



ANAIS DO IV CONGRESSO CIENTÍFICO E DE EXTENSÃO FACENE/RN

E-BOOK

FACENE/RN
MOSSORÓ
2016



FACULDADE DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA MOSSORÓ

ANAIS DO IV CONGRESSO CIENTÍFICO E DE EXTENSÃO FACENE/RN

FACENE/RN
MOSSORÓ
2016



EXPEDIENTE

Anais do IV Congresso científico e de extensão FACENE/RN
17 a 21 de maio de 2016
© Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmico - NUPEA
ISBN 978-85-92809-00-3| E-book

Diretor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
Eitel Santiago Silveira

Secretária Geral
Maria da Conceição Santiago Silveira Souza

Coordenador do curso de Enfermagem
Thiago Enggle de Araújo Alves

Coordenador do curso de Biomedicina
Fernanda Natália Antoneli

Coordenador do curso de Farmácia
Francisco Vitor Aires Nunes

Comissão organizadora (Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmico)
Lázaro Fabrício de França Souza

Estrutura e Organização
Vanessa Camilo dos Santos Silva

Realização
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CATALOGAÇÃO NA FONTE

C74a	Congresso Científico e de extensão Facene/RN (4., Mossoró/RN, 17 a 21 de maio de 2016) Anais do congresso científico e de extensão Facene/RN: Ciências da saúde e contemporaneidade/ Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmico. – Mossoró, 2016. 68f. ISBN 978-85-92809-00-3 E-Book 1. Ciências da Saúde - Congresso. 2. Ciências da saúde - Congresso. 3. Pesquisa – Extensão - Congresso. I. Título. II. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. CDU 616-083
------	--

APRESENTAÇÃO

Entre os dias 17 e 21 de maio de 2016 a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró promoveu o seu 4º CONGRESSO CIENTÍFICO E MOSTRA DE EXTENSÃO. Esta atividade objetivou promover a informação científica e de extensão produzidas e vivenciadas no meio acadêmico e profissional. O evento foi organizado pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas - NUPEA, e tem como tema "Ciências da Saúde e Contemporaneidade: Integração, Saberes e Cuidado".

Durante toda a semana foram disponibilizadas atividades diversas, como mini-cursos, mesas-redondas, palestras, exposições, dentre outras, que permearam a área das Ciências da Saúde, mas sempre por uma perspectiva interdisciplinar. Ademais, diversos Grupos Temáticos, sob a coordenação de nossos docentes, serviram de lócus para as comunicações orais, possibilitando o compartilhamento de conhecimentos, pesquisas e debates em torno dos mais variados temas.

SUMÁRIO

GT 1 – FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO, GESTÃO E SAE EM ENFERMAGEM	4
GT 2 – ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS CLÍNICAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	68
GT 3 – ENFERMAGEM CLÍNICA E CIRÚRGICA	154
GT 4 – SAÚDE COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	216
GT 5 – ATUAÇÃO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO, HOMEM, CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	279
GT 6 – ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, PSICOLOGIA, GÊNERO E CUIDADOS PALIATIVOS	338
GT 7 – ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO PROCESSO PRODUTIVO	369
GT 8 – ATUAÇÃO À SAÚDE EM SAÚDE DA MULHER	402
GT 9 – PESQUISAS E PRÁTICAS EM BIOMEDICINA, FARMÁCIA E PROCESSOS FISIOLÓGICOS.....	451
GT 10 – EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE.....	515

GT 1 – FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO, GESTÃO E SAE EM ENFERMAGEM

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO
ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR AO PACIENTE COM MALFORMAÇÃO DE
CHIARI TIPO I.**

Ana Adelly Alves Costa¹

Luana Jackele Albuquerque Moura¹

Carlos Augusto da Silva Almeida²

Kalidia Felipe de Lima Costa³

RESUMO:

A Malformação de Chiari (CM) foi descrita pela primeira vez em 1891 por Hans Chiari em Viena, para se referir a um grupo de síndromes que consiste em diferentes tipos de condições patológicas da fossa posterior. Trata-se de uma anomalia congênita ou adquirida da junção craniovertebral caracterizada pela herniação caudal do cerebelo, com extensão variável, por meio do forame magno. Com incidência que varia entre 1/18.000 e 1/1280. Diante disto, é importante saber quais diagnósticos e intervenções de enfermagem são pertinentes à assistência integral ao paciente com malformação de Chiari em âmbito domiciliar, visando ampliação do conhecimento acadêmico e profissional. Esse trabalho traz como objetivo identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, além de avaliar o processo de enfermagem ao paciente com Malformação de Chiari do Tipo I. O processo de enfermagem é um método sistematizado, utilizado na prestação de cuidados, que fornece informações sobre o histórico e quadro clínico do paciente auxiliando na avaliação, diagnósticos e tomadas de decisões, composto de seis fases, conferindo qualidade à assistência. O presente trabalho trata-se de um estudo de caso reunindo informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno, associada a uma revisão de literatura do tipo narrativa. Paciente A.A.F.F., 63 anos, sexo masculino. Aos 40 anos de idade foi diagnosticado com malformação de chiari tipo I, realizando cirurgia de descompressão de fossa posterior como primeira escolha de tratamento. Foi realizado um plano de cuidados domiciliar baseado nas principais complicações visando uma melhora na qualidade de vida do paciente a partir da aplicação da SAE, contribuindo para o paciente e para a enfermagem, estimulando maior interesse de implementar o processo de enfermagem, respeitando as necessidades peculiares de cada paciente, descentralizando a SAE do âmbito hospitalar e trazendo-a também para o âmbito domiciliar.

Descritores em ciências da saúde: Malformação de Chiari; Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Processo de Enfermagem.

¹ Acadêmicas do 6º período de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

² Docente Esp. da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

³ Docente Ma. da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1 INTRODUÇÃO

A Malformação de Chiari (CM) foi descrita pela primeira vez em 1891 por Hans Chiari em Viena, para se referir a um grupo de síndromes que consiste em diferentes tipos de condições patológicas da fossa posterior, trata-se de uma anomalia congênita ou adquirida da junção craniovertebral caracterizada pela herniação caudal do cerebelo, com extensão variável, por meio do forame magno. (Adam W. Sergent D.C., Gregory P. Cofano D.C., 2014).

As estimativas sugerem que nos Estados Unidos aproximadamente 215.000 pessoas podem ser afetadas com CM, com incidência que varia entre 1/18.000 e 1/1280. Em uma recente série retrospectiva de 500 casos abrangendo 2 décadas, foi encontrada a prevalência de CM familiar em cerca de 3%, e um estudo anterior de 364 pacientes com CM descobriu que 12% dos pacientes tiveram um parente próximo acometido. No Brasil a prevalência de CM de 3 a 5 mm ou mais, é estimada na faixa de um por mil para um por cada 5.000 indivíduos. A incidência de Chiari é sintomática, mas é menos conhecida (Schanker, B. D. et al, 2011) (FERREIRA et al, 2013)

1.2 PROBLEMA

De acordo com o que foi apresentado acima e a partir da contextualização da história clínica deste paciente, quais diagnósticos e intervenções de enfermagem poderiam ser elencados para o paciente com Malformação de Chiari Tipo I em âmbito domiciliar?

1.3 JUSTIFICATIVA

A caracterização dessa patologia rara, bem como a compreensão da história clínica em seu aspecto biológico, cultural, social e econômico são fundamentais para a elaboração de um plano de cuidados que atenda as necessidades particulares de cada paciente. Nesse contexto, o estudo de caso visa uma ampliação do conhecimento acadêmico e profissional sobre as patologias abordadas além de entender a necessidade de trabalhar em caráter singular um plano de cuidados específico para o paciente atendido, visando o cumprimento do princípio da integralidade das práticas em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para um paciente com Malformação de Chiari do Tipo I.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os achados clínicos da patologia em questão;
- Analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente em âmbito domiciliar;
- Realizar o plano de cuidados de enfermagem destinado ao paciente com malformação de Chiari.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS GERAIS DA MALFORMAÇÃO DE CHIARI

São conhecidos cinco subtipos de Malformação de Chiari (CM), o Tipo I (CM-I) é o mais comum podendo ser causado pela formação de uma pequena fossa posterior, hiper mobilidade axial da articulação occipito-atlântica, fraqueza do tecido conjuntivo, ou anomalias cranianas (Losurdo et al, 2013).

Chiari (1891, 1895) descreveu a anomalia cerebelar do Tipo I como sendo caracterizada por deslocamento descendente das tonsilas cerebelares e das porções mediais dos lobos cerebelar inferior, acompanhada da medula dentro do canal espinal cervical.

Malformação de Chiari tem sido considerada uma condição esporádica, sem uma etiologia hereditária. Contudo, tem havido uma série de relatos de casos identificando agregação familiar e aglomeração de CM, sugerindo um base genética (Schanker, B. D. et al, 2011).

A apresentação clínica da CM-I pode ser heterogênea e em muitos casos, o diagnóstico é feito por acaso em pacientes assintomáticos. Normalmente, CM-I é descoberta durante a segunda ou terceira década de vida. Os sintomas mais comumente associados com CM-I são dor de garganta, dor de cabeça, sinais de nervos cranianos inferiores, síncope do espirro, distúrbios autonômicos e distúrbios da medula espinha. Muitas vezes, a gravidade dos

sintomas aumenta com o tamanho da hérnia, mas a sintomatologia pode não estar correlacionada com a gravidade da malformação (Losurdo et al, 2013).

Um diagnóstico de CM-I é geralmente suspeitado após exame físico e história. Os pacientes muitas vezes se queixam de dores de cabeça na região occipital posterior, irradiando para os olhos com um tipo de pressão que piora ao tossir, espirrar, ou gritar, a confirmação de CM-I só pode ser feita com imagem latente, mas muitas vezes, feita por ressonância magnética cervical (MRI), que é o critério padrão. No entanto, esta é igualmente vista em MRI do cérebro, tomografia computadorizada, e tomografia computadorizada cervical. Com o aumento prevalência de MRI e diminuindo o custo, tem havido um crescimento no diagnóstico da CM-I (NINDS, 2013).

De acordo com Procto, M. R. (2011) O tratamento da malformação de Chiari tipo I é talvez um dos temas mais complicados e polêmicos na neurocirurgia. Há uma falta de acordo quanto ao que define a malformação, seus sintomas, e sua natural história. Quando o tratamento é necessário, uma vasta variedade de terapias têm sido propostas.

Um dos tratamentos mais amplamente aceitos para CM-I é a cirurgia. Diversas abordagens cirúrgicas podem ser realizadas, incluindo descompressão de fossa posterior, cirurgia para remover uma porção do crânio para corrigir qualquer irregularidade óssea e criar espaço adicional para o líquido cefalorraquidiano fluir, a eletrocauterização, usando correntes elétricas de alta frequência para encolher a parte inferior do cerebelo, e laminectomia espinal para remover parte dos ossos em torno do canal da coluna vertebral para aumentar o tamanho e reduzir a pressão sobre a medula espinal e raízes dos nervos. A cirurgia elimina os sintomas em aproximadamente 50% dos casos e os reduz em 45% de outros casos. A terapia conservadora é limitada a medicamentos e fisioterapia. Destarte, a implementação de um plano de cuidados individualizados é de grande importância no processo de recuperação e readaptação do paciente com CM-I fora do âmbito hospitalar (Adam W. Sergent D.C., Gregory P. Cofano D.C., 2014).

3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Atualmente, ficou clara a necessidade de a enfermagem aperfeiçoar seus cuidados, reavaliando a forma pela qual o paciente é atendido, precisando ser visto de forma integral, ou seja, buscar conhecer seu estado físico e mental, seu modo de vida e condições socioeconômicas e culturais em que está inserido para que a tomada de decisões seja mais

eficaz. Desta maneira, destacasse a importância de fortalecer vínculos entre o profissional enfermeiro e o paciente, por meio da efetivação do Processo de Enfermagem (FREITAS; SPONCHIADO; ZANATTA, 2013).

O Processo de Enfermagem é um método sistematizado que o enfermeiro utiliza para a prestação de cuidados humanizados ao paciente, na medida em que fornece informações sobre o histórico e situação de saúde dos pacientes, as quais podem auxiliar os demais profissionais a tomarem decisões e avaliarem os diagnósticos, prevenindo complicações e, desta forma, facilitando o cuidado do paciente. É sistematizado porque é composto de seis fases que desafiam a qualidade da assistência (ZANARDO; ZANARDO; KAEFER, 2011).

Segundo Wanda Horta (1979), o Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pela inter-relação, momento e dinamismo de suas fases ou faces (FREITAS; SPONCHIADO; ZANATTA, 2013).

As etapas do Processo de Enfermagem estão direcionadas para atender as necessidades do paciente, sendo necessário executar cada uma de suas fases passo a passo, para somente assim, atingirmos eficiência no tratamento de modo que a recuperação do paciente tenha bom êxito. Para Horta, o Processo de Enfermagem se efetiva por meio da investigação, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento, da implementação, da avaliação e da reinvestigação, servindo para maximizar a eficiência do tratamento em longo prazo (BARROS; LOPES, 2010).

A investigação consiste na coleta e análise de dados sobre o paciente que auxiliam na identificação dos problemas; o diagnóstico de enfermagem analisa os dados coletados no histórico, identificando os problemas de enfermagem, assim é possível identificar as necessidades básicas alteradas e o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para realizar então o seu atendimento; o planejamento determina as ações que serão realizadas em relação ao paciente; a implementação coloca em prática o planejamento da ação, observando suas propostas, a avaliação analisa os recursos obtidos e propõem mudanças que se mostram necessárias, e a reinvestigação é a obtenção de novos dados que vão surgindo na medida que o processo vai se desenvolvendo, serve para completar a investigação e auxiliar no tratamento de paciente, sendo que podem ser coletados em qualquer uma das fases do Processo de Enfermagem (BARROS; LOPES, 2011).

Estas fases norteiam e facilitam a implementação do Processo de Enfermagem. Vale ressaltar que o mesmo começa pela investigação e conseqüentemente encaminha o enfermeiro

ao diagnóstico. A reinvestigação, portanto, pode e deve ocorrer durante o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação dos dados, favorecendo as mudanças necessárias em qualquer uma das fases quando se fizer necessário. Para a eficiência do Processo de Enfermagem, a reinvestigação deve ser usada de maneira contínua e permanente, proporcionando ao profissional um comportamento adequado na prática, justificando as ações realizadas (SILVA et al, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES METODÓLOGICAS

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso, que reúne informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno. É um procedimento metodológico que enfatiza entendimentos contextuais, sem esquecer-se da representatividade, centrando-se na compreensão da dinâmica do contexto real e envolvendo-se num estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, com o objetivo de ampliar e detalhar o conhecimento (FREITAS; JABBOUR, 2011).

Associado ao estudo de caso foi realizado uma revisão de literatura do tipo narrativa, onde a busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações e a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores (LEITE, 2015).

Para construção desse artigo foram utilizados artigos de periódicos da saúde pública e as bibliografias fundamentadas nas taxonomias: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC), uma vez que estas representam uma vertente bibliografia valorizada no conhecimento científico em enfermagem.

Foi realizado levantamento dos dados através das pesquisas realizadas nas bases de dados Science Direct, Periódicos Capes, Pubmed, Medline, Mendeley, utilizando os seguintes descritores: Malformação de Chiari, Enfermagem; Planejamento de Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem. Foram selecionados 22 artigos científicos em língua portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 2010 à 2015. Os estudos que atenderam os critérios de inclusão foram revisados.

Este estudo foi realizado durante visita domiciliar ao paciente com CM Tipo I, sendo o mesmo associado a um estudo bibliográfico no qual foi pesquisado nas principais fontes teóricas atualizadas existentes na literatura, além de informações colhidas com o paciente e

familiares durante a fase de coleta dos dados. O estudo consiste em um caso clínico de um paciente diagnosticado com Malformação de Chiari Tipo I.

Na operacionalização do processo de enfermagem foi realizado o levantamento dos dados com um roteiro de entrevista que foi elaborado de acordo com a SAE, onde foi recolhido de acordo com a SAE, o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem e a evolução de enfermagem seguida, da avaliação contínua, onde foi feita desde a admissão do paciente até sua alta hospitalar.

Com a análise dos dados foi elaborada uma história clínica do paciente, abordando os sinais e sintomas e condutas terapêuticas. De acordo com os dados colhidos foram elaborados os diagnósticos de enfermagem tendo em vista a necessidade de priorização no paciente, considerando assim os fatores relacionados e as características definidoras baseadas na taxonomia da NANDA, NIC e NOC, que foram o alicerce para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem e a constante avaliação de enfermagem prestada a paciente.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

5.1 HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente A.A.F.F., 63 anos, sexo masculino, 1º grau completo. Começou a trabalhar aos 9 anos de idade como agricultor, hoje aposentado como funcionário público no cargo de vigilante. Solteiro, católico, residiu em zona rural em casa de pau a pique até os 15 anos. Reside na zona urbana da cidade de Mossoró/RN, com condições de moradia e saneamento satisfatórios, coleta de lixo regular e relacionamento familiar satisfatório. Afirma tabagismo e etilismo, que provocou dois episódios de coma alcoólico na juventude. Como exercício físico pratica a fisioterapia duas vezes por semana; nega hipertensão e diabetes mellitus; É portador de Malformação de Chiari Tipo I. Possui 9 irmãos, no entanto, reside apenas com uma irmã e um sobrinho em Mossoró, a qual ajuda-o a cuidar de sua saúde e lhe proporciona boas condições e conforto. Relata na infância ter tido sarampo, parotidite, coqueluche, conjuntivite e catapora; depois de adulto afirma tomar algumas vacinas como a da gripe e H1N1 apresenta a cicatriz da BCG. Diz que seu momento de lazer é apenas assistir televisão de preferência canais de esporte e gosta de ouvir rádio no fim da tarde, diz não gostar de ambientes com claridade e nem de locais públicos superlotados, relata ter amigos e sempre recebe visita de alguns, passa o dia inteiro sentado ou deitado, movimentando-se apenas pela manhã, pois sua irmã pede para caminhar com auxílio dela e dos corrimãos com poucos movimentos. Cansa

com facilidade, aproveitando para tomar banho de sol recomendado pelo médico (SIC). Procurou assistência aos 40 anos, foi consultado por vários médicos, porém só foi diagnosticado com 50 dias após a solicitação de uma ressonância magnética onde se chegou à conclusão que seu diagnóstico era Malformação de Chiari Tipo I. Em setembro de 2006, no Hospital Onofre Lopes na cidade de Natal RN, realizou a primeira cirurgia de descompressão da fossa posterior sendo necessário fazer uma traqueostomia. O procedimento cirúrgico levou em média 10 horas, e ao término do procedimento cirúrgico e da anestesia geral balanceada a equipe viu a necessidade do mesmo dar entrada na UTI, permanecendo por dois dias em tratamento intensivo. Após a retirada da traqueostomia e com as fisioterapias recomendadas pelo seu médico, o mesmo relata um considerável quadro de melhora na deambulação, deglutição e na fala. Para a equipe médica a cirurgia teve bons resultados, porém com o passar do tempo ele relata sentir todas as mesmas manifestações clínicas. O médico do caso chegou à conclusão de que A.A.F.F. iria precisar de um novo procedimento cirúrgico, onde foram dadas todas as orientações à família e ao paciente. Nesta nova fase o paciente começa a apresentar alterações em seu estado emocional, sensibilidade térmica diminuída e alteração na coluna vertebral, falta de controle esfinteriano e locomoção realizada com cadeira de rodas, deambula apenas com auxílio, não apresentava queixa respiratória, porém tinha episódios de tosse produtiva e dificuldade de expectoração. Foi então marcado um novo procedimento cirúrgico e houve a tentativa da realização da cirurgia, que não obteve sucesso, pois A.A.F.F. teve complicações com a anestesia e apresentou uma parada cardiorespiratória, dando entrada na UTI pela segunda vez. A família foi orientada em relação à gravidade do seu quadro clínico e após longas conversas e orientações com o neurocirurgião se chegou a conclusão da importância de se ter uma nova tentativa cirúrgica, onde o mesmo não se negava a fazer e concordara com todos os riscos aos quais ficaria exposto. A cirurgia foi realizada no ano de 2009, com duração média de 12 horas. O paciente saiu do centro cirúrgico encaminhado para UTI com traqueostomia temporária, onde logo apresentou melhora em seu quadro respiratório.

Ao exame físico: consciente e orientado, com sono e repouso preservados, afebril, turgor preservado, hidratado e acianótico, alimentação satisfatória, crânio com abaulamentos e cicatrizes. Rosto: presença de sobrancelhas e cílios, acuidade visual prejudicada com presença de catarata e cristalino opaco pupilas isocóricas e fotorreagentes, pavilhão auricular íntegro e higienizado, com acuidade auditiva prejudicada, nariz sem desvio de septo aparente, com columela e vibrissas presentes, cavidade oral higienizada, faz uso de prótese dentária, língua

higienizada, apresentando tosse produtiva durante o exame físico. Pescoço: sem movimentação e lateralização, sem gânglios palpáveis. Tórax: simétrico, com expansibilidade torácica bilateral. AP: MV (+) em ápice e base em ambos hemitórax, tórax atípico, simétrico e eupneico. AC: BNF em 2T, normocárdico, normotenso. Abdome: globoso, RHA (+), flácido, indolor à palpação. MMSS e MMII, perfundidos e aquecidos, eliminações vesicais e intestinais (+) (SIC), sem queixas. Ao final do exame físico, foi implementado o plano de cuidados com a finalidade de melhorar o padrão respiratório do paciente. Sinais Vitais – TAX: 37° C, FC: 74bpm, FR: 25 rpm, PA: 120x 80mmHg. Atualmente, o paciente não apresenta grandes evoluções em seu quadro clínico, faz uso de cadeira de rodas e deambula com auxílio, continua fazendo fisioterapia, e o seu quadro clínico permanece estável.

5.2 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O processo de planejamento das ações em enfermagem e saúde é fundamental para a sistematização do processo de trabalho das organizações e serviços deste setor e se reflete na qualidade da assistência aos usuários. Planejamento pode ser entendido como um método de se pensar ações, de organizar, de alcançar resultados e de efetivar metas estabelecidas (BARROS; LOPES, 2011).

Entendendo este contexto, foi realizado um planejamento para realização do plano de cuidados domiciliar que seria aplicado ao paciente A.A.F.F, para que a partir daí conseguíssemos alcançar o nosso objetivo, estabelecendo os cuidados adequados à condição do paciente.

A malformação de Chiari é caracterizada por algumas complicações que podem gerar comprometimento da mobilidade física, desequilíbrio, déficit sensitivo-motor, baixa acuidade visual, entre outros. Devido a esse fato, é importante que o paciente, adote medidas preventivas eficazes em relação às suas atividades e o ambiente em que está inserido.

Deste modo, os participantes do presente estudo realizaram um plano de cuidados domiciliar, para que este conseguisse ter maior qualidade de vida, segundo as taxonomias, contendo apenas recomendações/intervenções, que foi entregue ao mesmo e a sua irmã (acompanhante) para que eles aderissem às sugestões dadas como medidas preventivas que melhorassem a qualidade de vida do paciente.

PLANO DE CUIDADOS OFERECIDO AO PACIENTE A.A.F.F.:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Mobilidade física prejudicada relacionada à Malformação de Chiari Tipo I evidenciada por distúrbio neuromuscular;

RESULTADOS ESPERADOS:

- Melhora da mobilidade física facilitando atividades práticas cotidianas;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Caminhadas com auxílio de barras de apoio;
- Desenvolver atividades simples e sem auxílio que estimulem a independência;
- Orientação quanto a adaptação de cômodos para melhor circulação com a cadeira de rodas, evitando acidentes;
- Orientação com relação à importância da fisioterapia para a melhora do desenvolvimento neuromuscular;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Baixa acuidade visual, relacionada a Malformação de Chiari Tipo I, evidenciado por capacidade de focalização prejudicada;

RESULTADOS ESPERADOS:

- Melhor adaptação da iluminação ambiente, a fim de proporcionar segurança e conforto para o desenvolvimento de atividades cotidianas;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Promover iluminação indireta, evitando focos isolados de luz;
- Utilização de óculos de sol com proteção UVA e UVB quando exposto à luz solar;
- Diminuir quantidade de móveis no quarto, reduzindo o risco de acidentes.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Déficit do autocuidado para banho/higiene relacionado à fraqueza muscular evidenciado pela incapacidade de realizar atividades;

RESULTADOS ESPERADOS:

- Higiene corporal e bucal adequada;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Dar banho no leito quantas vezes for necessário;
- Realizar higiene oral três vezes ao dia ou quando detectar sujidade na cavidade oral e halitose;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Risco de quedas relacionado a falta de equilíbrio

RESULTADOS ESPERADOS:

- Melhora da segurança e locomoção do paciente, diminuindo o risco de quedas;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Orientar o paciente e a família da importância da adaptação do ambiente para promover mais conforto e segurança ao paciente;
- Mostrar a esse paciente a importância de não faltar às sessões de fisioterapia;
- Encorajá-lo em relação ao enfrentamento das sequelas da Malformação de Chiari Tipo I.

5.3 IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

No dia 12/04/2016 foi implementado o plano de cuidado ao paciente A.A.F.F., onde essa prática foi realizada por meio das intervenções de enfermagem no âmbito domiciliar, promovendo as medidas supracitadas no plano de cuidados, como também foi entregue ao mesmo e sua irmã, que é a pessoa que cuida dele desde o início do tratamento, um plano de cuidados que se referia a medidas preventiva de acidentes, estagnação e total dependência para atividades cotidianas. Foi explicado todo o conteúdo a ambos para que o paciente conseguisse compreender todas as orientações, possibilitando assim uma melhora do seu estado clínico.

