sala de vacinação tem privilégio de intervir no processo saúde doença de forma eficiente, possibilitando ao cidadão a adoção de um comportamento saudável e participativo, além do acesso consciente a um direito adquirido, contribuindo para um novo fazer da enfermagem na sala de vacina, baseada no conceito de promoção à saúde.

**OBJETIVO:** O objetivo do trabalho, é salientar na literatura a importância das vacinas, as contra-indicações, e cuidados que devem ser tomados diante da assistência de enfermagem nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).

**MÉTODOS E MATERIAIS:** Trata-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório, efetuada através das bases de dados SCIELO, LILACS, BIREME. Foram utilizados seis artigos dos últimos cinco anos. A coleta dos dados foi feita durante o mês de março de dois mil e dezesseis, depois de analisados de acordo com a literatura pertinente, iniciou-se o processo de escrita.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A imunização, que vem a ser uma proteção, é de fundamental importância na prevenção e controle das doenças. A prevenção visa ao emprego de medidas profiláticas, a fim de impedir que indivíduos sadios adoçam. A atuação do enfermeiro noESF gerou uma demanda crescente às consultas de enfermagem, requerendo atualização permanente dos profissionais afim de melhorar a resolutividade dos serviços prestados. Porém, no domínio dos eventos adversos relativos à imunização observa-se incipiência no conhecimento, o que reflete na dificuldade para tomada de decisão, deixando lacunas tanto na investigação do caso quanto na intervenção sobre ele, caracterizando risco de danos ao cliente. As vacinas têm suas contra-indicações, que muitas vezes não são esclarecidas à população, fazendo com que muitas crianças deixem de ser vacinadas, no momento oportuno, devido a falta de informação correta. As contra-indicações gerais para

todos os imunobiológicos são: imunodeficiências congênitas ou adquiridas; pessoas acometidas de neoplasias malignas; pessoas em tratamento com corticoesteróides por mais de duas semanas; pessoas em tratamentos de imunodepressores como quimioterapia e radioterapia; gravidez, salvo situações de alto risco para infecção; doenças infecciosas agudas com febre elevada; crianças com peso inferior a 2500g ou com desnutrição grave (até a correção do estado nutricional); transfusões sanguíneas dentro de dois a três meses antes da vacinação; reação alérgica anterior à mesma vacina e crianças com doenças neurológicas progressivas. Outro fator agravante é a conservação de imunobiológicos no nível local, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, apesar de incontestável relevância, apresenta falha significativa que pode colocar em risco a eficácia da imunização, não só em países em desenvolvimento, mas também nos desenvolvidos, quando mal conservadas, elas podem prejudicar a pessoa que recebeu a vacina, causando danos a sua saúde. Durante as décadas de mil novecentos e oitenta e mil novecentos e noventa, o esclarecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a segurança das vacinas resultou na queda da incidência de doenças imunopreveníveis, em decorrência do aumento da cobertura vacinal. Na sala de vacinação as atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem treinada para o manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. Essa equipe deve ser composta, preferencialmente, por um ou dois técnicos de enfermagem, contando com a participação de um enfermeiro, responsável pela supervisão e treinamento dos serviços. As principais responsabilidades dos profissionais de enfermagem que trabalham em sala de vacinação são: orientar e prestar assistência à clientela com segurança, responsabilidade e respeito; prover periodicamente as necessidades de material e imunobiológicos; manter as condições ideais de conservação de imunobiológicos; manter os equipamentos em boas condições de funcionamento; acompanhar as doses de vacinas administradas de acordo com a meta; buscar faltosos; divulgar os imunobiológicos disponíveis; avaliar e acompanhar sistematicamente as coberturas vacinais e buscar periodicamente atualização técnicocientífica. Os ganhos em saúde obtidos com a vacinação não são, porém, um dado adquirido, exceto se a doença tiver sido erradicada. Anos sucessivos com baixas coberturas vacinais ou descontinuidades na vacinação, por motivos relacionados com a organização e a capacidade dos serviços de saúde, com os movimentos anti-vacinação ou com outros, podem ter consequências graves, mesmo em países desenvolvidos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao final deste trabalho, percebemos o quão grande importância tem os imunobiológicos. Estes, podem prevenir danos e agravos a saúde durante toda a vida. Por isso, o Ministério da Saúde investe neste setor, sabemos que as vacinas são de fácil acesso nas ESF, e a população pode e deve solicitar este serviço. Podemos identificar também, que o profissional de enfermagem que trabalha diretamente com as vacinas, por isso, é necessário que este profissional esteja constantemente atualizado e capacitado sobre vacinações, bem como suas doses, contra-indicações e os cuidados que sua equipe deve tomar durante o processo de administração e após caso ocorra alguma reação adversa. Podemos sugerir que os enfermeiros montem estratégias de incentivo a população para que eles procurem este serviço, pois as pessoas que mais preocupam são as puérperas em vacinar seus filhos, já os adultos buscam este serviço com menor frequência, isto talvez, se explique ao



fato de muitos ainda terem paradigmas formados a respeito da vacinação sobre suas reações adversas, então cabe aos profissionais de enfermagem das ESF, utilizar-se da educação em saúde para aumentar essa demanda para assim prevenir e rastrear a população, esclarecendo as dúvidas e quebrando estes paradigmas culturais.

**Palavras-chave:** importância das vacinas. programa nacional de imunização. vacinas

#### **REFERÊNCIAS**

BISETTO, L.H; CUBAS, M.R; MALUCELLI, A. **A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1128-1134, 2011.

BRENOL, C.V et al. **Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre vacinação em pacientes com artrite reumatoide.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 53, n. 1, p. 13-23, 2013.

BRASIL. **Programa nacional de imunização.** Brasília. MS. 2015

COSTA, N.M.N; LEÃO, A.M.M. **Casos notificados de eventos adversos pós-vacinação: contribuição para o cuidar em enfermagem.** Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 3, p. 297-303, 2015.

SANTOS, C.V; ROSA, L.D.S; FASSARELLA, C.S. **A RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DA VACINA BCG SOB A ÓPTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.** Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 7, n. 1, 2013.

SILVA, M.R.B; GOMES, A.K.B; OLIVEIRA, M.N. **Educação continuada: Importância para equipe de enfermagem do setor de imunização frente a Vacina Inativada da Poliomielite (VIP), em uma unidade básica do Rio de Janeiro.** In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 2014.

VAN, S. et al. **EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases.** Annals of the rheumatic diseases. 70: 414-22.9, 2012.

*Resumos*  
*Simples*

## A ATUAÇÃO DA LISOZIMA COMO ANTIMICROBIANO NATURAL

Natália Maria da Conceição de Medeiros Bezerra  
Lorena Lima de Freitas  
Eduarda Araújo Pita  
Bruna Amancio Pinto Ramalho  
Malba Gean Rodrigues de Amorim

A lizozima, também conhecida como muramidase, é uma enzima natural, distribuída na natureza e que diferem de acordo com o peso molecular, sequência de aminoácidos e propriedades enzimáticas. A lizozima é caracterizada por múltiplos e complexos grupos funcionais que apresentam regiões específicas de distribuição de cargas superficiais, definindo partes hidrofóbicas e hidrofílicas. É termicamente estável, encontrada no colostro, clara de ovos e em mucosas, placenta, baço, pele e lágrimas humana. Apresenta grande atividade antibacteriana uma vez que atua causando hidrólise de componentes das paredes celulares de bactérias. O estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a atuação da lizozima como antimicrobiano natural no combate as infecções causadas por microrganismos patogênicos. Trata-se de pesquisa bibliográfica, onde foram selecionados 10 artigos científicos usando como base de dados Scielo e Google acadêmico usando os seguintes descritores para busca nos bancos de dados: lizozima, antimicrobiano natural e controle. Após esta etapa, foram selecionados seis artigos de acordo com enfoque temático, para a construção da revisão de literatura. A lizozima, atua clivando a ligação de ponte glicosídica  $\beta$  (1-4) entre a N-acetilglicosamina e o ácido murâmico do glicopeptídeo da parede celular de bactérias gram-positivas. O seu pH no ponto isoelétrico é 1, o que permite que ela se associe a proteínas ácidas das bactérias e inicie o processo de digestão hidrolítica da parede celular bacteriana. Nas bactérias gram negativas, a ação da lizozima é dependente da ativação do sistema complemento. A ação protetora da lizozima é incontestável uma vez que atua controlando a população de microrganismos oportunistas, que compõem a microbiota endógena, e de invasores impedindo o surgimento de infecções no hospedeiro.

**Palavras chaves:** Antimicrobiano. Controle. Enzima

## **O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO ÂMBITO DO TRABALHO EM EQUIPE**

Aldiluce Fernandes De Araújo  
Ranyégia Clementino Almeida  
Deilton Aires Batista

O relacionamento interpessoal pode tornar o ambiente harmonioso e prazeroso para trabalhar, facilitando as tarefas e a confiança dos colaboradores, permitindo uma atividade cooperativa e em equipe, com interação de esforços implantando a união. Um quadro só funciona com plenitude quando seus integrantes estiverem articulados entre si estabelecendo relações éticas e de respeito. O grupo de trabalho é marcada pela fragmentação das ações reforçadas pelo rigor de muitos hospitais, os quais mantêm uma rígida estrutura hierarquia e exigem dos funcionários cumprimentos de rotinas, normas e regularmente. O ser humano age de acordo com o ambiente. O clima organizacional e a convivência influenciam no comportamento do colaborador, são fatores que motivam e determinam a criação de um espaço agradável. A maneira das pessoas relacionarem é um fator determinante para garantir o convívio coletivo e a saúde dos assistentes e enriquece o grupo. De uma maneira geral, o desenvolvimento do processo de trabalho vem sendo estudado e discutido em vários setores da saúde, tanto no público como no privado, na perspectiva da qualidade dos serviços produzidos, bem como a melhoria de vida dos envolvidos nesse processo. Compreender a importância do relacionamento interpessoal no âmbito do trabalho em equipe. Trata-se de uma pesquisa descritiva explanatória e bibliográfica, onde foram utilizados artigos científicos a base da SciELO e Google Acadêmico para construção da revisão de literatura. As questões que envolvem convivência entre pessoas no grupo estão em evidência. Na relação entre os profissionais de saúde e os acompanhantes, o diálogo passa ser um objeto utilizado pelo mesmo como um meio para realizar suas tarefas de saúde, mesmo porque esse trabalho fundamentasse nas interações coletivas entre seus integrantes. Observamos que alguns integrantes possuem capacidade de motivar os demais, ajudando no crescimento do grupo, pois quando há comunicação em coletividade tornará facilmente à realizações de suas tarefas.

**PALAVRAS CHAVES:** Enfermagem. Relacionamento. Saúde





## **O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO ÂMBITO DO TRABALHO EM SAÚDE DIANTE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Área de atuação: Enfermagem

Maria do Socorro Morais  
João Victor Oliveira Andrade  
Érica de Souza Ferreira  
Joselânia Santos  
Deilton Aires Batista

O trabalho da enfermagem requer a interação de diversos profissionais desta área, sendo efetuado por trabalhadores na organização hospitalar, apontando a importância das relações interpessoais no campo da saúde, na perspectiva da atenção integral. Assim, os enfermeiros têm a necessidade de revisar a sua prática diante dos novos paradigmas, sendo indispensável uma reflexão acerca do processo de trabalho, bem como a adesão de metodologias, instrumentos e conhecimentos inovadores. Demonstrar o trabalho em equipe de enfermagem no âmbito hospitalar e suas relações interpessoais. Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo revisão bibliográfica em que para a realização do estudo foram analisados artigos acadêmicos com conteúdos científicos relacionados ao relacionamento interpessoal no âmbito do trabalho de saúde efetuado em equipe por parte da enfermagem, tendo como base a qualidade de informações fornecidas ao leitor. Para isso, foram usados cinco periódicos, bem como as plataformas online Scielo (Scientific Electronic Library Online); Google Acadêmico (<https://scholar.google.com.br>) sendo selecionados apenas os trabalhos envolvidos com a temática. O estudo desenvolveu-se no período de março a abril de 2016. Obteve-se como resultados que as relações interpessoais se estabelecem a partir de um processo de interação entre os membros de uma mesma equipe, criando-se vínculos profissionais; uma condição relacional entre trabalhadores a fim de executarem uma ação coletiva e alcançarem uma meta em comum. Aprendeu-se o significado de "trabalho em equipe" e a relevância da relação de contribuição em um trabalho hierárquico ou coletivo. Também a necessidade de incentivar os profissionais de enfermagem a refletirem sobre o processo de trabalho e o desenvolvimento de ações que visam mudanças nas práticas de saúde, buscando maior autonomia e integralidade.

**DESCRITORES:** Trabalho em Equipe. Relações Interpessoais. Interação.



## **OBSERVAR À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DA SOBRECARGA DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **Área de concentração: Saúde Coletiva**

Kermany Karlynka Marques da Silva  
Aline Quele da Rocha Dantas  
Lucélia da Silva Sousa  
Deilton Aires Batista

A Organização Mundial de Saúde, afirma que, saúde é o bem-estar físico mental e social do indivíduo. É no trabalho que o profissional passa maior parte do seu tempo, assim a sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais da Enfermagem chega ao limite que o ser humano suporta (AA, Silva. et al,2011).O Enfermeiro que atuano PSF tem que cumprir quarenta horas semanais e em troca disso recebem por baixos salários e más condições de trabalho. Portanto, a humanização é um caso distante da realidade. Analisar á humanização da assistência de enfermagem diante da sobrecarga de trabalho no programa de Saúde da Família. Pesquisa de revisão bibliográfica explorativa, a cerca dos princípios psicológicos que regem a natureza humana relacionada à intensa jornada de trabalho enfrentada pelos enfermeiros, realizada através de artigos publicados nos últimos cinco anos em língua portuguesa e inglesa indexados no Scielo, Google Acadêmico e etc. A Organização Mundial da Saúde destaca que o quesito qualidade de vida ea percepção do indivíduo sobre vida, cujo padrão se remete ao seu contexto sociocultural em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Perante um contexto tão relevante, percebemos que a qualidade de vida relacionada à sobrecarga de trabalho acomete a saúde dos profissionais da Enfermagem, onde muitas vezes vem apresentar doenças psíquicas. Mediante o contexto estudado, ressaltamos que a insatisfação com o serviço que o enfermeiro deve prestar no PSF em virtude das más condições de serviço, a precária estrutura física das unidades, a insuficiência salarial, torna-se um grande programador de doenças para funcionários e interferindo drasticamente na saúde do enfermeiro, assim o requisito humanismo voltado a classe trabalhadora de enfermagem é praticamente um divisor de águas, entre o que deveria ser qualidade de vida, e cotidiano de trabalho.