Além dos cuidados referidos acima, foi trabalhado junto ao paciente um encorajamento para melhorar sua mobilidade, já que o mesmo se mostra relutante à prática de exercícios físicos. Foi então explicado ao mesmo os benefícios que uma rotina de exercícios

traz a pacientes com mobilidade limitada. Lembrando que a sua irmã foi encorajada a insistir nos exercícios simples, como caminhadas com auxílio de barras de apoio e atividades que o mesmo tenha a capacidade de desenvolver sem auxílio, como pegar pequenos objetos, ligar a televisão e etc. Estas medidas ocasionariam uma melhora no estilo de vida do paciente, visto que esta mudança é primordial para que o paciente tenha maior independência e mobilidade.

5.4 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A avaliação das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao paciente. Essa avaliação deve ser feita em todo o período desde que é implementado o plano de cuidados, onde essa fase determina se os resultados foram atingidos, se as intervenções de enfermagem foram efetivas e se são necessárias modificações. Caso haja necessidade, existe a possibilidade de modificar alguns pontos no decorrer de todo o processo, para que assim essa análise das respostas do paciente frente aos cuidados de enfermagem prescritos tenha surtido respostas significativas e efetivas, no que diz respeito a melhora do caso clínico do paciente (TAVARES et al, 2013).

Depois de realizado todo o plano de cuidados, podemos observar que este teve repercussões positivas, no que diz respeito a melhora do quadro clínico do paciente, pois o paciente A.A.F.F. demonstra melhoras nas suas atividades diárias, maior conhecimento a respeito da sua condição, melhora na mobilidade física e adaptação às condições da sua residência relacionadas às suas necessidades especiais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível descrever os achados clínicos da patologia em questão, explorando uma condição rara com a finalidade de ampliar os conhecimentos a respeito, além de analisar a assistência prestada através de um plano de cuidado elaborado para o paciente A.A.F.F. com Malformação de Chiari Tipo I.

A partir da aplicação da SAE, os resultados planejados para o paciente foram alcançados, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Os fatores fisiopatológicos, psicológicos e sociais do paciente propiciaram a elaboração de um processo de enfermagem

sistemático, que contribuiu de maneira positiva para a complementação do processo de melhoria do seu quadro clínico.

Este estudo teve uma importante contribuição tanto para a Enfermagem como para o paciente, para estimular um maior interesse de implementar o processo de enfermagem de acordo com as necessidades peculiares de cada paciente descentralizando a SAE do âmbito hospitalar, trazendo sua aplicação para o âmbito domiciliar.

REFERÊNCIAS

National Institute of Neurological Disorders. Chiari malformation fact sheet," NINDS. Publication date March 2013.

Adam W. Sargent DC□, Gregory P. Cofano DC, Chiropractic Care for Headaches and Dizziness of a 34-Year-Old Woman Previously Diagnosed With Arnold-Chiari Malformation Type 1, *journal chiro med*, Florida, June, 2014.

LOSURDO, M. D. A. et al, Sleep Disordered Breathing in Children and Adolescents with Chiari Malformation Type I, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Rome, Italy, Vol. 9, No. 4, 2013.

Proctor, M. R. et al, Chiari malformation, *Neurosurg Focus*, Michigan, USA, v.: 31, September, 2011.

Schanker, D. B. et al, Familial Chiari malformation: case series, *Neurosurg Focus*, New York, USA, 31 (3), 2011.

Strahle, J. et al, Chiari malformation associated with craniosynostosis, *Neurosurg Focus*, Michigan, 2011.

DIAGNÓSTICO de Enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOCHETERMAN, J. M.; G.M.: **CLASIFICACIÓN das intervenções de Enfermagem NIC**. Ed. 4. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREITAS, E. P.; SPONCHIADO, F. C. ; ZANATTA, E. A. O processo de enfermagem como perspectiva na melhoria da qualidade da assistência. **Rev. Enf.**, v. 3, p. 45-52, 2013.

ILABACA, C. F. et al. Kartagener syndrome: A case report. **Revista Anacem**, Chile, v. 5, n. 2, p.112-115, dez. 2011.

JOHNSON, M. MASS; MOORLEAD, S. **RESULTADOS de Enfermagem NOC**. Ed. 4. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEITE, Dante Moreira. O que é revisão da literatura? Universidade de São Paulo – USP, 2015.

LOPEZ, Foris Guerra et al. Kartagener Syndrome: Case report. **Biociencias**, Universidad Libre Seccional Barranquilla, v. 9, n. 1, p.71-74, maio 2014.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1380-6, 2011.

ZANARDO, Graziani Maidana ; ZANARDO, Guilherme Maidana; KAEFER ,Cristina Thum. Sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 1371-74, jan-jun. 2011.

FERREIRA, A. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Acometido por Malformação de Arnold-Chiari, *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 3, n. 2, p. 10-18, 2013.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: SUA APLICABILIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR

ALINE DA SILVA MEDEIROS¹

LUCIANA HANNAH PINTO BARROS²

REGIVÂNDIA MARIA DE MENEZES²

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA³

RESUMO

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE) é definida como uma metodologia de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatório na implementação da assistência ao ser humano. Sendo uma atividade privativa do enfermeiro, norteador as atividades de todas as equipes de enfermagem. **Objetivo:** Conhecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua aplicabilidade no processo de cuidar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura. Foi realizado um levantamento bibliográfico acerca da SAE, em bases de dados on-line (SCIELO e GOOGLE ACADEMICO) e livros da Biblioteca Santana da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/RN) utilizando como descritores: Assistência de Enfermagem, Assistência Integral a Saúde e Processo de Enfermagem. Dessa forma, foram selecionados 07 artigos e 02 livros que obedeceram aos critérios de inclusão. **Resultados:** O processo de enfermagem é um método composto por cinco fases, que viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao cliente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas. Sendo um instrumento que proporciona não apenas uma melhoria de qualidade de assistência, mas também confere ao profissional confiança para realização do processo de enfermagem deixando com maior autonomia de suas ações. A realização do processo de enfermagem contribui significativamente para orientar o pensamento crítico, fornecendo julgamento clínico e o cuidado de enfermagem. Além disso, tem a função contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do paciente. **Considerações finais:** É de fundamental importância que o uso do SAE seja desenvolvido pelo enfermeiro em todos os âmbitos de saúde, garantindo assim a melhora no cuidado ao paciente.

Descritores: Assistência de Enfermagem, Assistência Integral a Saúde, Processo de Enfermagem.

¹Relatora. Discente de enfermagem do 4º período pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN. Endereço: Avenida Celina Viana , nº 53. Bairro: Liberdade II. Telefone: (84) 9 96136302. Aline_sm_medeiros@hotmail.com.

²Discentes de enfermagem do 4º período pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN.

³Enfermeira Mestre. Professora do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE) é definida como uma metodologia de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatório na implementação da assistência ao ser humano. Sendo uma atividade privativa do enfermeiro, norteando as atividades de todas as equipes de enfermagem. A Resolução COFEN nº 358/2009, art. 2º, afirmar que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada. Apesar da sua obrigatoriedade de implementação da SAE, ainda existem algumas dificuldades para sua execução, que envolvem não apenas a deficiência de recursos, mas a forma como o profissional utiliza o conhecimento técnico-científico (FIGUEIREDO, et al 2006).

A SAE é considerada a organização e execução do processo de enfermagem com visão holística, sendo composta por etapas inter-relacionadas. Além disso, é a essência da prática da enfermagem, instrumento e metodologia da profissão, colaborando na tomada de decisões, prevenindo e avaliando consequências, para alcançar o aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e elevar ao máximo as oportunidades e recursos (HORTA, 1979).

O PE de Wanda Horta caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. A inter-relação e a igual importância destas fases no processo podem ser concebidas graficamente por um hexágono. Sendo que no núcleo deste hexágono está situado o indivíduo, a família e a comunidade. Dessa forma, o PE é dividido em seis etapas: histórico; diagnóstico; plano assistencial; plano de cuidados ou prescrição; evolução; prognóstico de enfermagem. (HORTA, 1979).

Portanto a SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas. Levando em conta o, cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática da (o)enfermeira (o), resultando de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano. (ALFARO-LEFEVRE, 2010) Portanto, o enfermeiro necessita conhecer a SAE e relacionar o paciente como indivíduo, empregando seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é conhecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua aplicabilidade no processo de cuidar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Literatura, que segundo Santos (2012), a revisão da literatura, também chamada revisão bibliográfica, estado de arte ou estado de conhecimento, visa a demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto.

Foi realizado um levantamento bibliográfico acerca da SAE, em bases de dados on-line (SCIELO e GOOGLE ACADEMICO) e livros da Biblioteca Santana da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/RN) utilizando como descritores: Assistência de Enfermagem, Assistência Integral a Saúde e Processo de Enfermagem.

O critério de inclusão utilizado foi conter o tema relacionado na Língua Portuguesa na íntegra, que abordasse o tema. Os critérios de exclusão foram não apresentar o tema da pesquisa e ser na Língua Inglesa. Dessa forma, foram selecionados 07 artigos e 02 livros.

RESULTADOS

O SAE é de suma importância para o enfermeiro , pois é uma ferramenta para o desenvolvimento e melhoria do cliente, porém o mesmo deve conhecer o SAE, pois o mesmo é um método que possibilita o enfermeiro a exercer sua práticas de cuidar com maior eficaz e desempenho na qualidade de saúde do paciente.

De acordo com (HORTA, 1979) define o ser enfermagem é um ser humano, com todos os seus dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o ser-enfermeiro é gente que cuida de gente.

Transcrever o ser-enfermagem é ir além da obrigação, do ´ter o que fazer´. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento (HORTA,1979).

Assim, COFEN (2000) também enfatiza as etapas do processo de enfermagem descrevendo-as como: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação, e avaliação. A mesma tem por função contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do paciente.

A SAE é a organização e execução do processo de enfermagem com visão holística e é composta por etapas inter-relacionadas. É a essência da prática da enfermagem, instrumento e metodologia da profissão, e como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões prever e avaliar consequências, alcançar aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e maximizar oportunidades e recursos formão hábitos de pensamento. (MURTA,2007)

O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas inter-relacionadas, visando a assistência ao cliente. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinâmico a qual se divide seis fases. De acordo com (MURTA,2007)

A primeira etapa do processo de enfermagem é o histórico de enfermagem: roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significado para a (o) enfermeira (o) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

Esses dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, diagnóstico de enfermagem: a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência desde atendimento em natureza e em extensão. (HORTA, 1979)

O diagnóstico de bem analisado e avaliado levará ao terceiro passo: plano assistencial: a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. Este plano assistencial é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, Isto é, encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientando, ajuda e execução de cuidados (fazer). (HORTA, 1979).

Cuidados ou prescrição da enfermagem: implementação do plano assistencial pelo roteiro diário ou período aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Ele deve ser avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para o quinto passo:

Evolução de enfermagem é um registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro devem constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (COREN, 2000). Para Horta (1979), a evolução de enfermagem é o

relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, ou seja, uma avaliação global do plano de cuidados. A evolução constitui o registro executado pelo enfermeiro, do processo de avaliação das alterações apresentadas pelo paciente e dos resultados das ações de enfermagem planejadas e implementadas relativas ao atendimento das suas necessidades básicas (Cianciarullo, 1997). Num levantamento realizado com as enfermeiras que realizavam a evolução e prescrição, constatou-se que o tempo gasto para realização das mesmas variou de 15 a 30 minutos 15 a 30 minutos e foi proporcional à diversidade de cuidados de enfermagem necessários e do estado de saúde dos pacientes internados (Campedelli et al., 1989).

Normas da evolução de enfermagem, segundo Campedelli et al., (1989): "a evolução é registrada em impresso próprio na coluna determinada. Prescrição e Evolução de Enfermagem.· a evolução de enfermagem é feita diariamente para todos os pacientes internados ou em observação, devendo conter a data e o horário de sua execução.· a evolução de enfermagem é refeita, em parte ou totalmente na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração.· da evolução de enfermagem devem constar os problemas prioritários para assistência de enfermagem a ser prestada nas próximas 24 horas.· na elaboração da 1ª evolução de enfermagem, o enfermeiro resume sucintamente as condições gerais do paciente detectadas durante o preenchimento do histórico e relaciona os problemas selecionados para serem atendidos já nessa primeira intervenção.· para elaborar a evolução de enfermagem a enfermeira deve consultar a evolução e prescrição de enfermagem anterior, a anotação de enfermagem do período entre a última prescrição e a que está sendo elaborada, a evolução e prescrição médicas, os pedidos e resultados de exames laboratoriais e complementares, interconsultas, e realizar entrevista e exame físico.· a evolução dos pacientes em observação no Pronto Atendimento é baseado no exame físico, nos sinais e sintomas e em outras informações relatadas pelo paciente ou acompanhante.· a resolução do problema deve constar na evolução diária.

A evolução de enfermagem deve conter em ordem, segundo Horta (1979); Campedelli et al., (1989):· data, hora;· tempo de internação;· motivo da internação;· diagnóstico;· discriminação seqüencial do estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e genito-urinário;· procedimentos invasivos, considerando: entubações, orotraqueais, traqueostomias, sondagens nasogástricas e enterais, cateterizações venosas, vesicais e drenos;· cuidados prestados aos clientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudança de decúbito,

apoio psicológico e outros;· descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, quantidade, consistência, odor e coloração e,· assinatura e Coren.

Prognóstico de enfermagem: É a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem. (HORTA,1979).

Dadas as características já citadas referentes ao processo de enfermagem, é possível corrigir erros em qualquer uma das etapas, bem como a previsão simultânea de todas elas. Desse modo, ao se elaborar o diagnóstico e mesmo na própria coleta de dados, já se pode ter uma ideia do prognóstico; somente por motivos didáticos e de sistematização, essas etapas são separadas.

De acordo com (HORTA, 1979), o processo de enfermagem introduziu termos como assistência e cuidado de enfermagem. Há diferença entre eles? Para muitos profissionais, são sinônimos. De maneira restritiva e em alguns casos, ambos podem ser usados com o mesmo significado. Porém, de modo geral, consideramos Significados distintos. Porém, de modo geral, consideramos significados distintos.

A Assistência de enfermagem: é a aplicação, pelo enfermeiro, do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano. Sendo que Cuidado de enfermagem: é a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano. (HORTA, 1979),

De acordo com (HORTA, 1979) o cuidado de enfermagem pode implicar várias atividades como, por exemplo, observar a higiene oral (verificar o material de que o paciente dispõe); avaliar a capacidade de autocuidado; observar as condições da cavidade bucal; explicar o cuidado ao paciente; ensinar, se necessário, a técnica adequada de escovação; encaminhar ao odontólogo; lavar o material utilizado; fazer as devidas anotações etc. Restamos ainda conceituar e enumerar os instrumentos básicos indispensáveis ao enfermeiro para que aplique o processo de enfermagem, ou, em última análise, para que possa prestar a assistência de enfermagem com a qualidade que se espera de um profissional experiente.

O instrumento de coleta de dados, ou seja, esse deve se constituir em um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas do ser humano; ser significativo para o enfermeiro e para o cliente e possibilitar o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, das metas e dos objetivos; a prescrição das intervenções de enfermagem deve

viabilizar a interação enfermeiro cliente e um cuidado profissional, que forneça dados que suscitem hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas, colaborando com os conhecimentos próprios da profissão.

A enfermagem, assim como outros ramos de conhecimento humano, não pode prescindir de uma filosofia unificada que lhe dê bases seguras para o seu desenvolvimento. O ser “é aquilo que é”, é a realidade. Na enfermagem distinguimos três seres: o ser enfermeiro, o ser cliente ou paciente e o ser enfermagem. (HORTA,1979)

O ser enfermagem é um ser humano, com todos os seus dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: o ser-enfermeiro é *gente* que cuida de *gente*. (HORTA, 1979)

Transcrever o ser-enfermagem é ir além da obrigação, do “ter o que fazer”. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento (HORTA, 1979).

A teoria de enfermagem é uma conceituação articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem. (HORTA,1979).

A teoria sugere uma direção de como ver os fatos e eventos. Uma estrutura criativa e rigorosa de ideias que projetam uma tentativa, uma resolução e uma visão sistemática dos fenômenos. “qualquer profissão necessita de um corpo de conhecimentos para ser aplicado à sua prática” (George, 1993). A teoria é a geração do conhecimento de enfermagem para uso na sua prática. (HORTA,1979).

A enfermagem foi descrita desde os seus primórdios, como uma profissão de ajuda: complexa e multifacetada. Possui seu próprio corpo de conhecimentos, preocupa-se com diversos; aspectos do indivíduo e têm como elemento central: cuidado.

Nesse sentido, o cuidar significa zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, (MICHAELIS, 1998). Indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado. Dessa forma, o processo de trabalho (consciente ou inconsciente). É a adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em um modo de pensar. O processo de enfermagem é a essência da prática de enfermagem, ou melhor, do enfermeiro. É o “instrumento” e a metodologia da profissão e como tal, ajuda o enfermeiro a tomar decisões,

prever e avaliar as consequências. O processo de enfermagem lida com problemas específicos aos enfermeiros e seus clientes. O processo de enfermagem (PE) é uma atividade intelectual, deliberada, na qual é abordada de maneira liberal (flexível) e sistemática. (BARROS; ALB de; MICHEL; JLM, 2005)

A realização do processo de enfermagem contribui significativamente para orientar o pensamento crítico, fornecendo julgamento clínico e o cuidado de enfermagem; Satisfazer as necessidades do cliente, na sua dimensão holística; Aperfeiçoamento profissional (aquisição de conhecimento); Aumentar a satisfação do profissional, com a visibilidade do tratamento de enfermagem; Responsabilidade com autoridade e qualifica a assistência. (BARROS; ALB de; MICHEL; JLM, 2005).

Para realizar o PE o enfermeiro precisa desenvolver habilidades e competências que são necessárias à esta atividade. Estas habilidades serão importantes para responder as seguintes questões: O que deve ser feito? Por quê deve ser feito? Por quem deve ser feito? Como deve ser feito? Com quem deve ser feito? Para quem fazer?

De acordo com (HORTA, 1979) as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem são:

Coleta de Dados ou Investigação (histórico e exame físico): É a etapa inicial do processo de enfermagem. A partir da investigação sobre o estado de saúde do cliente/paciente será possível fazer os diagnósticos de enfermagem (DE). Ela é vital para o processo de enfermagem e constitui base para as demais etapas. A Investigação é dividida em duas subfases: Coleta de dados; exame físico.

É a partir da investigação que podemos ter acesso de forma rápida às informações sobre o indivíduo que está sob os cuidados de enfermagem; Auditar a prática de enfermagem e com isso identificar os acertos e erros no processo, qualificando a assistência prestada; Pesquisar em enfermagem, pois, há qualidade e quantidade nos dados descritos; É o meio de comunicar as informações sobre o paciente/cliente aos outros profissionais da saúde. (HORTA, et. Al. 1979).

Diagnóstico de Enfermagem: Segundo CRUZ(1993), o DE é “uma forma de expressar as necessidades de cuidados que identificamos naqueles de quem cuidamos”. Em 1973 a NANDA publicou sua primeira lista de diagnósticos. A classificação proposta pela NANDA não é a única existente. Surgiram nas últimas décadas várias outras classificações, em diversos países, porém, no Brasil, é sobre ela que existem mais estudos e bibliografias publicadas.

Planejamento da Assistência: O planejamento de enfermagem pode ser descrito como a determinação do que pode ser feito para ajudar o cliente/paciente. Envolve metas e objetivos, o julgamento de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais (CHRISTENSEN E KENNEY; 1990, WILKINSON, 1992).

O estabelecimento de metas e objetivos deriva dos DE e são estabelecidos para cada um dos diagnósticos listados. O plano é um documento redigido para as ações de enfermagem, com o objetivo de auxiliar o cuidador a prestar o cuidado de qualidade ao cliente/paciente. Deve ser discutido com o cliente e sua família as metas e objetivos, buscando assim alcançar os resultados traçados. As metas podem ser pertinentes à reabilitação, à prevenção, à capacidade do cliente para adaptar-se aos estressores, entre outras. Os objetivos são determinados pelas metas e devem ser declarados em termos de comportamentos observáveis. Os comportamentos em questão referem-se às atividades psicológicas, fisiológicas, sociais, culturais, intelectuais ou outras, cujas respostas possam ser observadas. (HORTA, 1979 et.al)

É importante ressaltar que o planejamento deve ser descrito em fases, levando em consideração as metas e objetivos, e estas frases devem conter um realizador (cliente), um realizado (a ação) e uma mudança de comportamento a ser atingida (objetivo). O plano de cuidados de enfermagem lida com problemas (DE) reais ou potenciais. As ações são baseadas em princípios científicos e em teorias de enfermagem. O planejamento nada mais é do que a prescrição dos cuidados de enfermagem, identificados pela enfermeira nos. (HORTA, 1979 et. al)

O plano de ação é necessário porque ajuda no uso do tempo de maneira eficiente e organizada. Orienta a equipe para o cuidado qualificado, direcionado ao alcance das metas pré-definidas e contínuo a quem presta o cuidado. (HORTA,1979 et. al)

Implementação da Assistência: Esta fase está completa quando as ações de enfermagem são finalizadas e os resultados são registrados em relação a cada diagnóstico e seu devido planejamento. Não é necessário que o resultado obtido seja definitivo, isto é, depende do tempo que foi estipulado no planejamento, para o cumprimento das metas. (HORTA, 1979)

Avaliação dos Resultados: A avaliação é a estimativa das modificações comportamentais do cliente/paciente resultante das ações de cuidado. Apesar de a avaliação ser considerada a fase final, ela frequentemente não termina o processo. Ela pode levar a reinvestigação, replanejamento, que pode resultar em um novo processo de enfermagem, não

na sua integridade, mas em parte dele onde não houve mudanças comportamentais significativas às ações planejadas ou implementadas. A enfermeira e o cliente/paciente são responsáveis pela avaliação dos resultados. (HORTA,1979).

Essas cinco etapas do processo de enfermagem na realidade se sobrepõem. As informações de cada etapa são usadas para formular e desenvolver a próxima etapa do processo. (HORTA, 1979).

Assim como as funções do corpo estão constantemente sofrendo reajustes para manter a homeostasia nos ambientes interno e externo, o processo de enfermagem é um processo cíclico, contínuo que deve responder às mudanças nas necessidades do paciente. O enfermeiro deve interagir continuamente com pessoas em diversas situações para estabelecer e executar, de forma criativa e em cooperação, suas funções de forma a tender às necessidades holísticas do paciente. (HORTA,1979).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAE é uma exigência atual no âmbito da organização das instituições de saúde em decorrência dos sistemas de avaliação dos serviços, e as enfermeiras participantes do estudo reconhecem seu valor para a qualificação da assistência e maior visibilidade da profissão. Contudo, estas deparam-se com dificuldades para sistematizar o cuidado que gerenciam. Algumas das dificuldades referidas remetem aos estudos já realizados em diferentes contextos clínicos. Outras, no entanto, estão relacionadas a um campo de atuação complexo, marcado pelo lidar cotidiano com as fragilidades humanas no limiar entre a vida e a morte.

De maneira geral, as enfermeiras almejam que a SAE seja implantada no serviço, compartilham opiniões, que no momento relacionam-se em sua maioria, às problemáticas envolvidas no processo. Contudo, consideram que é uma tarefa exequível, importante para a prática assistencial de enfermagem, e que depende do empenho conjunto de todos os sujeitos envolvidos.

A falta de conhecimento para subsidiar a fase de implantação da SAE é considerada um dos principais fatores geradores de ansiedade para as enfermeiras. Entretanto, as iniciativas institucionais para capacitação da equipe têm contribuído para a continuidade do processo de implantação da SAE.

À guisa de conclusão, considerando o contexto de atuação das enfermeiras nos cuidados paliativos na oncologia, compreende-se que os investimentos no processo de

aprendizado devem ultrapassar o conhecimento técnico. É preciso pensar a SAE de forma flexível, livre da rigidez dos padrões convencionais. A subjetividade, a empatia e o amor são elementos necessários, para que as demandas de cuidado do cliente e familiares sejam atendidas. O enfermeiro deve atentar para as queixas, além do que for exposto diretamente, além do aspecto físico, além das considerações do modelo biomédico/cartesiano.

Cabe a reflexão de que atribuir um pensamento complexo sobre um fenômeno social, é uma atitude positiva, à medida que vai motivar e ajudar a revelar sua natureza para que, por fim, soluções práticas sejam encontradas. Logo, o reconhecimento do contexto de atuação e da necessidade de aprendizado pode ser considerado um fator positivo e propulsor para o processo de implantação da SAE, caracterizando o momento para as enfermeiras como sendo de reflexão sobre a necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem. Esse momento indica que novas investigações em prol do aprimoramento contínuo da prática de enfermagem embasada em princípios científicos precisam ser realizadas, à medida que a profissão busca também incorporar as mudanças paradigmáticas emergentes, diante da nova visão da realidade social.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **aplicação do processo de enfermagem: uma ferrmaneta para o pensamento crítico**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HORTA, Wanda de Aguir. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979

FONTALVA, Déborah Aldin. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Como Utilizá-la de Forma Eficiente**. Disponível em: <<http://www.cursosaprendiz.com.br/artigo/1/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-como-tiliza-la-de-forma-eficiente>> acesso em: 27 de abril de 2016.

GEORGE, J.P. e col. **Teorias de enfermagem dos fundamentos à prática da prática profissional**. 4^oed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KOHNLEIN; SCHNEIDER; BUGS. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) - uma reflexão de sua metodologia**. Disponível em: <[http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20ASSIST%C3%8ANCIA%20DE%20ENFERMAGEM\(SAE\)%20-%20uma%20reflex%C3%A3o%20de%20sua%20metodologia.pdf](http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20ASSIST%C3%8ANCIA%20DE%20ENFERMAGEM(SAE)%20-%20uma%20reflex%C3%A3o%20de%20sua%20metodologia.pdf) ^> acesso em: 10 de maio de 2016.

ALVIM, André luz silva. **o processo de enfermagem e suas cinco etapas**. disponível em : <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/531/214>> acesso em: 11 de maio de 2016.

POKORSKI. Et.al. **Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo?.** disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300004&script=sci_arttext&tlng=pt> acesso em: 02 de maio de 2016.

PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO EM SAÚDE

ADOLFO RUDOLFO KLAUS SALES DE OLIVEIRA²

JORDANA AVELINO VALE³

LUIZA CAMILA HOLANDA E SILVA MASCARENHAS⁴

NATAZIA LEANDRO DE FARIAS⁵

RAFAELA GOMES DE LIMA MAIA⁶

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁷

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Processo de Enfermagem (PE) implica em uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer a Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. **OBJETIVO:** Conhecer a relação entre o processo de enfermagem e as tecnologias de cuidado em saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura. Foram pesquisados nas bases de dados on-line, como: GOOGLE ACADÊMICO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após a pesquisa e leitura de diversos artigos, foram selecionados 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** No PE em saúde há um encontro do profissional com o usuário, no qual são expressos as intencionalidades, conhecimentos e representações, como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde no momento do trabalho. Nesse sentido, a tecnologia do cuidado é descrita como uma associação de conhecimento humano sistematizado, podendo ser científico e empírico, necessitando do ser humano, além disso, busca a promoção de uma assistência de qualidade e se efetiva no cuidado, permeado pela ética e pelo processo reflexivo. Na enfermagem a tecnologia supera o caráter técnico e teórico e permeia a prática do enfermeiro, e, quando inserida em um processo de trabalho específico, ocasiona o seu objetivo principal, o cuidado. Em relação ao trabalho da enfermagem, nota-se que os resultados podem ser subjetivos, o que significa que a tecnologia compreende também os processos e os métodos submergidos nos cuidados de enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebemos que a tecnologia está em todos os lugares e em tudo. As inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não podemos esquecer que utilizamos o cuidado como tecnologia, para melhoria da assistência de enfermagem.

DESCRITORES: Tecnologia. Assistência de Enfermagem. Processos de Enfermagem.

² Relator. Graduando do 4º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. End. Antônio Vieira. 476 Nova Betânia. Cel.(84) 98862- 0446 E-mail:Rudolfo94@yahoo.com

³ Graduando do 4º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁴ Graduando do 4º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁵ Graduando do 4º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁶ Graduando do 4º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁷ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

É uma forma de organizar de forma contínua a assistência do enfermeiro, sendo considerado o instrumento e a metodologia da profissão, ajudando desta forma o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar o cuidado, satisfazendo as necessidades das pessoas de forma global e eficaz. As máquinas humanas tem em suas diretrizes uma sequência que a sincronização de seus atos, se torna uma arma na saúde. Suas coletas históricas, diagnósticos, planejamentos, implantações e avaliações, dar por razão a criação dos pilares de um processo de enfermagem. (MEIER, M. J. et al, 2007)

O processo de enfermagem como tecnologia do cuidado em saúde sempre deteve de tecnologias modernas pra o seu tempo, trazendo o alívio da dor e da doença a espécie humana e seus derivados. A enfermagem como tecnologia do cuidado em saúde, sempre foi um instrumento para trazer à população a grandeza de saber viver e não um instrumento para a sobrevivência. Com o avanço do homem na saúde, a tecnologia deve que lograr novas regras, formas, e em sua dimensão renovar, em sua grandeza conquistada, em sua eficiência transforma a realidade. Buscando entender a magnitude da criação, a dor do alívio e o sofrimento da misericórdia. Nela, a quem depende um caminho a vida longa e próspera trazer. (SALVADOR, Pétala Tuani et al, 2012)

A história mostra que o processo de enfermagem com a tecnologia sempre esteve presente nos diferentes processos de viver, adoecer e morrer, sempre confortando o início e o fim da vida. Mesmo antes do surgimento das ilusões criacionista, o conceito de cuidar é extremamente discutido conforme vários autores, e a tecnologia da mesma forma. Não podemos apenas entender a tecnologia como uma máquina, nem por ações empíricas. (SALVADOR, Pétala Tuani et al, 2012)

Mais afinal o que é tecnologia da saúde? Não é apenas significado por máquina? A máquina humana é um instrumento, por onde dela sai às ações que pode trazer ao paciente o cuidado que precisa. A enfermagem precisa das máquinas e o homem da sua competência cognitiva para entendê-los. Estão juntas interligadas. Uma vez que o processo de enfermagem estar ligado por teorias, a tecnologia se funde a seus valores científico e se forma a prática. Não podemos nos tornar refém da alta tecnologia mecânica, mais alvo da assistência de enfermagem. (SALVADOR, Pétala Tuani et al, 2012)

Por sua vez, possuir um mínimo de humanização com a tecnologia e nunca o subestima-lo, torna-la mais um beneficia e não uma arma de prejuízo pra a vida. Dai surge à necessidade de se investigar a que conduta tomar ao paciente. Para que aja um planejamento, um diagnostico, em seguida a implementação, e por fim a avaliação. E nisso nos dar o que chamamos de o processo de enfermagem como tecnologia do cuidado em saúde. (ROCHA, et al 2007)

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é conhecer a relação entre o processo de enfermagem e as tecnologias de cuidado em saúde.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, como requisito da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem. Conceituado em revisão de literatura de acordo com os autores nos seguintes métodos de revisão literária, revisão narrativa, sistemática e integrativa. Supracitado de forma como estudo de revisão de avaliação e sínteses.

Foram pesquisados nas bases de dados on-line, como: GOOGLE ACADÊMICO E Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: Tecnologia, Assistência de Enfermagem e Processos de Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: artigos acadêmicos relacionados ao tema proposto, na íntegra e na Língua Portuguesa. Os critérios de exclusão foram: artigos fora do contexto do tema e na Língua Inglesa. Após a pesquisa e leitura de diversos artigos, foram selecionados 10 artigos para a realização desse trabalho. Esta pesquisa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2016.

RESULTADOS

O CUIDADO E SUA RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM

A história demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões. (KUERTEN, et al,2007)

“cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais, que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro.” (GRAÇAS e SANTOS, 2009, p.2)

O cuidar, realizado pela Enfermagem, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolvem ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psicoespiritual, buscando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana. (KUERTEN, et al,2007)

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição. (KUERTEN, et al, 2007, p.2)

PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUAS ETAPAS

O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Na literatura, costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem. (CARVALHO, Ana Carla, 2015)

O Processo de Enfermagem é aplicável em uma ampla variedade de ambientes (instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar ou de serviços ambulatoriais de saúde, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros); e em uma ampla variedade de situações clínicas em que as observações sobre as necessidades humanas da clientela acompanham, *pari passu*, o processo de tomada de decisão acerca do cuidado requerido e a avaliação posterior dos resultados que se obtêm com a ação/intervenção profissional. (SILVA, Amanda Benício, 2013, p.28,)

A resolução do COFEN nº 358/2009 Art. 2º aborda sobre o Processo de Enfermagem e afirma que é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são elas:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

TECNOLOGIAS DE CUIDADO E SEUS TIPOS

A palavra tecnologia deriva do substantivo grego τέχνη (téchne) que significa arte e habilidade. “Essa derivação nos diz que a tecnologia é uma atividade essencialmente prática, tendo o objetivo de alterar mais do que compreender o mundo. A tecnologia utiliza as formulações criadas pela ciência para criar apetrechos e aparelhos que façam a natureza obedecer ao homem” (GRAÇAS e SANTOS, 2009)

“O termo téchne também significa fabricar, produzir, fazer ou construir, principalmente coisas materiais, através do trabalho ou da arte, como também causar fenômenos naturais, ações ou eventos”. (BACKES, 2007).

O principal objetivo da tecnologia é aumentar a eficiência da atividade humana nas mais variadas esferas, como por o cuidado em enfermagem, e para isso a tecnologia produz os mais variados objetos para atender às necessidades da demanda, ou aperfeiçoa objetos tornando-os mais duráveis ao passo que melhora a produção ao reduzir o tempo ou o custo do objeto. Podemos dizer assim, que o trabalho tecnológico é involuntário e racional, envolve entendimento teórico e prático, conhecimentos sistemáticos e especializados e o resultado só

pode ser alcançado mediante um planejamento eficiente e o uso cauteloso de ferramentas. Assim nós profissionais de Enfermagem conseguimos prestar uma boa assistência aos clientes que necessitam. (KOERICH, Magda Santos, 2007)

Tecnologia dura, leve-dura e leve classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. (GRABOIS, Victor, 2002)

Quando se fala de inovação tecnológica, se usada em favor da saúde contribui, diretamente com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado, ou seja, quando utilizada de maneira adequada cria condições que contribuem para um viver saudável entre os indivíduos que na sociedade são produtos e produtores. Assim acredita-se que há espaço para a tecnologia e o cuidado ético/humanizado. (SALVADOR, Pétala Tuani, 2011)

Como profissionais comprometidos com o cuidado, faz-se necessário construir uma relação com o ser humano atendido por nós, usando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde. (Koerich et al 2006, pag. 23)

RELAÇÃO ENTRE A TECNOLOGIA DO CUIDADO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

E quanto à categoria “Processo de trabalho da enfermagem na prática”, observou-se que os impactos das tecnologias podem fazer com que a prática de enfermagem se torne visível no conjunto de dados, locais, nacionais e internacionais, sobre a saúde, de modo a influenciar na elaboração de políticas, tais como as de saúde e de educação. Por exemplos, as tecnologias de informação, essenciais para a tomada de decisões eficazes e para uma prática de qualidade, favorecendo o processo de trabalho de forma que os conhecimentos profissionais adquiridos possam ajudar a conhecer e a compreender melhor os assuntos relacionados com a atenção à saúde. (PEREIRA, et al, 2012)

Entendemos que no processo de trabalho em saúde há um encontro do profissional com o usuário, no qual expressamos nossas intencionalidades, conhecimentos e representações, como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho. O ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura,

ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar. Utilizam-se diferentes estratégias para produzir saúde, que vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários. (KOERICH, Magda Santo, et al, 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos, que a tecnologia estar em todos os lugares e em tudo. E que precisamos primeira nos questionar como usar e para que usar. Então só assim compreendermos que tipo de tecnologia humana e mecânica usar no paciente. Entender como trabalhar com ela, é a experiência que todos os dias enfrentaremos pra endente-las. As inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não podemos esquecer que é o cuidado que utilizamos a tecnologia e não a tecnologia como refém dela mesmo.

O processo de enfermagem se faz por meio da tecnologia humana e nela aprendemos que a assistência não é apenas por máquinas. Mais por abraços, olhares, sorrisos, ações e atitudes humanas, que trás por contra partida uma forma de tecnologia humanizada no trabalho. Resultando de um trabalho vivido em atos, sistematizado e organizado cientificamente, favorecendo a manutenção da vida, proporcione conforto e contribuindo com uma vida saudável ou uma morte tranquila.

Não podemos esquecer-nos de trabalhar com o processo de enfermagem como tecnologia do cuidado em saúde para que traga aos pacientes uma visão criacionista da vida, pelo menos. E por meio do tema trazer a cura de suas enfermidades e alívio a suas dores.

REFERÊNCIAS

AMORA, A.S. **Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa** - 20ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2014. Disponível em: <http://www.saraiva.com.br/minidicionario-soares-amora-da-lingua-portuguesa-20-ed-2014-8208977.html> , acesso em: 05/05/16

CARVALHO, Ana Carla. **Processo de Enfermagem**. Sae Sem Fronteiras, 2015. Pg.1. Disponível em: <https://saesemfronteiras.wordpress.com/2015/06/03/processo-de-enfermagem-2/>. Acesso em: 09/05/16

GARCIA, Telma Ribeiro. NÓBREGA, Maria Mirian da. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa**; Esc Anna Nery Ver. Enferm 2009, pg.189,190. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>, acesso em: 30/04/16

GRABOIS, Vitor. **Gestão do Cuidado**. FIOCRUZ: instituto de pesquisa, av. Brasil, 4265. Pg.155. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf, acesso em: 29/04/16

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. SANTOS, Geralda Fortina dos. **Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica**. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.1 São Paulo Mar. 2009, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100026, acesso em: 22/04/16

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira, MACHADO, Ana Lúcia. **As tecnologias do cuidado em saúde mental**. Arquivo Medicina Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo, 2013. Pg.147. Disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2013/58_3/08-AA08.pdf, acesso em: 20/04/16

KOERICH, Magda Santos. **Tecnologias de cuidados em Saúde e enfermagem e Suas Perspectivas filosóficas**. Texto Contexto Enferm, vol.15 Florianópolis, 2006. SciELO Brasil, Pg.189. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22>, acesso em: 27/04/16

PEREIRA, Camila Dannyelle Fernandes Dutra. **Tecnologia em Enfermagem e o impacto na prática Assistencial**. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, 2010, pg. 30,31,32. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/reb/article/viewFile/3331/2727>, acesso em: 29/04/16

ROCHA, Patrícia Kuerten, et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado**. Rev. brasileira enferm. REBEn, 2007, pg. 114,115. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf, acesso em: 22/04/16

SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira, et al. **Tecnologia e Inovação Para o Cuidado em Enfermagem**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012, pg.2. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf, Acesso em: 20/04/16

SILVA, Amanda Benício. **Instrumentos para implementação do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Universidade Federal Da Paraíba, 2013, p.28. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5159/1/arquivototal.pdf>, acesso em: 09/05/16

COLABORAÇÃO COM O GRUPO HIPERDIA NA CRIAÇÃO DE UM ADESIVO ORIENTADOR FRENTE À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM TRÊS MUNICÍPIOS NO ESTADO DO CE

Francisco Eduardo Gomes de Oliveira⁸

Paloma de Magalhães Silveira⁹

Samuel Wesley Freire Souza¹⁰

Alana Patricia Fernandes Oliveira¹¹

RESUMO

O estágio curricular supervisionado é considerado um componente fundamental no ensino superior, onde proporciona aproximação com campo de atuação profissional, a realidade social/educacional, como forma de vivenciar e conhecerem os aspectos que envolvem seu trabalho e possui papel fundamental na relação teórico-prática, e se constitui como um processo avaliativo da proposta de formação. Nosso Projeto tem como objetivo colaborar com o grupo HIPERDIA na criação de um adesivo orientador frente à terapêutica medicamentosa em três Municípios no Estado do CE. Utilizados pelos com maior facilidade na identificação do próprio medicamento e sua posologia, reduzindo assim a procura destes ao serviço de saúde com agravos da patologia devido ao mau uso desses medicamentos. Trata-se de uma intervenção, realizado pelos alunos durante o Estágio em três Unidades Básicas de Saúde do Ceará, no Centro de Saúde da Bela Vista, Posto Chico Doutor e Francisca Romana. E será uma pesquisa descritiva e exploratória. O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de cidadãos hipertensos e diabéticos. Sendo a proposta principal da intervenção, a criação de adesivos a qual o cidadão possa melhor identificar qual a medicação correta a ser tomada, juntamente com a hora e quantidade certa. Será confeccionada uma quantidade de adesivos de acordo com as demandas das unidades respeitando as possibilidades de mais cidadãos aderirem ao programa Hiperdia. Os adesivos terá o símbolo deste programa, contendo informações em formas de imagens ilustrativas e textos, contendo também um espaço em branco para o preenchimento das medicações de acordo com cada particularidade de cada cidadão. Com isso o estágio possibilitou nos alunos entrarmos em contato com os problemas reais da nossa comunidade, momento em que, analisaria as possibilidades de atuação em sua área de trabalho. Permitindo assim, fazer uma leitura mais ampla e crítica de diferentes demandas sociais, com base em dados resultantes da experiência direta.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem. Projeto de Intervenção. Estágio.

1 INTRODUÇÃO

⁸ Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE. Limoeiro do Norte/CE. Cel: (88) 9 98657892. E-mail: eduardo.lim@hotmail.com

⁹ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE.

¹⁰ Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE.

¹¹ Enfermeira. Enfermeira pela Faculdade do Vale do Jaguaribe.

O estágio curricular supervisionado (ECS) é considerado um componente fundamental no ensino superior. Na verdade, ele demonstra a relação entre as intenções de formação e o campo social/profissional, além de se constituir como prática investigativa. Traduz as características do projeto político-pedagógico do curso, de seus objetivos, interesses e preocupações formativas, traz ainda a marca dos professores que orientam, dos conceitos e práticas por eles adotados (PIMENTA; LIMA, 2010, p. 113).

O ECS como parte integrante do currículo universitário propicia aproximação com campo de atuação profissional, a realidade social/educacional, como forma de vivenciar e conhecerem os aspectos que envolvem seu trabalho e possui papel fundamental na relação teórico-prática e investigação, e se constitui como um processo avaliativo da proposta de formação. Além disso, a prática do estágio possibilita ao estagiários a conscientização social/política de sua atuação, de se sentir pertencente no processo de construção histórico e social, desde que tenha essa intenção. Portanto, o estágio não se constitui apenas pelo caráter teórico-prático de sua profissionalização, mas possibilita a conscientização da dimensão que envolve seu trabalho. Por exemplo, o graduando em pedagogia, o estágio pode proporcionar a conscientização do trabalho docente e gestorial como prática social/educativa, na constituição do “outro” enquanto humano e do mundo, seja em âmbito escolar e/ou não-escolar (BORSSOI, 2012).

No ECS teremos como propósito desenvolver um projeto de intervenção que tem como alvo de trabalho o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), tendo em vista a otimização do uso dos inúmeros medicamentos que alguns cidadãos integrantes do programa faz uso diário, aumentando os índices de bons resultados e um acompanhamento de melhor efeito sob esses cidadãos.

E tem como objetivo colaborar com o grupo HIPERDIA na criação de um adesivo orientador frente à terapêutica medicamentosa em três Municípios no Estado do CE. Utilizados pelos com maior facilidade na identificação do próprio medicamento e sua posologia, reduzindo assim a procura destes ao serviço de saúde com agravos da patologia devido ao mau uso desses medicamentos.

2 METODOLOGIA

Esse artigo trata-se de um trabalho a ser realizado pelos alunos durante o Estágio Supervisionado na UBS, na Unidade Básica de Saúde que tem duração de mais ou menos quatro meses. Será uma pesquisa descritiva e exploratória.

As pesquisas exploratórias proporcionam uma maior familiaridade com o problema. Essas pesquisas têm como objetivo principal aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição de característica de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através de coleta de dados, questionários e a observação sistemática. Essa pesquisa é juntamente com a exploratória.

Além disso, será elaborada uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), além do conhecimento dos mesmos. Para construção desse trabalho optar-se á por artigos de periódicos da saúde publica, pelos descritores “Educação em Enfermagem”, “Projeto de Intervenção” e “Estágio”.

A intervenção será feita em Três UBS, que se localiza no Ceará. São eles: Centro de Saúde da Bela Vista situada em São João do Jaguaribe-CE, na UBS Chico Doutor em Iracema-CE e na UBS Francisca Romana em Limoeiro do Norte-CE. E a população será composta por todos que fazem parte do programa HIPERDIA, são eles diabéticos e hipertensos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estágio supervisionado tem duração de mais ou menos quatro meses, onde nesse tempo tivemos a oportunidade de ver e fazer realmente o papel da enfermagem na Unidade Básica de Saúde. Onde contemplamos todos os itens na captação da realidade.

Neste estágio será elaborado e desenvolvido um projeto de intervenção para as três UBS. Constitui-se o momento que culminará com o término do estágio e o conseqüente fechamento do curso. Nosso trabalho serão em três Unidades do Estado do Ceará. Onde cada um aluno estagiou.

No município de Limoeiro do Norte-CE, a UBS Francisca Romana, é composta por uma enfermeira e uma médica, onde atende de segunda á sexta. O atendimento da enfermagem se divide da seguinte forma: pré-natal, HIPERDIA, puericultura, demanda livre, visitas domiciliares e prevenções.

No município de Iracema-CE, o Posto de Saúde Chico Doutor é composto por uma enfermeira, uma médica, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga, um dentista, duas técnicas de saúde bucal, três técnicas de enfermagem e cinco agentes de saúde, incluído

o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O atendimento da enfermagem se divide da seguinte forma: atendimento geral, resultados de exame, pré-natal, prevenção, puericultura, HIPERDIA, teste rápido e visitas domiciliares.

Na UBS do São João do Jaguaribe-CE, o Centro de Saúde da Bela Vista é composto por uma enfermeira, um médico, duas fisioterapeutas, um dentista, duas assistentes sociais e um fonoaudióloga, incluído o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Contemplando as seguintes especialidades como atendimento como Ambulatorial 24 horas (medicina e enfermagem). O atendimento da Enfermagem é dividido em demanda livre, HIPERDIA, pré-natal, puericultura, teste rápido HIV/Sífilis, prevenções e visitas domiciliares.

Os problemas das unidades foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produções diárias e mensal da equipe – UBS Centro de Saúde da Bela Vista. Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades), a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados.

A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, a falta de conhecimento dos cidadãos em relação às medicações e sua posologia foram citadas como o principal problema a ser resolvido. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da medicação, negligência em relação aos exames de controle, frequência às consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de cidadãos hipertensos e diabéticos. Isso já infere o grau de urgência, pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações agudas da patologia.

Sendo a proposta principal da intervenção é a criação de um adesivo a qual o cidadão possa melhor identificar qual a medicação correta a ser tomada, juntamente com a hora certa e a quantidade certa. Será confeccionada uma quantidade de adesivos de acordo com as demandas das unidades respeitando as possibilidades de mais cidadãos aderirem ao programa HIPERDIA.

Os adesivos serão de 8 cm de altura por 8 cm de largura, com o símbolo do programa HIPERDIA ao fundo da imagem. Conterão informações em formas de imagens

ilustrativas e textos, as imagens viram representando horários como manhã/dia, almoço e jantar/noite, contendo também um espaço em branco para o preenchimento das medicações de acordo com cada particularidade de cada cidadão.

O projeto contará com o apoio do NASF do município de São João do Jaguaribe-CE, utilizando a estratégia para a capacitação das intervenções ministradas pelos acadêmicos, possibilitando assim um maior respaldo durante a implantação do projeto de intervenção. A arte do adesivo ficará salvo junto à equipe do NASF e das UBS's para se assim desejarem darem continuidade as intervenções.

As intervenções terão o apoio do NASF de São João do Jaguaribe-CE e das UBS's Centro de Saúde da Bela Vista, Francisca Romana e o Posto de Saúde Chico Doutor. Após a aprovação do projeto e confecção dos adesivos que leva de 3 á 5 dias, faremos uma capacitação aos Enfermeiros, Médicos e Agentes de Saúde Comunitário da ESF para explicar como o adesivo funcionará.

Os adesivos serão preenchidos com a medicação, total de comprimidos e os horários de tomar de acordo com cada cidadão. Serão feitas orientações para que esse adesivo seja colocado em um local no domicilio do cidadão, onde o mesmo possa sempre perceber-lo, assim facilitando a memorização e controlando de forma indireta a ingesta desses medicamentos.

Contaremos também com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, que são a ligação direta da ESF com os cidadãos, e assim fiscalizando de certa forma em sua visita o local onde esse adesivo está, e se ele está seguindo as orientações repassadas pelos profissionais da ESF.

E assim finalizaremos nossas intervenções, no qual haverá a apresentação da proposta, falando sobre o que é, como será feito e a sua importância.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio Curricular constitui-se numa atividade centrada no homem como ser ativo e capaz de fazer a articulação entre a teoria e a prática, entre o saber e o fazer. É também uma atividade de relacionamento humano comprometida com os aspectos afetivos, sociais, econômicos e, sobretudo, político cultural, porque requer consciência crítica da realidade e suas articulações.

O estágio possibilita ao aluno entrar em contato com problemas reais da sua comunidade, momento em que, analisará as possibilidades de atuação em sua área de

trabalho. Permite assim, fazer uma leitura mais ampla e crítica de diferentes demandas sociais, com base em dados resultantes da experiência direta.

REFERÊNCIAS

BORSSOI, Berenice Lurdes. O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO COMO POTENCIALIZADOR DA FORMAÇÃO DO SUJEITO POLÍTICO. **Anped Sul**, Santa Catarina - Rs, v. 2, n. 1, p.01-14, dez. 2012.