**DESCRITORES:** Doença; Enfermagem; Humanização; Sobrecarga de trabalho.



## **ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA** **GRUPO TUTORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE (ES)**

Diennes d'Avila Nascimento  
Emmeline Rodas Araújo  
José Renato Simões de Lima  
Wêmia Lourhanna Tavares Silva  
Claudia Morgana Soares

### **RESUMO**

A adolescência é marcada por descoberta do prazer sexual, e cada vez mais cedo, crianças e adolescentes chegam à escola com preocupações, dúvidas e sem o conhecimento necessário, iniciando assim uma vida sexual despreparada. (DE MOURA et al, 2015). A polêmica inside sobre os valores morais: a vergonha no tratamento destes temas pelos docentes e exposição pessoal da sexualidade, aos pudores e valores pessoais individuais, opção sexual, homofobia, prostituição, aborto, virgindade, promiscuidade, início da atividade sexual, entre tantos outros (GOMES, 2014). Portanto, a escola é um centro da socialização importante para a vida, assim como os órgãos de saúde.(AGUIAR, 2014). identificar artigos científicos sobre orientação sexual na adolescência, enfocando saúde e educação, e sua importância como meios biopsicossociais. Foram utilizado artigos científicos publicados no últimos seis anos de maneira diversificada na plataforma do scielo. Os descritores utilizados foram: “Orientação sexual”, “orientação sexual na adolescência”. O trabalho da educação e orientação sexual no contexto escolar, sem deixar de mencionar os familiares e da saúde, possuem papel importantes. O conhecimento nos adolescentes, visa uma prevenção da saúde biológica, psicológica e social, assim como uma maneira de promoção da mesma. A orientação bem trabalhada, colabora no sentido de evitar gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, traumas psicológicos e problemas sociais. A enfermagem também exerce importante papel na educação sexual de adolescentes e orientação à família e na escola, levando em consideração o desconforto e dificuldade que os pais geralmente tem para abordar a sexualidade com seus filhos. A orientação sexual deve ser apresentada em diversos aspectos e contextos, como na escola, em casa, eventos, hospitais, televisão, internet, nas ruas, buscando atingir o máximo de jovens, para que possam ser guiados acerca da sexualidade, incluindo aqui a gravidez, sistema corporal, DSTs, contraceptivos, entre outros.

**Palavras-chave:** Orientação sexual; Adolescência; Levantamento; Vida biopsicossocial

## **PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O ACOMPANHANTE DAS PARTURIENTES**

**Área de Concentração: Enfermagem (E)**

Elânia Kátia Costa  
Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Thaise Meiry da Silva  
Juliana Ferreira de Araújo  
Erta Soraya Ribeiro CésarRodrigues

### **RESUMO**

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a parturiente tem assegurado por lei, direito de ser acompanhada no parto por uma pessoa de sua preferência. Entretanto, para os profissionais de Enfermagem essa prática ainda está envolta por sentimentos de apreensão e uma certa resistência. O objetivo do presente estudo é descrever, à luz da literatura, a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre o acompanhante da parturiente durante o período de parturição. A pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada na biblioteca das Faculdades Integradas de Pato, na cidade de Patos- PB entre os meses de março e abril de 2016. Foram utilizados livros, revistas e bases de dados on-line como BIREME, SCIELO, LILACS e MEDLINE. Após o levantamento dos dados foi possível observar que a percepção dos profissionais de saúde, sobretudo os de enfermagem, quanto à experiência vivida com os acompanhantes das parturientes, foi bastante positiva. Apesar de não terem praticamente nenhuma experiência anterior em prestar assistência com o acompanhante presente durante o processo do nascimento, os profissionais manifestam inicialmente uma expectativa negativa, superada após a experiência. A superação das expectativas negativas dos profissionais de saúde relaciona-se diretamente à sua percepção de que não há alteração da assistência e da rotina hospitalar em virtude da presença do acompanhante. Os profissionais constataam que isto não limita, restringe ou altera a conduta. Concluímos dessa forma, que os profissionais de saúde vivenciam a emoção do acompanhante, resgatam-se os sentimentos mais humanos além de está colocando em prática a humanização no nascimento e isto repercute na atenção dada às mulheres. A presença do acompanhante proporciona maior abrangência ao cuidado, pois amplia a observação à parturiente e a comunicação das suas necessidades durante o período de parturição, tornando se uma ferramenta positiva, que colabora sobretudo para o psicológico da cliente.

**Palavras-chave :** Humanização da assistência ao parto, Assistência de Enfermagem, Relação enfermeiro- paciente.

## **PRECONCEITO AO PORTADOR DE HANSENÍASE E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Área de concentração: Educação e Saúde (ES)

Janiele Paulino Alves  
Karla Augusta Ramalho Leite Dantas  
Amanda Gomes Fernandes  
Paulina de Almeida Lira  
Ana Karla Bezerra da Silva Lima

O preconceito é um sentimento hostil que se tem ao generalizar e tratar de forma indiferente determinadas pessoas. Tal sentimento vem por vezes, interferir na prevenção e cuidado da pessoa portadora de patologias como hanseníase. A comunicação entre o profissional de saúde e a comunidade faz com que muitas doenças possam ser diagnosticadas e com uma ação rápida, tais problemas podem ser debelados sem deixar marcas na vida social do indivíduo (ALVES, 2005). Este trabalho busca analisar prejuízos e causas que o preconceito a hanseníase provoca a vida do portador durante seu tratamento; Demonstrar quanto o enfermeiro é essencial na prevenção e cuidado da hanseníase. O presente estudo, realizou uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica nas bases de dados do SciELO e Google Acadêmico. As incapacidades que a hanseníase pode causar levam a graves problemas para o enfermo, como diminuição no rendimento de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos causados pelo grande preconceito em relação a doença, mesmo depois de tantas informações disseminadas (BRASIL, 2002). A procura tardia para o tratamento da hanseníase pode provocar deformidades no portador e muitas vezes acabam causando como consequência uma exclusão social, dificultando a sua convivência na sociedade. Assim, cabe ao enfermeiro construir durante a consulta um processo de confiança compromissado com o enfermo, gerando motivação por partilhar com ele a responsabilidade e o sucesso de seu tratamento, do início ao fim do processo. Consequentemente, a probabilidade de abandono deste processo de cuidado será reduzida (SILVA, 2014). Quando o enfermeiro assiste o portador de hanseníase como se ele fosse um cliente, de forma calorosa, amorosa, orientando-o sobre o tratamento para que se mantenha firme até o final, deixando-os encorajados dificilmente haverá desistência no tratamento. Apenas assim podemos perceber a ação da enfermagem como de grande importância no combate e redução da hanseníase.

**DESCRITORES:** Portador de hanseníase. Preconceito. Ação da enfermagem.

## **PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO ACESSO VENOSO CENTRAL DO TIPO INTRACATH**

Enfermagem (E)

Nicássia Sousa Mélo  
Edmara da Nóbrega Xavier Martins  
Allan Martins Ferreira

O Acesso Venoso Central é um procedimento utilizado em pacientes críticos que demandam cuidados de alta complexidade. Utilizado quando se há necessidade de infundir grandes volumes de soluções, drogas vasoativas, administração de nutrição parenteral e acompanhamento da pressão arterial através de monitorização hemodinâmica invasiva. O “Intracath” é um dispositivo estéril indicado na terapia intravenosa central, em infusões de média e longa duração em pacientes críticos. É introduzido no sistema circulatório através de uma punção que permite a passagem do cateter. Devem-se utilizar técnicas de assepsia para a introdução deste cateter e o procedimento deve ser conduzido por profissional da saúde qualificado para o manuseio deste dispositivo. O objetivo do estudo foi descrever as principais complicações relacionadas ao Acesso Venoso Central do tipo “Intracath”. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através da análise de quatro artigos, escolhidos aleatoriamente em relação ao tema proposto, entre os anos de 2012 e 2016, todos indexados a base de dados do Scielo; Lilacs; Bireme e Google Acadêmico. Foram descartados os em língua estrangeira. Dentre as principais complicações relatadas pelos autores a mais comum foi à infecção na corrente sanguínea. Também foram mencionados pneumotórax, flebite, tromboflebite séptica, infecções metastáticas, como osteomielite, abscesso pulmonar e cerebral, infecção no local da inserção, formação de trombos e conseqüentemente embolia. Todos os conjuntos de implantação de cateteres deverão ser inspecionados periodicamente com relação à segurança do curativo, taxa de fluxo e posição da extremidade do cateter. Todas as linhas de fluxo, conexões, sobretudo com a utilização de sistemas de pressão ou bombas de infusão, devem ser monitorados de perto com relação a extravasamento, e compatibilidade das junções. Por ser um procedimento invasivo os cuidados com o Acesso Venoso Central requer muita atenção, neste caso da equipe de enfermagem, a utilização de técnicas assépticas ainda é a principal ação para evitar as complicações decorrentes ao uso do mesmo.

**DESCRITORES:** Complicações. Riscos. Cateter Central.

**SÍFILIS MATERNA, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**  
GRUPO TUTORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE (ES)

Paulina de Almeida Lira  
Amanda Gomes Ferreira  
Janiele Paulino Alves  
Alisson de Araújo Silva  
Claudia Morgana Soares

**RESUMO**

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria (*Treponema pallidum*). Sua transmissão é de pessoa para pessoa com contato sexual, chamada de sífilis adquirida, ou de forma vertical, chamada de sífilis congênita. A sífilis materna quando adquirida na gestação pode levar a morte fetal ou neonatal, causando danos à saúde do feto. A transmissão pode ser através da placenta e na hora do parto podendo desenvolver graves problemas de saúde com sequelas, além de cegueira, surdez, deficiência mental e malformações no feto. Apresentar informações e levantar os principais aspectos da doença em uma gestante. Realizou-se uma busca bibliográfica nas bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e site do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados foram: agente causador da sífilis, sinais e sintomas da sífilis. A sífilis é uma doença causada por uma bactéria, sua transmissão por contato, de forma sexual ou vertical, através da placenta e na hora do parto podendo desenvolver graves problemas de saúde com sequelas, além de cegueira, surdez, deficiência mental e malformações no feto. Quando a mulher adquire sífilis na gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, surgindo os sintomas geralmente nos primeiros três meses de vida. O diagnóstico laboratorial é baseado em exames de microscopia como o teste de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), e exames sorológicos, FTA BS (*teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente*). Percebe-se a importância do pré-natal para toda gestante, visando manter a integridade da saúde mãe e bebê. O tratamento da doença também se faz necessário para diminuir os prejuízos à saúde da mãe ou da criança. Portanto, trabalhos e educação em saúde devem ser incentivados constantemente para realizar a profilaxia da doença.

**Palavras chave:** Sífilis. Profilaxia. Bactéria

**VIAS DE ADMINISTRAÇÃO E FATORES DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO  
DE MEDICAMENTOS**  
GRUPO TUTORIAL: ENFERMAGEM (E)

Gabriel Vítor Dantas Soares  
Maria Graziela Rodrigues Barreto  
Maria de lourdes Morais Silva  
Italo Rafael Soares Montenegro  
Weslley da Silva Lima  
Cláudia Morgana Soares

**RESUMO**

Via de administração é o local onde o medicamento entra em contato com os órgãos do corpo, podem influenciar a seletividade de um medicamento bem como, suas indicações clínicas (BORDA; CARDOSO; MONTANHA, 2011). A administração de medicamento é uma das áreas mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem, e vários fatores como ambiente, preparo de medicamentos, registro, transcrição, conhecimento sobre o medicamento estão relacionados a problemas causados aos pacientes (MIASSO et al, 2006). Identificar as principais vias-p8 de administração de fármacos e fatores que levam a erros na administração de medicamentos. Realizou-se revisão da literatura em bases de dados eletrônicas literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScienceDirect e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados foram vias de administração, erros de medicação, formas farmacêuticas. As principais vias de administração são a oral, parenteral e retal. Para Carvalho et al. (1999), os erros na administração estão ligados as vias de administração (28%), dose errada (20,6%), e administrar medicação errada (19,1%). Muitos erros são gerados por falhas no processo de comunicação, sobrecargas de trabalho, formação profissional onde se faz necessário uma busca constante do conhecimento sobre os fármacos, interações medicamentosas, vias de administração e técnicas no preparo da medicação. A notificação de erro também é um problema e só é notificado o erro quando o paciente acometido apresenta alguma complicação ou reação grave, devido ao medo de punição. (SANTANA et al, 2012). O enfermeiro tem papel fundamental no processo da administração de medicamentos, pois a ele cabe promover segurança e manter a qualidade da assistência almejando, sempre, minimizar os erros relacionados a administração dos fármacos, bem como melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Também é necessário o aprimoramento constante de técnicas e conhecimento.

**Palavras-chaves:** medicamento, vias de administração, erros de medicação.





## MORBIMORTALIDADE HOSPITALARES DEVIDO A DENGUE NO NORDESTE NO ANO DE 2015

Saúde Coletiva (SC)

Luanna Shirilly de Moura Nunes  
Valdilene Amaro Costa  
Ranyegia Clementino Almeida  
Victoria Bianca de Oliveira Ferreira  
Igor Emiliano Araújo

A muito tempo a dengue vem preocupando os órgãos de controle de epidemias no Brasil e no mundo principalmente nos países tropicais, ela é uma doença febril aguda de etiologia viral que em sua forma clássica evolui benignamente e quando hemorrágica é grave e pode levar a morte e tem como seu principal vetor o mosquito *Aedes aegypti*. Nos países asiáticos, onde há expressiva prevalência de dengue tem uma apresentação bem mais visível em menores de quinze anos, uma vez que no Brasil a dengue atinge predominantemente indivíduos adultos, o que influencia diretamente os índices de mortalidade e internação hospitalar. Analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares devido a dengue no Nordeste no ano de 2015. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo onde os dados foram coletados no site de informações epidemiológicas DATASUS, que contém informações sobre número de internações, taxa de mortalidade hospitalar devido a dengue segundo sexo e faixa etária no ano de 2015. Os dados são secundários não sendo necessário a submissão no comitê de ética para sua realização. A análise dos dados revelou que os jovens foram mais internados, principalmente os de idade entre 10 e 20 anos de ambos os gêneros, que mostraram mais que o triplo de internações quando comparadas com as outras faixas etárias, uma característica marcante foi a maior quantidade de internação por parte do gênero feminino. A taxa de mortalidade não foi um reflexo das internações, uma vez que as faixas etárias mais avançadas demonstraram maiores índices, sendo após os 70 anos do gênero masculino apresentando a maior taxa de mortalidade. A dengue é uma doença incapacitante, que associado aos efeitos da idade avançada podem ser causas da taxa elevada de mortalidade nos idosos, então conhecer o perfil dos indivíduos acometidos para melhorar as estratégias de saúde, promovendo a redução desses números.

**Palavras-chave:** Dengue, Internação, Epidemiologia

## **NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS: INSTRUMENTOS PELO SUS**

Caroline Longo da Silva Correia  
Cinthia Cristina Alves Soares  
Eloah Nunes Alves  
Deilton Aires Batista

As Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas no período de mil novecentos e noventa e um a mil novecentos e noventa e seis, como os principais instrumentos normalizados do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, um dos pilares de sustentação do sistema único de saúde, com representações das três esferas de governo: Federal, Estadual e Federal, visando a repartição orçamentária entre níveis de governo com atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial. Descrever a aplicação das normas operacionais no âmbito da saúde. Realizou-se um estudo exploratório, base literária, com trabalhos publicados nos últimos cinco anos, como fonte de pesquisa Scielo, a respeito das normas operacionais básicas. A descentralização na década de 90 foi impulsionada e regulamentada através das normas, que são orientadas específicas e pactuadas, emanadas pelo Ministério da Saúde (MS) e aceitas pelas representações nacionais com finalidade de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público e do Distrito Federal. A primeira norma vigorou em mil novecentos e noventa e um, que tratam do repasse condicionado à produção de serviços e igualam o pagamento do prestador público ao privado. A segunda definiu os mecanismos de transferência de recursos fundo a fundo. A terceira modificou as condições de gestão e ampliou a transferência fundo a fundo, definiu o pagamento de incentivo e propôs a elaboração da programação pactuada integrada. O trabalho tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício que têm transcido seu papel regulador, transformando-se em instrumentos de conformação do modelo de atenção à saúde, e até mesmo de direcionamento de políticas públicas para o setor saúde nas três esferas de governo.