PIMENTA, S. G.; LIMA, M. S. L. Estágio e Docência. São Paulo: Cortez, 2010. **RIOS, T. A. Ética e Competência**. São Paulo: Cortez, 2011.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM PRIMEIROS SOCORROS

Isabela Goés dos Santos Soares¹²

Jamile Rodrigues Cosme de Holanda¹³

Jackson Francisco da Silva¹⁴

Shayanne Moura Fernandes de Araújo¹⁵

Suzane da Paz de Oliveira¹⁶

Ana Cristina Arrais¹⁷

RESUMO

A educação em saúde configurou-se através dos tempos, como uma das estratégias do poder público para garantir o desenvolvimento de ações de controle e prevenção de doenças, nos diversos setores da saúde e educação. No espaço escolar, os acidentes constituem preocupação constante, já que eles são frequentes e podem acontecer em qualquer momento. Objetivou-se com esse estudo conhecer a importância da capacitação dos profissionais de escolas em primeiros socorros. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos durante o mês de abril de 2016. Os critérios de inclusão foram: os artigos encontrados nas bases de pesquisa deverão apresentar referencial teórico acerca da importância da capacitação dos profissionais de escolas em primeiros socorros, os artigos serem a partir de 2010 e apresentar o texto completo em PDF. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão. Foram escolhidos 15 artigos, dentro dos 29 artigos selecionados. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas de acordo com os critérios de inclusão. O PSE é responsável pelo desenvolvimento dos primeiros socorros na escola capacitando-os para o atendimento temporário e imediato de uma pessoa que esta ferida ou que adocece repentinamente. O ambiente escolar é um lugar propício a acidentes devido ao grande número de crianças e adolescentes que nele se encontra, sendo assim deve-se haver a preocupação de responsáveis, professores e da direção da escola. Por isso é necessário que os profissionais que trabalham nas escolas sejam capacitados em situações de urgência, evitando esse tipo de situação. Pode-

¹²Graduanda em enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. Endereço: Rua Otávio Ferreira, n. 16, bairro Rincão, Mossoró, RN. Telefone para contato: (84) 9 8744-3585. E-mail: isabelagoes@hotmail.com

¹³Graduanda em enfermagem do 8º período da FACENE. Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva e Cardiologia pela FACENE. E-mail: jamileholanda40@gmail.com

¹⁴Enfermeiro especialista em Clínica pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia. E-mail: Jackson_teles@hotmail.com

¹⁵Graduanda em enfermagem do 8º período da FACENE. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE. E-mail: moura.anne@hotmail.com

¹⁶Graduanda em enfermagem do 8º período da FACENE. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE. E-mail: suzaneoliver@globo.com

¹⁷Enfermeira especialista em em Gestão da Clínica no SUS: Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa - IEP/HSL. Atua como coordenadora de estágios na FACENE. E-mail: anaarrais@facenemossoro.com.br

se notar com os relatos dos artigos que ainda há muito o que aperfeiçoar, pois muitos profissionais ainda não estão qualificados e qualquer falha na assistência à vítima poderá eclodir problemas que ocasionará risco a vida da vítima.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde Escolar. Primeiros Socorros.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde configurou-se através dos tempos, como uma das estratégias do poder público para garantir o desenvolvimento de ações de controle e prevenção de doenças, nos diversos setores da saúde e educação (NARDINO et al, 2012).

A literatura enfoca que a educação é considerada um dos mais importantes recursos na prevenção de acidentes, devendo a educação em saúde estar presente em todos os programas escolares. Mais recentemente, está sendo incorporada nos locais de trabalho e educacional, que constituem-se em espaço ideal para fortalecer a introdução de sementes preventivas em relação aos acidentes (NARDINO et al, 2012).

No espaço escolar, os acidentes constituem preocupação constante, já que eles são frequentes e podem acontecer em qualquer momento. É fundamental que os professores e funcionários saibam como agir frente a esses eventos, evitá-los e realizar os primeiros socorros, procurando, assim, evitar as complicações decorrentes de procedimentos inadequados, garantindo assim uma melhor evolução e prognóstico das lesões (LEITE et al, 2013).

Os primeiros socorros (PS) são os primeiros procedimentos prestados a uma pessoa que sofreu um acidente ou mal súbito, é um atendimento temporário e imediato. Tem a finalidade de manter os sinais e funções vitais do acidentado e evitar o agravamento de suas condições através de medidas e procedimentos até a chegada de uma assistência mais qualificada (VECCHIO et al, 2010).

No primeiro atendimento a criança acidentada deve haver uma observação rápida do ambiente e desta. Para isso, é necessário que os funcionários e professores de escolas saibam como agir frente a um acidente. Assim, a capacitação a esses profissionais torna-se indispensável para saber como agir diante das situações de risco a um acidentado (LEITE et al, 2013).

Diante desse contexto faz-se o seguinte questionamento: Qual a importância da capacitação de profissionais de escolas em primeiros socorros?

Justificou-se a realização deste artigo por ser de extrema relevância saber qual a importância de capacitar os profissionais de escolas em primeiros socorros, visto que orientando os funcionários pode-se prevenir acidentes e socorrer vítimas dentro do ambiente escolar. Sob esse prisma, a necessidade de pesquisar sobre a temática emergiu a partir das experiências práticas vivenciadas no estágio curricular na graduação de enfermagem, no qual foi observado que os profissionais socorrem crianças que sofreram um acidente na escola devido a uma capacitação que eles tiveram em primeiros socorros. Este presente estudo é relevante devido a sua influência social e acadêmica, pois permite que os leitores saibam qual a importância de capacitar profissionais em escolas.

Objetivou-se com esse estudo conhecer a importância da capacitação dos profissionais de escolas em primeiros socorros.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, que consiste em um método que reúne os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre uma mesma temática, objetivando sintetizar e analisar os dados, a fim de desenvolver uma explicação mais abrangente de um determinado fenômeno e fornecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Esse tipo de revisão não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações e a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores (LEITE, 2015).

Para construção desse artigo optou-se por artigos de periódicos da saúde pública, já que essa vertente representa uma bibliografia valorizada e de mais fácil acesso. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*. Os descritores em ciências da saúde elencados para a captura dos artigos nas diferentes bases de dados foram “Enfermagem”, “Saúde Escolar”, “Primeiros Socorros”.

. Os descritores foram utilizados de maneira isolada. Período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de abril de 2016.

Os critérios de inclusão foram: os artigos encontrados nas bases de pesquisa deverão apresentar referencial teórico acerca da importância da capacitação dos profissionais de

escolas em primeiros socorros, os artigos serem a partir de 2010 e apresentar o texto completo em PDF. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão.

Desta forma, foram capturados 29 artigos para compor, no primeiro momento, a leitura dos resumos. Após leitura e análise criteriosa foram selecionados 16 artigos para que os pesquisadores pudessem realizar a leitura na íntegra do material. Posteriormente a essa fase, foram utilizados no presente no estudo um total de 15 artigos. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas de acordo com os critérios de inclusão e deram origem aos resultados e discussão a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não é de hoje que se reconhece o vínculo entre a saúde e a educação, a escola, atualmente, está sendo considerado um instrumento muito importante para as atividades de educação e promoção em saúde. Desta íntima ligação entre essas duas áreas, temos a melhoras de indicadores sociais e de saúde, apesar das dificuldades encontradas, obtendo assim o melhoramento das condições de saúde e bem-estar e o desenvolvimento humano sustentável, para todos os integrantes das comunidades (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Durante séculos o âmbito escolar foi alvo de intervenções sanitárias, com o intuito de ações de educação em saúde normativas e prescritivas, conhecidas como higiene escolar, a fim de reduzir condutas que causassem danos à saúde. Nesse sentido diversos estudos apontavam a importância da realização de ações integradas que permitissem a construção de novos cenários mais favoráveis à qualidade de vida. Com isso a escola emerge como locus para o desenvolvimento dessas ações por ser um espaço de interações sociais que fatores determinantes podem ser problematizados a partir de cada realidade (FERREIRA et al, 2014).

O Programa de Saúde na Escola (PSE) foi instituído através do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica por meio das referidas Ações de Saúde na Escola (ASE) para a concretização das propostas de promoção da saúde, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento desses fatores visando ao enfrentamento das vulnerabilidades da rede pública brasileiro, sendo implantado em 2009 com a adesão dos municípios e apresentação de seus projetos aos Ministérios de Saúde e Educação (FERREIRA et al, 2014).

Portanto é fundamental que a promoção em saúde ultrapasse as barreiras das unidades de saúde, intersetorial, pactuada com a comunidade e ajustadas em ativa colaboração,

atendendo as necessidades de saúde de cada região, promovendo dessa forma o cuidado individual e coletivo. Sendo isto implantado nas bases da sociedade, ou seja, nas escolas, visto que são fontes formadoras de opiniões de crianças, adolescentes e, conseqüentemente, de suas famílias, constituindo um dispositivo a ser utilizado como ferramenta da educação em saúde, buscando formar cidadãos mais conscientes e responsáveis (SANTIAGO et al, 2012).

As ações de saúde devem ser pautadas não só nas capacitações desses escolares, mas também na monitorização e avaliação das condições clínicas e psicossociais deles, além de avaliar o método de escolha do PSE para saber se está realmente surtindo efeito e eles estão absorvendo as informações, para que possam se tornar dissipadores de conhecimentos (CORD et al, 2015)

Por ser uma política intersetorial, o programa representa uma inovação na educação que desafia os gestores em sua condução, requerendo novas articulações entre esses setores, portanto a educação permanente e a capacitação desses profissionais facilitam a comunicação e fortalecem vínculos, atendendo as expectativas mútuas. Sendo esses programas do PSE incluídos no Projeto Político Pedagógico (PPP) de cada uma das escolas, essencial para garantir a institucionalização das ações, incluindo-as na rotina da escola (FERREIRA et al, 2014).

Os problemas mais encontrados na implantação do programa são as dificuldades de aprendizagem como decorrentes da (a) desigualdade socioeconômica familiar; (b) de problemas do aluno; (c) e a escola e as políticas públicas como co-produtoras das dificuldades de aprendizagem. Devendo-se diagnosticá-las precocemente e trabalhar eles de forma individual, de forma a compreender o PSE como um agente que pode contribuir para o diagnóstico e medicalização das dificuldades de aprendizagem (CORD et al, 2015).

Dessa forma o PSE também é responsável pelo desenvolvimento dos primeiros socorros na escola capacitando-os para o atendimento temporário e imediato de uma pessoa que esta ferida ou que adoecer repentinamente, por mais recente que os primeiros socorros sejam eles servem para reconhecer condições adversas em que a vida da vítima está em risco e se devem tomar atitudes necessárias para manter a vítima viva e na melhor condição possível até obter atendimento médico (BERNARDES; MACIEL; VECCHIO, 2010).

Os primeiros socorros são classificados como uma série de procedimentos simples que têm como objetivo resolver situações de emergência, feitas por pessoas detentoras desses conhecimentos, até a chegada de atendimento especializado. Tem a finalidade de manter as funções vitais do acidentado e evitar o agravamento de suas condições através de medidas e procedimentos até a chegada de uma assistência mais qualificada. O importante é que no

primeiro atendimento da criança, haja uma observação rápida do ambiente. Para isso é necessário que, funcionários, e professores de escolas tenham o conhecimento básico sobre primeiros socorros, para saber agir diante das situações de risco (LEITE et al., 2013).

O ambiente escolar é um lugar propício a acidentes devido ao grande número de crianças e adolescentes que nele se encontra, sendo assim deve-se haver a preocupação de responsáveis, professores e da direção da escola. Além disso, em muitas situações a falta de conhecimento por parte da população ocasiona inúmeros problemas, como o estado de pânico ao ver o acidentado, a manipulação incorreta da vítima e ainda a solicitação excessiva e às vezes desnecessárias do socorro especializado em emergência. Por isso é necessário que os profissionais que trabalham nas escolas sejam capacitados em situações de urgência, evitando esse tipo de situação (NARDINO et al., 2012)

A educação é considerada um dos mais importantes recursos na prevenção de acidentes, devendo estar presente em todos os programas escolares e, mais, recentemente, está sendo incorporada nos locais de trabalho, que se constituem em espaço ideal para fortalecer a introdução de medidas preventivas em relação aos acidentes (NARDINO et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os acidentes figuram entre as primeiras causas de óbito nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, representando hoje, ao lado da violência, o primeiro lugar em morbimortalidade de crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos de idade. Dos acidentes com crianças em idade escolar 10 a 25% ocorrem na escola ou em seu entorno. No Brasil, de 6 a 13% dos acidentes em crianças nesta faixa etária, ocorrem em instituições de ensino (SENA, 2010).

Existem poucos estudos realizados sobre acidentes no espaço escolar, subentende-se que as escolas são ambientes seguros e que seu interior não existe local de risco. Essa afirmativa trata-se de um engano, já que existe alguns riscos bem presentes. A possibilidade e a previsibilidade de ocorrência de acidentes neste espaço merecem uma atenção especial, pois ali se encontram aglomerados uma grande quantidade de crianças e adolescentes que estão envolvidos em diversas atividades físicas e recreativas. Essas ocorrências podem aumentar consideravelmente devido ao mau uso dos instrumentos materiais e a falta de consciência e atenção do educando (SANTOS, 2011).

Se houver uma previsibilidade por parte da comunidade escolar, muitos acidentes podem ser evitados. Uma equipe preparada para aplicar um atendimento básico, mas eficaz, pode evitar complicações, amenizar o sofrimento e até mesmo acudir vidas, sem deixar sequelas (SANTOS, 2011). É mínima a quantidade de escolas públicas com equipes técnicas em ressuscitação cardiopulmonar e primeiros socorros, já que a maioria das instituições não

provem de equipamentos de emergência para realizar capacitação aos funcionários e professores (TINOCO; REIS; FREITAS, 2014).

Portanto, a promoção e a prevenção de acidentes precisam ser desenvolvidas nas escolas, por meio de treinamentos, dinâmicas, acompanhamentos e avaliação da equipe de enfermagem, evitando possíveis acidentes e sabendo como atender vítimas no ambiente escolar. Por isso, é importante a que a participação desse profissional qualificado faz toda a diferença por atuarem realizando educação em saúde por meio de capacitação nos serviços escolares. A educação em saúde precisa ser disseminada, incentivando constantemente a adoção de comportamentos seguros e saudáveis (PEREIRA et al, 2015).

O enfermeiro deve preparar o prestador de socorro para deparar-se com diversas situações de urgência que podem assustar essas pessoas. O pânico pode fazer com que estes manipulem de forma inadequada a vítima, cometendo erros que agravam as circunstâncias e até mesmo comprometam a saúde da vítima. Em síntese, o prestador de socorro deve ter conhecimentos básicos e ao se deparar com uma situação de acidente. Deve orientar estes para manter a calma, evitando pânico para que possa assumir a situação; avaliar a cena do acidente, antes de qualquer procedimento, procurando detectar possíveis riscos aos envolvidos na situação. Em hipótese nenhuma, o socorrista deve colocar sua vida em risco. É necessário afastar os circunstantes do acidentado, com calma e educação (SANTOS, 2011).

Existe outras informações que o prestador tem que saber para realizar o atendimento, como: evitar o contato direto com sangue, secreções, excreções ou outros líquidos sem a presença de Equipamento de Proteção Individual (EPI); em todo atendimento ao acidentado consciente, comunicar o que será feito antes de executar para transmitir-lhe confiança, evitando o medo e a ansiedade. As vítimas de trauma requerem técnicas específicas de manipulação, pois qualquer movimento errado pode piorar o seu estado e provocar outro trauma. Os acidentados presos em ferragens só devem ser retirados pela equipe de atendimento emergencial, com exceção daqueles que o local pode causar risco de vida para ele ou para o socorrista; ex: risco de explosão, estrada perigosa onde não haja como sinalizar (RAGADALI FILHO, 2015).

Com a capacitação desses funcionários, a escola torna-se um lugar seguro para os escolares estudarem. Dessa maneira, a escola e a saúde são eixos fundamentais para que essas orientações sejam passadas a esses profissionais, visto que estes assumem um papel particular na edificação da qualidade de vida de uma vítima acidentada, já que deve ser realizada promoção à saúde e formação de indivíduos capazes de compreender e modificar a realidade,

identificar problemas que afetam a comunidade e sugerir ações para resolvê-los (SILVA; MARQUES; BARROS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com os dados obtidos na pela revisão das literaturas, é possível observar que é de grande relevância que os profissionais que trabalham em escolas estejam capacitados para realizarem atendimento aos primeiros socorros a vítimas acidentadas. No entanto, pode-se notar com os relatos dos artigos que ainda há muito o que aperfeiçoar, pois muitos profissionais ainda não estão qualificados e qualquer falha na assistência à vítima poderá eclodir problemas que ocasionará risco a vida da vítima e estes são supridos mediante a educação em saúde e avaliação das condutas frente aos primeiros socorros.

REFERÊNCIAS

BERNARDES, Emerson Luiz; MACIEL, Francisco Araújo; VECCHIO, Fabrício Boscolo del. Primeiros Socorros na Escola: Nível de Conhecimento dos Professores da Cidade de Monte Mor. **Movimento & Percepção**, São Paulo, v. 8, n. 11, p.289-306, 2010.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.829-840, mar. 2014.

CORD, Denise et al. As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. **Psicologia, ciência e Profissão**, Santa Catarina, v. 35, n. 1, p.40-53, 2015.

FERREIRA, Lucas Alves et al. Capacitação em suporte básico de vida para vigilantes: uma atividade extensionista. **Revista extendere**, v. 2, n. 1, p. 123-134, 2014.

LEITE, Andreza Carla Queiroz Bezerra et al. Primeiros socorros nas escolas. **Revista Extendere**, v. 2, n. 1, p. 61-70, 2013.

LEITE, Dante Moreira. **O que é revisão da literatura?** Universidade de São Paulo – USP, 2015. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>. Acesso em: 18/04/2015.

NARDINO, Janaine et al. Atividades educativas em primeiros socorros. **Revista Contexto Saúde**, v. 12 n. 23, p. 88-92, 2012.

PEREIRA, Karine Chaves et al. A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros por parte do público leigo. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1478-1485, 2015.

RAGADALI FILHO, Alvaro et al. A importância do treinamento de primeiros socorros no trabalho. **Rev. Saberes**, v. 3, n. 2, p. 114-125, 2015.

SANTIAGO, Lindelvania Matias de et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p.1026-1029, jan. 2012.

SANTOS, Lourdes Vidal dos. **Uma abordagem no atendimento de emergência nas escolas**. Foz do Iguaçu, Paraná, 2011. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2010/2010_unioeste_edfis_pdp_lourdes_vidal_dos_santos.pdf. Acesso em: 23 de abril de 2016.

SENA, Soraia Pinto et al. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental. **Rev de Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 4, n. 1, p.47-54, 2010.

SILVA, HávilaThaysa Ferreira da; MARQUES, Ione Alves Campos; BARROS, Leandra Cristhyne Souza. A importância da aplicação do treinamento e desenvolvimento nas organizações. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 3, 2013.

TINOCO, Vanessa do Amaral; REIS, Michelle Messias Tinoco; FREITAS, Laura Nascimento. O enfermeiro promovendo saúde como educador escolar: atuando em primeiros socorros. **Revista transformar**, n. 6, p. 104-113, 2014.

VECCHIO, Fabrício Boscolo Del et al. Formação em primeiros socorros: estudo de intervenção no âmbito escolar. **Cadernos de Formação RBCE**, p. 56-70, 2010.

SABERES EDUCACIONAIS EM SAÚDE COMO FATOR DE PROMOÇÃO E QUALIDADE DE VIDA PARA OS IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUCIANA PEREIRA DE BRITO¹⁸

ALLYSON RODRIGO DA SILVA MARINHO¹

MARIA REGINA DE LIMA¹

AMÉLIA RESENDE LEITE¹⁹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O campo da saúde tem sofrido modificações positivas, de forma a inovar os modelos de saúde como a educação permanente. A educação em saúde é capaz de transformar os processos de planejamento no cuidado da enfermagem. Quando está direcionada para a população da 3ª idade é de grande importância para a melhoria nas condições de vida e da inclusão desses idosos à sociedade. **OBJETIVOS:** Relatar as experiências dos alunos nas ações realizadas em um Centro Geriátrico correlacionando com a importância dessas ações para a prática da educação em saúde como fator de promoção e qualidade de vida. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência baseado numa ação educativa em saúde em um Centro Geriátrico. Com uma média de idosos com faixa etária entre 60 à 80 anos. A ação contou com recursos lúdicos, dinâmica cognitiva e atividades voltadas diretamente à saúde. **ANÁLISE DOS RESULTADOS:** Observou-se que a educação em saúde estabelece a construção de vivências e saberes importantes para os grupos da 3ª idade e os idosos participaram e interagiram e com isso, sentem-se valorizados enquanto sujeitos capazes de exercerem sua autonomia e sua posição diante de outras pessoas. se obteve o resultado favorável no aspecto promocional da saúde, diante da observação, notou-se que alguns não sabiam como utilizar determinadas plantas medicinais, nem conheciam a forma correta de preparar chás com tais ervas medicinais. Sobre as dinâmicas, observou que os idosos estimularam sua cognição, desenvolvendo o raciocínio lógico de maneira descontraída. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A educação em saúde deve ser cada vez mais incentivada, o processo de envelhecimento inclui diversas manifestações, e não devem ser associadas a incapacidade do indivíduo. As particularidades e necessidades devem ser compreendidas e trabalhadas, sendo importante haver a troca de conhecimento entre o profissional e o idoso, além dos diversos estímulos à saúde que devem ser fornecidos.

DESCRITORES: Educação em saúde, gerontologia, enfermagem

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o campo da saúde tem sofrido modificações positivas devido a criação do SUS que veio contribuir para a geração de novos horizontes no âmbito da saúde,

¹ Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE, Mossoró-RN, Telefone: 98869-5111, Email: brittolu@hotmail.com

¹⁸ Acadêmicos de Enfermagem do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE/RN.

¹⁹ Enfermeira. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

transcendendo a ideia de implementação somente em antigas práticas de praxe profissional, inserindo assim, novos modelos de saúde: A educação permanente em saúde. Com essa nova forma possibilidade de promoção, é que os profissionais ganharam um macro campo de atuação nos processos de trabalhos, interligando os sujeitos com os profissionais em uma esfera de conhecimento, troca de saberes, prevenção, sendo capaz de transformar as práticas e os métodos da formação em saúde. (DUARTE, DE OLIVEIRA,2012)

A educação em saúde é uma ferramenta capaz de transformar os processos de planejamento no cuidado da enfermagem frente às complexidades encontradas, como também facilita o acesso dos sujeitos à assistência da saúde e gera a inclusão dos mesmos de modo participativo na sua terapêutica. Nunes et al (2011) ainda aborda que a tecnologia tem facilitado também na melhoria da abordagem dessa educação pois ela oferece uma gama de atividades que favorece a relação dos profissionais com os usuários.

O processo da educação em saúde sendo direcionada para a população da 3ª idade é de grande importância para a melhoria nas condições de vida e da inclusão desses idosos à sociedade, produzindo efeitos positivos na saúde, pois, esse processo de educação incumbe a participação desses grupos e isso gera uma troca de aprendizagem essenciais para a promoção em saúde, com isso, a pessoa idosa poder reconhecer que independente do seu processo de envelhecimento, isso não o impede de exercer sua autonomia (PATROCINIO, PEREIRA, 2013).

O Brasil de atualmente está mudando seu perfil de população e um desses fenômenos refere-se a melhoria da qualidade de vida resultando numa maior perspectiva de vida, que traduz no aumento da população idosa, porém, esses idosos precisam estar inseridos no contexto social e subjetivo para que o estabelecimento de condutas em saúde possa promover a educação à esses grupos da 3ª idade, não somente no âmbito social. Essas mudanças favoráveis na qualidade de vida do idoso explica a eficiência da educação em saúde (LAROQUE et al, 2011)

É importante ressaltar que os determinantes sociais indicam que a saúde é senão fruto de uma condição social de forma relativamente estabelecida pela abordagem nos serviços de saúde, ou seja, são as formas de lidar com os sujeitos em seu contexto holístico que irá determinar esses determinantes, por isso que, mesmo com o processo do envelhecimento em um país onde a maioria da população é idosa, é que a saúde se mostra relevante distinta para cada grupo/ perfil de idosos, pois as condições sociais é que irá determinar sua qualidade de vida (GREIB,2012).

Diante disso, é que se faz essencial a implementação da educação em saúde para os grupos da 3ª idade devido fatores de risco encontrados, como por exemplo, as comorbidades susceptíveis na 3ª idade e a desinformação sobre o processo do envelhecer e a construção da sua autonomia, independência ao lidar com os desafios encontrados nas relações sociais e na sua participação efetiva na comunidade (FLORES et al,2011).

Portanto, o exposto trabalho tem como objetivo principal relatar as experiências dos alunos nas ações realizadas em um Centro Geriátrico desta cidade, correlacionando com a importância dessas ações para a prática da educação em saúde como fator de promoção e qualidade de vida, entrepondo as relações de profissional e sujeito (idoso) na perspectiva do cuidado integralizado em saúde.

OBJETIVOS GERAIS

- Construir uma ação educativa em saúde para idosos de um Centro de Geriatria na cidade de Mossoró

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar as experiências dos alunos nas ações realizadas em um Centro Geriátrico desta cidade;
- correlacionar a importância dessas ações para a prática da educação em saúde como fator de promoção e qualidade de vida, entrepondo as relações de profissional e sujeito (idoso) na perspectiva do cuidado integralizado em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência que Borille(2012) diz que refere-se ao fenômeno humanização onde o sujeito é participativo da sua realidade, trazendo suas experiências de vida, como também compartilhando-as, e do outro lado, o pesquisador tem a possibilidade de observar ou analisar sob o ponto de vista subjetivo, a execução de ações transformadoras dessas realidades.

Com bases no conhecimento sobre relato de experiência, realizou-se uma ação educativa em saúde para os grupos da 3ª idade no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires, localizado na cidade de Mossoró-RN no Bairro Alto da Conceição, no período de 05 de Abril

de 2016O local possui em média 30 idosos cadastrados, mas segundo informações de funcionários, nem todos participam de todas as atividades. Os idosos tem uma faixa etária em média 60 à 80 anos, mas durante a ação apenas em média 25 idosos estavam presentes. Foram realizadas ações direcionadas aos grupos de idosos daquele centro, e ofertou-se uma palestra educativa sobre o uso de plantas medicinais, utilizando-se de cartazes ilustrativos, amostras de algumas plantas, orientações por comunicação oral e um momento para perguntas e respostas.