**PALAVRAS-CHAVES:** Saúde pública. Diretrizes para o planejamento em saúde. Sistema Único de Saúde.



## NOVAS CORRELAÇÕES NA IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D GRUPO TUTORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE (ES)

Joyce de Souza Vêras  
Matheus Medeiro Dantas  
Aline Vieira Nunes  
Celly Victória Formiga Oliveira  
Claudia Morgana Soares

### RESUMO

A vitamina D, conhecido hormônio esteróide adquirido pelo corpo, atualmente correlaciona seus níveis insuficientes, a patologias não osseas como doenças cardiovasculares, hipertensão, neoplasias, diabetes, esclerose múltipla, demência, artrite reumatóide e doenças infecciosas (ALVES et al, 2013). Em regiões com incidência solar baixa, e em pacientes acamados, a produção é de forma artificial com ingestão oral da Vitamina D2 (ergosterol) e D3 (colicalciferol), que respectivamente são provenientes de vegetais, especialmente fungos e peixes de água fria, como atum e salmão. São transportados no sangue pela glicoproteína ligadora de vitamina D (DE CASTRO, 2011). Elencar novas correlações nas discussões da importância da vitamina D. Realizou-se pesquisa bibliográfica através do banco de dados SCIELO com indexadores: doença, vitamina D, deficiência. Nas doenças autoimunes como no Lúpus eritematoso sistêmico, o nível de vitamina D são baixíssimos, esses pacientes são privados do contato direto com os raios ultravioleta; a suplementação de Vitamina D na infância pode reduzir e ajudar contra o risco de desenvolvimento da diabetes; na psoríase, auxilia o tratamento nas lesões. (MARQUES et al, 2010), e Alves et al., (2013), exemplifica que o Índice de Massa Corporal (IMC) correlacionando-se indiretamente com os valores séricos de vitamina D, que são menores em obesos. A vitamina D é de suma importância para o bom funcionamento do organismo vivo, sua reposição ainda é bastante discutida no sentido de aumentar ou diminuir suas necessidades diárias. Deficiência causam sérios problemas de saúde em qualquer faixa etária e em ambos os sexos, evidenciando sua importância na prevenção de várias neoplasias e bom funcionamento do organismo. Evidências sugerem que, a deficiência de vitamina D tem papel importante na regulação do sistema imunológico e prevenção das doenças imunomediadas, sendo necessários mais estudos para determinar os riscos e benefícios de uma dosagem maior de reposição.

Palavras-chave: Vitamina D, doenças carênciais, importância.



## **O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPLANTAÇÃO E EVOLUÇÃO NO BRASIL**

Mayra Antonia Batista de Lima  
Laís da Conceição Xavier  
Joseneide Santos e Silva  
Vanessa Diniz Vieira

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. Descrever a evolução do processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil. Trata-se de um estudo de revisão literária, realizado na Biblioteca Dr. Flávio Satyro Fernandes nas Faculdades Integradas de Patos. No Brasil, até o ano de 2012, 3.902 municípios tinham implantado o Programa de Saúde da Família, correspondendo a 70,2% dos municípios brasileiros. Este percentual variou de 59,6% na Região Sul a 83,6% na Região Centro-Oeste. Em apenas quatro estados menos de 50% dos municípios haviam implantado PSF (Amapá, Bahia, Maranhão e Rio Grande do Sul). Na grande maioria mais de 70,0% dos municípios o fizeram. Destacavam-se os estados da Paraíba (90,1%), Pernambuco (93,5%), Piauí (96,8%), Rondônia (98,1%), Alagoas (100,0%) e Ceará (100,0%), cujos percentuais apresentaram-se acima de 90%. Reorganizar o modelo assistencial vigente no país não é tarefa fácil. Ainda mais quando se trata de mudar o comportamento dos usuários perante os recursos de saúde como o Programa saúde da família. Para substituir as práticas tradicionais de assistência, o compromisso e a responsabilidade devem ser de todos: desde os governos federal, estadual e municipal, seus respectivos gestores, as equipes multiprofissionais, até a sociedade civil, através de comunidades organizadas em prol de cada família, de cada cidadão.

**DESCRITORES:** Programa Saúde da Família; Modelo assistencial, Atenção básica à saúde.



## **EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES POR ROTAVIRUS NO BRASIL**

**Área de Concentração: Saúde Coletiva (SC)**

Eloah Nunes Alves  
Cinthia Cristina Alves Soares  
Ana Beatriz Alves Barbosa  
Raquel Campos de Medeiros

### **RESUMO**

O rotavírus possui proteínas não-estruturais que desempenham funções de replicação, patogênese e especificidade da espécie. A classificação do vírus é dada em grupos, subgrupos, e sorotipos. Sendo que o grupo A é relatado como o principal causador de gastroenterites em crianças de 0 a 5 anos (MORILLO. S. G; 2010). O risco de morte por complicações dessa doença aumenta nos casos de desnutrição grave e se o paciente estiver com o sistema imunológico deprimido. Esta pesquisa tem por objetivo descrever a epidemiologia do Rotavírus e o controle desse patógeno. Realizou-se um levantamento de trabalhos publicados nos últimos anos, a respeito das infecções causadas pelo rotavírus. A gastroenterite é um dos problemas de grande relevância epidemiológica no mundo, haja vista ser uma das grandes causas de morbimortalidade infantil, principalmente nos países em desenvolvimento. Trata-se de uma doença que requer um nível alto de atenção, pois há vários casos e várias formas de contaminação. É transmitido por via fecal-oral, pelo contato direto entre as pessoas, por utensílios, brinquedos, águas e alimentos contaminados. A principal manifestação da gastroenterite é a diarreia, porém pode estar ou não associada a náuseas, vômitos e dor abdominal. A taxa de mortalidade devido a essa doença é muita alta, sendo as crianças mais submetidas a este risco, com episódios agravantes e altos riscos de infecção. Diante disso, é preocupante, pois os sintomas são de alto risco, principalmente a desidratação que está presente nos quadros mais graves e também por ser um sintoma sempre aparente. Isso leva a uma situação de alerta, buscando prevenir com a vacinação e não permitir que a doença se instale.

**DESCRITORES:** Rotavírus. Epidemiologia. Controle



**HPV - UM TEMA SEMPRE ATUAL**  
**GRUPO TUTORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE (ES)**

Fernanda Gomes Cavalcantes  
Allicya Estefany dos Santos Carreiro  
Kamilla Maria Cavalcante de Sousa  
Thais Souza de Freitas  
Claudia Morgana Soares

Papilomavírus humano (HPV), é um vírus DNA, conhecido como verruga genital, é uma doença sexualmente transmissível (DST), Atualmente existem cerca de 100 tipos diferentes de HPVs, alguns deles podendo causar câncer, principalmente no colo do útero e do ânus. A ausência de camisinha no ato sexual é a principal causa da transmissão. Também é possível a transmissão de mãe para filho no momento do parto, devido ao trato genital materno estar infectado. Revisar na literatura nacional a epidemiologia e prevenção do Human Papiloma Vírus. Foi realizada durante o mês de abril de 2016 pesquisa bibliográfica na biblioteca central Flávio Satyro nas Faculdades Integradas de Patos (FIP) e através do banco de dados SCIELO. A abordagem foi com os descritores: HPV, prevenção e epidemiologia do HPV. A faixa etária de maior acometimento de verrugas cutâneas situa-se entre adolescência e adultos jovens, entre 7% a 10% na população europeia e de 1% na população americana, ambos os gêneros. A incidência da infecção depende do método de diagnóstico utilizado e da população avaliada. Como a doença muita às vezes é assintomática, a melhor prevenção consiste no uso da camisinha, vacinas que agem estimulando a produção de anticorpos específicos contra os tipos de HPV, por exemplo, células cancerígenas do colo do útero, e nas gestantes que tem a patologia não se recomenda o parto normal caso a mãe possua lesões genitais ativas. O exame de prevenção do câncer ginecológico, Papanicolau, pode detectar alterações precoces da patologia e deve ser feito rotineiramente. Como se desconhece o tempo em que o HPV permanece sem sintomas, aconselha-se procurar unidade de saúde para consultas periodicamente. Eo profissional enfermeiro tem bastante importância no auxílio à prevenção, com palestra orientando a população, visitas domiciliares, consultas de enfermagem no Programa Saúde da Família.

**PALAVRAS- CHAVES:** Vírus HPV; Prevenção; Epidemiologia.



## **IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE O PACIENTE IDOSO COM MAL DE ALZHEIMER**

Área de concentração: Saúde Coletiva (SC)

Kleviane Tomás Gomes  
Deilton Aires Batista

O envelhecimento populacional implica em maior incidência de patologias crônicas degenerativas, tais como a Doença de Alzheimer (DA). Por ser um padecimento extremamente aflitivo para portadores e cuidadores. Das doenças demências da terceira idade, a Doença de Alzheimer (DA) é a patologia mais comum. Observa-se a importância dos profissionais de Enfermagem, pela sua assistência prestada ao enfermo por meio de contato direto, e mais prolongado em unidades de saúde. Compreender os cuidados de enfermagem perante paciente idoso com mal de Alzheimer. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em bancos de dados, com perfil exploratório, utilizou-se a leitura de 05 periódicos, através do google acadêmico e scielo. Trabalho realizado através da literatura desenvolvida nos meses de março e abril de 2016, sobre a importância da atenção do enfermeiro frente ao paciente com a patologia de Alzheimer. Os resultados demonstraram que é de extrema importância a assistência do enfermeiro no cuidado ao idoso com Mal de Alzheimer. Foram identificados a partir das falas dos profissionais, como fatores que interferem no cuidado aos portadores desse mal, o acolhimento durante o processo de admissão; a inclusão através da realização de eventos culturais e tratamento com equidade; as exigências físicas e mentais que a atenção proporciona à equipe; a falta dos familiares e a importância do carinho e paciência do zelador. A assistência de Enfermagem é indispensável para os pacientes portadores da DA, desde seu diagnóstico ao estágio mais avançado. No início, o enfermeiro tem o papel de orientar a família sobre os devidos cuidados, visando minimizar os riscos e preservar a integridade do mesmo. Na fase terminal o profissional deve estabelecer os cuidados paliativos além da orientação ao zelador.

**DESCRITORES:** Doença de Alzheimer, Assistência de Enfermagem, Cuidador.

## **MICROCEFALIA RELACIONADA AO ZICA VÍRUS**

Área de Concentração: Enfermagem (E)

Thamires Pereira de Figueiredo  
Edna Valéria o. De Lucena Brito  
Elineide de Medeiros Santos  
Hellen Renatta Leopodino Medeiros

A microcefalia não é um agravo novo. Trata-se de uma má formação congênita em que o bebê nasce com perímetro encefálico menor do que o normal (superior a 32 cm). Essa anomalia possui várias causas, mas recentemente ganhou notoriedade por estar associada ao zica vírus. Conscientizar as mulheres grávidas sobre a importância da prevenção contra o zica, identificar os sinais e sintomas específicos desse vírus, informar as medidas a serem tomadas após os exames detectarem esse vírus. Foi realizado um levantamento bibliográfico relacionado ao tema microcefalia e zica vírus. Tendo como base de dados o GOOGLE ACADÊMICO e SCIELO, em abril de 2016. O ministério da saúde confirmou cerca de 1113 casos de microcefalia causados pelo zica em todo o país de outubro de 2015 a 9 de abril de 2016. Em face desses números alarmantes torna-se essencial a adoção de medidas preventivas pelas grávidas. A proteção pode ser realizada através da utilização de calça e camisa de mangas compridas, manutenção das portas e janelas fechadas ou teladas, eliminação dos possíveis focos do mosquito, recomenda-se não beijar ou ter relações sexuais com pessoas com suspeitas de infecção pelo vírus. O zica apresenta sintomas específicos como conjuntivite e a febre apresenta algumas peculiaridades como por exemplo, em pacientes imunossuprimidos, presença de quadros com complicações viscerais graves, prolongadas ou fatais. Ao identificar os sinais e sintomas da patologia é fundamental que a gestante procure assistência médica para realizar o exame e confirmar a infecção. Não existe tratamento específico para a doença, somente para o alívio dos sintomas, para isso, recomenda-se repouso, hidratação e não utilização de anti-inflamatórios. Os casos microcefalia relacionados ao zica estão em expansão no Brasil, o que torna primordial a divulgação das formas de prevenção, dos sinais e sintomas do zica e das formas de aliviar a sua sintomática.

**Palavras-chave:** Microcefalia. Zica. Prevenção.





## **BENEFÍCIOS DA VACINAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Everson Rener Marques dos Santos  
Taciana Sampaio Costa

A vacinação é uma das intervenções mais custo-efetivas e seguras e constitui-se como componente obrigatório dos programas de saúde. O êxito do Programa Nacional de Imunização (PNI) está relacionado à segurança e eficácia dos imunobiológicos, bem como o cumprimento das recomendações específicas de conservação, manipulação, administração, acompanhamento pós-vacinal, dentre outras, pela equipe de enfermagem. Identificar na literatura informações as contribuições das vacinas para a promoção da saúde na sociedade. Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de 24 a 26 de Abril de 2015, através dos sites de indexação Scielo, Bireme e Lilacs, considerando publicações dos últimos 5 anos. A população foi composta de 15 artigos e a amostra de 10 artigos, foram usados como critério de exclusão artigos em língua estrangeira. Para a análise dos dados adotou-se a literatura pertinente. Diversos autores apontam a importância das políticas públicas na promoção da saúde e que coberturas vacinais elevadas e homogêneas, constituem bom indicador da capacidade de superação das disparidades sociais pelos sistemas de saúde. A vacinação é uma medida preventiva a nível individual e comunitário e contribui para reduzir a mortalidade infantil e para aumentar a esperança de vida. O impacto da vacinação sobre a mortalidade e a morbidade de doenças endêmicas e epidêmicas é testemunho do papel determinante que a vacinação assume na melhoria da Saúde Pública. Nesta perspectiva, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem promovido inquéritos populacionais visando melhor estimar a cobertura vacinal no País. A assistência vacinal teve uma grande ampliação e seu desenvolvimento tem aumentado com o passar do tempo, fato este de suma importância para a melhora da qualidade no atendimento, acolhimento e preparo dos profissionais, além do bem estar da população.

**DESCRITORES:** Vacinação, Imunidade, Atenção Primária a Saúde.

## **CÂNCER DE COLO RETAL E COLOSTOMIA: UM RELATO DE CASO**

Área de Atuação: Enfermagem

Kalyane Souza Amarante  
Aliny Clégia Trindade Silva  
Maria Mirtes da Nóbrega

O câncer de colo retal é a importante causa de obstrução intestinal que pode evoluir,sendonecessária cirurgia de urgência. O principal tratamento é cirúrgico na maioria dos casos de cânceres de cólon e de reto. Estes podem ser curativos ou paliativos, como no caso da colostomia temporária ou colostomia permanente. O objetivo desse estudo teve como objetivo conhecer o caso citado e relatar o sentimento e comportamentodo paciente antes, durante e após o tratamento de câncer de colo retal.Avaliou-se clinicamente o paciente, desde o seu diagnóstico em conjunto com a revisão literária relacionada ao tema exposto,através da busca por artigos indexados no Google Acadêmico, publicados no período de 2011 a 2016. Como resultados apresentamos G.G.S., 65 anos, aposentado, com história de hemorragia após evacuar; apresentou emcoleta sanguínea CA 19-9: 38 UI/mLe Colonoscopia visualizando três lesões tipo Pólipos. Duas lesões sensíveis nos cólons descendente e sigmoide com coloração rosada medindo 5mm cada. No Reto apenas uma lesão de cor vermelha, pediculado e grosso medindo 30mm. Biopsia benigna para os pólipos menores e maligna para o pólipo maior. Indicação médica para colectomia e colostomia temporária. Afosfoetanolaminafoi uma opção da família durante o tratamento;após quatro meses os resultados para os exames foram; CA19-9: 12UI/mL e Colonoscopia atestando que os cólons ascendentes, transverso,descendente proximal e reto distal com distensibilidade, mucosa e padrões vasculares preservados. Apesar da simplicidade deste relato, vale ressaltar que o diagnostico precoce foi essencial na cura desse paciente. Embora fizesse o acanhamento anual para o câncer de próstata, não foi possível identificar as lesões através do toque. O fator psicológico é o que mais se destaca pelo fato da doença ser algo desconhecido e temeroso para o paciente, que nesse período se manteve triste, choroso e recluso.

**Palavras-Chave:**Assistência de enfermagem, Neoplasias,Reto.



## **CUIDADOS DA ENFERMAGEM AO PACIENTE NA PREVENÇÃO CONTRA QUEIMADURAS**

Grupo Tutorial: Educação e Saúde (ES)

Cristina Rosa Neves Alves  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim  
Priscila Ewelly Torres de Almeida  
Valcicleia Lins Brasileiro  
Sheila da Costa Rodrigues Silva

As queimaduras ocorrem em três fases fundamentais. 1º grau, quando ocorre uma queimadura leve; 2º grau quando a mesma já é de forma mais elevada e 3º grau quando trata-se de um acidente mais profundo. Agravam danos físicos, afetando habilidades e capacidade funcional dos indivíduos para a realização de tarefas. As queimaduras podem provocar, ainda, prejuízos emocionais, expressados por sentimentos de depressão, negação, medo, ansiedade, bem como comprometimentos da autonomia e da imagem corporal. Nesse contexto o objetivo deste trabalho é revisar na literatura os cuidados de enfermagem ao paciente vítima de queimaduras; orientar o paciente quanto aos cuidados no contato com fogo, líquidos e superfícies aquecidas, entre outras causas de queimaduras. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada entre o período de março à Abril de 2016, na base de dados eletrônicas disponíveis na Biblioteca regional de medicina (BIREME) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as queimaduras encontram-se entre as causas principais de morbidade e mortalidades nos países em desenvolvimento. Somente as queimaduras por fogo são responsáveis por aproximadamente 265.000 mortes a cada ano sem levar em conta as mortes por escaldadura, eletricidade ou por substâncias químicas, radioativas na pele, que podem levar a uma destruição parcial ou total da pele. A equipe de enfermagem deve prestar atendimento qualificado para o paciente vítima de queimaduras e adotar medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar, pois a infecção é uma das causas de morte do paciente vítima de queimaduras.

**DESCRITORES:** Queimaduras. Atendimento pré-hospitalar. Urgência.

## **DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DA FASE AGUDA DA DOENÇA DE CHAGAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Área de Concentração: Saúde Coletiva (SC)

Gabriela Pinto de Freitas  
Gislaine Grasielle Arante Félix  
Jane Russe Félix  
Lucélia da Silva Souza  
Raquel Campos de Medeiros

### **RESUMO**

A Doença de Chagas (DC) pode ser dividida em duas fases clínicas distintas: aguda e crônica. A fase aguda manifesta-se muitas vezes de forma assintomática, ou com sintomatologia comum a várias patologias, acarretando grande dificuldade para seu diagnóstico precoce. Este estudo tem por objetivo identificar porque o diagnóstico precoce da fase aguda da Doença de Chagas configura-se tão difícil. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, realizada nos sites SCIELO e LILACS, no mês abril de 2016, onde utilizou como população 10 artigos e a amostra de 05 artigos escolhidos através dos critérios de inclusão, a serem relacionados à temática e publicados nos últimos cinco anos. Diversos estudos apontam que a forma aguda da DC é de difícil diagnóstico, pode se apresentar assintomática em muitos casos, ou com sintomatologia na qual se confunde com várias outras patologias como a miocardite, com manifestações sistêmicas de febre, taquicardia desproporcional, esplenomegalia, edema e etc. Esta ocorre geralmente entre 4 a 12 dias depois da infecção, com duração de seis a oito semanas, não sendo diagnosticada em alguns pacientes infectados por transmissão vetorial. Porém, a mesma possui sinais bem característico da infecção como, o chagoma de inoculação e o clássico sinal de Romana, na região periorbitária unilateral, os quais facilitam sua identificação. Entretanto estes achados aparecem apenas em alguns casos, dificultando assim a detecção precoce da doença. Concluímos com o presente estudo que a fase aguda da DC é de difícil identificação, pois a mesma muitas vezes é confundida com manifestações comuns de outras patologias simples, o que acarreta um grande problema para o seu diagnóstico precoce, uma vez que a próxima fase denominada latente ou indeterminada, também assintomática, demora cerca de 10 a 20 anos para evoluir para a forma crônica e nesta etapa, o indivíduo geralmente já se encontra bastante comprometido.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Chagas. Diagnóstico. Fase Aguda

**EFEITOS TERATOGENOS DO ALCÓOL (ETANOL) NO EMBRIÃO/FETO  
DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL.**

Área de Concentração: Educação e Saúde (ES);

Amanda Gomes Fernandes  
Janiele Paulino Alves  
Paulina de Almeida Lira  
Tiago Yure Grigorio Araujo  
Claudia Morgana Soares

**RESUMO**

O alcoolismo entre as gestantes tornou-se motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde, em especial as equipes de enfermagem, que trabalham na realização do pré-natal e acompanhamento das gestantes. Embora durante o período gestacional o embrião esteja protegido dentro do útero, alguns fatores podem ocasionar perturbações no desenvolvimento embrionário/fetal, a exemplo do uso e abuso de álcool (etanol), que ingerido pela gestante atravessa a barreira placentária, expondo o feto às mesmas concentrações do sangue materno. O consumo inconsequente de álcool durante a gravidez traz inúmeros prejuízos ao neurodesenvolvimento, entres eles, alterações morfológicas, deficiências cognitivas, incluindo retardo mental déficit de atenção, função executiva, controle motor e alterações comportamentais. A somatória dessas manifestações é conhecido como Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). O presente estudo tem por finalidade expor informações acerca dos possíveis efeitos teratogênicos causados no embrião por consequência do consumo de álcool durante a gravidez. Foi realizada ampla pesquisa na literatura nacional e internacional por meio das bases de dados do SCIELO e Google acadêmico, bem como consultas no acervo bibliográfico das Faculdades Integradas de Patos (FIP), procurando identificar e extrair informações necessárias. Os principais efeitos e complicações nos fetos, cujas mães consumiram álcool durante o período gestacional foram: crescimento intrauterino restrito (CIUR), prematuridade, baixo peso ao nascer (BPN), retardo no neurodesenvolvimento, deficiência mental, anomalias oculares, anormalidades nas articulações e microcefalia. Acredita-se que o uso abusivo de álcool por gestantes seja a causa mais comum de deficiência mental. Abstendo-se do consumo de álcool durante a gravidez observou-se que as deficiências no desenvolvimento fetal e as anomalias congênitas podem ser evitadas de forma consciente entre as mulheres em idade fértil. Para prevenir a SAF aconselha-se evitar o uso do álcool durante a gestação, visto a dificuldade em definir a dose mínima que afetará o desenvolvimento embrionário.

**DESCRITORES:** Alcoolismo, Síndrome alcoólica fetal, Teratogênicos.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES CRÔNICOS**

Maria Betania Bezerra  
Maria do Socorro Rufino Ferreira  
Ana Paula de Medeiros  
Deilton Aires Batista

Os pacientes crônicos carecem de uma assistência qualificada, individualizada e efetiva. A assistência vai muito além do cuidado técnico, que implica importar-se com a pessoa. Com o objetivo de aumentar o seu bem estar e de seus parentes diante de uma alteração no processo Saúde/Doença que ameaça a continuidade da vida. Deve-se proporcionar condições dignas, psíquicas, emocionais e espirituais, e oferecê-los o direito a um cuidar humanizado, tentando manter livres dos sofrimentos psicológicos e dos sintomas, incluindo a dor. O presente estudo teve como objetivo observar a atenção de enfermagem diante do paciente crônico. Tratou-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica, foi realizado um estudo em artigos da área compreendendo os principais aspectos. Como critérios de avaliação foram obtidos cinco artigos científicos através do levantamento de dados no SciELO e Google acadêmico, publicados nos últimos dois anos. Durante muito tempo foi visto sempre associado à execução de algum procedimento, dando ênfase a uma técnica bem realizada, e atrelada à prescrição médica ligada a alguma enfermidade. A assistência de enfermagem baseia-se no reconhecimento do fato que o indivíduo na sua cronicidade e na sua finitude apesar de não haver esperança de cura, é de fundamental importância uma equipe envolvida nos esforços para se tratar com respeito e dignidade considerando seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Como foi visto na pesquisa, apesar da certeza da morte enfrentada pelo paciente crônico, o profissional de enfermagem não pode desistir mesmo que seja a vontade do paciente. Quando o cliente se sente incapaz, se entrega e desiste, antecipando o óbito, mesmo assim, o enfermeiro deve continuar lhe assistindo, procurando minimizar o seu sofrimento.

**DESCRITORES:** assistência de Enfermagem, Cuidados, Paciente Crônico.



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS ENFERMAGEM

Priscila Ewelly Torres de Almeida  
Kalinne dos Santos Alves de Luna Veras  
Ana Paula Dantas da Silva  
Kamila Nethielly Souza Leite  
Sheila da Costa Rodrigues Silva

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública, sendo que os casos de queimaduras mais notificados ocorrem nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças. Diversos fatores devem ser considerados para a avaliação da gravidade da queimadura, tais como: o percentual da área de superfície corporal queimada, a profundidade da queimadura, a idade e a história clínica da pessoa, a presença de lesão concomitante e a presença de lesão por inalação. Prestar Assistência de Enfermagem ao Paciente Vitima de Queimaduras. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada na base de dados eletrônicos disponíveis na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)/Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi utilizado como instrumento de coleta de dados artigos, publicados entre os meses de janeiro a março de 2016 em periódicos nacionais. Como critérios de inclusão considerou-se os artigos publicados em português. No sexo masculino, as queimaduras mais frequentes ocorrem em situações de trabalho. Já para as mulheres adultas, os casos mais frequentes de queimaduras estão relacionados às várias situações domésticas (como cozimento de alimentos, riscos diversos na cozinha, acidentes com botijão de gás e outros). Os idosos também compreendem um grupo de alto risco para queimaduras devido à sua menor capacidade de reação e às limitações físicas. Conclui-se que esta pesquisa atingiu os objetivos propostos e que, percebendo isto, esse estudo é fundamentado na perspectiva de subsidiar estudos futuros que visem uma efetiva assistência de enfermagem a estes pacientes, paralelamente, mudanças eficazes na qualidade do cotidiano dessa categoria.

**Palavras-chave:** Assistência. Cuidado. Enfermagem. Queimaduras.



## **A HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM FRENTE O PACIENTE NA REDE HOSPITALAR**

Área de atuação: Enfermagem

Victor Hugo Rodrigues de Souza Araujo  
Geokléssia Gomes de Araújo  
Deilton Aires Batista

O homem é um ser holístico onde cada particularidade deve representar uma importância individual, ou seja, o profissional deve atentar-se a atender e repetir todas as necessidades, sejam elas fisiológicas, sociais e espirituais. As práticas de cuidado realizadas deveriam ser levadas a sério pelo mesmo, e também pelos demais membros da equipe, o usuário em seu momento de fragilidade física e mental deverá ser importante para os mesmos não somente com intuito de promover-lhe condições à saúde, mas sim, pelo fato de que são seres autênticos que merecem acima de tudo respeito por parte dos cuidadores. Objetivou-se compreender a humanização no trabalho de enfermagem diante do usuário na instituição hospitalar. Trata-se de uma revisão bibliográfica, este estudo foi realizado com bases nos dados vinculados no Google acadêmico e Scielo. Por meio desta busca foram pesquisados alguns artigos publicados entre 2011 e 2016, que encaixa no assunto proposto. O interesse pelo estudo surgiu pelo fato de servir como fonte para identificar os problemas encontrados pelos enfermeiros na rede hospitalar. Aonde proporcionou explicar o processo de humanização na enfermagem e os obstáculos enfrentados na prática deste processo. Mediante do contexto estudado, ressaltamos as dificuldades enfrentadas no trabalho em implantar a humanização como parte integrada de seu plano de cuidados, seja por jornadas exaustivas de trabalho, má remuneração salarial, superlotação dos usuários ou uma péssima estrutura da rede, onde o mesmo, tem que atuar em muitas vezes sem nenhuma condição física no ambiente hospitalar.

**DESCRITORES:** Ambiente hospitalar. Assistência de enfermagem. Humanização.



**IMPORTÂNCIA E FUNÇÃO DA VITAMINA C NO ORGANISMO**  
**GRUPO TUTORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE (ES)**

Andrezza da Ressurreição Viana  
Jessica Kelly da Silva Batista  
Laís da Conceição Xavier  
Mayra Antonia Batista de Lima  
Claudia Morgana Soares

**RESUMO**

As vitaminas normalmente presentes na alimentação são elementos essenciais no nosso sistema bioquímico e fisiológico. A vitamina C ou ácido ascórbico (AA) é hidrossolúvel e termolábil. A dose recomendada para manutenção de nível de saturação no organismo é de 100mg/dia. Na natureza é encontrada reduzida ou oxidada, ambas ativas, porém a forma oxidada estar menos difundida nas substâncias naturais. Relacionar a importância e a função da vitamina C no nosso organismo. A busca bibliográfica foi realizada em estudos indexados nas bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE) e na coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram: ácido ascórbico, derme. O artigo selecionado foi publicado nos idiomas português e inglês. A vitamina C bastante conhecida por suas propriedades antioxidante e associada a prevenção contra gripe, apresenta funções importantes na participação do controle dos níveis de colesterol; na saúde da pele e mucosa; favorece cicatrização e aumento da resistência às infecções. A carência pode desencadear hemorragias nas gengivas, baixa resistência, anemia e fadiga, escorbuto, ocasionar anorexia e morte. Cobaíes com escorbuto revelou que, durante a deficiência, a pele é o órgão que mais sofre, talvez como defesa do organismo, no intuito de poupar órgãos mais nobres. O ácido L-ascórbico é vital para funcionamento das células, e isso é evidente no tecido conjuntivo na formação do colágeno. Seu papel foi evidenciado na prevenção ao escorbuto com o sumo de frutas cítricas e quando passou a co-fator essencial na hidroxilação da prolina e da lisina, aminoácidos necessários para estrutura e função do colágeno. Como co-fator previne a oxidação do ferro e, protege as enzimas contra a auto-inativação, promovendo uma melhor absorção desse mineral. Observando suas qualidades e benefícios, a vitamina C merece um contínuo estudo.