Também foram utilizados recursos lúdicos para jogos dinâmicos como Bingo com sorteio de brindes e apresentação de uma dinâmica cognitiva chamada de Dinâmica dos Pássaros, além de ações em saúde como aferição da Pressão Arterial e realização do teste rápido glicêmico (HGT). Ao final da ação foi oferecido um lanche saudável para os idosos. A base bibliográfica da pesquisa foi realizada através do site Google Acadêmico, utilizando-se de palavras-chaves: Saúde do Idoso, educação em saúde, e educação permanente, todos artigos com anos de publicações a partir de 2011 e de periódicos brasileiros. A pesquisa foi construída no período de 15 à 18 de Abril de 2016.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Observou-se que a educação em saúde estabelece a construção de vivências e saberes importantes para os grupos da 3ª idade e tem um significado muito grande, ou seja, os idosos participaram e interagiram com entusiasmo, pois se percebeu que eles sentiram-se valorizados enquanto cidadãos, sujeitos e capazes de exercerem sua autonomia e sua posição diante de outras pessoas. Também se obteve o resultado favorável das ações no aspecto promocional da saúde, já que diante da observação, notou-se que alguns não sabiam como utilizar determinadas plantas medicinais, nem conheciam a forma correta de preparar chás com tais ervas medicinais expostas na palestra sobre plantas medicinais. Por isso que a palestra sobre as plantas medicinais trouxe uma variedade de informações sobre o nome correto de cada planta, as partes das plantas onde se encontrava os princípios ativos para cada sintoma de saúde. Notamos que alguns idosos já sabiam de algumas informações a respeito do uso dessas plantas, mas a maioria se surpreendeu de maneira positiva e inclusive comentaram que passariam a adotar as medidas corretas do uso das plantas medicinais.

Em relação as dinâmicas oferecidas, percebeu-se que foi o momento mais participativo, pois nesse momento os idosos estavam muito entusiasmados em interagirem uns com os outros. Entendeu-se que essas ações lúdicas impulsionam esses idosos uma espécie de resgate do bom convívio de relacionamento, ao mesmo tempo em que se percebe a euforia de

estarem se divertindo de maneira saudável. Ainda sobre as dinâmicas, observou que os idosos estimularam sua cognição, desenvolvendo o raciocínio lógico de maneira divertida e descontraída, pois, o jogo que foi oferecido, tratava-se de adivinhações de nomes de animais através de perguntas e charadas, levando a estimularem a memória e percepção uns com os outros. O principal objetivo foi alcançado que foi através de uma ação em saúde, repassar os conhecimentos no âmbito da saúde de maneira diversificada para os idosos, em uma perspectiva de troca de saberes, pois realmente tanto se transmitiu os conhecimentos para eles, como também houve o compartilhamento de ideias, mesmo sob o ponto de vista empírico, construindo assim, a educação em saúde na sua prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento incumbe em uma série de manifestações, desde a queda da vitalidade orgânica, até fatores extrínsecos. Porém, a velhice está sim, associada a esse processo, mas, não deve ser associada a incapacidade. Cada idoso carrega em si suas particularidades e necessidades e de maneira geral é necessário que os profissionais estejam atentos a essas distinções. As comorbidades características da 3ª idade podem interferir no processo da velhice, mas se esses idosos forem assistenciados de acordo com suas necessidades, ele terá a possibilidade de adquirir uma melhor qualidade de vida. Sabendo disso é que a educação em saúde irá levar aos idosos formas corretas de cuidar de sua saúde, de estimularem a autopercepção de qualquer mudança em seu corpo, estimularem também o autocuidado e a socialização, promovendo integralmente a melhoria da saúde deles. É sabido que nessas ações em saúde, haverá sempre a troca de saberes fundamentadas de um lado: O conhecimento científico dos profissionais e do outro lado: O conhecimento empírico dos idosos, das suas experiências vividas, contribuindo para a construção dos saberes no campo da educação da saúde de forma coletiva e atingível.

A importância da educação em saúde para os idosos não deve ser negligenciada, uma vez que essa prática promove a acessibilidade aos idosos que hoje já são considerados grupos de vulnerabilidade social, portanto, o fato de estarem incluídos no aspecto de vulnerabilidade é que os acadêmicos de enfermagem percebem o quanto essa educação está contextualizada nos princípios holísticos podem modificar positivamente a qualidade de vida desses grupos da 3ª idade, pois futuramente ao nos depararmos com implicações nesse contexto, saberemos como lidar com conhecimento científico e técnico ao assistir, cuidar do idoso que faz

parte do contexto da saúde tão quanto qualquer outro grupo social, pois o processo de envelhecer é um evento inevitável a todos nós e ao mesmo tempo enriquecedor de saberes.

REFERÊNCIAS

BORILLE, Dayane Carla et al. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 209, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lacerda3/publication/262476894_The_application_of_the_arch_of_problematization_method_in_the_data_collection_of_a_nursing_study_Experience_report/links/54d919e90cf2970e4e7ad3ee.pdf Acesso em: 17/04/2016

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; DE OLIVEIRA, Aládia Inês. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre educação permanente. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre-RS, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29292/19042> Acesso em: 18/04/2016

FLORES, Gisela Cataldi et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Ciênc. cuid. saúde**, Santa Maria-RS, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683/pdf> Acesso em: 15/04/2016.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. "Determinantes sociais da saúde do idoso Social determinants of health in the elderly." **Ciência & Saúde Coletiva**, Passo Fundo-RS 2012. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1> Acesso em: 18/04/2016

LAROQUE, et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/22315/14454> acesso em: 16/04/2016.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015. disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63038653012.pdf> Acesso em: 17/04/2016

NUNES, Joyce Mazza et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro-RJ, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a25.pdf> Acesso em: 18/04/2016

PATROCINIO, Wanda Pereira; PEREIRA, Beltrina da Purificação da Côrte. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro-RJ, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a07v11n2.pdf> Acesso em: 18/04/16

PAGOTTO, Valéria; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Erika Aparecida da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam**

Salud Publica, v. 33, n. 4, p. 302-10, 2013. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a10v33n4.pdf> Acesso em: 17/04/2016

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE SUBMETIDO À OSTEOSSÍNTESE

Vivianny Vanessa Gurgel Vieira²⁰

Giselle dos Santos Costa Oliveira²¹

Lívia Helena Moraes de Freitas²²

RESUMO

INTRODUÇÃO: Fratura é uma ruptura na continuidade do osso, ocorrendo quando a força aplicada sobre o osso é maior que a força que ele consegue suportar. São considerados problemas médicos comuns, podendo ocorrer em pessoas jovens e saudáveis. Dessa forma, a osteossíntese é um procedimento cirúrgico realizado para juntar fragmentos ósseos fraturados, permitindo a consolidação do calo ósseo. Nesse sentido, o Processo de Enfermagem (PE) é um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas, baseado no conhecimento técnico-científico, sendo composto por cinco etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. **OBJETIVO:** Aplicar o processo de enfermagem a um paciente submetido à osteossíntese. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, realizado durante estágio da disciplina de Cirúrgica I, no Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, no período de 10 a 14/08/2015 sendo o mesmo associado a um estudo bibliográfico, em bibliotecas on-line, utilizando os seguintes descritores: osteossíntese, fratura, fêmur, além de informações do prontuário da paciente durante a anamnese e no exame físico no pós-operatório. **RESULTADOS:** Foi elaborado o histórico de enfermagem a partir da coleta de dados com a paciente, e realizado os diagnósticos de enfermagem prioritários, sendo eles: Risco para infecção e integridade tissular prejudicada relacionado ao trauma; Constipação relacionada a pouca movimentação e má alimentação evidenciada por relato verbal e Mobilidade física prejudicada relacionada ao trauma evidenciado pelo procedimento cirúrgico. Em seguida, foi planejado quais as principais intervenções de enfermagem seriam implementadas e avaliados os resultados. Portanto, ao final do acompanhamento e cuidados sistematizados, percebemos uma melhora significativa das principais queixas da paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Processo de Enfermagem é um método eficaz e abrangente, no entanto, existe a necessidade de maiores incentivos institucionais e políticos, de forma a permitir que o enfermeiro exerça a profissão com mais autonomia.

Palavras-chave: Osteossíntese; Fratura; Fêmur;

²⁰ Discente do 6º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN). Residente na Rua Frederico Trota, 159. Residencial Club Green Garden, apartamento 102 bloco B, Alto de São Manoel, Mossoró/RN. Telefone: (84) 988635291. E-mail: viviannyvanessa@hotmail.com.

²¹ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

²² Enfermeira e Especialista em Enfermagem do Trabalho – CENPEX. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

1 INTRODUÇÃO

O corpo humano é um sistema complexo dotado de vários sistemas que interagem entre si. De entre os diferentes sistemas, salienta-se o sistema esquelético, constituído por um conjunto de ossos e tecidos que se interligam e desempenham várias funções. O osso, principal componente do sistema esquelético, difere dos restantes tecidos pelas suas características mecânicas, que incluem a rigidez, por apresentar uma deformidade muito baixa em condições de carga; e pela sua resistência com capacidade de suportar cargas axiais altas sem fraturar. Estas características permitem a sustentação, a proteção das partes moles, a locomoção e o funcionamento mecânico dos membros (JEE, 2001).

As fraturas incluem-se entre os problemas médicos mais comuns, podendo ocorrer em pessoas jovens e saudáveis. Os cuidados com as fraturas concentram-se na identificação do tipo e da extensão do trauma e na criação de um ambiente biológico que maximize os processos normais de reparação do osso. Um dos principais objetivos do tratamento é evitar as muitas complicações que podem acompanhar a lesão musculoesquelética. Embora a maioria das fraturas cicatrize bem, muitas podem resultar em perdas significativas e permanentes da função e incapacidade em longo prazo (DUTRA, 2004).

Fratura é uma ruptura na continuidade do osso, ocorrendo quando a força aplicada sobre o osso é maior que a força que ele consegue suportar. As fraturas de fêmur são fraturas graves e geralmente resultam de um trauma externo direto, porém também pode ocorrer em consequência de alguma deformidade óssea ou patologias (SMELTZER E BARE, 2008).

Na avaliação inicial de qualquer fratura, o examinador precisa determinar a localização da fratura no osso, o grau do dano associado às partes moles e o grau de desalinhamento. As fraturas podem ser alinhadas ou desalinhadas (DUTRA, 2004).

Dessa forma, a osteossíntese segundo o dicionário Aurélio (2010) é um procedimento cirúrgico realizado para juntar fragmentos ósseos fraturados, fazendo com que eles se mantenham unidos através de sutura, placa, anel ou outros meios mecânicos, permitindo a consolidação pela formação do calo.

Segundo Fernandes (2013) na área ortopédica, as fraturas diafisárias do fêmur estão entre as mais comuns. Trata-se de lesões graves, decorrentes de forças violentas e provêm, na maioria das vezes, de acidentes com veículos automotores, envolvendo geralmente jovens adultos.

O Processo de Enfermagem (PE) indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja,

indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Nesse sentido, o PE é composto por cinco etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

Na literatura, costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem. Entretanto, a compreensão acerca do significado e sua adoção deliberada na prática profissional ainda não são unanimidade no âmbito da Enfermagem, embora se observe ter havido uma sensível mudança nesse sentido a partir das três últimas décadas do século XX (GARCIA, 2004).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é aplicar o processo de enfermagem a um paciente submetido à osteossíntese.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso, que de acordo com GIL (2002), consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

Este estudo foi realizado durante estágio teórico-prático da disciplina de Clínica Cirúrgica I, no Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, no período de 10/08/2015 a 14/08/2015 sendo o mesmo associado a um estudo bibliográfico no qual foi pesquisado nas principais fontes teóricas atualizadas existentes na literatura, a partir da pesquisa realizada em bibliotecas on-line, utilizando os seguintes descritores: osteossíntese, fratura exposta, fratura de fêmur, além de informações colhidas no prontuário da paciente A.G.S.A, durante a anamnese e no exame físico pós-operatório.

Na operacionalização do processo de enfermagem foi realizado o levantamento dos dados com um roteiro de entrevista que foi elaborado de acordo com a Teoria das necessidades Humanas Básicas de Horta (Anexo), dados de identificação do paciente, exame físico, queixas principais, e dados de interesse para enfermagem, como prescrição médica.

Fez parte da amostra uma paciente, escolhida entre uma população de 31 pacientes distribuídos em 12 enfermarias, onde cada enfermaria era composta por 2 ou 3 leitos.

Com a análise dos dados foi elaborada uma história clínica do paciente abordando os sinais e sintomas e condutas terapêuticas. De acordo com os dados colhidos foram elaborados os diagnósticos de enfermagem tendo em vista a necessidade de priorização no paciente,

considerando assim os fatores relacionados e as características definidoras baseadas na taxonomia da NANDA, que foram o alicerce para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem e as intervenções da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Paciente A.G.S.A, 38 anos, 2º grau completo, agricultor, solteiro, católico, sexo masculino, residente na cidade de Apodi – RN, em 07/08/2015 foi atendido na urgência do Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, procedente do Hospital Regional de Apodi Hélio Morais Marinho, acompanhado de sua prima, e encaminhado a Clínica Cirúrgica apresentando trauma em lesão da perna e esquerda, ao exame grande lesão das partes moles do joelho esquerdo com fratura de fêmur esquerdo exposta, ruptura do tendão do quadríceps, fratura exposta do planalto tibial esquerdo, fratura de diáfise de fêmur esquerdo, fratura de colo de fêmur esquerdo, fátima de dor, consciente, orientado, eupnéico, hipertenso, normocárdio, afebril, PA: 150 x 90 mmHg, temperatura 37,5°, frequência respiratória 22 rpm, frequência cardíaca 102 bpm, abdômen doloroso a palpação. No dia 08/08/2015 foi encaminhado ao centro cirúrgico para a realização de osteossíntese, sob anestesia raquidiana. A cirurgia teve início às 00:50 com duração de 55 minutos, não constando no prontuário médico a sonda utilizada, o bisturi, se fazia o uso de oxímetro de pulso e monitor cardíaco. A placa foi anexada no fêmur e na tíbia. Não houve intercorrência durante o transoperatório. Em relação ao pós-operatório imediato (URPA), paciente apresentava-se consciente, orientado, com condições cardiorrespiratórias satisfatórias isto é, eupnéico, ventilação espontânea, ritmo cardíaco regular, sem ruídos adventícios e murmúrios vesiculares audíveis. Apresentando curativo oclusivo na região terço superior da coxa até o terço inferior da coxa e terço superior da perna até terço inferior da perna. Já no pós-operatório mediato (após as 24 horas) foi realizado a troca de curativo, com apresentação de sinais flogísticos, com sangramento, e apresentando secreções. O paciente não apresenta deambulação e foi oferecida dieta laxativa como consta na prescrição médica. No dia 10/08/2015 ao exame físico – paciente no 2º dia de pós-operatório de osteossíntese, em venóclise no MSE com estado geral regular, consciente, orientado, comunicativo, cooperativo, não deambula, higiene corporal e oral preservada. Sono e repouso prejudicado por mudança no ambiente, aceita a dieta

oferecida. Até ao 7º dia a única alteração que o paciente teve o a inclusão do uso de óleo mineral em sua prescrição médica. Pele/Mucosa - hidratada, afebril, turgor e elasticidade preservados, acianótica. Higiene do couro cabeludo preservada. Acuidade auditiva e visual preservada e escleróticas regular. Mucosa Oral – íntegra, hidratada, elementos dentários preservados. Pescoço com movimento de lateralização, flexão e dorso flexão, rotação preservados. Sistema Cardiovascular – bulhas cardíacas normofonéticas em 2T, ritmo cardíaco regular, perfusão periférica preservada, pulsos periféricos palpáveis, normocárdica, normoesfigmia., hipertensa. Sistema Respiratório – Eupnéica, murmúrios vesiculares presentes em AHT, expansibilidade torácica bilateral, frêmito toracovocal preservados em ambos os hemitórax. Sistema Gastrointestinal – abdômen distendido, doloroso, ruídos hidroaéreos presentes. Segundo informação do paciente a eliminação intestinal estava ausente por mais ou menos 2 dias, a eliminação vesical presente, concentrada, e disúria ao urinar, com volume e frequência satisfatório, 4 a 6 vezes e odor característico. Sistema Neuromuscular – membros inferiores prejudicados, sem mobilidade. Sinais Vitais – TAX: 36° C, P: 88bpm, FR: 20irpm, PA: 160x 90mmHg. **Padrão funcional de vida e saúde** paciente relata residir com condições de moradia satisfatória, sem saneamento básico, coleta de lixo prejudicada e relacionamento familiar satisfatória, refere não ter experiência de cirurgia anterior, não possui alergia medicamentosa, nega tabagismo e afirma etilismo; não pratica atividades físicas, ingere bastante líquidos, cerca de 2 litros de água por dia, eliminação intestinal regular antes do acidente, paciente nega ser diabético e afirma ser hipertenso fazendo uso da medicação Captopril 25mg e fenobarbital 100mg, faz acompanhamento sistemático nos programas comunitário de saúde, com histórico pessoal de pais hipertenso e diabéticos. Costuma viajar para a casa da mãe aos finais de semana e gosta de assistir jornal.

3.2 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Fratura exposta de fêmur;
- Trauma em lesão da perna esquerda;
- Grande lesão das partes moles do joelho esquerdo;
- Fratura de fêmur esquerdo exposta;
- Ruptura do tendão do quadríceps;
- Fratura exposta do planalto tibial esquerdo;
- Fratura de diáfise de fêmur esquerdo;

- Fratura de colo de fêmur esquerdo;
- Intervenção Cirúrgica – Osteossíntese.

3.3 EXAMES REALIZADOS

Foram solicitados vários exames de imagem. Dentre eles, ultrassonografia de abdômen total e Rx. Na ultrassonografia do abdomen total deu negativo para líquidos livres.

3.4 PLANO DE CUIDADOS

Risco para infecção e integridade tissular prejudicada relacionado ao trauma

- Resultados esperados: O paciente deverá relatar melhora nos sinais flogísticos e diminuição da secreção;
- Intervenções de Enfermagem: Monitorar os sinais vitais de 8/8 horas, orientar e supervisionar a lavagem do local da cirurgia com água e sabão durante o banho, orientar sobre a importância de uma boa alimentação;
- Justificativa: Viabilizar a ausência da infecção;
- Análise dos resultados: ocorreu melhora durante esses 5 dias que o acompanhamos;

Constipação relacionada a pouca movimentação e má alimentação evidenciada por relato verbal.

- Resultados esperados: O paciente deverá relatar a presença de evacuações;
- Intervenções de Enfermagem: Monitorar sua alimentação, orientar o paciente em relação a falar ao médico sobre sua constipação, orientar o paciente sobre a importância da evacuação;
- Justificativa: A ausência da evacuação afeta diretamente no humor do paciente;
- Análise dos resultados: O paciente veio relatar ao médico sobre a sua constipação intestinal apenas no quarto dia de nosso acompanhamento, portanto o mesmo não apresentou evacuações;

Mobilidade física prejudicada relacionada ao trauma evidenciado pelo procedimento cirúrgico

- Resultados esperados: Melhorar sua movimentação em cima do leito;
- Intervenções de Enfermagem: Orientar o paciente sobre as consequências da ausência de movimentos, auxiliar em sua mudança de decúbito, supervisionar a movimentação de seu membro prejudicado;
- Justificativa: a ausência de mobilidade física estava o deixando impaciente;
- Análise dos resultados: o paciente obteve uma melhora em sua mobilidade, chegando o mesmo a pedir uma liberação do uso do colchão casca de ovo para facilitar seus movimentos no leito.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho chegamos à conclusão que a Enfermagem é de suma importância para uma melhora na vida do paciente, estamos em contato direto com o mesmo. Ao se utilizar do método de implementação, onde as ações planejadas são colocadas, obtemos bastante sucesso ao final. Muito desse sucesso de deu pelo nosso empenho e participação ativa do paciente.

REFERÊNCIAS

- DUTRA, Elias et al. Osteossíntese. Disponível em <<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/osteossintese/osteossintese.htm>> . Acessado em 19/08/2015.
- SMELTZER S.C., BARE,B.G. BRUNNER & SUDDARTH - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008 Organizado por North American Association; trad. Cristina Correia -Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Carpenito, L. J. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem. Aplicação à Prática Clínica*. (6º ed.). Porto Alegre: Lusodidáctica.
- Docheterman, J. M. & Bulechek, G. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Johnson, M., Mass, M. & Moorhead, S. (org.) (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

SPARKS, S. M.; TAYLOR, C. M.; DYER, J. G. Diagnósticos em enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

FERNANDES G. M., ROCHA N. D., Silva V. L. J., FONSECA M. M. E., BARBOSA P. M. (2013). Análise biomecânica das fraturas do fêmur: estudo preliminar de uma haste intramedular bloqueada, Actas do 5º Congresso Nacional de Biomecânica, Espinho, Portugal.

JEE W.S.S. (2001). Integrated Bone Tissue Physiology: Anatomy and Physiology. In: Cowin S.C. (Ed), Bone Mechanics Handbook. Cap1. Boca Raton, FL: CRC Press, 1.1- 1.68.

Bula de medicamentos. Disponível em <
<http://www.medicinanet.com.br/bula/5047/tilatil.htm>>. Acessado em 19/08/2015.

Bula de medicamentos. Disponível em <
<http://www.medicinanet.com.br/bula/8190/gentamicina.htm>> . Acessado em 19/08/2015.

Goldenzwaig, Nelma Rodrigues Soares Choit. Administração de medicamentos na enfermagem. – 6.ed., ver. e atualizada. -Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

Bula de medicamentos. Disponível em <
<http://www.medicinanet.com.br/bula/1156/captopril.htm>> . Acessado em 19/08/2015.

Bula de medicamentos. Disponível em <
<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/conteudo/3166/fenobarbital.htm>>. Acessado em 19/08/2015.

Bula de medicamentos. Disponível em <
<http://www.medicinanet.com.br/bula/1940/diltiazem.htm>> . Acessado em 19/08/2015.

Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, organizadores. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. 1a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. v. 2, p. 37-63

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GT 2 – ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS CLÍNICAS E UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA

HEMODIÁLISE NA UTI: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA MARIA CRISTINA FREITAS ROSA²³

BRUNO CLELIO DE SOUZA¹

RAYANE KELLY DA FONSECA¹

KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA²⁴

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitoração e terapia (ANVISA, 2010). As internações nesta unidade podem ocorrer por diversas injúrias, como por exemplo: politraumatismos, traumatismo crânio encefálico (TCE), acidente vascular encefálico (AVE), ferimento produzido por arma de fogo (PAF) ou arma branca, trauma raquimedular (TRM), insuficiência respiratória (IR), doenças cardiovasculares (DCV), dentre outras (OLIVEIRA, 2013). É certo que, com os avanços na medicina, o setor de UTI dispõe de vários métodos invasivos para restabelecer a saúde do paciente, porém em decorrência do baixo índice imunológico apresentado pelos pacientes em regime de terapia intensiva, os mesmos estão susceptíveis a diversas complicações, desde infecções hospitalares, úlceras por pressão, complicações pulmonares, no trato respiratório, no trato urinário. Segundo artigos consultados mostram que geralmente as complicações surgem em efeito cascata, ou seja, uma complicação decorre de outra (se o tratamento não for eficaz) (BARRETO et al, 2013). O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão literária abordando os artigos publicados sobre hemodiálise na unidade de terapia intensiva. Metodologia: Trata-se de uma Revisão de Literatura acerca da Hemodiálise na Unidade de Terapia Intensiva que, segundo SANTOS (2012), é também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, e visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Considerações Finais: O ambiente de terapia intensiva é de suma importância, pois trata de maneira intensiva a todos os pacientes que lá se encontram. A insuficiência renal é uma complicação bastante comum em ambiente intensivo, contudo, as literaturas encontradas são poucas e não muito recentes.

DESCRITORES: Enfermagem, Hemodiálise, Diagnóstico.

²³ Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.
Email: rayannek.fonseca@gmail.com 98821-9339 Rua Pastor João Gomes, 26 Bairro ilha bom jesus- Areia Branca-RN

²⁴ Enfermeira. Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade pela universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitoração e terapia (ANVISA, 2010). A condição clínica destes pacientes frequentemente exige a utilização de diversos medicamentos e procedimentos invasivos, gerando extensas prescrições e maior possibilidade de eventos adversos (RESENDE et al, 2012).

Antes de o paciente ser internado em uma UTI, ele já passou por outras instituições de saúde e já são encaminhados com o diagnóstico já definido, e a internação é priorizada de acordo com o quadro do paciente, independentemente da idade (ERDMANN et al, 2012).

Várias pessoas estão envolvidas em tomar decisões sobre os cuidados intensivos e a vida do paciente. Enfermeiros, médicos e vários profissionais que compõem a equipe fazem escolhas para este cuidado do dia-a-dia (AMIB, [200-?]).

Com base na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº50, a existência de uma UTI é obrigatória em hospitais terciários com capacidade igual ou maior a 100 leitos, bem como serviços especializados que atendam pacientes graves e em instituições que atendam gravidez/parto de alto risco.

As internações nesta unidade podem ocorrer por diversas injúrias, como por exemplo: politraumatismos, traumatismo crânio encefálico (TCE), acidente vascular encefálico (AVE), ferimento produzido por arma de fogo (PAF) ou arma branca, trauma raquimedular (TRM), insuficiência respiratória (IR), doenças cardiovasculares (DCV), dentre outras (OLIVEIRA, 2013).

Ressalta-se que, no Brasil, a maioria das internações em UTI provém de origem clínica (LANETZKI et al,2012). Estudos mostram que mais homens do que mulheres são admitidos e apresentam maior possibilidade de receberem suporte mais agressivos que as mulheres (FREITAS, 2010).

Ainda referente à admissão, esta também pode ser decidida quando o paciente está em fora de possibilidades de cura, seja por decisão médica ou mesmo por pressão dos familiares, que ao ver seu familiar naquela situação não sabem como realizar o manejo, ou mesmo na dificuldade de aceitar a morte como um fato premonitório (ERDMANN et al, 2012).