**Palavras-chave:** vitaminas C, importância, funções.



## **A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Kamila Gomes Martins  
Janine Beatriz Batista Rodrigues  
Kilmara Melo de Oliveira Sousa

### **RESUMO**

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família (SF) o enfermeiro tem a atribuição definida de coordenar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, além de participar na organização do funcionamento administrativo da unidade, como também é mediador, facilitador e articulador das ações. Mostrar a importância do enfermeiro coordenador da ESF, oferecendo uma assistência de qualidade para com os pacientes. Trata-se de uma revisão de literatura realizada através de artigos científicos, retirados dos bancos de dados eletrônicos do Scielo e Google Acadêmico, sendo selecionado 5 artigos sobre a temática, do ano de 2012 a 2015. Nesse contexto o enfermeiro coordenador da estratégia de saúde da família, precisa se desenvolver para atuar de forma prática, tornando assim a assistência transformadora, e estimular os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço, além de estimular a autonomia da equipe, valorizando o trabalho em grupo, ou seja, sua atuação não se limita apenas ao processo assistencial, mas sim, requer que seu trabalho ultrapasse as barreiras da saúde e envolva as demais políticas públicas tornando as parte de um processo, onde não se fragmenta o indivíduo, mas o assiste de forma integral e no seio de sua comunidade, permitindo destacar o papel do enfermeiro como peça chave deste processo. Assim, para melhor compreender o trabalho do enfermeiro no contexto da coordenação da ESF, é necessário conhecer sua inserção na equipe multiprofissional e sua relação com esse processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Atenção básica. Enfermeiro-paciente. Integralidade em saúde



## **AÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASSOCIADA AO ZIKA VIRUS**

Área de Concentração: Enfermagem (E)

Edna Valéria O.de Lucena Brito  
Thamires Pereira de Figueiredo  
Hellen Renatta Leopodino Medeiros

A síndrome de Guillain-Barré é uma doença neurológica caracterizada por fraqueza progressiva nas pernas, acompanhada de paralisia muscular. Não se conhece a causa específica da síndrome, no entanto, na maioria dos casos, duas ou três semanas antes, os portadores da síndrome manifestam uma doença aguda provocada por vírus ou bactérias. A hipótese é que essa infecção aciona o sistema de defesa do organismo para produzir anticorpos contra os microorganismos invasores. No entanto, a resposta imunológica é mais intensa do que seria necessário e, além do agente infeccioso, ataca também os nervos periféricos. Recentemente observou-se um aumento das notificações da Síndrome de Guillain-Barré em pacientes com histórico de dengue, zika ou chikungunya. Alguns estudos têm revelado uma ligação entre o Zika Vírus e a Síndrome, após a detecção de anticorpos nos pacientes. Teve como objetivo Identificar as principais ações de Enfermagem aos indivíduos acometidos pela Síndrome de Guillain-Barré. Trata-se de uma revisão bibliográfica com base em fontes especializadas na temática encontrada no acervo disponível da biblioteca das Faculdades Integradas de Patos, além periódicos de enfermagem disponíveis na base de dados do Scielo durante o mês abril de 2016. Não existe cura para a síndrome de Guillain-Barré. Entretanto, há muitos tratamentos disponíveis para ajudar a reduzir os sintomas, tratar as possíveis complicações e acelerar a recuperação do paciente. O doente acometido deve ter uma assistência de Enfermagem voltada para o alívio da dor, através da administração de fármacos, oxigenoterapia, sondagens nasoenteral e vesical de demora, além da mudança de decúbito no combate as úlceras por pressão. Os cuidados de enfermagem são de grande importância para a recuperação das vítimas acometidas pela síndrome. Desta maneira, é necessário a realização de um trabalho planejado e integrado direcionando ao controle das complicações e alívio das manifestações clínicas.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem. Zika Vírus. Síndrome.

## **AMAMENTAÇÃO: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O DESMAME PRECOCE**

Área de Concentração: Saúde Coletiva (SC)

Jaqueline Quele Galdino Soares  
Udo Angelo Nunes Duarte  
Deilton Aires Batista

O leite materno possui fatores antimicrobianos que protegem contra infecções bacterianas, virais e todas as necessidades imunológicas que contribuem para o desenvolvimento e crescimento que o recém-nascido necessita, pois é muito importante e seguro para o recém-nascido os fatores de proteção e de defesa contra as possíveis infecções, garantido a imunização do mesmo. Ressaltar a importância da amamentação e quais os fatores que contribuem para o desmame precoce. Trata-se de uma revisão literária, desenvolvida por meio das bases de dados eletrônicas Lilacs e Scielo, onde foram incluídos dez periódicos. A pesquisa foi elaborada mediante um levantamento e seleção de materiais já publicados no período de 2011 a 2016 e foi realizada no período de março e abril de 2016. A idade materna mais jovem é um fator de desmame precoce, talvez motivada por algumas dificuldades, como, por exemplo, um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. A dor ou desconforto no início das mamadas é outro fator associado ao desmame precoce como também os mamilos planos e invertidos podem dificultar o estabelecimento da amamentação, mas não necessariamente o impedir a amamentação, o bebê faz o bico com a aréola e o ingurgitamento mamário reflete no mecanismo de auto-regulação da fisiologia. Verifica-se que enfermeiro atua em ações de orientar sobre a não prática do desmame precoce por mães que estão amamentando seus filhos, é de fundamental importância que a mulher sinta-se confortável e bem acompanhada nas consultas pré-natal, sem que essas tenham dúvidas e dificuldades, para que as mesmas possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho. Portanto a enfermagem tem uma assistência admirável prestando-se humanamente, pois é servindo que terá o seu reconhecimento.

**DESCRITORES:** Amamentação. Desmame Precoce. Assistência de Enfermagem.



## AS COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS E O DESAFIO FRENTE AO TRATAMENTO

Priscila Ewelly Torres de Almeida  
Kalinne dos Santos Alves de Luna Veras  
KamilaNethielly Souza Leite  
Sheila da Costa Rodrigues Silva  
Ana Paula Dantas da Silva

Atualmente o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população, pois é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo, e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública.(BAZOTTE,2012)Diabetes tipo 1 ou insulino dependente,Diabetes tipo 2 ou não insulino-dependente, Diabetes gestacional,podemos dar uma ênfase maior ao diabetes tipo 2, uma vez que há uma preocupação com o aumento da mesma na população mundial.O profissional de enfermagem deve, portanto, conhecer o paciente, demonstrar que pode ajudá-lo a ter autonomia, a enfrentar a doença, torná-lo capaz de tomar decisões sobre o cuidado, saber atuar no controle dos sintomas e de reconhecer a real necessidade de mudar seu comportamento, com o estímulo para controlar uma doença já que irá conviver nesta condição em toda sua vida. A atividade física deve ser prescrita individualmente em função da necessidade de cada indivíduo, os quais devem ser acompanhados por profissionais qualificados com base nos dados exames clínicos e laboratoriais. (GROSS, et al. 2012). Descrever o desconhecimento do tratamento por parte dos portadores o papel da Enfermagem no tratamento do Diabetes Mellitus. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que foi realizada no mês de Abril do corrente ano, onde se utilizou artigos acadêmicos entre os anos de 2014 e 2015, nas bases de dados eletrônicos do Google Acadêmico. Essa pesquisa visa facilitar novos conhecimentos, sobre Diabetes Mellitus. Considera-se no estudo que a falta de conhecimento do paciente sobre a patologia, o tratamento e o auto cuidado prejudicam o controle glicêmico. Toma-se necessário portanto, o envolvimento da família e o comprometimento da equipe de enfermagem em orientar e incentivar o engajamento do paciente ao auto cuidado.

**Palavras-Chave:** Conhecimento. Enfermagem. Diabetes Mellitus.

## **AS NECESSIDADES EMOCIONAIS BÁSICAS DIANTE DA IMAGEM CORPORAL DO PACIENTE PROSTATECTOMIZADO**

Área de atuação: Enfermagem

Thamires Pereira de Figueiredo  
Alayza M<sup>a</sup>Pachêco Alves da Silva  
Deilton Aires Batista

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de dez por cento do total de carcinomas. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Observar as necessidades emocionais básicas perante o paciente prostatectomizado. Trata-se de uma revisão de literatura, a cerca da imagem corporal do paciente prostatectomizado, realizada através de artigos publicados nos últimos cinco anos em língua portuguesa no Scielo e Google Acadêmico. Quando a neoplasia é diagnosticada precocemente, sua ação terapêutica se torna mais eficiente. Existe uma grande possibilidade de cura, dando também chances de vida para o homem, assim evitando sequelas químicas graves, emocionais, psicológicas e espirituais. Ao receber o diagnóstico do tumor, uma doença que traz sofrimentos e preocupações, cria-se uma situação desestruturante não só para quem é acometido com ele, mas também por todos que o cercam, uma vez que veem-se surpreendidos por um alto grau de estresse, que leva a mudanças comportamentais. A informação ao paciente de que ele é portador de cancro, já o conscientiza de sua finitude. As incertezas desta identificação intensificam as reações emotivas, frente ao medo de mutilações, tratamentos dolorosos, das prováveis perdas, alterações corporais e da possibilidade de impotência sexual; o choque ante a descoberta desta doença, está associado a sintomas de ansiedade e irritabilidade. Destaca-se a importância da assistência de Enfermagem e de uma equipe multiprofissional, que reforcem as estratégias de enfrentamento que facilitem a convivência com a situação da doença e auxiliem o indivíduo a aprender a lidar com as alterações que possam surgir no decorrer do tratamento.

**Palavras-chave:** Necessidades emocionais. Câncer de próstata. Prostatectomia



## A AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS

Grupo Tutorial: Educação e Saúde (ES)

Janiele Paulino Alves  
Karla Augusta Ramalho Leite Dantas  
Claudia Morgana Soares

A automedicação é uma prática presente no cotidiano das pessoas e que acarreta grandes consequências ao fazer seu uso de maneira inadequada. Os idosos são os indivíduos mais afetados por serem Polimedicados, já que em certa fase de suas vidas a ajuda de medicamento é uma forma de aliviarem as suas enfermidades. Teve como objetivo demonstrar o risco da automedicação em idosos. Foram utilizados trabalho de revisão da literatura em bases de dados eletrônicas ScienceDirect e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Google Acadêmico com os descritores: idosos e automedicação. Os idosos precisam de cuidado especial ao fazer uso de medicamentos, visto que, sua idade avançada lhe submete a mudanças em seu metabolismo o que pode causar problemas ao utilizar medicações de forma incorreta. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, os medicamentos ocupam o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações em seres humanos e o segundo lugar nos registros de mortes por intoxicação. A cada 20 segundos, um paciente dá entrada nos hospitais brasileiros vítimas de intoxicação provocada pelo uso incorreto de medicamento. O uso constante de medicamentos nessa fase de terceira idade se dá pelo aparecimento de doenças crônicas. As pessoas acreditam que a cura sempre está no uso de medicamentos e esquecem as atividades físicas, uma boa alimentação até mesmo da forma de se relacionar em seu meio social e acredita que a solução está em usar medicamentos de forma exageradas causando muitas vezes intoxicações. Os idosos precisam de uma atenção redobrada em relação ao uso de seus medicamentos, avista que seu metabolismo sofre mudanças provocadas pelo envelhecimento e o uso incorreto de um medicamento pode trazer graves consequências a sua saúde, ou seja, ao invés de ser encontrar a solução irá enfrentar outro problema decorrente da automedicação.

**Palavras-chave:** Idosos. Automedicação. Medicamentos



## A EFICÁCIA DA VACINAÇÃO NA PREVENÇÃO DA COQUELUCHE

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Maria Regina Nunes Ferreira  
Jessica Dellis Faustino Clementino  
Paloma Valéria Alves Monteiro  
Raquel Campos de Medeiros

### RESUMO

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, endêmica, altamente transmissível causada por *Bordetella pertussis*. A prevenção para coqueluche é a vacina, existindo dois tipos: a vacina acelular, baseada em componentes altamente purificados da *B. pertussis* a DTPa e a vacina baseada em organismos de *B. pertussis* mortos DTP (vacina de célula inteira). Objetivou-se orientar a vacinação para prevenção da coqueluche; mostrar o benefícios da vacina. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada através do site de indexação científica Scielo, durante o mês de abril de 2016, utilizando-se 10 artigos, selecionados através dos critérios de inclusão: serem relacionados a temática e publicados nos últimos cinco anos. Como descritores, adotou-se: coqueluche, tratamento e vacina. O estudo mostrou que a vacina é o meio mais utilizado e eficaz para a prevenção de casos de Coqueluche, entretanto, se fazem necessários reforços a cada 10 anos pois a imunidade conferida pela vacina não é permanente mas é duradoura, com o tempo ela decresce, até que sua proteção fique bastante reduzida, ou nenhuma. As vacinas acelulares são menos dolorosas e mais seguras, pois causam menos reações adversas. Além disso, possibilitam a vacinação contra a coqueluche daqueles que apresentaram reação adversa grave à vacina de células inteiras. A prevenção da coqueluche ainda gera dúvidas para muitas pessoas que não tem conhecimento sobre o assunto e muitas vezes não sabem que é necessário reforços da vacina a cada 10 anos, sendo assim alvo de pesquisas acerca da melhor e mais eficaz forma de prevenção da coqueluche. A pesquisa possibilitou conhecer um pouco mais sobre esta patologia e o quanto a vacinação é importante para desenvolver a imunidade e se manter prevenido da forma mais eficaz possível diminuindo assim o número de vítimas por coqueluche.

**DESCRITORES:** Coqueluche. Tratamento. Vacina



*Mostras*  
*Científicas*

## ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER VITIMA DE AGRESSÃO FÍSICA

Área de concentração: Enfermagem (E)

Jaqueline Azevedo Dantas  
Maria Janninifer da Silva  
Larissa Maria Almeida Santos  
Talita Araujo de Souza  
Allan Martis Ferreira

Agressão física ocorre quando um indivíduo causa dano acidental em outra pessoa, de forças físicas ou algum tipo de arma, provocando lesões externas, internas ou ambas. Geralmente as vítimas desse tipo de agressão são pessoas consideradas mais vulneráveis. As mulheres estão entre as principais vítimas desse grave problema. A violência contra a mulher é algo tão antigo quanto a humanidade. Na década de 80 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu esse fato como um problema de saúde pública. Em agosto de 2006 foi sancionada no Brasil a Lei 11.340, Lei Maria da Penha, na qual estabelece o rigor das punições para esse tipo de crime. O trabalho tem como objetivo analisar a assistência de Enfermagem prestada as mulheres vítimas de agressão física, ressaltando os cuidados e orientações necessários a estas clientes. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada através de artigos indexados no Google acadêmico. A violência contra a mulher é algo que encontra-se presente em todo mundo, sendo a forma mais comum aquela cometida por parceiros íntimos. Em pesquisas realizadas em todo mundo, aproximadamente 10%-69% das mulheres entrevistadas relatam ter sofrido algum tipo de violência física pelo parceiro. Cabe aos profissionais de Enfermagem, juntamente com a sua equipe orientar, agir de acordo com as leis e realizar um atendimento holístico, para uma melhor qualidade de vida dessa paciente. O cuidado ao paciente que apresenta agressão física é um desafio para a equipe de equipe de Enfermagem, fato que induz a necessidade de conhecimento da natureza da agressão, pois são muitas as dificuldades e limitações vivenciadas pelo paciente. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática que possibilitem um maior conhecimento dos profissionais de enfermagem, visando uma melhor qualidade da assistência ao paciente agredido.

**Palavras-chave:** Assistência; Agressão; Mulher



## PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA (ME)

Enfermagem (E)

Kátia Gelaine da Silva Batista  
Ozinete Rodrigues Maranhão  
Mayara Nunes de Freitas Luciano  
Ana Flávia Porcino  
Allan Martins Ferreira

Define-se por morte encefálica, a disfunção irreversível das atividades cardíacas, respiratórias e de todo o encéfalo, em especial o tronco encefálico e cerebelo. Apresentar critérios para o diagnóstico da morte encefálica através de uma revisão bibliográfica. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no site de indexação científica Scielo, no período de Agosto de 2015, na qual, utilizou-se 05 (cinco) artigos, escolhidos seguindo os critérios de inclusão: serem publicados entre os anos de 2010 a 2015, bem como relacionados à temática do estudo, adotando-se como descritores: “Paciente” e “Morte Encefálica”. Foi feita a leitura dos mesmos para a aquisição dos resultados, e posteriormente analisados à luz da literatura pertinente ao tema. De acordo com a literatura analisada, o assunto, apesar de seguir critérios clínicos e técnicos rigorosos preestabelecidos formalmente, está envolto de fortes questões bioéticas e sociais, todavia o Código de Ética Médica revisado e atualizado em 2009 veta, ao respectivo profissional, a manutenção do corpo por meios artificiais exceto nos casos de doações de órgãos, gestante com feto vivo ou manifestações legalmente contrárias através de determinado representante legal. Os critérios para diagnóstico de Morte Encefálica (ME) no Brasil se assemelham a parâmetros universais e baseiam-se na constatação clínica de coma a perceptiva e ausência de reflexos ou movimentos supra-espinhais, sendo excluídas as situações de causas reversíveis de coma. Faz-se necessário ao resultado do exame clínico outro complementar que demonstre inequivocamente ausência de atividade elétrica, de perfusão sanguínea cerebral ou metabólica encefálica o que torna impossível o resultado falso positivo. Há observações fundamentais quanto a possíveis doadores ou retirada de feto vivo, necessitando-se de monitorização constante do corpo, considerando-se além do processo técnico, forte transição de sentimentos, reflexões, bem como o devido respeito ao ser humano.

**DESCRITORES:** Paciente. Morte Encefálica.

## **MANEJO CLÍNICO DA VÍTIMA DE ACIDENTE OFÍDICO: DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A SALA DE EMERGÊNCIA**

Enfermagem (E)

Ângela Alves Herculano  
Damião Bruno Maia Soares  
Luciane Abrantes Nicácio  
Vitor Hugo Rodrigues de Souza Araújo  
Allan Martins Ferreira

Considerado um problema de saúde pública e de notificação compulsória, o acidente ofídico apresenta uma incidência de aproximadamente 20.000 casos por ano no Brasil. Na Paraíba, ocorreram 3.033 acidentes entre 2005 e 2010. No período de 2011 e 2012, foram notificados 183 casos de acidentes pelo Centro de Assistência Toxicológica de João Pessoa, Paraíba. Em 2012, o Nordeste ocupou a 3ª posição em relação a esse tipo de agravo (BRASIL, 2013). Identificar os principais cuidados frente a vítimas de acidente ofídico no segmento pré-hospitalar. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através da análise de cinco artigos, escolhidos aleatoriamente em relação ao tema proposto, entre os anos de 2012 e 2016, todos indexados a base de dados do Scielo; Lilacs; Bireme e Google Acadêmico. Foram descartados os em língua estrangeira, e utilizados os relacionados aos seguintes descritores: atendimento pré-hospitalar e acidente ofídico. Após a análise do conteúdo, os mesmos foram utilizados como subsídio para o desenvolvimento da referida pesquisa. O atendimento inicial as vítimas de acidente ofídico, implicará na diminuição de possíveis complicações, decorrentes do efeito do veneno de cada espécie no organismo da vítima. Adotam-se medidas gerais, tais como lavar o local da picada com água e sabão; não fazer compressões sobre a picada; manter o acidentado calmo e fazer o transporte a vítima levando, se possível, o animal agressor, mesmo morto, para facilitar o diagnóstico e a escolha do soro mais adequado. O único tratamento específico é a administração do soro antídoto. Observaram-se apesar de haver uma grande incidência, que são carentes as informações sobre os reais cuidados com essas vítimas, podendo implicar em complicações locais, tais como: infecção ou necrose do tecido, e o surgimento de complicações sistêmicas como a insuficiência renal aguda, com necrose tubular geralmente de instalação nas primeiras 48 horas.

**DESCRITORES:** Atendimento Pré-hospitalar. Acidente Ofídico. Cuidados.

## **ATENDIMENTO EMERGENCIAL À VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO (FAF)**

Enfermagem (E)

Eliézio Inácio de Figueirêdo Segundo  
Silvânia Araújo Barbosa  
Delmira Beserra Diniz  
Kaline Santos da Silva  
Allan Ferreira Martins

A violência urbana tem mostrado um crescimento de forma avassaladora no Brasil, elevando os indicadores de morbidade e mortalidade por causas externas. O uso das armas de fogo, muitas vezes, faz vítimas fatais ou que podem ficar com sequelas definitivas. Fato este que tem aumentado gradativamente o número de internações hospitalares e acréscimo dos anos de vida perdidos da população jovem, que constitui a grande maioria dessas vítimas. Descrever a assistência de enfermagem aos pacientes vítimas de ferimento por arma de fogo, ressaltando os cuidados necessários a estes clientes. Trata-se de uma revisão literária, desenvolvida por meio das bases de dados eletrônicas Lilacs e Scielo, onde foram incluídos oito periódicos. A pesquisa foi elaborada mediante um levantamento e seleção de materiais já publicados no período de 2011 a 2016 e foi realizada no período de março a abril de 2016. O ferimento por arma de fogo (FAF) caracteriza sempre uma situação de emergência, devido a altas taxas de mortalidade nas primeiras horas após o acontecido, ou até mesmo é registrada na hora. O transporte a um hospital deve ser feito com agilidade, realizando os procedimentos necessários, evitando assim danos secundários como: lesões por hipóxia, isquemia e hipotensão. O índice de mortalidade na cena do crime quando ocorre FAF é de 70%, sendo que 50% dos sobreviventes evoluem a óbito nas primeiras 24 horas. A equipe de enfermagem tem um papel importante na assistência ao paciente vítima de FAF, faz-se necessário realizar uma avaliação diagnóstica e terapêutica, na finalidade de reanimação e estabilização das funções ventilatórias e hemodinâmica da vítima, investigando informações da história de saúde imediata, mecanismo do trauma, tipo de acidente ocorrido, avaliando se a vítima está inconsciente. O enfermeiro deve estar apto para realizar exame físico, executar o tratamento imediato, preocupando-se sempre com a manutenção da vida do paciente.

**DESCRITORES:** Ferimento por Arma de Fogo. Enfermagem. Emergência.

## **ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE QUEIMADO**

Área de Concentração: Enfermagem (E)

Bruno Bezerra do Nascimento  
Elânia Katia Costa  
Francisca Dayane dos Santos Medeiros  
Jéssica Laize de Almeida Trajano  
Allan Martins Ferreira

A pele é o maior órgão do corpo humano, que garante proteção contra agentes externos, como infecções, doenças e agressões do ambiente. Possui três camadas: a epiderme, a derme e a hipoderme. Tem uma espessura que varia de 0,5 a 4 mm, esta maior espessura é encontrada na palma das mãos e planta dos pés. A pesquisa tem como objetivo identificar a atuação do profissional de enfermagem na assistência ao paciente queimado. É um estudo do tipo revisão literária realizado pelas referências de artigos indexados no SciELO e LILACS, onde foram utilizados os artigos dos últimos cinco anos como subsídios para pesquisa. Os pacientes queimados sofrem de lesões corporais graves, as quais podem afetar uma pequena ou grande parte de seu corpo, mas essas lesões não interferem somente fisicamente, os aspectos psíquicos da pessoa acometida são também afetados. É importante que o enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura. Pacientes queimados sofrem danos corporais, muitas vezes irreversíveis, e, diante de sua autoimagem lesionada, apresentam medo da desfiguração, separação de familiares, insegurança e receio de retomar seu cotidiano anterior ao trauma térmico. Contudo, o profissional de enfermagem deve estar atento ao paciente, prestar assistência na fase de emergência, promovendo a estabilização física e psicológica do grande queimado, além de intervir nas necessidades psicológicas da família, pois as queimaduras geram respostas emocionais traumáticas. Assim, tornam-se importantes conhecimento, práticas e treinamento direcionado aos grandes queimados, bem como centros de referência com todos os aparatos e infraestrutura necessária para ter um cuidado adequado tanto físico quanto psicológico para pacientes e familiares durante e após esse trauma.

**Palavras – Chaves:** Queimados. Enfermagem. Emergência.



## EFEITOS DO ÁLCOOL FRENTE À GESTANTE TRAUMATIZADA

Enfermagem (E)

Hellen Samara Nunes Leite  
Adrielly Eugênia Pereira da Costa  
Mayara Nunes de Freitas  
Maria Edileide Alexandre Alves  
Allan Martins Ferreira

O consumo de álcool por gestantes está sendo um grande motivo de preocupação. O consumo de álcool envolve riscos, sendo que o feto é mais exposto, pois seu metabolismo e eliminação são mais lentos, podendo ocasionar efeitos teratogênicos. Este estudo objetiva fazer uma revisão de literatura acerca dos principais problemas obstétricos, fetais e neonatais sobre o uso de álcool. Trata-se de uma revisão literária, desenvolvida por meio das bases de dados eletrônicas Lilacs e Scielo, onde foram incluídos oito periódicos. A pesquisa foi elaborada mediante um levantamento e seleção de materiais já publicados no período de 2011 a 2016 e foi realizada no período de março a abril de 2016. Ao longo desse estudo percebeu-se que são vários os riscos decorrentes do consumo do álcool e a falta de conhecimentos sobre as possíveis consequências diante desse ato durante o período gestacional por parte das gestantes. Os malefícios do álcool no organismo da gestante diferenciam de acordo com trimestre: no primeiro trimestre, apresenta risco para anomalias físicas e dimorfismo; no segundo, há o risco de abortamento e, no terceiro, pode ocorrer diminuição do crescimento fetal, em especial, o perímetro cefálico e o cérebro. O uso álcool vem crescendo no decorrer dos anos, as propagandas, o marketing e a facilidade de compra ajudam no consumo, algumas mulheres já utilizavam estas substâncias antes da gestação, fazendo com que grande maioria delas, não deixe de usar durante a gestação, principalmente as que não são primigestas, não tem conhecimentos diante das consequências decorrentes do uso do álcool, ou tem um grau de escolaridade muito baixo.

**DESCRITORES:** Álcool. Emergência. Gestação.



## DINAMIZAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Dennis Camargo Soares Ribeiro  
Karla Aniely Ferreira Nunes  
Juciel Davi de Oliveira  
Daniella Corina de Brito Santos  
Alda Gildilene Batista de Araújo  
Amanda Kelly Pinto de Araújo  
Halekxeyevina Pinto Pereira  
Sâmia Carolina Rodrigues de Oliveira  
Jamilly Pereira Silva Lima  
Germana Andrade Rodrigues  
Crislene Rosa Neves  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A vacina é um meio de proteção conferida pela estimulação antigênica do sistema imunológico com desenvolvimento de uma resposta humoral e celular. Esta estimulação ocorre por infecção natural ou pelo uso de vacina, sendo esta designada de imunização ativa. O cumprimento do calendário vacinal visa contribuir no controle e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis e infecto contagiosas em crianças e adolescentes. Dessa forma sofre mudanças anualmente em relação à composição ou a quantidade de doses a serem tomadas; tendo em vista a melhor eficácia na resposta imunológica. **OBJETIVO:** Analisar a dinâmica do calendário vacinal e a atualização dos aspectos práticos da vacinação. **METODOLOGIA:** Realizada revisão bibliográfica nas bases de dados SCIELO, SBIM e Ministério da Saúde; visando obter informações relevantes a respeito da temática proposta. **RESULTADOS:** O Calendário Básico de Vacinação Infantil é organizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e compreende o conjunto de vacinas consideradas prioritárias à saúde das crianças e adolescentes. É constituído por imunobiológicos recomendados a partir do nascimento e distribuídos gratuitamente. Ressaltam-se as alterações atuais (2016) nas doses de reforço para vacinas infantis contra meningite e pneumonia, esquema vacinal da poliomielite e número de doses da vacina de HPV. Assim como a vacina de hepatite B, que agora passa a ser oferecida para toda a população e a alteração na idade para a hepatite A. Todas essas mudanças têm como objetivo a eficiência da qualidade da imunização oferecida à população assim como a garantia do uso desse serviço gratuitamente. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro possui importante papel na imunização da população pediátrica, uma vez que desenvolve o planejamento, organização, supervisão, execução e avaliação da vacinação de rotina e em campanhas, bem como informa ao Ministério da Saúde sobre dados relevantes das vacinas, desde a adesão até intercorrências provocadas pelas vacinas mediante a avaliação de todo o processo.

**DESCRITORES:** Vacina, Criança, Adolescente.





## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RN: CUIDADOS IMEDIATOS

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Camila Lopes dos Santos  
Cristina Rosa Neves  
Dâmaris Dantas de Araújo dos Santos  
Edil Bezerra dos Santos  
Jorrana Lira Gonçalves  
Maria Aline Pereira Sousa  
Maria do Socorro Araujo  
Valcicléia Lins Brasileiro  
Vivian de Andrade Leite Avelino  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A assistência neonatal envolve uma equipe multiprofissional, a qual inclui o enfermeiro, além de recursos materiais e equipamentos complexos, que visam proteger o neonato contra complicações do nascimento. **OBJETIVO:** Ressaltar a importância da assistência de enfermagem ao recém-nascido nos primeiros cuidados pós parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no site de indexação científica, Scielo, onde foram encontrados 10 artigos e selecionados 6 deles, publicados entre 2011 e 2016 que enquadram a temática abordada. **RESULTADOS:** Considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação quando são realizadas as seguintes intervenções: clampeamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações; manutenção do RN sobre o abdome e tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor – ressaltando-se que o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RN; identificação do RN com pulseira contendo o nome da mãe, número de prontuário, data de nascimento, sexo e hora; estímulo ao aleitamento precoce para promoção do contato mãe-bebê imediato – deveser estimulado o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivos; coleta de sangue do cordão umbilical para exames laboratoriais; realização de laqueadura do cordão umbilical, em RN de extremo baixo peso utiliza-se soro fisiológico para possibilidade de cateterização umbilical; aspiração de boca e narinas; realização da credeização para prevenção da oftalmia gonocócica; administração de vitamina K para prevenção de sangramentos e posterior vacinação contra Hepatite B (HB) e tipos graves de tuberculose (BCG). **CONCLUSÃO:** A enfermagem atua nos cuidados ao RN prestando uma assistência de saúde técnica e humana, portanto tem uma assistência admirável prestando seus cuidados humanamente, com responsabilidade e embasamento científico.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem. Recém-nascido. Cuidados Imediatos

## **GRAVIDEZ GEMELAR**

Gílvia Ferreira Tailor  
Júlia Vitoria Lopez Trajano  
José Aryston Carvalho de Lira  
Railla Maria Santana Silva  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** Chama-se gêmeos a dois ou mais irmãos que nascem de uma mesma gestação, podendo ser idênticas ou não, por extensão, crianças nascidas de partos triplos, quádruplos ou mais também são chamadas de gêmeos. Apesar de não haver uma estatística precisa, estima-se que uma gravidez dentre cada 85 seja gemelar. **OBJETIVO:** Desenvolver uma revisão literária sobre gravidez gemelar. **METODOLOGIA:** Refere-se à revisão literária, desenvolvido em abril de 2016 tendo por amostragem o acervo da Biblioteca Central Dr. Flávio Satyro das Faculdades Integradas de Patos. **RESULTADOS:** Gêmeos Dizigóticos ou Fraternos: São formados a partir de dois óvulos. São produzidos dois ovócitos e esses são fecundados por dois espermatozoides, formando assim dois embriões. Gêmeos Monozigóticos quando um óvulo é produzido e fecundado por um só espermatozoide e se divide em duas culturas de células completas. Apesar de serem considerados clones e possuírem o mesmo DNA, gêmeos idênticos não possuem as mesmas impressões digitais. Gêmeos Xifópagos ou Siameses são monozigóticos, ou seja formados a partir do mesmo zigoto, o disco embrionário não chega a dividir por completo produzindo gêmeos que estarão ligados por uma parte do corpo, ou tem uma parte do corpo comum aos dois embriões de gêmeos xifópagos é, então constituído de apenas uma massa celular, sendo desenvolvido na mesma placenta, com o mesmo saco amniótico. A forma mais comum de nascimentos múltiplos nos seres humanos é de gêmeos (Dois Bebês) e a frequência típica de nascimentos múltiplos em outras espécies placentárias varia muito. **CONCLUSÃO** Apesar do enfermeiro não acompanhar privativamente o pré-natal de uma gravidez gemelar, pois trata-se de gravidez de risco, ele a acompanha junto ao médico, como membro da equipe de saúde. Portanto o conhecimento sobre o desenvolvimento da gravidez gemelar é de extrema importância para embasar uma assistência de qualidade no serviço de pré-natal.