É certo que, com os avanços na medicina, o setor de UTI dispõe de vários métodos invasivos para restabelecer a saúde do paciente, porém em decorrência do baixo índice

imunológico apresentado pelos pacientes em regime de terapia intensiva, os mesmos estão susceptíveis a diversas complicações, desde infecções hospitalares, úlceras por pressão, complicações pulmonares, no trato respiratório, no trato urinário. Segundo artigos consultados mostram que geralmente as complicações surgem em efeito cascata, ou seja, uma complicação decorre de outra (se o tratamento não for eficaz) (BARRETO et al, 2013).

Nas complicações mais frequentes podemos abordar a Insuficiência Renal Aguda (IRA), tendo sua incidência entre 36% a 67% dos pacientes admitidos em UTIs e se associa ao aumento da mortalidade. É uma das complicações mais comuns no ambiente hospitalar e uma patologia reversível, caracterizada pela rápida queda da capacidade dos rins em retirar as escórias do organismo, o que causa distúrbios hídricos, eletrólitos e ácido-básicos (MARINHO; SANTOS, 2013).

Doenças de base como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) podem colaborar para a evolução da IRA, assim se tornando crônica. Outro fator que também pode auxiliar na evolução da IRA é o tempo de internação na UTI (BARNABE et al, 2012).

Segundo Brunner e Suddarth (2011), as formas de prevenção da IRA são: fornecer a hidratação adequada; evitar e tratar de imediato o choque; monitorizar as pressões, arterial e venosa central; tratar de imediato a hipotensão; avaliar continuamente a função renal; tomar as devidas precauções em caso de transfusão; evitar e tratar de imediato as infecções; dar atenção especial a feridas, queimaduras e outras situações que possam levar a sepse; realizar cuidado meticuloso com sonda de demora e retirá-la assim que possível; e evitar os efeitos medicamentosos tóxicos.

Quando diagnosticada a IRA, deve ser estabelecida a terapêutica conservadora ou dialítica para restaurar o bem-estar do paciente. Pacientes com significativa destruição tecidual têm elevada produção de ureia e necessitam de hemodiálise. Quando apresentam IRA os procedimentos de hemofiltração e hemodiafiltração são utilizados frequentemente para a reposição da função renal e realce de substâncias tóxicas em pacientes criticamente enfermos (SANTOS et al, 2013).

Os métodos dialíticos representam importante papel no tratamento da disfunção renal. A diálise consiste em um processo de depuração do sangue, no qual a transferência de solutos e líquidos ocorre através de uma membrana semipermeável que separa dois compartimentos. A hemodiálise é um processo mecânico de terapia de substituição renal, que tem por objetivo remover as substâncias tóxicas e o excesso de líquido que se acumulam em

virtude da falência renal, como se fosse um rim artificial. Os métodos podem ser contínuos ou intermitentes (MORTON; FONTAINE, 2011).

A importância da terapia hemodialítica na UTI se dá em permitir a reversão de quadros clínicos agudos e crônicos agudizados, remover excesso de líquidos e metabólitos, além de diminuir as chances de mortalidade uma vez que os rins desempenham um papel importante na manutenção do volume adequado de líquido extracelular e de sua composição eletrolítica correta (SOUZA, 2015).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão literária abordando os artigos publicados sobre hemodiálise na unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Literatura acerca da Hemodiálise na Unidade de Terapia Intensiva que, segundo SANTOS (2012), é também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, e visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores.

A pesquisa foi realizada nos principais bancos de dados bibliográficos e nas bases eletrônicas como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de 25 de abril a 11 de maio de 2016, tendo como principais descritores: Enfermagem, Hemodiálise, Diagnóstico.

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos originais, publicados em língua portuguesa; texto completo; publicados entre os anos de 2010 a 2016. Como critérios de exclusão: artigos de revisão que não abordem a temática do estudo e publicados anteriormente ao ano de 2010.

RESULTADOS

Foram encontrados 03 artigos para a realização da pesquisa intitulados: Desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitidos em unidades de terapia intensiva¹; Lesão renal aguda em pacientes com doença pulmonar: interação rim-pulmão²; Impacto da terapia renal substitutiva na função respiratória de pacientes sob ventilação mecânica³. Os principais descritores para a pesquisa foram: Enfermagem, Hemodiálise e Diagnóstico.

De acordo com o artigo 1, foram consultados 34 prontuários de pacientes, os resultados obtidos mostram que em 61,8% dos pacientes em UTI utilizaram ventilação mecânica invasiva, 35,5% foram a óbito durante o período de internação e 55,9% dos pacientes receberam alta do hospital para casa. A análise das variáveis mostrou que os pacientes que foram a óbito permaneceram um período maior em ventilação mecânica invasiva 5,0 (0,25-15,0) dias do que os sobreviventes (1,0 (0-1,0) dias) ($p=0,033$) e realizaram diálise durante a estadia na unidade de terapia intensiva ($p=0,014$).

A mortalidade dos pacientes com câncer de pulmão admitidos em unidade de terapia intensiva está associada com o tempo de permanência na ventilação mecânica invasiva e a necessidade de diálise.

A ocorrência de lesão pulmonar também pode afetar os rins e, quando induzida pelo ventilador, é o exemplo mais estudado de interação pulmão-rim. A ventilação mecânica provoca anormalidades hemodinâmicas, que podem, por sua vez, afetar a perfusão renal ao reduzir o débito cardíaco, bem como a estimulação hormonal e das vias simpática (LIBORIO et al, 2013).

Com relação ao artigo 2 os resultados mostram que a media de idade foi de 57 anos, sendo 50% do gênero masculino. Nos pacientes que apresentaram $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg a incidência de lesão renal aguda e óbito foi maior. A necessidade de hemodiálise foi um fator de risco independente para óbitos. Assim sendo concluiu-se que houve maior mortalidade nos pacientes que apresentaram lesão renal aguda.

A insuficiência renal é um preditor independente de mortalidade em pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI), apesar dos avanços tecnológicos no manejo de pacientes graves e das novas técnicas de terapia renal substitutiva (TRS). A mortalidade da insuficiência renal permanece alta, especialmente quando associada à disfunção de outros órgãos como a lesão pulmonar aguda (LPA). São frequentes, no ambiente de terapia intensiva, pacientes com múltiplas disfunções orgânicas que necessitam de suporte dialítico e ventilatório.

Já os resultados encontrados no artigo 3, foram incluídos 80 pacientes com Insuficiência renal aguda e crônica. A análise da mecânica ventilatória demonstrou que houve redução da pressão de platô e aumento da complacência estatística, após diálise, independentemente da redução da volemia. Pacientes com insuficiência renal aguda também apresentaram redução da pressão de pico ($p=0,024$) e aumento da complacência dinâmica ($p=0,026$), enquanto pacientes com insuficiência renal crônica apresentaram aumento da pressão resistiva ($p=0,046$) e da resistência do sistema respiratório ($p=0,044$). No grupo de pacientes sem perda volêmica, após diálise, observou-se aumento da pressão resistiva

($p=0,010$) e da resistência do sistema respiratório ($p=0,020$), enquanto no grupo com perda $>2.000\text{mL}$ observou-se redução da pressão de pico ($p=0,027$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente de terapia intensiva é de suma importância, pois trata de maneira intensiva a todos os pacientes que lá se encontram. É um local com aparato tecnológico significativo e corpo clínico multiprofissional especializado. O paciente é mantido em várias terapêuticas invasivas e farmacológicas, o que somado ao seu estado imunodeprimido poderá afetar outro sistema que ainda não tinha sido comprometido.

Ao realizarmos a revisão literária podemos perceber que apesar de ser uma complicação muito comum em UTI, a insuficiência renal nesse setor possui poucas publicações recentes sobre a temática o que nos proporcionou muita dificuldade.

As terapêuticas utilizadas na insuficiência renal são as mesmas, seja ela aguda ou crônica, permitindo uma terapêutica relativamente fácil de realizar se tratando de ambiente intensivo, contudo, diante das pesquisas realizadas, mostrou-se que uma acentuado número de mortes devido a essa complicação implicando em várias outras, como mostra a relação rim-pulmão fazendo com que esse sistema se torne dependentes um do outro.

As informações colhidas nos mostram que é de suma importância ressaltar que a observação direta ao paciente, com monitoração, exames e cuidados, poderá detectar precocemente complicações que possam acontecer em unidade de terapia intensiva, bem como tratar e prevenir que não ocorra o óbito dele.

REFERÊNCIAS

BISPO et al. Papeis da enfermagem na hemodiálise. **REBES**, v. 3, n. 2, p. 26-36, Pombal (Brasil), abr-jun., 2013.

BRASIL. Agência nacional de vigilância sanitária. **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MARTINS, S. A. S. Nefrologia. In: VOLPATO, A. C. B.; ABELHA, C. S. V.; SANTOS, M. A. M. **Enfermagem em emergência**. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA,P.C. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO. <file:///C:/Users/Raiane/Downloads/perfil-epidemiolgico-da-unidade-de-terapia-intensiva-de-um-hospital-de-reabilitao.pdf>.

RESENDE, etal. Caracterização das prescrições medicamentosas em unidade de terapia intesiva adulto. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2012; 24(2):151-156.

TOMOIKE at al. Qualidade da água utilizada para equipamentos de hemodiálise em Unidade de Terapia Intensiva .Vig Sanit Debate 2014;2(3):37-43.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA: ESTUDO DE REVISÃO

NICOLY DE SOUZA SILVA²⁵

WIGNA LEYZIANY DE SOUZA REBOUÇAS²⁶

YARA JANE DUARTE DE OLIVEIRA²

KALÍDIA FELIPE DE LIMA COSTA²⁷

RESUMO

INTRODUÇÃO: De acordo com Cintra et al (2008), a ventilação mecânica (VM) está entre os principais complementos de suporte à vida usados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A VM tem por definição o uso, por forma invasiva ou não, de um aparelho que substitui, parcial ou totalmente, os movimentos respiratórios do paciente. **OBJETIVO:** Fazer uma revisão de literatura bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem na Ventilação Mecânica (VM) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de Revisão de literatura sobre Ventilação mecânica. A busca foi realizada na Biblioteca Sant'Ana pertencente a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, em livros referentes à disciplina Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Os livros utilizados foram estes: Enfermagem: Terapia Intensiva, Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo e Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Os mesmos estão entre os anos de 2008 a 2012. **RESULTADOS:** Para Cintra et al (2008), deve-se ter um plano de cuidado individualizado para pacientes em VM, e esse plano tem que ser flexível, ou seja, moldável para a situação em que se encontra o paciente. Segundo Smeltzer (2012), a enfermagem tem papel primordial na avaliação do estado fisiológico do paciente. Na literatura de autoria de Knobel (2009), o planejamento dos cuidados de enfermagem nos pacientes submetidos à VMI tem como objetivos: reconhecer o equipamento e seus acessórios, assegurar o bom funcionamento do aparelho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante das pesquisas bibliográficas observamos que a utilização da VNI deve ser avaliada com cautela em pacientes mais graves, respeitando criteriosamente as indicações, contraindicações e cuidados intensivos à beira do leito. **Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Ventilação Mecânica. Cuidados de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica (VM) está entre os principais complementos de suporte à vida usados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A VM tem por definição o uso, por forma invasiva ou não, de um aparelho que substitui, parcial ou totalmente, os movimentos

²⁵ Discente do 7º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Endereço: Rua Coronel Liberalino, nº 363, Centro, Areia Branca. nicoly_fernandes@hotmail.com

²⁶ Discente do 7º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

²⁷ Enfermeira, Mestre, Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

respiratórios do paciente. Seu uso depende de alguns aspectos, dentre eles, do quadro em que o paciente se encontra (CINTRA et al., 2008).

Prosseguindo com o pensamento da autora, na década de 1950, com o surgimento das epidemias de poliomielite, ocorreu de maneira forçada um desenvolvimento considerado importe da assistência ventilatória, foi a partir daí que os ventiladores de pressão positiva tiveram seu uso propagado, obtendo assim, uma posição de destaque no tratamento da insuficiência respiratória. Até então, o uso clínico de ventiladores mecânicos eram com aparelhos por pressão negativa, do tipo “pulmão de aço” (CINTRA et al., 2008).

São vários os critérios que contribuem para a indicação da VM. Dessa maneira, ela torna-se necessária quando o paciente uma diminuição contínua na oxigenação, um aumento dos níveis de dióxido de carbono nas artérias e/ou uma acidose persistente. Outros fatores podem desencadear a necessidade de submeter o paciente à VM, são estes: cirurgia torácica ou abdominal, superdosagem de substâncias, distúrbios neuromusculares, lesão por inalação, DPOC, politraumatismo, choque, falência de múltiplos sistemas e coma podem levar, sem exceção, à insuficiência respiratória e a necessidade de VM (SMELTZER, 2012).

Dentro das técnicas de VM, estão a Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI) e a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Na VNI não há aplicação de qualquer tipo de prótese traqueal (cânula de traqueostomia, tubo nasotraqueal ou orotraqueal) sendo a conexão entre o paciente e o ventilador feita por meio de uma máscara (KNOBEL, 2009).

Dando continuidade a afirmação do autor, a VMI trata-se de uma maneira artificial ofertada ao paciente para a manutenção de sua ventilação, quando o mesmo encontra-se impossibilitado de respirar espontaneamente. A VMI é realizada através da colocação de uma prótese na via aérea do paciente (tubos de traqueostomia ou tubos orotraqueais) e por intermédio de ventiladores mecânicos, que são capazes de ofertar uma pressão positiva ao sistema respiratório do paciente, promovendo assim a expansão pulmonar adequada (KNOBEL, 2009).

Dessa maneira, considera-se de fundamental importância que o enfermeiro tenha conhecimento dos cuidados de enfermagem que devem ser prestados a um paciente submetido à VM, pois o cliente está sob sua responsabilidade, uma vez que é o enfermeiro quem permanece com o paciente 24 horas por dia (CINTRA et al, 2008; KNOBEL, 2009).

2 OBJETIVO

Fazer uma revisão de literatura sobre os cuidados de enfermagem na Ventilação Mecânica na Unidade de Terapia Intensiva.

3 METODOLOGIA

De acordo com Mendes (2008), revisão de literatura é uma análise feita através de pesquisas que possibilita a oferta de suporte para a tomada de decisões e o aperfeiçoamento da prática clínica, promovendo a associação do estado de consciência de uma determinada temática, além de mostrar falhas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a produção de recentes estudos.

A busca foi realizada na Biblioteca Sant'Ana pertencente a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, em livros referentes à disciplina Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Os livros utilizados foram estes: Enfermagem: Terapia Intensiva, Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo e Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Os mesmos estão entre os anos de 2008 a 2012.

4 RESULTADOS

Para Cintra et al (2008), deve-se ter um plano de cuidado individualizado para pacientes em VM, e esse plano tem que ser flexível, ou seja, moldável para a situação em que se encontra o paciente. Para isso deve-se manter uma vigilância constante 24 horas por dia, uma vez que, a observação clínica e monitoração à beira do leito constitui-se de fundamental importância, pois fornece informações rápidas e precisas de qualquer alteração no estado de saúde do paciente e problemas que possam ocorrer com o ventilador mecânico (caso ocorra, o enfermeiro deve verificar o problema, identificar as possíveis causas e a ação a ser empregada).

O exame físico também é de fundamental importância, já que a ventilação mecânica repercute sobre órgãos distantes, interagindo sobre todo o sistema do paciente. O enfermeiro deve escrever o máximo de informações possíveis sobre o paciente, como respostas sobre a ventilação, conforto e a orientação no tempo e espaço. Deve observar a coloração das mucosas e da pele, avaliando assim, possível hipoxemia devido à má perfusão. Faz-se necessário observar os movimentos respiratórios, a amplitude da expansão torácica junto com ausculta pulmonar do paciente, pois isso permite ao enfermeiro estimar o valor do volume corrente (CINTRA et al, 2008).

Também foi relatado pelo mesmo autor (CINTRA et al, 2008), que deve-se observar se há simetria torácica, pois a assimetria pode decorrer de um pneumotórax, derrame pleural, ressecção pulmonar total ou parcial, dentre outras alterações. É importante verificar se há outros tipos de alterações respiratórias: tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, uso de musculatura acessória ou assincronia entre o paciente e o aparelho.

Pôde-se ainda verificar como cuidados de enfermagem o controle da oxigenação através da oximetria de pulso, controle dos índices de ventilação alveolar (PaCO₂) através do capnógrafo, que permite medir a pressão parcial de CO₂ no ar expirado, controle da pressão, do volume e monitorização da mecânica ventilatória, atentando para alarmes, radiografia do tórax, para mostrar a posição do tubo endotraqueal e de cateteres, bem como, para fornecer informações que orientam a equipe de enfermagem quanto a drenagem postural do paciente (CINTRA et al, 2008).

Ainda como cuidados de enfermagem a serem praticados, estão: a avaliação cardiovascular, controle da pressão arterial (PA) e da pressão venosa central (PVC), controle neurológico com nível de consciência, função renal, balanço hídrico, monitorização nutricional, em conjunto com toda a equipe multidisciplinar. Também foi relatado os cuidados com a via aérea superficial, enfatizando a importância da umidificação, aspiração quando necessário, fixação da via aérea artificial e cuidados com balonete, para evitar intubação seletiva, extubação acidental e pressão excessiva na mucosa da traqueia. Pelo fato de esses pacientes apresentarem vulnerabilidade para infecção, é aconselhável o emprego de técnicas corretas no manuseio dos equipamentos de VM, elevação da cabeceira do leito e orientar os membros da equipe que presta o cuidado a esse paciente (CINTRA et al, 2008).

De acordo com Cintra et al (2008), quanto aos cuidados com o suporte nutricional (nutrição enteral e nutrição parenteral), deve-se avaliar o posicionamento certo da sonda, se o paciente evolui com distensão abdominal e a elevação da cabeceira do leito em 30° a 40° na nutrição enteral. A nutrição parenteral deve ser administrada em bomba de infusão com fluxo constante de 24 horas e em via exclusiva. O enfermeiro também deve atentar para os cuidados com a pele e as mucosas do paciente, prevenindo assim, úlceras por pressão e ressecamento dos olhos.

Com base na sedação e na analgesia, deve-se ter cuidado, antes de sedar um paciente agitado, aconselha-se a procurar primeiro a causa, verificar se a VM está eficaz, ventilar manualmente e aspirar secreções, se necessário, só então sedar se for preciso, para aumentar conforto, aliviar dor e ansiedade, facilitar sono e minimizar resistência à VM. E dentre um dos cuidados de enfermagem, está o apoio emocional e a comunicação com o paciente e família.

Isso permite ao enfermeiro conhecer o paciente com seus medos e limitações e estabelecer um vínculo de confiança com ambos. Manter a família sempre informada da situação do paciente faz-se necessário (CINTRA et al, 2008).

Segundo Smeltzer (2012), a enfermagem tem papel primordial na avaliação do estado fisiológico do paciente. Em sua conduta está incluso o exame físico, o histórico do cliente, seu estado neurológico, enfrentamento com o uso do ventilador, possíveis alterações que acompanham nível de conforto do paciente, comunicação e o desmame da ventilação mecânica com nutrição adequada. Para o autor duas prescrições gerais de enfermagem são de fundamental importância, a ausculta pulmonar e a interpretação das medidas da gasometria arterial. Na estimulação da troca gasosa, administrar analgésicos criteriosamente, de acordo com a prescrição, para aliviar dor, sem suprimir o estímulo respiratório, diminuindo assim, efeitos pulmonares como imobilidade.

No que diz respeito à avaliação do padrão respiratório do paciente, cabe ao enfermeiro: avaliar se há presença de secreções, se houver aspirar, ofertar fisioterapia respiratória, mudanças de decúbito e mobilidade aumentada. Quanto à prevenção de lesões e infecções através da manutenção da cânula endotraqueal ou de traqueostomia, deve-se monitorar a pressão do balão a cada de 6 a 8 horas, e assegurar a manutenção da cânula traqueal ou traqueostomia a cada 8 horas e quando necessário, substituir o equipo do circuito do ventilador periodicamente e promover a higiene oral do paciente, pois a cavidade oral é um meio de contaminação (SMELTZER, 2012).

Smeltzer (2012), ainda inclui como cuidados da enfermagem a promoção de uma boa comunicação com pacientes limitados, aprimorando medidas que permitam essa comunicação (leitura labial, utilização de folha e lápis ou quadro mágico, gestos, linguagens de sinais, uso de traqueostomia falante, dentre outros). Também é função do enfermeiro promover a capacidade de enfrentamento, estimular a família a falar sobre seus sentimentos, explicar procedimentos todas as vezes que for realizado para reduzir ansiedades, informar ao paciente sobre melhoras apresentadas por ele, auxiliá-lo com o uso de técnicas de redução do estresse.

Smeltzer (2012) defende ainda que, o enfermeiro deve promover o monitoramento e tratamento das complicações potenciais (alterações da função cardíaca, observar sinais e sintomas de hipóxia, pneumotórax por pressão positiva, infecção pulmonar, dentre outros). Além disso é de fundamental importância que haja a promoção do cuidado domiciliar àquele paciente, proporcionando-o melhora na qualidade de vida.

Como suporte fora do hospital, destaca-se o ensino sobre o autocuidado. Para isso é necessário uma equipe multidisciplinar. Esse ensino inicia-se no hospital e continua em casa,

onde a função da enfermagem é avaliar a compreensão do paciente e da família quanto às informações passadas (SMELTZER, 2012).

Na literatura de autoria de Knobel (2009), o planejamento dos cuidados de enfermagem nos pacientes submetidos à VMI tem como objetivos: reconhecer o equipamento e seus acessórios, assegurar o bom funcionamento do aparelho, conferir parâmetros ventilatórios e ajustes de alarmes, checar sincronismo ventilador/paciente, monitorar ventilação e padrão respiratório, reconhecer sinais de hipoxemia e hipercapnia, interpretar gasometria, prevenir complicações relacionadas à ventilação mecânica, estabelecer e padronizar técnicas no cuidado com o paciente, reduzir ansiedade do paciente e seus familiares, manter a comunicação por métodos alternativos, assegurar o conforto do paciente em suporte ventilatório e evitar extubação.

Constitui-se necessário para um enfermeiro, manter a higienização das mãos para redução na transmissão de micro-organismos, testar ventilador mecânico antes da utilização do mesmo, certificar-se do funcionamento e dos valores adequados do sistema de alarme, verificar picos de pressão tanto inspiratória como expiratória, observando todos os parâmetros do ventilador, avaliar sinais e sintomas de trauma, fixação da cânula traqueal e proteção da pele para evitar úlceras por pressão (KNOBEL, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das pesquisas bibliográficas observamos que a utilização da VNI deve ser avaliada com cautela em pacientes mais graves, respeitando criteriosamente as indicações, contraindicações e cuidados intensivos à beira do leito. Essa modalidade de ventilação não substitui a VMI, mas é a apropriada para prevenir a intubação endotraqueal ou a reintubação e suas possíveis complicações. O competente conhecimento das técnicas ventilatórias é fundamental para a escolha do modo apropriado de ventilação para cada situação, uma vez que a ventilação mecânica inapropriada pode provocar sérias lesões pulmonares.

As técnicas ventilatórias têm suas indicações bem definidas e uma modalidade terapêutica não substitui a outra. Sendo assim, cabe aos profissionais responsáveis pelos cuidados respiratórios intensivos escolher a técnica mais adequada a cada situação, de acordo com o diagnóstico apresentado e a gravidade do caso. Acredita-se que a melhor forma de proteger o paciente mais crítico seja não levá-lo à VMI, assim como se deve considerar que o uso da VNI pode ser um método eficaz dependendo da situação em que o paciente se encontra.

Como base nesse estudo, é importante reforçar a necessidade do profissional que intervém junto do indivíduo em estado crítico ampliar seu conhecimento, a fim de oferecer assistência qualificada. Como principais cuidados aos pacientes em VM destacam-se alguns: monitorização rigorosa do balanço hídrico, da frequência respiratória, higienização das mãos antes de qualquer procedimento, mudança de decúbito realizada em intervalos variados (algumas vezes diferente do que preconiza a literatura).

É de extrema importância os cuidados de enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional, pois a ventilação mecânica é intensa, extensa e complexa. É necessário que a equipe atuante na UTI esteja capacitada para intervir em situações de emergência, com o intuito de garantir a manutenção da estabilidade e da vida dos indivíduos sob os seus cuidados, sendo requisito essencial à assistência médica e de enfermagem ininterruptas e qualificadas.

REFERÊNCIAS

- CINTRA, E. de A. et al. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
- KNOBEL, E. **Terapia Intensiva Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Medico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COMPARATIVO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW ADULTO E PEDIÁTRICO NO TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Brenda Almeida da Silva²⁸

Tatyane de Freitas Bezerra

Júlia Eduarda Gadêlha de Sousa²⁹

Yngrid Larissa Vitória Nascimento Costa³⁰

Carlos Augusto da Silva Almeida³¹

RESUMO

O trauma é uma das principais causas de morbimortalidade sendo considerado problema de saúde pública. É a principal causa de morte em crianças acima de cinco anos de idade e responsável por mais de 50% dos óbitos na adolescência, estando presente na maioria das crianças vítimas de trauma também e sendo responsável por mais de 75% das mortes na infância. A Escala de Coma de Glasgow o principal método de avaliação do nível de consciência. Independente da vítima ser adulto ou criança, os parâmetros utilizados na ECGL são os mesmos, o que diferencia a escala adulta da pediátrica é a forma como esses parâmetros irão ser abordados. Tem como objetivo traçar um comparativo da ECGL adultos e pediátrico e avaliar a forma como a escala é abordada em diferentes idades. Trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo a partir das principais bases de dados acadêmicos, periódicos, teses e dissertações em saúde. Ao todo foram selecionados 15 artigos para o desenvolvimento do artigo usando como principal critério as referências que abordassem o tema e com publicações aos anos de 2010 a 2016. Notou-se que a resposta verbal é onde se tem a real diferença na avaliação por meio ECGL, existem dificuldades com a aplicação da escala em crianças, pois é inadequado para crianças menores de 5 anos, que muitas vezes não falam porque não adquiriram o estímulo da fala ou estão com medo, e não porque inconscientes, fazendo com que alguns dos parâmetros fossem substituídos. ECGL pediátrica é pouco conhecida, muitos profissionais não utilizam de maneira correta. Por fim, percebe-se a necessidade de uma maior aproximação da enfermagem e da equipe multidisciplinar com a avaliação neurológica ao paciente adulto e em especial a avaliação singular do paciente pediátrico em suas particularidades.