**Descritores:** Gravidez. Gêmeos. Assistência de Enfermagem.

## **A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E A INTERPRETAÇÃO DE EXAMES NA GRAVIDEZ**

Viviane Gouveia de Almeida  
Maria d'Ávilla de Oliveira Dantas  
Alexandra Pinto Santana Felipe  
Erica de Souza Ferreira  
Maria Alanny Marques Nóbrega  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A prescrição medicamentosa e interpretação de exames pelo enfermeiro são regulamentadas pela Lei do exercício profissional (Lei 7.498 de 25/06/86), estando em programas de saúde pública e rotina aprovada pela instituição de saúde, também é atribuição do enfermeiro acompanhar o pré-natal de baixo risco. **OBJETIVO:** Revisar a literatura sobre prescrição medicamentosa e interpretação de exames na gravidez por parte do enfermeiro. **MÉTODOLOGIA:** Realizada revisão de literatura, baseado no acervo da Biblioteca Central Dr. Flávio Satyro Fernandes, desenvolvida em novembro de 2015. **RESULTADOS:** Para compreender a boa utilização dos medicamentos e interpretar exames, precisa-se compreender os acontecimentos gestacionais. No primeiro trimestre, fase crucial da gestação, acontece a organogênese - formação dos sistemas do corpo humano. Quando a gestante recorre a Unidade de Saúde, o enfermeiro solicita o Beta-HCG Quantitativo que confirma a gestação mediante dosagem sanguínea do HCG. No mesmo momento é prescrito o Ácido Fólico e o Sulfato Ferroso que auxiliam o desenvolvimento do embrião, colaborando com a formação do tubo neural a fim de evitar má formação neurológica; e com a vasculogênese, evitando anemias, respectivamente. Também são solicitados exames de tipagem sanguínea, fator Rh, hemograma completo, glicemia em jejum, sorologia para hepatite B, toxoplasmose, anti-HIV, rubéola, VDRL; exame de urina, Papanicolau e ultrassonografia, esta última para identificar a localização da implantação do blastocisto. No segundo trimestre acontece a maturação das estruturas já formadas. São novamente solicitados exames laboratoriais; e avaliada uma ultrassonografia, realizada na 13ª semana que avalia a morfologia fetal. No terceiro trimestre o feto ganha peso e posiciona-se para nascer. Nesse período são realizados todos os exames laboratoriais e uma ultrassonografia para visualizar peso e posição fetal. **CONCLUSÃO:** A combinação da utilização correta de medicamentos e adequada interpretação de exames contribui para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e saúde do binômio mãe-filho.

**DESCRITORES:** Gravidez; prescrições de medicamentos; exames pré-natais.

## **PRIMEIRA SEMANA DE DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO**

Adeilma Hipólito Santino  
Débora Rayane Lacerda da Silva  
Eduarda Grasielly de Oliveira Vieira  
Iandra Raysa Isidoro da Silva  
Katiane  
Milena Mendes Fernandes  
Cristina Costa Melquiades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A primeira semana de desenvolvimento humano tem início com a fertilização, e caracteriza-se pela Fecundação, Clivagem do Zigoto e Formação do Blastocisto. O ovócito maduro é varrido para a tuba uterina, onde pode ser fertilizado. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura sobre os eventos embrionários da primeira semana gestacional. **METODOLOGIA:** Este estudo é uma revisão de literatura, realizada em abril de 2016. Através de pesquisas científicas, no banco de dados SciELO e em livros de embriologia humana. **RESULTADOS:** A fertilização é uma sequência de eventos coordenados, que iniciam-se com o contato entre o espermatozóide e o ovócito e termina com a fusão dos pró-núcleos masculino e feminino, durante a metáfase da primeira divisão mitótica do zigoto, célula que dá origem ao ser humano. Enquanto nas tubas uterinas, o zigoto sofre clivagem (uma série de divisões mitóticas), em número de células pequenas chamadas blastômeros. Cerca de três dias depois da fertilização, uma esfera de 12 a 16 blastômeros, chamada mórula, penetra no útero. No interior da mórula ocorre o fluxo de fluido da cavidade uterina, que originará a cavidade blastocística, o qual divide-se na massa celular interna, ou embrioblasto, que irá formar o embrião; a camada externa de células, o trofoblasto, formando depois a parte embrionária da placenta. De quatro a cinco dias após, a zona pelúcida desaparece e o blastocisto prende-se ao endométrio – nidação. As células do sinciotrofoblasto invadem e ao final da primeira semana, o blastocisto está superficialmente implantado no endométrio. A característica e localização da implantação do blastocisto determinam se a gravidez será normal ou ectópica. **CONCLUSÃO:** No processo de acompanhamento do casal durante o planejamento familiar e no aconselhamento para reprodução assistida, o enfermeiro deve ser visto e valorizado pela sociedade como um profissional capaz de realizar uma assistência ao pré-natal seguro e eficaz.

**Descritores:** Fertilização. Fases de Clivagem do Zigoto. Implantação do Embrião.

## QUARTA A OITAVA SEMANA DO DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO

Área de atuação: Enfermagem (E)

Alberis Simplicio dos Santos  
Bárbara Mylena Felix de Andrade  
ElbensElysson Tolentino de F. Alvarenga  
JacyleJacinto Cabral  
Jayne Rufino da Silva  
José Renato Simões de Lima  
NathannielyDeyse de Araújo  
Cristina Costa Melquíades Barreto

**INTRODUÇÃO:** Durante a organogênese, é notório o progresso do embrião, onde já ocorreu o início da formação de alguns órgãos vitais e primeiros sinais de sistemas; pode-se perceber pequenas depressões entre os dedos mostrando que posteriormente serão separados, mas nesse período de gestação são unidos por uma fina membrana. Ao início da oitava semana gestacional o embrião tem nitidamente forma humana, fechando assim a fase embrionária dando início a fase fetal. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura sobre o período de organogênese e mostrar a importância deste conhecimento para o profissional de enfermagem no acompanhamento da gestante e desenvolvimento do embrião. **METODOLOGIA:** Trata-se de revisão de literatura, com busca de informação nas bases literárias sobre Embriologia Clínica, Embriologia Básica e Embriologia Médica da Biblioteca Dr. Flávio Satyro Fernandes das Faculdades Integradas de Patos, em abril de 2016. **RESULTADOS:** Pode-se notar que na quarta semana de desenvolvimento o embrião começa a realizar o processo de dobramento nos planos medianos e horizontais e o coração produz proeminência ventral e bombeia sangue. Na quinta semana o embrião começa a mudar de forma e perde a cauda e os neuroporos rostrais caudal, que posteriormente darão origem ao encéfalo e a medula espinhal respectivamente. Na sexta semana o embrião começa a mostrar e dar respostas aos reflexos e ao toque. Na sétima semana há comunicação entre o intestino e a vesícula umbilical, os dedos estão bem formados porém são curtos e unidos por membranas. Na última semana no desenvolvimento embrionário o couro cabeludo já aparece, mas ainda de forma branda, a ossificação primária se inicia no fêmur e o embrião já tem forma humana. **CONCLUSÃO:** A qualidade nas informações relacionadas ao término da fase embrionária deve ser bem observada pois o enfermeiro acompanha a gestante até o momento do nascimento.

**Descritores:** Organogênese; Cuidado; Enfermagem; Embriologia.

## SEGUNDA SEMANA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Raphaella de Queiroga Evangelista  
Miriã Figueirêdo  
Lícia Lins Lima  
Maria Angélica Farias Medeiros  
Diennes Davila Nascimento  
Gabriela Rozado Nóbrega  
Thuanne Mirlla de Oliveira Santos  
Ângelo Márcio Leite Sousa  
Cristina Costa Melquíades Barreto

**INTRODUÇÃO:** A rápida proliferação e diferenciação do trofoblasto caracterizam a segunda semana. Estes processos ocorrem enquanto o blastocisto completa sua implantação no endométrio. **OBJETIVO:** Realizar revisão literária sobre os eventos embrionários da segunda semana gestacional. **METODOLOGIA:** Revisão literária, fundamentada no acervo da Biblioteca Central Dr. Flávio Satyro Fernandes e na Internet, elaborada em Abril de 2016. **RESULTADOS:** O término da implantação do blastocisto acontece e ocorrem mudanças morfológicas na massa celular interna, ou embrioblasto, que resultam na formação do disco embrionário bilaminar composto por duas camadas, Epiblasto e Hipoblasto. As várias transformações endometriais resultam da adaptação destes tecidos à implantação, denominadas reação decidual. Depois, o celoma extra-embrionário torna-se a cavidade coriônica. O saco vitelino primitivo diminui e desaparece gradualmente, enquanto se forma o saco vitelino secundário, definitivo. O trofoblasto humano é extremamente invasivo: atravessa o endométrio, atingindo glândulas e vasos sanguíneos, e alcança o terço interno do miométrio. O sangue materno extravasa para lacunas do sinciciotrofoblasto. O sinciciotrofoblasto e o citotrofoblasto secretam HCG, que, além de manter a atividade do corpo lúteo, contribui para o sucesso da implantação e diferenciação do trofoblasto. No fim da segunda semana, os níveis desse hormônio são suficientes para o teste de gravidez ser positivo. Após a formação do âmnio, disco embrionário e vesícula umbilical primitiva, surgem as lacunas, cavidades isoladas no sinciciotrofoblasto, que se comunicam com capilares endometriais e estabelecem a circulação uteroplacentária primitiva. No 14º dia, o embrião ainda possui forma de disco bilaminar, porém em área específica, algumas células hipoblásticas se espessam formando a placa precordial, indicando o futuro local da boca e importante centro organizador da região da cabeça. **CONCLUSÃO:** É de essencial importância à assistência do enfermeiro durante a segunda semana de desenvolvimento, para identificar possíveis anormalidades, além de apresentar informações de cuidados para conforto e segurança do binômio mãe-filho.

**Descritores:** Blastocisto. Decídua. Gonadotropina coriônica.

## **SISTEMA REPRODUTOR FEMININO E MASCULINO**

Janyclebia Nunes Andrade  
Jefferson Zenario de Oliveira Fernandes  
Karolayny Fernandes Trindade de Lacerda  
Léoandro Crizanto Leite Lopes  
Marquelandia Galdino dos Santos Rodrigues  
Maria Daguia Valesca Alves Pereira  
Monteiro Nataniele Rodrigues  
Tatiane Silva Nobrega  
Cristina Costa Melquíades Barreto

**INTRODUÇÃO** Os sistemas reprodutores masculino e feminino se complementam para manutenção da espécie, porém não são iguais, diferenciam-se em estrutura e função para a reprodução. **OBJETIVO** Descrever o sistema reprodutor masculino e feminino. **MÉTODOS** Revisão bibliográfica desenvolvida em abril de 2016, tendo por base livros de anatomia e embriologia do acervo da Biblioteca Central Flávio Satyro, das Faculdades Integradas de Patos. **RESULTADOS** O sistema reprodutor feminino é dividido em órgãos externos e internos. Os externos são grandes e pequenos lábios, clitóris, vestíbulo vaginal e monte de pubis. Útero, tubas uterinas, ovários e vagina formam os órgãos sexuais internos. O útero tem responsabilidade de receber o ovócito, fecundado na ampola da tuba. Há um par de tubas uterinas que conduzem ovócitos fecundados ao útero. Os ovários, laterais ao útero, são responsáveis pela produção e liberação dos ovócitos maduros e produção dos hormônios femininos (estrógeno e estradiol). A vagina, de paredes musculares, é preparada para receber o pênis. Os órgãos genitais externos masculinos são pênis e escroto. O pênis, composto pelos corpos cavernoso e esponjoso, tem função sexual e excretora. O escroto, composto por tecido epitelial, acomoda os testículos. Os órgãos genitais internos são: testículos, epidídimo, canal deferente, vesículas seminais, canais ejaculatórios, uretra, próstata e glândula bulbouretral. Os testículos produzem espermatozoides. O epidídimo armazena espermatozoides. O canal deferente estende-se dos testículos até as vesículas seminais, estas guardam líquido que compõe o esperma. Os canais ejaculatórios saem das vesículas seminais, passam pela próstata até a uretra. A uretra atravessa o corpo esponjoso do pênis terminando no meato uretral. A próstata produz líquido que compõe o esperma. As glândulas bulbouretrais secretam fluido pré-ejaculatório. **CONCLUSÃO:** O conhecimento sobre o sistema reprodutor humano é extremamente necessário para que haja adequado acompanhamento de saúde, tanto no aconselhamento de planejamento familiar como na assistência à reprodução humana.



## TERCEIRA SEMANA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Dayane de Sena Cesar  
Emmeline Rodas Araújo  
Heveline Batista de Araujo Lopes  
LilyanGizela de Siqueira Silva  
Paloma Nobre Almeida  
Roberto Silva Barbosa  
WêmiaLourhanna Tavares Silva  
Cristina Costa Melquíades Barreto

**INTRODUÇÃO:**A terceira semana do desenvolvimento embrionário é marcada por grandes mudanças no embrião com a sua passagem do disco embrionário bilaminar para um disco trilaminar, composto de três camadas germinativas, que são ectoderma, endoderma e mesoderma. **OBJETIVO:**Desenvolver uma revisão literária a respeito dos principais eventos embrionários da terceira semana gestacional. **METODOLOGIA:** Refere-se a um estudo de revisão literária, desenvolvido em abril de 2016, tendo por amostragem o acervo da Biblioteca Central Dr. Flávio Sátyro das Faculdades Integradas de Patos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**No início da terceira semana começa a angiogênese no mesoderma extra-embrionário do saco vitelino, do pedículo do embrião e do córion. A formação dos vasos sanguíneos inicia-se com a agregação dos angioblastos – ilhotas sanguíneas. Pequenas cavidades vão se formando dentro das ilhotas, os angioblastos se achatam e originam o endotélio primitivo. Essas cavidades se unem formando redes de canais endoteliais. Na terceira semana, três estruturas axiais são formadas: linha primitiva, notocorda e tubo neural; três folhetos embrionários são constituídos, que caracterizam a gastrulação: ectoderma, mesoderma e endoderma. A mesoderma embrionária se segmenta em três: mesoderma paraxial (forma somitos), mesoderma intermediária (forma sistema genito-urinário) e mesoderma lateral (forma parede do corpo e derme); as vilosidades coriônicas têm três estruturas: citotrofoblasto, sinciotrofoblasto e eixo conjuntivo. Também ocorre um importante evento chamado neurulação, que é a formação das estruturas germinativas que darão origem ao sistema nervoso central e periférico. Durante a terceira semana os tubos endocárdicos se fundem, originando o tubo cardíaco primitivo. No fim o sangue já circula e desenvolve-se o primórdio de uma circulação uteroplacentária. **CONCLUSÃO:**O estudo da terceira semana é de extrema importância para o enfermeiro, pois ele poderá orientar a gestante sobre os cuidados a serem tomados para evitar má formação ou alguma alteração congênita e colabora para um bom desenvolvimento gestacional.



## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**

Janielle Alves de Oliveira  
Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza  
Kézia Rodrigues Marcelino Soares  
Brenda Raquel Cavalcanti Mamede Alves  
Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues

A neoplasia mamária ou câncer de mama é uma afecção caracterizada pelo aumento descontrolado de células malignas no tecido mamário que gera impacto nas condições físicas e psicossociais do indivíduo. É o tipo de câncer que mais atinge a mulher no Brasil, onde apenas 1% dos casos acomete homens. A prevenção primária e o diagnóstico precoce, são consideradas melhores estratégias para evitar e combater o câncer mamário. Os atendimentos da atenção básica possibilitam a participação ativa das mulheres no acompanhamento da sua saúde na promoção e identificação precoce da doença. Está incluída nas atribuições profissionais do enfermeiro, prestar assistência integral à mulher em relação à prevenção e detecção precoce do câncer de mama, bem como encaminhá-la para realização de mamografia em casos de suspeita. O estudo teve como objetivo descrever a assistência de enfermagem na prevenção do câncer de mama. Realizou-se uma revisão bibliográfica a partir de trabalhos publicados em periódicos científicos nacionais, indexados na base de dados SciELO, utilizando-se os seguintes descritores: Neoplasias da mama, Cuidados de Enfermagem, Atenção primária à saúde. O nível de atenção básica da saúde tem por objetivo a prevenção e o diagnóstico precoce da doença, onde nas consultas voltadas à saúde da mulher, o profissional de enfermagem deve ser capaz de detectar anormalidades que possam caracterizar a fase inicial do câncer de mama. Para isso, necessita-se da realização do Exame Clínico das Mamas (ECM) e da orientação para o Auto Exame das Mamas (AEM), condutas simples que possibilitam a identificação de alterações morfológicas benignas ou malignas em sua fase clínica precoce. Foi possível identificar que as ações de enfermagem diante pacientes do sexo feminino são, principalmente, voltadas para prevenção e diagnóstico prévio de neoplasias mamárias, auxiliando na interrupção e na redução da morbimortalidade desse câncer no cenário brasileiro.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Dauana Lourenço de Moraes  
Alessandra de Sousa Leite  
Ana Fábيا Campos dos Santos  
Bianca Mendes Araújo de Medeiros  
Camila Lopes dos Santos  
Eliane Cristina Silva de Oliveira  
Jorrana Henriques  
José Ramos Batista  
Karla Aniely  
Rebeca Alencar Wanderley  
Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues

Assegurado pela Constituição Federal e também pela Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família. O objetivo do estudo é mostrar a importância da assistência de enfermagem no planejamento familiar. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados de indexação SciELO, selecionando os artigos entre os anos de 2011 a 2016, de língua portuguesa e que se enquadraram na temática abordada. Os programas desenvolvidos por ações governamentais são caracterizados por responder às necessidades de saúde pública. No caso do planejamento familiar, os problemas em questão são o controle da natalidade, a redução do aborto, a saúde da mulher, a redução da pobreza entre outros. O controle do número de filhos foi uma das primeiras metas do planejamento familiar no Brasil e tinha como objetivo evitar altas taxas de fecundidade. A Consulta de Enfermagem é um forte aliado, pois se trata de uma boa oportunidade de orientação individualizada, de conhecimento e obtenção dos métodos anticoncepcionais assim como a consulta de retorno, a avaliação junto ao usuário sobre complicações, efeitos colaterais e dificuldades do uso dos contraceptivos. Assuntos como religião, sexualidade, aspectos culturais, gênero e acolhimento devem ser considerados já que interferem na adesão ao uso dos métodos. A qualidade da orientação é fundamental para obtenção de resultados positivos do Programa. A eficiência do processo educativo aumenta as possibilidades de efetividade do planejamento familiar, ou seja, capacita os usuários na tomada de decisões sobre a arquitetura e a dinâmica da família. É necessário que o usuário compreenda e retenha a informação, para que seja efetivo o uso dos métodos anticoncepcionais.

**Palavras-chave:** assistência de enfermagem. planejamento familiar. anticoncepcional

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO NO PERÍODO EXPULSIVO**

Aline Alves Macena  
Mirany Alves de Lucena  
Joyce Pereira da Silva  
Ana Renata Silva Rodrigues  
Leonia Bezerra Santos  
Ednalva da Graça Sampaio  
Maria Edleide Alexandre Alves  
Raquel Ferreira Campos  
Maryama Naara Felix de Alencar Lima  
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** A evolução do trabalho de parto passa por 4 períodos clínicos sendo necessário que todos ocorram de forma regular e sem intercorrências em qualquer um deles para que haja uma boa evolução. O período expulsivo é o segundo período clínico do parto e inicia-se com a completa dilatação do colo uterino e finaliza-se com a completa expulsão do feto. Faz-se necessário a identificação das necessidades da parturiente no que diz respeito ao ponto de vista emocional e físico para uma boa assistência. **OBJETIVOS:** Mostrar a importância da assistência de enfermagem no período expulsivo. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, foram utilizados<sup>9</sup> sobre a temática, todos extraídos das fontes Medline e Lilacs. **RESULTADOS:** A Enfermagem é a profissão mais ligada a paciente por ser a que permanece ao seu lado durante todo processo do trabalho de parto, faz-se necessário uma assistência de qualidade onde esta identifique todas as necessidades da parturiente durante esse período. É na expulsão que a parturiente apresenta mais medo e dificuldade, sendo necessário todo apoio da equipe. Cabendo a enfermagem a orientação quanto aos esforços expulsivos e respiratórios, controle dos BCF a cada 15 minutos, anotações das observações, procedimentos e intercorrências no prontuário entre outros. **CONCLUSÃO:** Conclui-se com esse estudo a importância de uma assistência qualificada a fim de minimizar intercorrências durante a fase expulsiva e a necessidade do apoio emocional à mulher para que nesse período ela possa se sentir mais segura e com isto se chegue a um resultado positivo ao final do período.

**DESCRITORES:** Enfermagem, parturiente, período expulsivo.



## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Área de Concentração: Enfermagem (E)

Erika Nayanny Pereira Batista  
Valdemberg Primo de Araújo  
Maria Monica Galdino de Lima  
Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** O Enfermeiro da atenção básica é o profissional responsável pelas consultas de Enfermagem e o acompanhamento durante o pré-natal de baixo risco, o mesmo desenvolve estratégias com intuito de garantir uma gravidez livre de intercorrências relacionadas a mãe e o feto. **OBJETIVO:** Descrever as atribuições do enfermeiro durante o pré-natal de baixo risco. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, realizada nos sites SCIELO e LILACS, no mês abril de 2016, onde utilizou 05 artigos relacionados à temática e publicados nos últimos cinco anos. **RESULTADOS:** As atribuições do enfermeiro no pré-natal vão desde orientações gerais sobre cuidados na gestação, enfatizando as alterações fisiológicas, emocionais, comportamentais e sexuais, além de informações quanto aos cuidados com o recém-nascido, amamentação, vacinação e planejamento familiar, disposições sobre o parto e identificação de possíveis situações de risco. Essas avaliações permitem a prevenção de complicações frequentes que podem ocorrer durante a gravidez. A consulta de enfermagem prestada à gestante tem como objetivo elencar as principais informações sobre o início da gestação e as condições da mãe. Com a confirmação da gravidez através de exames, como o beta HCG, é realizada a anamnese e o exame físico, onde o profissional, dependendo dos resultados irá traçar seu plano de cuidado. É de responsabilidade do enfermeiro a avaliação nutricional da gestante, níveis pressóricos e glicêmicos, solicitação de diversos exames, avaliação da situação familiar e todos os pontos que repercutem na vida do binômio mãe e filho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É notável que o enfermeiro da atenção básica, desempenha papel efetivo no acompanhamento das gestantes, procurando sempre dispensar a melhor atenção possível, buscando minimizar problemas relacionados à gestação, bem como ajudá-las com as orientações e cuidados necessários para promoção da saúde do binômio mãe-filho.

**DESCRITORES:** Assistência Pré-Natal. Cuidados de Enfermagem. Pré-Natal.

## **AS VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO E O PAPEL DO ENFERMEIRO**

Thamiris Gonçalves de Azevedo  
Cleiton Ferreira de Oliveira  
Emiliana Soares de Araujo  
RayaneBadú de Sousa  
Amanda dos Anjos da Cruz  
Aline Galdino de Almeida  
Juliana Ferreira de Araujo  
Rafaelle de Almeida Lopes  
AllineNayanne Marques Ferreira  
MaryamaNaaraFelix de Alencar Lima  
ThoyamaNadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** O aleitamento materno é uma prática que garante o crescimento adequado e saudável do bebê e deve ser mantido até os dois anos de vida, confere proteção imunológica, nutrientes e minerais ideais. Estudos comprovam os vários benefícios também para a saúde da mulher. **OBJETIVOS:** Descrever as vantagens do aleitamento materno e os cuidados do enfermeiro. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada em abril de 2016, buscando publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando-se como descritores: aleitamento materno; cuidados de enfermagem; papel do enfermeiro. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre as principais vantagens, para a mãe pode-se destacar: auxílio para o retorno uterino, diminui o risco de hemorragias e anemias, redução do peso e a diminuição da ocorrência do câncer de mama e de ovário, e de doenças cardiovasculares e diabetes. Para o bebê possui fácil digestão, provoca menos cólicas, a sucção colabora para o desenvolvimento da arcada dentária, da fala e da respiração. O enfermeiro deve orientar à mulher quanto aos benefícios para ela e para o seu filho, à maneira correta de posição e pega do lactente para evitar danos aos seios durante a amamentação, retirar todas as dúvidas da mãe sobre cuidados com os seios, se devem ou não ser realizadas compressas, ordenhas, entre outras ações, bem como explicar sobre o reconhecimento dos sinais de uma amamentação eficiente e deficiente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O enfermeiro tem um papel importante para a manutenção da amamentação, por isso deve realizar ações de promoção e estímulo a essa prática com o intuito de promover a saúde e melhor qualidade de vida do binômio mãe-filho, estando sempre prontos para ajudar nas dificuldades, medos, particularidades de cada mulher e contribuir para o sucesso da amamentação.

**Descritores:** Aleitamento Materno; Cuidados de Enfermagem; Papel do Enfermeiro.

## QUARTO ESTÁGIO DO PARTO VAGINAL – PERÍODO DE GREENBERG

Área de Concentração: Enfermagem (E)

Rimaelle Faustino Vito de Castro  
Camila Lima de Sousa  
Erika Torres Queiroz  
Erika Nayanny Pereira Batista  
HislaneRayssa Maia Nunes  
Thayná da Costa Nóbrega  
Joelma de Araújo Oliveira Macário  
Josefa Daniela Franco Felismino  
MaryamaNaara Felix de Alencar Lima  
ThoyamaNadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** O quarto estágio do parto vaginal, também denominado período de Greenberg, inicia-se logo após o nascimento do recém-nascido e culmina com o desprendimento da placenta, tendo uma duração de uma hora. **OBJETIVO:** Descrever as fases do quarto estágio do parto vaginal. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa revisão bibliográfica, realizada nos sites SCIELO e LILACS, no mês abril de 2016, utilizando 03 artigos relacionados à temática. **RESULTADOS:** O quarto período clínico do parto ou período de Greenberg subdivide-se em quatro fases distintas: **Miotamponagem**, ocorre imediatamente após expulsão da placenta, ocasionando a contração uterina, onde o útero torna-se palpável numa região intermediária entre o osso púbis e a cicatriz umbilical. Nesta fase ocorre retração inicial, determinando a laqueadura viva dos vasos uterinos, compondo a primeira linha de defesa contra hemorragias. **Trombotamponagem**, configura-se através do desenvolvimento de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, estabelecendo assim hematomas intrauterinos que se sobrepõem, continuamente a lesão no interstício do sítio placentário. **Indiferença Miouterina**, o útero encontra-se apático, tornando-se mais dinâmico, apresentando fases intercaladas com episódios de contração e relaxamento. **Contração Uterina Fixa**, nesta fase o útero obtém maior tônus e o mantém, normalmente esse período tem duração de uma hora logo após a dequitação, a atenção deve ser redobrada, quanto a contração uterina, pois nesta ocasião à fixação deste órgão. Sendo a etapa mais crítica, se comparada as demais, pois pode acarretar grande risco para a parturiente, devido a probabilidade de ocorrência de hemorragias, especialmente devido a atonia uterina. **CONCLUSÃO:** Percebe-se assim que o período Greenberg, configura-se numa etapa crítica do parto, onde a involução uterina depende sobretudo de diversas fases ocasionadas pela própria fisiologia do parto, devendo seguir de modo ordenado e com muita atenção por parte dos profissionais que estão assistindo à mulher para que esta não desenvolva nenhuma complicação.

**DESCRITORES:** Parto Normal. Hemorragia Uterina. Trabalho de Parto.



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO ESTÁGIO CLÍNICO DO PARTO NORMAL

Área de Concentração: Enfermagem (E)

Allissa Mendonça Freitas  
Ângela Monteiro da Silva Dantas  
Ana Maria Santos Soares  
Jordânia Albuquerque de Medeiros  
Laisa Estefânia Fernandes Moura  
Lidyane Rodrigues Leite Dias  
Maria Monica Galdino de Lima  
Marta Leandra de Lima Garcia Marques  
RosaniBiziu de Abreu  
Tamires MarquesDantas  
MaryamaNaaraFelix de Alencar Lima  
ThoyamaNadja Felix de Alencar Lima

**INTRODUÇÃO:** O parto normal é dividido em três estágios clínicos, o terceiro deles é a dequitação, que corresponde à saída da placenta e que é também denominado secundamento, descedura e delivramento. A dequitação ocorre de 5 a 30 minutos após à saída do concepto e termina com a saída da placenta. Durante esse período é importante a atuação da enfermagem a fim de evitar complicações maternas. **OBJETIVO:** Elencar os cuidados de Enfermagem prestados à mãe durante a dequitação. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através do Google Acadêmico (utilizando os descritores Enfermagem e Dequitação) e consultas a livros na Biblioteca Central das Faculdades Integradas de Patos, no mês de Abril de 2016. Encontraram-se poucas literaturas que obedecessem aos critérios de inclusão: relatar a assistência de Enfermagem na dequitação e ser publicado nos últimos cinco anos. Foram utilizados um artigo, uma monografia e um livro. **RESULTADOS:** Cuidados de Enfermagem durante o delivramento: observar sinais da separação placentária (útero globoso e elevado, cordão umbilical distendido, aparecimento de pequeno volume de sangue); orientar a paciente que não necessita fazer força; o profissional não deve puxar o cordão, para evitar o rompimento e retenção das membranas, e deve esperar o descolamento e descida espontânea da placenta e girá-la no mesmo sentido para fortalecer as membranas. Após o delivramento: avaliar a placenta quanto à integridade, tamanho, formato, local de implantação do cordão e cotilédones impactados; o cordão deve ser avaliado à procura de nós, coágulos, comprimento e número de vasos; administrar ocitocina via intramuscular; avaliar o volume de sangramento vaginal como estável ou instável pelos sinais vitais e involução uterina. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O terceiro estágio clínico do parto corresponde a um período em que podem ocorrer diversas complicações na mãe. Portanto, requer bastante atenção especialmente do profissional de enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem. Parto Normal. Placenta.