Descritores: Traumatismo Crânioencefálico; Escala de Coma de Glasgow; Avaliação Neurológica.

²⁸ Acadêmicas do 5º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN.

²⁹ Relatora. Acadêmica do 5º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN. Endereço para correspondência: Rua Benjamin Constant, 02 - Doze Anos. 59603-080 Mossoró – RN. Telefone: (84) 98712-4740 Email: juliagadilha0@gmail.com

³⁰ Relatora. Acadêmica do 5º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN. Endereço para correspondência: Rua Eufrásio de Oliveira, 65 - Alto da Conceição. 59600-410 Mossoró – RN. Telefone: (84) 98876-8627. Email: yngridlvitoria@gmail.com

³¹ Orientador; Enfermeiro pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN (2011). Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas – FCM/FACISA (2012). Docente da disciplina de Morfologia Humana da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

O trauma é uma das principais causas de morbimortalidade sendo considerado problema de saúde pública que afeta principalmente a faixa etária ativa da população. O principal trauma e o que mais causa vítimas é o trauma crânioencefálico (TCE) (GAUDÊNCIO, 2013).

De acordo com Andrade (2009) o TCE é a maior causa de morte e invalidez em crianças e adultos nas idades mais ativas. Estima-se que ocorram aproximadamente 1,6 milhões de traumas cranianos a cada ano nos Estados Unidos, sendo maior que 250.000 o número destes pacientes que foram internados em serviços hospitalares. As análises estatísticas contabilizam a cada ano cerca de 60.000 mortes por TCE, sendo 1/3 pela lesão primária e 2/3 pela lesão secundária, e que 70.000 a 90.000 pacientes ficam com invalidez neurológica permanente. Acidentes de trânsito são a maior causa de traumatismo craniano e acontecem mais frequentemente com adolescentes e adultos jovens. Quedas são responsáveis pelo segundo maior número de traumas e são mais comuns em pessoas idosas. O álcool também é um importante fator que contribui em mais de 40% dos casos mais graves de trauma.

No Brasil, é a principal causa de morte em crianças acima de cinco anos de idade e responsável por mais de 50% dos óbitos na adolescência, estando presente na maioria das crianças vítimas de trauma também e sendo responsável por mais de 75% das mortes na infância (CARVALHO et al, 2007, p. 99.).

O TCE é conceituado como qualquer agressão que acarreta lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges e encéfalo. Caracteriza-se como trauma ao cérebro causado por agressão física externa, que pode produzir alterações no nível de consciência e resultar em comprometimento das habilidades físicas e mentais (CANOVA et al, 2010).

A lesão encefálica definitiva que se estabelece após o TCE é o resultado de mecanismos fisiopatológicos que se iniciam com o acidente e se estendem por dias a semanas. Assim, do ponto de vista didático, as lesões cerebrais são classificadas em primárias e secundárias (ANDRADE et al, 2009, p. 75).

As lesões primárias são aquelas que acontecem no instante do trauma. Os ferimentos que penetram o crânio, causados por projétil de arma de fogo e arma branca, por exemplo, causam um trauma direto ao parênquima encefálico. As lesões primárias também podem resultar da movimentação cerebral associada à energia cinética do acidente, esses traumas são caracterizados pelo contato com o conteúdo intracraniano. E existem também as lesões resultantes de forças de aceleração e desaceleração, onde não se é necessário a colisão de estruturas externas com o crânio (ANDRADE et al, 2009).

As lesões secundárias são resultantes das agressões que se iniciam após o trauma, decorrentes da interação dos fatores intra e extracerebrais, impedindo a sobrevivência de células encefálicas que restaram no trauma inicial. Algumas intercorrências clínicas como hipotensão arterial, hipoglicemia, hipercarbia, hipóxia respiratória, hipóxia anêmica e distúrbios eletrolíticos podem acontecer no local do acidente e são os principais fatores das lesões secundárias. Em seguida, são somados distúrbios metabólicos e infecciosos sistêmicos, assim como a presença de substâncias neurotóxicas, hidrocefalia e alterações hemodinâmicas no espaço intracraniano (ANDRADE et al, 2009).

De acordo com as diretrizes do PHTLS (2007) com o objetivo de tentar diferenciar uma lesão primária de uma secundária a abordagem de um paciente com TCE deve-se iniciar na obtenção dos dados em relação ao trauma, primeiramente deve-se saber o intervalo entre o acidente e o atendimento da equipe, o histórico de atendimento prévio, se existente, as condições do paciente no instante após o acidente, dando ênfase no nível de consciência e déficits focais.

A avaliação do nível de consciência do paciente dará informações do funcionamento global do encéfalo. Uma contribuição importante para esta avaliação foi a Escala de Coma de Glasgow (ECGI) usada mundialmente e que tem por grande mérito retirar critérios subjetivos na avaliação do nível de consciência (MUNIZ, 1997).

A escala varia de 3 até 15 pontos, e o coma é classificado de acordo com a pontuação, de 3 a 8 são os casos graves, de 9 a 12 intermediários (moderados) e de 13 a 15 casos menos graves (leves) (OLIVEIRA et al, 2014).

A avaliação neurológica é de fundamental importância para a identificação do diagnóstico e planejamento das intervenções, quando administrada minuciosamente, fornece subsídios importantes sobre a abordagem da vítima. O nível de consciência é um dos principais parâmetros da avaliação neurológica. É um dos aspectos importantes que deve ser valorizado na avaliação de vítima de TCE (OLIVEIRA et al, 2014).

Independente da vítima ser adulto ou criança, os parâmetros utilizados na ECGI são os mesmos, o que diferencia a escala adulta da pediátrica é a forma como esses parâmetros irão ser abordados.

Dessa forma, o trabalho tem como objetivo realizar uma análise comparativa da ECGI aplicado ao adulto em relação a pediátrica e avaliar a forma de como é feita essa avaliação em diferentes idades.

Partindo do pressuposto de que a maioria dos profissionais não reconheçam as peculiaridades da aplicação de um modelo de escala voltado ao público pediátrico, bem como as implicações clínicas da necessidade desse conhecimento surgiu o seguinte questionamento: quais as diferenças práticas da aplicação da ECGI adulta e pediátrica e como o uso correto delas pode implicar num melhor diagnóstico e terapêuticas para os usuários dos serviços de saúde?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo a partir das principais bases de dados acadêmicos em saúde como Scielo, Bireme, Usp, Periódicos Capes. Foi realizada uma busca minuciosa e artigos científicos, teses e dissertações, além dos principais livros/textos sobre o assunto, nas bases citadas a partir de descritores como traumatismo crânioencefálico, Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Glasgow pediátrica. Ao todo foram selecionados 15 artigos e usados 11 para o desenvolvimento do artigo usando como principal critério as referências que abordassem o tem e que tivessem tido publicação principalmente entre os anos de 2010 e 2016.

RESULTADOS

Ativação cortical pelo sistema ativador reticular ascendente – SARA

Córtex cerebral é a camada mais externa e fina de substância cinzenta que reveste o centro branco medular do cérebro. É uma das principais partes do sistema nervoso. Os impulsos que saem das vias de sensibilidade vão para o córtex cerebral, ondem irão se tornar conscientes e serão interpretados. Então os impulsos nervosos que iniciam e comandam os impulsos voluntários saem do córtex e com ele estão associados os fenômenos psíquicos (MACHADO, 2006).

A formação reticular do tronco encefálico regula a atividade elétrica do córtex cerebral, de que dependem os vários níveis de consciência. O fato de a formação reticular ser capaz de ativar o córtex cerebral criou o conceito de Sistema Ativador Reticular Ascendente (SARA), importante na regulação do sono e da vigília (MACHADO, 2006).

A ação do SARA surge no tronco encefálico e prossegue até a área do córtex, e está relacionada ao nível de consciência. A ativação cortical depende dos neurônios da parte superior da ponte e do mesencéfalo, os quais recebem informações da maioria das vias ascendentes, que contemplam estimulações intrínsecas (proprioceptivas e viscerais) e extrínsecas (paladar, olfato, visão, tato e audição) (CABREIRA et al, 2012).

Considerando o conceito que o nível de consciência “é o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta”, percebe-se uma grande possibilidade de variação desse parâmetro em pacientes. Dessa forma é necessário a utilização de escalas que permitam que a linguagem seja padronizada sendo utilizada para facilitar a comunicação oral e escrita dessas informações, bem como, estabelecer um sólido sistema que seja capaz de acompanhar a evolução do nível de consciência (CANOVA et al., 2010).

Os indicadores utilizados nessa escala são: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. O indicador abertura ocular está diretamente ligado à aparência de vigília que é um parâmetro de avaliação do funcionamento do mecanismo de ativação do córtex cerebral, ou seja, SARA. No indicador melhor resposta verbal quando existe resposta presente de forma coerente indica o mais alto grau de integração do Sistema Nervoso Central (SNC) (MUNIZ, 1997, p. 289-290).

Método de avaliação do nível de consciência: Escala de Coma de Glasgow - ECGI

A Escala de Coma de Glasgow (ECGI) é uma escala utilizada na avaliação do nível de consciência. A escala é considerada um índice de gravidade fisiológica e converte a gravidade de uma lesão em um número. Está conversão viabiliza uma linguagem uniforme que favorece a avaliação e a comunicação objetiva de alterações fisiológicas e também, da gravidade de lesões encefálicas presentes (STTERVALL, 2010).

A ECGI sugere a gravidade da lesão no TCE por meio do somatório de seus parâmetros, abertura ocular (de 1 a 4 pontos), melhor resposta verbal (de 1 a 5 pontos) e melhor resposta motora (de 1 a 6 pontos), como visto na Tabela 1, identificando a presença de

alterações do nível de consciência por meio da análise de respostas a estímulos verbais ou dolorosos (STTERVALL, 2010).

Escala de Coma de Glasgow.

Paramêtros	Pontuação
Abertura Ocular	
Espontânea	4
À voz	3
À dor	2
Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	
Obedece à comandos	6
Localiza a dor	5
Movimento de retirada á dor	4
Decorticação	3
Descerebração	2
Nenhuma	1
Total máximo: 15	Total mínimo: 3
Intubação: 8	

Cada componente dos três parâmetros recebe uma pontuação, variando de 3 a 15, sendo o melhor 15 e o pior 3. Pacientes com pontuação 15 apresentam nível de consciência normal. Pacientes com pontuação menor que 8 apresentam coma, representando estado de extrema urgência (OLIVEIRA et al, 2014).

Cerca de 80% dos pacientes que têm TCE são classificados como traumas leves e evoluem sem intercorrências, e, apenas 3% apresentam quadro de disfunção neurológica. O TCE leve é definido com uma pontuação de 14 a 15 pontos na ECGL, podendo ser atribuídos níveis de risco, como baixo, médio e alto risco de desenvolver alguma sequela neurológica (GENTILE et al, 2011).

Aproximadamente 10% dos pacientes atendidos com TCE nos serviços de urgência são classificados como trauma moderado. O TCE moderado é definido como um nível de consciência entre 9 e 13. Frequentemente, esses pacientes apresentam-se confusos e/ou sonolentos, podendo apresentar déficits neurológicos focais (GENTILE et al, 2011).

Lesões que apresentam maior risco de mortalidade e de morbidade se enquadram no TCE grave que é definido como um nível de consciência entre 3 e 8. Em decorrência do trauma os pacientes podem apresentar quadros associados de hipotensão (GENTILI et al, 2011).

Foi sugerido pelos criadores da escala que o estado neurológico fosse avaliado novamente com um intervalo de pelo menos 6 horas, tendo em vista que nas primeiras horas após o trauma o paciente é sedado para que seja realizada a intubação, ou mesmo para o alívio da dor, o que pode interferir na pontuação obtida (OLIVEIRA et al, 2014).

Comparativo das escalas adulto e pediátrica

Segundo Freitas et al (2013) um estudo realizado na Coréia em 2010, onde foi utilizado a ECGI adaptada para criança revelou que a avaliação do nível de consciência é de grande importância para o prognóstico da vítima, sendo que a ECGI adaptada é um instrumento válido e confiável. A escala adaptada para crianças foi modificada a partir da ECGI e se difere de outras escalas por ser apropriada para a faixa etária compreendida desde a fase de recém-nascido a menores de 5 anos.

O modelo “avaliar, categorizar, decidir e agir” é a abordagem sistemática escolhida para o tratamento de crianças gravemente enfermas e vítimas de trauma (MATSUNO, 2012).

Escala de Coma de Glasgow Pediátrica.

Parâmetros		Pontuação
Abertura Ocular		
Espontânea		4
À voz		3
À dor		2
Nenhuma		1
Melhor Resposta Verbal		
0 – 23 meses	2 – 5 anos	
Sorri, balbucia	Palavras apropriadas	5

Choro apropriado	Palavras inapropriadas	4
Choro inapropriado	Choro, gritos	3
Gemidos	Gemidos	2
Nenhuma	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora		
< 1 ano	>1 ano	
	Obedece à comandos	6
Localiza a dor	Localiza a dor	5
Flexão normal	Flexão normal	4
Decorticação	Decorticação	3
Descerebração	Descerebração	2
Nenhuma	Nenhuma	1
Total máximo: 15	Total mínimo: 3	Intubação: 8

Quando se compara o parâmetro abertura ocular da ECGI adulto com a pediátrica não se vê elementos que diferenciem, pois esse é considerado um instinto bastante primitivo, e não se é necessário um amadurecimento neurológico para que seja estimulado (KIRKHAM et al, 2008).

Apesar da adaptação, ainda se encontra dificuldades na aplicação da ECGI adaptada para crianças, pois muitas vezes crianças menores de 9 meses de idade não conseguem localizar o estímulo doloroso, gerando valores inadequados. E em crianças menores de 1 ano a resposta motora ‘obedece à comandos’ não existe, pois elas não são normalmente capazes de obedecer aos comandos, fazendo com que o total máximo na pontuação seja de 14 (KIRKHAM et al, 2008).

É na resposta verbal onde se percebe a real diferença na avaliação neurológica feita pela ECGI, existem dificuldades consideráveis com a aplicação da escala em crianças, principalmente nesse parâmetro, pois é inadequado para crianças menores de 5 anos, que muitas vezes não falam porque não adquiriram o estímulo da fala ou estão com medo, e não porque inconscientes, fazendo com que alguns dos parâmetros como orientado e confuso fossem substituídos por palavras apropriadas e palavras inapropriadas em crianças maiores de 2 anos e sorri/balucia e choro apropriado em crianças até 23 meses. (KIRKHAM et al, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o mecanismo do TCE envolve diversas modalidades, sendo umas mais complexas que as outras, mas que em qualquer situação não se tem como dizer com certeza qual o real prognóstico do paciente, sendo a escala o principal meio de avaliação do nível de consciência. Através deste estudo procuramos traçar um comparativo da ECGL adultos e pediátrico afim de relatar a importância da abordagem a pacientes vítimas de TCE, tendo em foco principalmente na abordagem pediátrica devido ao não desenvolvimento da fala. A ECGL pediátrica é pouco conhecida, muitos profissionais não utilizam de maneira correta além de existir pouquíssimas literaturas publicadas que abordam sobre o devido tema.

Por fim, percebe-se a necessidade de uma maior aproximação da enfermagem e da equipe multidisciplinar com a avaliação neurológica ao paciente adulto e em especial a avaliação singular do paciente pediátrico em suas particularidades, visando uma assistência de caráter integral, comprometida com os preceitos do sistema de saúde vigente.

REFERENCIAS

- ANDRADE, Almir Ferreira de et al. Mecanismos de Lesão Cerebral no Traumatismo Crânioencefálico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Brasil, v. 55, n. 01, p. 75-81. 2009. ISSN 1806-9282. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302009000100020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04/04/2016.
- CABREIRA, Janieli Monteiro Lima et al. Estado Vegetativo e Estado Minimamente Consciente: Como Diferenciá-los Clinicamente? Neurobiologia Da Consciência, Sistema Reticular Ativador Ascendente, Mecanismos Da Atenção. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIAS DA GRANDE DOURADOS, 3, 2012. **Anais...** Grande Dourado – MS: SinGraD, 2012.
- CANOVA, Jocilene de C. M. et al. Traumatismo Cranioencefálico De Pacientes Vítimas De Acidentes De Motocicleta. **Arq Ciênc Saúde**, Brasil, v. 17, n. 01, p. 9-14. 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=616482&indexSearch=ID>>. Acesso em: 09/04/2016.
- CARVALHO, Luís Fernando Andrade et al. Traumatismo Crânioencefálico grave em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 01, p. 98-106. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a13v19n1.pdf>>. Acesso em: 04/04/2016.
- FREITAS, Záira Moura da Paixão et al. Avaliação do nível de consciência de recém-nascidos com asfixia neonatal. Propostas para unidades de tratamentos intensivos neonatais. **Pediatria Moderna**, Brasil, v. 49, n. 10, p. 419-426. 2013. Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5524>. Acesso em: 29/04/2016.

GAUDÊNCIO, Talita Guerra et al. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. **Revista Neurociências**, Brasil, v. 21, n. 03, p. 427-434. 2013. ISSN 1984-4905. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>>. Acesso em: 04/04/2016.

GENTILE, João Kleber de Almeida et al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. **Rev. Bras. Clin. Med.**, Brasil, v. 09, n. 01, p. 74-92. 2011. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf>. Acesso em: 27/04/2016.

KIRKHAM, Fenella J., et al. Paediatric coma scales. **Developmental Medicine & Child Neurology**, London, v. 50, p. 267-274. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2008.02042.x/pdf>>. Acesso em: 09/05/2016.

MACHADO, Angelo. **Neuroanatomia funcional**. 2º ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MATSUNO, Alessandra Kimie. Reconhecimento das situações de emergência: Avaliação Pediátrica. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**, Brasil, v. 45, n. 02, p. 158-167. ISSN 2176-7262. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp1_Reconhecimento%20das%20Situa%E7%F5es%20de%20Emerg%Eancia_Avalia%E7%E3o%20Pedi%E1trica.pdf>. Acesso em: 18/04/2016.

MUNIZ, E. C. S. et al. Utilização da escala de Coma de Glasgow e escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 31, n. 02, p. 287-303. 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/34974/37712>>. Acesso em: 01/05/2016.

OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão et al. Escalas para a avaliação do nível de consciência em trauma crânioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurociência. **Arq. Bras. Neurociência**, v. 33, n. 01, p. 22-32. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>>. Acesso em: 02/05/2016.

ATENDIMENTO Pré-Hospitalar ao Traumatizado – PHTLS. 6º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

STTERVALL, Cristina Helena Costanti. **A escala de Coma de Glasgow como indicador de mortalidade e qualidade de vida em vítimas de TCEC**. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A ESSA PACIENTE NA UTI

Arivaneide Andrade Soriano³²

Ruiter Sávio Almeida da Silva¹

Fábia Sonaira Dantas Carlos³³

Evilamilton Gomes de Paula³⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gestação é um fenômeno fisiológico para as mulheres; porém, algumas apresentam agravos durante esse período. Entre esses agravos à hipertensão é a mais frequente, e com maior morbimortalidade materna e perinatal, podendo afetar mais de 10% das gestações, por isso é considerada um problema de saúde pública. No Brasil, a doença possui altas taxas de incidência, sendo 37% da causa de mortes obstétricas diretas. Na Unidade de Terapia Intensiva - UTI obstétrica é a principal causa das internações. O presente artigo aborda aspectos importantes sobre a fisiopatologia das Síndromes Hipertensivas, o cuidado de enfermagem a essa paciente na UTI, e diagnósticos de Enfermagem mais adequados a tal situação. **OBJETIVOS:** Identificar e contextualizar os principais aspectos do cuidado da Enfermagem a gestante com Doenças Hipertensivas; Conhecer a assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva; Identificar Diagnósticos de Enfermagem utilizados para as patologias em questão na UTI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um levantamento bibliográfico realizado no período de 09 a 23 de janeiro de 2016. Foram utilizados 27 artigos selecionados por meio de buscas nas bases de dados das bibliotecas eletrônicas como Scielo, BIREME e BVSMS, que serviram de embasamento teórico. **RESULTADOS:** Há consenso entre os autores pesquisados ao afirmarem que a síndrome hipertensiva é um problema de saúde pública e que as intervenções para revertê-las precisam ser implementadas precocemente. Percebemos também, a importância da assistência da enfermagem enquanto instrumento sistematizado, visando à humanização durante a permanência da mulher na UTI, contribuindo significativamente para o restabelecimento das pacientes em questão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A importância da realização da pesquisa é demonstrada pelo aumento cotidiano dos números de casos referentes às Síndromes Hipertensivas e a oferta do cuidado qualificado da enfermagem a pacientes na UTI e pela escassez de artigos produzidos, abordando a temática.

¹Discentes do Curso de Enfermagem – FACENE

²Relatora – Discente do Curso de Enfermagem – FACENE – Rua: Antonio Joaquim, 115 – Centro – Frutuoso Gomes – RN CEP: 59890-000 – Telefone: (84) 996510987 – E-mail: fabia_sonaira@yahoo.com.br

³Enfermeiro Graduado pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN – Pós Graduado em Enfermagem Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Orientador – Docente do Curso de Enfermagem – FACENE

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem. Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia. Síndrome de HELLP. Assistência de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolvem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com Brasil (2010) essa parcela de grávidas constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos a saúde.

As síndromes hipertensivas durante a gravidez fazem parte desses agravos, onde a hipertensão causa efeitos deletérios sobre diversos sistemas, principalmente o vascular, o hepático, o renal e o cerebral, levando a altas taxas de morbimortalidade e permanecendo como a primeira causa de morte materna direta (37%), sendo essa proporção maior nas Regiões Norte e Nordeste, em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste (AMORIM, 2009).

Em 2000, o MS iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de promover ações direcionadas à redução da morbidade e mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, tendo como estratégia a humanização do atendimento. Em 2011, instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (NOUR, 2015).

Para Oliveira (2009) quando as complicações obstétricas não são tratadas em tempo hábil, podem evoluir para agravos que necessitem de tratamento crítico, no caso, em uma UTI, onde as mulheres serão cuidadas na tentativa de reverter às instabilidades clínicas, oferecendo condições de recuperação e reintegração social.

Com o aumento das incidências das SHEG nas pacientes brasileiras e consequentemente com um aumento da procura pelas unidades de terapia Intensiva obstétrica, as SHEG são consideradas pelo Ministério da Saúde um grande problema de saúde pública, devido o alto custo financeiro e as repercussões negativas para o binômio (Mãe-filho) (MOURA et al., 2010).

A vivência acadêmica nos permitiu experimentar diferentes práticas e saberes profissionais, onde observamos os aspectos de cada função do profissional enfermeiro. Assim sendo, compreendemos que a paciente merece receber o melhor atendimento no intuito de auxiliá-lo no restabelecimento de suas funções fisiológicas, em especial se falamos sobre pacientes com Síndromes Hipertensivas e seus cuidados na Unidade de Terapia Intensiva. Pensando nisso, surgiu a necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre o tema, na perspectiva de analisar o conhecimento sobre as condutas de enfermagem a essas pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, bem como, pela relevância social, científica e profissional da prática de enfermagem.

Apesar da grande relevância do assunto para o público acadêmico e profissional de enfermagem, identificamos a carência de trabalhos atuais que abordem o papel e/ou atuação do enfermeiro frente à pacientes portadoras de Síndromes Hipertensivas na Unidade de Terapia Intensiva, nesse sentido, este trabalho busca contribuir para debates acadêmicos e o público em geral.

Dessa forma, torna-se clara a importância desta pesquisa na perspectiva de contribuir para o conhecimento, especialmente dos profissionais da enfermagem, possibilitando-lhes reflexões que possam reorientar suas práticas. Neste sentido abordaremos os aspectos gerais das Síndromes Hipertensivas, bem como as condutas a serem tomadas com as pacientes na Unidade de Terapia Intensiva.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais aspectos do cuidado da Enfermagem a gestante com Doenças Hipertensivas Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conhecer a assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, voltada para as emergências obstétricas;

Identificar Diagnósticos de Enfermagem utilizados na Unidade de Terapia Intensiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HIPERTENSÃO GESTACIONAL

A hipertensão gestacional aparece após a 20^a semana, sem proteinúria. Pode ser ainda definida como transitória, quando retorna aos valores normais após 12 semanas do parto, ou crônica quando registrada antes da gestação, no período que precede a 20^a semana de gravidez, ou além de 12 semanas após o parto (BRASIL, 2012).

Segundo Souza et al. (2013) a hipertensão incide em cerca de 10% das gestações, podendo se manifestar sob diversas formas clínicas. Tanto no Brasil, como no mundo, representa uma das principais causas de óbito materno, associando-se com elevadas taxas de morbidade e mortalidade perinatal. A persistência de níveis tensionais elevados na gestação e no puerpério tem acarretado um ônus elevado para saúde pública e para as mulheres acometidas por tal patologia.

Entre os agravos ocorridos na gravidez, à hipertensão é o mais frequente, é aquela que é acompanhada de maior morbimortalidade materna e perinatal, podendo afetar mais de 10% das gestações no Brasil, por isso é considerada problema de saúde pública. Sua prevalência varia conforme faixa etária, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal (SOARES, 2009).

As condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que, essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais. Estudos realizados com portadoras de hipertensão constataam a inter-relação de situações estressantes e de fortes emoções com hipertensão arterial, sendo os principais estressores das condições financeiras precárias (MOURA et al, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) e Brasil (2012) na gestação, a hipertensão arterial é classificada nas categorias de Hipertensão gestacional, Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia.

Tais afirmações nos levam a refletir sobre a importância do acompanhamento do pré-natal desde a confirmação da gravidez, a partir da Atenção Básica onde atuam profissionais da enfermagem aptos para a condução do processo na perspectiva de prevenir e ou detectar precocemente tais situações, minimizando as consequências.

3.2 PRÉ-ECLÂMPسيا

A pré-eclâmpسيا é definida pela hipertensão, após 20 semanas de gestação (previamente normotensas) e proteinúria (proteinúria de 24 horas > 300 mg). Classifica-se ainda a pré-eclâmpسيا em leve e grave. A pré-eclâmpسيا grave ocorre, quando a pressão diastólica igual/maior que 110 mmHg; Proteinúria maior que 2 g / 24 horas; oligúria (menor que 500 mL/dia, ou 25 mL/h); Creatinina > 1,2 mg/dL; Cefaleia e distúrbios visuais; Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito; Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia e Plaquetopenia(<100.000/mm³); Aumento das enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas; Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico; Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrâmnio (BRASIL, 2012).

De acordo com Gonzaga (2011) a pré-eclâmpسيا é caracterizada pelo aparecimento de hipertensão arterial e proteinúria (>300mg/24 horas) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. A pré-eclâmpسيا superposta à hipertensão crônica é definida pela elevação aguda da pressão arterial à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de hipertensão crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

O edema generalizado que não desaparece com o repouso deve ser considerado sinal clínico de grande importância. A experiência mostra que o conceito clássico, ou seja, o desenvolvimento da hipertensão com proteinúria e/ou edema de mão ou face, é o verdadeiro. Como consequência, aguardar a proteinúria para caracterizar clinicamente a PE pode apresentar implicação clínica grave, retardando o tratamento ou a prevenção de complicações materno-fetais (KAHHALE e ZUGAIB, 2010).

Conforme o autor acima citado, entendemos e concordamos que é arriscado aguardar sinais mais evidentes como a presença de proteinúria para providenciar o encaminhamento ao atendimento de referência. Diante do quadro clínico de hipertensão e edema a mulher deve ser acompanhada em serviço de referência (como gestação de risco) no intuito de minimizar os riscos de complicações que venham comprometer a saúde da mãe e feto.

3.3 ECLÂMPسيا

A eclampsia é a consequência de uma gestação que se iniciou com complicações e evoluiu para os quadros clínicos de convulsões iniciando no período de aproximadamente 20 dias de gestação ou até 48 horas após o parto (LACERDA, 2011).

Segundo Novo (2010) a eclampsia é a manifestação convulsiva e/ou comatosa da pré-eclampsia, quer de forma isolada ou associada à hipertensão arterial materna preexistente. Trata-se de uma intercorrência emergencial com distribuição universal e com incidência crescente, apesar das tentativas e ações instituídas para o seu controle. É a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos e continua presente entre as complicações obstétricas mais importantes. Apresenta evolução insidiosa e grave em proporções mundiais, com elevada morbiletalidade materno-fetal, principalmente nos países em desenvolvimento.

Para identificar a eclâmpsia é necessário atentar aos sinais de crises hipertensivas até a 20ª semana com proteinúria de volume aproximado ou maior de 300ml, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, oligúria, creatinina com valor de 1,2mg, elevação dos níveis de TGO e TGP, plaquetopenia, abaixo de 100.000, perda da consciência, cefaleia, tontura, Hemólise micro angiopática – hiperbilirrubinemia, crescimento fetal restrito, oligodraminia (LACERDA, 2011).

Os autores supracitados apontam para a necessidade do entrelaçamento entre as instâncias assistenciais do SUS. Faz-se necessário que as mulheres cuja evolução gestacional cursam com esses riscos, sejam acompanhadas em níveis de complexidade mais elevados como a Atenção Secundária onde o pré-natal de alto risco deve ser acompanhado por equipe multidisciplinar na qual a enfermagem também está inserida.

No Brasil, o tratamento mais indicado para a eclampsia é medicamentoso e existem alguns medicamentos utilizados em maior escala que é o caso da alfameltidopa com dosagem de 750 mg a 2,0 g, bloqueadores do cana de cálcio. Não é indicado o uso de diuréticos em gestantes, mas, em alguns casos, utilizar diuréticos é benéfico para o controle da pressão arterial, monitorização dos níveis da pressão arterial e em alguns casos, a internação é necessária para a avaliação e monitorização do estado de saúde. É importante que o tratamento seja realizado de forma sistemática, manter as vias aéreas pérvias, administrar oxigênio em máscara ou cateter nasal, deixar o paciente em decúbito lateral, realizar passagem de sonda vesical de demora para avaliar sinais de proteinúria, administrar anticonvulsionantes (HERNANDÉZ et al., 2008).

As ponderações acima colocadas nos fazem refletir acerca da assistência de enfermagem diante de tais situações. Grande parte dos procedimentos utilizados na reversão

dessas intercorrências são permeadas de certas complexidades e isso está diretamente relacionado com a competência técnica do enfermeiro.

3.4 SÍNDROME DE HELLP

A Síndrome HELLP caracteriza-se por hemólise (H), enzimas hepáticas (EL) elevadas e a baixa contagem de plaquetas (LP). Embora a causa ainda não seja completamente esclarecida, a síndrome pode levar a várias complicações, como insuficiência cardíaca, pulmonar, renal, dentre outras. Outras complicações para o feto incluem crescimento uterino restrito e síndrome da angústia respiratória (CARVALHO *et al.*, 2008).

Para Brasil (2010) a Síndrome de Hellp é o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevatedliverfunctionstests”) e plaquetopenia (LP = “lowplateletscount”). Embora acompanhe outras doenças, em Obstetria é considerada como agravamento do quadro de pre-eclâmpsia.

Concordamos com os autores, quando abordam em suas falas que a Síndrome de Hellp é uma situação clínica grave, que podem vir causar consequências irreparáveis, quando não identificadas em tempo hábil, seja por apresentar-se de forma rápida, ou por um descuido no acompanhamento da mulher durante o período gestacional.

A Síndrome HELLP envolve alterações na ativação plaquetária, na elevação dos níveis séricos de ocitocinas que levam ao vaso espasmo, acarretando obstrução sinusoidal e infarto hepático (SANDRINE *et al.*, 2010).

Os sinais e sintomas da Síndrome HELLP podem ser facilmente confundidos com pré-eclâmpsia grave, que são dor na parte alta ou central do abdome, cefaleia, náuseas, vômitos e mal-estar generalizado. Quando não é feita uma correta avaliação laboratorial, esses sintomas podem passar despercebidos, sendo feito um diagnóstico apenas quando o quadro se agrava (MORAES *et al.*, 2011).

Todas as gestantes com síndrome *HELLP* devem ser tratadas em unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermediários por quantas horas forem necessárias até que (1) a contagem de plaquetas demonstre uma tendência consistente de elevação e a DHL uma tendência consistente de diminuição, (2) a gestante tenha uma diurese de >100 ml/hora por duas horas consecutivas sem infusão adicional rápida de fluidos ou sem diuréticos, (3) a hipertensão esteja bem controlada, com a Pressão Arterial Sistólica em torno de 150 mmHg e a diastólica <100mmHg e (4) a melhora clínica seja óbvia e não haja complicações significativas (BRASIL, 2010).

Ainda para Brasil (2010) as mulheres com piora dos parâmetros da síndrome *HELLP* apresentam risco elevado de morbidade e mortalidade. As complicações que podem surgir

são: rotura de hematoma hepático, insuficiência renal aguda, lesão pulmonar aguda e síndrome de angustia respiratória. A intubação e ventilação assistida podem ser necessárias em algumas gestantes.

De acordo com essas afirmações, entendemos a necessidade da atenção especializada e nesse contexto, as UTIs se tornam as opções viáveis para a reversão de tais situações clínicas. As intervenções de enfermagem no ambiente de terapia intensiva contribuem de forma significativa para a obtenção de resultados satisfatórios na terapêutica implementada.

3.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UTI

No ambiente de UTI as necessidades de cuidado de enfermagem aumentam, pois as clientes irão precisar de avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados com outros profissionais de saúde, além de um efetivo e conveniente planejamento de alta (POTTER e PERRY, 2004).

O enfermeiro é o profissional que geralmente faz a primeira abordagem na perspectiva de identificar sinais e sintomas, intervindo para revertê-los. A Nursing Intervention Classification (NIC) apresenta diversas intervenções que os enfermeiros podem implementar para atender às necessidades dos pacientes. A intervenção de enfermagem é o tratamento que o enfermeiro proporciona, incluindo cuidados diretos e indiretos, buscando os resultados almejados para o paciente a partir de um julgamento clínico (NOUR, et. al. 2015).

Diante do que foi dito, ressaltamos a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem enquanto instrumento de intervenção na abordagem das emergências obstétricas que são tratadas nos ambientes de terapia intensiva. Isso credencia o trabalho da enfermagem afastando-o do fazer empírico, e proporciona ao cuidado o viés da cientificidade.

Em estudo realizado por Camponogara et. al. (2011), afirma que no setor de UTI atuam diversos profissionais, das mais variadas áreas, dentre estes, destacamos os profissionais de enfermagem, que são os responsáveis por muitas atividades relacionadas ao cuidado intensivo, tais como: a realização de diversos procedimentos, a constante monitorização dos pacientes, o uso de aparelhagens diversas, a atuação em situações de emergência. Nestas situações, tudo deve estar pronto e no lugar muito rápido, o que leva a uma valorização da tecnologia, impedindo que o profissional torne-se mais sensível, crítico e humanizado frente à situação do paciente. O cuidado prestado pela equipe de enfermagem em UTI ainda é orientado pelo modelo biomédico, em que a atenção é voltada para a doença e

para os procedimentos técnicos, e não voltado aos sentimentos e receios dos pacientes e seus familiares.

Em parte, discordamos do autor anteriormente citado. As discussões que permeiam o fazer da enfermagem atualmente, estão convergindo para a prestação da assistência humanizada e isso vem contribuindo de forma significativa para o rompimento com o modelo biomédico.

Para Atwood et. al. (2007) quando se cuida de uma cliente com hipertensão arterial gestacional esteja preparada para as seguintes intervenções:

- ✓ Pesquise sinais de sofrimento fetal ao monitorar atentamente os resultados das cardiotocografias basal e estimulada;
- ✓ Mantenha equipamento de reanimação e anticonvulsivantes a mão, para o caso de convulsões ou paradas cardíaca ou respiratória;
- ✓ Monitore com cuidado a administração de sulfato de magnésio. Sinais de intoxicação incluem ausência de reflexos patelares, rubor, flacidez muscular, diminuição do débito urinário, queda importante da pressão arterial (de mais de 15 mmHg) e frequência respiratória inferior a 12 incursões/minuto mantenha gliconato de cálcio a beira do leito para os efeitos tóxicos de sulfato de magnésio;
- ✓ Prepare-se para uma cesariana de emergência, se indicado avise o anestesista e o pediatra;
- ✓ Para proteger a cliente de lesões, mantenha precauções para convulsões. Não deixe uma cliente com pressão arterial instável desacompanhada. Mantenha as vias respiratórias desobstruídas e o oxigênio suplementar disponível;
- ✓ Sinais e sintomas de pré- eclampsia e eclampsia;
- ✓ A importância do repouso no leito em decúbito lateral esquerdo, como prescrito;
- ✓ A nutrição adequada e a dieta hipossódica os bons cuidados pré-natais;
- ✓ O controle de hipertensão arterial preexistente;
- ✓ O reconhecimento precoce e o tratamento imediato da pré-eclâmpsia.

Segundo Bittar (2006) pode-se afirmar que quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada. Dessa forma, incorporar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma forma de tornar a Enfermagem mais científica, promovendo assim, um cuidar de enfermagem humanizada, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.

A SAE é um instrumento de propriedade do enfermeiro, que permite avaliação integral das condições do paciente de forma organizada, contribuindo para redução das falhas no cuidado dos pacientes (SOUZA, 2012).

Dessa forma, o enfermeiro coloca em prática o processo de enfermagem de forma a obter resultados significativos na assistência prestada ao cliente, o mesmo deve lançar mão do conhecimento em anatomia, fisiologia, patologia, semiologia e também conhecer de fato a metodologia e a teoria que o farão aplicar o cuidado de forma eficaz, ou seja, o profissional enfermeiro precisa entender em sua totalidade o processo de enfermagem e cuidado com o paciente para melhor desenvolver suas atividades e obter assim melhores resultados (KOBAYASHI; LEITE, 2010).

Tais afirmações nos levam a refletir sobre a importância do trabalho da enfermagem desenvolvido a partir da SAE. Quando os autores defendem tais proposições, nos levam a pensar nos benefícios advindos em resposta a implementação da SAE e acreditamos que tanto a enfermagem quanto as pacientes beneficiam, visto que, é atribuído qualidade na assistência. Assim sendo, o trabalho da enfermagem flui de forma organizada, contribuindo pra a recuperação das pacientes.

Por entendermos que a SAE permite ao enfermeiro mais autonomia e possibilita a esse a obtenção de resultados satisfatórios, apresentamos um possível plano de cuidados a ser implementado para pacientes admitidas na UTI, de forma a ser adequado ao quadro clínico de cada paciente, visto que, cada ser é único e requer cuidados individualizados.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
Volume de líquidos excessivo relacionado a disfunção endotelial e ao uso de sulfato de magnésio evidenciado por edema	-Orientar quanto a dieta hipossódica; -Orientar elevação do MMII; -Administrar diuréticos; -Orientar cuidados para hidratação da pele; -Monitorar balanço hídrico; -Pesar diariamente a	- A paciente reduziu sinais de edema.

	paciente.	
Conhecimento deficiente relacionado a doença e evidenciado por relato verbal.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar a fisiopatologia de maneira simplificada; -Orientar quanto os cuidados que a doença requer; -Orientar quanto o reconhecimento sintomatológico de complicações. 	- A paciente caracterizou a doença e seus principais cuidados.
Risco de infecção relacionado a cateterismo vesical de demora.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene das mãos antes e depois de manusear o cateter, equipo ou bolsa de drenagem; - Evitar trocas rotineiras do cateter; -Esvaziar bolsa coletora pelo menos a cada oito horas através do dreno ou de acordo com a necessidade. 	- A paciente não apresentou sinais de infecção.
Ansiedade, evidenciada por preocupação e aumento da tensão relacionada à ameaça ao estado materno e fetal.	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação para a indicação do parto; - Orientações aos pais (sobre os bebês); - Informação e apoio para facilitar o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade verbalizada; - Diminuição sobre a preocupação exagerada dos eventos da vida.
Risco de intolerância à	- Cuidados na gravidez de	- Caminhar;

<p>atividade, relacionado à presença de problemas circulatórios (aumento da pressão; pré-eclâmpsia).</p>	<p>alto risco; - Identificação do nível conhecimento da paciente; - Oferta de orientação; - Verificação da frequência cardíaca fetal e materna; - Orientação dos acompanhantes.</p>	<p>- Auto posicionamento.</p>
<p>Risco de díade mãe/feto perturbado, relacionada à complicação da gestação (pré-eclâmpsia) e ao transporte de oxigênio diminuído (hipertensão e doença cardíaca).</p>	<p>- Monitoração fetal; - Cuidados na gravidez de alto risco; - Preparo para a indicação do parto; - Cuidados durante o parto e pós-parto; - Monitoração dos sinais vitais; - Determinação do preparo da paciente para a cesariana; - Repasse de informações sobre os bebês; - Tratamento da dor. - Monitoração dos lóquios e contração uterina; - Orientação sobre aleitamento materno.</p>	<p>- Frequência cardíaca fetal (desvio leve dos parâmetros normais); - Variabilidade dos achados no monitoramento eletrônico do feto.</p>

FONTE: NANDA (2012).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento bibliográfico realizado no período de 09 de março a 29 de Abril 2016, em que foi utilizada uma seleção de 27 artigos por meio de buscas nas bases de dados das bibliotecas eletrônicas como Scielo, BIREME e BVSMS. Adotamos como critérios

de inclusão, as produções que abordassem as Doenças Hipertensivas na gravidez: Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e Síndrome de Hellp e o cuidado de Enfermagem a essa paciente na UTI.

Foram excluídas as produções que abordavam a problemática apenas pelo viés clínico das patologias em questão e não consideravam as ações relacionadas à assistência de enfermagem enquanto parte integrante do processo.

As leituras e pesquisa foram realizadas na perspectiva de identificar pontos divergentes ou convergentes em relação ao tema, sendo desenvolvidas durante a disciplina de Enfermagem em Terapia Intensiva.

5 RESULTADOS EDISCUSSÕES

As produções analisadas para a configuração deste trabalho demonstraram que em relação as Síndromes Hipertensivas todos os autores foram unânimes, quando as consideram problemas de saúde pública, que podem complicar a gestação da mulher e se não tratadas adequadamente pode tomar proporções que fogem ao controle da equipe multiprofissional.

Foi consensual também, a importância do trabalho do enfermeiro que atua nas unidades de terapia intensiva, especialmente quanto a monitorização da sintomatologia das síndromes hipertensivas, por ser o profissional que mantém um contato maior com as pacientes no referido espaço.

Sobre os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva os autores deixam claro que apesar de o modelo utilizado para o cuidado ainda ser o biomédico, os enfermeiros através das suas intervenções têm produzido o cuidado pautado na lógica da humanização e isso contribui para a evolução das pacientes, possibilitando que o atendimento seja de qualidade.

Ainda pudemos observar que três dos artigos utilizados trazem a SAE como um instrumento que deve nortear o trabalho do enfermeiro e isso facilita o desenvolvimento de suas condutas enquanto implementa o cuidado, considerando as subjetividades, procurando enxergar a condição da mulher em sua totalidade e não somente na condição de doente.

Acreditamos ter atingido os nossos objetivos, visto que, foram identificados vários aspectos relacionados ao cuidado de enfermagem a gestantes UTI, dentre os quais, destacamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem, enquanto instrumento norteador das condutas a serem implementadas.

De acordo com as leituras realizadas, percebemos que os diagnósticos de enfermagem são considerados e estão presentes na assistência voltada para as referidas síndromes, na perspectiva de revertê-las minimizando os riscos que lhes são inerentes.

Desta forma, entendemos que diante desse cenário o enfermeiro tem um papel de grande importância na avaliação das gestantes, bem como, no sentido de orientar e realizar a assistência de enfermagem de modo integral no intuito de minimizar as taxas de morbidade e mortalidade, referentes às síndromes hipertensivas durante o período gravídico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As produções analisadas durante a realização deste trabalho mostram que o enfermeiro é dotado de competência técnica para prestar o cuidado diante de tais intercorrências, sendo a SAE um instrumento facilitador de seu papel nesse contexto. Desta forma, entendemos nesse cenário o enfermeiro tem um papel de grande importância na avaliação das gestantes, bem como, no sentido de orientar e realizar a assistência de enfermagem de modo a minimizar as taxas de morbidade e mortalidade.

Assim sendo, compreendemos a partir da realização desse trabalho a importância da equipe de enfermagem, em especial o profissional enfermeiro, no que se refere a sua responsabilidade frente à pacientes com Síndromes Hipertensivas na UTI; pois, percebendo a abrangência do seu papel, poderá intervir de maneira adequada, respeitando o Ser e contribuindo para a realização de um cuidado humanizado.

A importância da realização da pesquisa e do tema é demonstrada pelo aumento cotidiano dos números de casos referentes às Síndromes Hipertensivas e a oferta do cuidado qualificado da enfermagem a pacientes na UTI e pela escassez de artigos produzidos, abordando a temática. Partindo dessa visão sugerimos a realização de pesquisas mais profundas sobre o tema abordado, visto seu impacto positivo na formação e aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M; LIMA, L. A; LOPES, C. V; ARAUJO, D. K; SILVA, J. G; CESAR, L. C; et al. Risk factors for pregnancy in adolescence in a teaching maternity in Paraíba: a case-control study. **Ver BrasGinecol Obstet. Portuguese**. v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a06.pdf>>. Acesso em: <26 abr 2016>.

ATWOOD, K. et. al. 2007. **Enfermagem materno-neonatal: distúrbios, intervenções, exames e complementares, recursos clínicos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BITTAR, D. B; PEREIRA, L. V; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto e contexto enferm.** v.15; nº4; p.617-628; 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10>> Acesso em: >21 abr de 2016>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico de Gestaçao de Alto Risco. 5ª edição. Brasília – DF, 2012. Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: <15 abr 2016>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestaçao de Alto Risco. **Manual Técnico.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. p. 302, 2010. Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: < 19 abr 2016>.

CAMPOGARA, S;, et. al. **O CUIDADO HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA.** Rev. Enferm. UFSM 2011 Jan/Abr; v.1(1): p.124-132. Disponível em:<<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2237/1520>> Acesso: < 20 Abr 2016>.

CARVALHO, A. R. M. R; *et al.* Magnetic resonance imaging of the liver in postpartum stable women with HELLP syndrome. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 436-41, set./out. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n5/a18v54n5.pdf>>. Acesso em: < 10 mar 2016>.

CAVALLI, R. C.; SANDRIM, V. C.; SANTOS, J. E. T. et al. Predição de pré- eclâmpsia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online], vol. 31, nº 1, pp. 1-4, 2009. Disponível em:>https://www.researchgate.net/profile/Jose_Tanus-Santos2/publication/24258481_Preeclampsia_prediction/links/53fc666e0cf2dca8ffff1950.pdf> Acesso em: < 20 abr 2016>.

FREIRE, C. M. V; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq Bras Cardiol.** v. 93, n.6 (Sulp), p. 110-118. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf>> Acesso em: <15 abr 2016>.

GONZAGA, C. C. Emergências e Urgências Hipertensivas. Programa de atualização em Medicina de Urgência e Emergência. Porto Alegre: Artmed Pan-americana/Sociedade Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência. 2011.

HERNÁNDEZ, G.; CÁRDENAS, P. L. A. L.; MUCIMENDOZA, R. “Después de la tormenta sobreviene la calma...” Hipertensión inducida por el embarazo y desprendimiento seroso de la retina. Angiografía fluoresceínica evolutiva. Gaceta Médica de Caracas, v. 116, n. 1, p. 57-62, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n1/art09.pdf>> Acesso em: <19 abr 2016>.

KAHHALE, S; ZUGAIB, M. **Anti-hipertensivos na gestação**. PROAGO – Programa de atualização em ginecologia e obstetrícia. Porto Alegre: Artmed Pan-americana/Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2010.

KOBAYASHI, R. M; JANUÁRIO, M. M. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.63, n.2, p. 243-249, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/12.pdf>> Acesso em: <2 abr 2016>.

LACERDA, I. C; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. PR, 2011. Disponível em: <<http://eduem.uem.br>> acesso em: < 19 Novembro 2015>.

MONTENEGRO, B; REZENDE FILHO, C. A. **Rezende – Obstetrícia**. Guanabara Koogan, 12ª edição, 2013.

MORAES, M. S. T. *et al.* Síndrome HELLP: proposta de um plano assistencial. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 54, p. 244-248, 2011. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/842/84221108005.pdf>>. Acesso em: <05 abr 2016>.

MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, C. G. S.; DAMASCENO, A. K. C. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm.** [online]. v. 15, nº 2, pp. 250-255, Abr/Jun, 2010. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17855>> acesso em: <11 abr 2016>.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NOUR, G. F. A; CASTRO, M. S; BRITO, J. O. **Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: Evidencias para o cuidado de enfermagem**. Sonare: Sobral. v.14, n.01; p. 121-128. Jan/jun. 2015. Disponível em:<<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620/338>> Acesso:< 20 Abr 2016>.

NOVO, J. L. V. G; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclampsia. **Ver Bras Saúde Matern Infant [revista em Internet]**. v.10, n.2, p.209-217. Abr/Jun. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br>> acesso em: <17 abr 2016>.

OLIVEIRA, M. F; FREITAS, M. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras. Enferm.** v.62; nº 3; p. 343-348. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300002> Acesso em: <24 abr 2016>.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

SANDRINE, F.; ROCHA, R. B.; ROSA, D. M. *et al.* Ruptura de hematoma subcapsular hepático e Síndrome HELLP: fisiopatologia diagnóstica e bases do tratamento. **Revista Emergências Clínicas**. São Paulo, v. 5, n. 25, p. 126-130, jul./ago. 2010. Disponível em:<<http://apl.unisauam.edu.br>> Acesso em: <28 abr 2016>.

SOARES, V. M; SOUZA, K. V; FREYGANG, T. C; CORREA, V; SAITO, M. R. Maternal mortality due to pré-eclampsia/eclampsia in a state in southern Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet. Portuguese.** v. 31, n. 11, p 566-573, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>>. Acesso em: < 24 abr 2016>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51. Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: < 01 abr 2016>.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R; NETO, M. J. V; FILHO, J. R. B. O; JÚNIOR, F. A. S. Fatores associados com centralização fetal em pacientes com hipertensão arterial na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.35, n.7, p.309-316, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n7/05.pdf>>. Acesso em: <05 abr 2016>.

SOUZA, T. M; CARVALHO, R; PALDINO, C. M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **REV SOBECC.** v.17, nº4, p.33-47. 2012. Disponível em: <<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/2.pdf>> Acesso em: < 28 Abr 2016>.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES NA UNIDADE NA TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JANETECLÉ BEZERRA DE MEDEIROS³⁵

MARIA REGINA DE LIMA³⁶

VIVIANE DE SOUSA LACERDA²

EVILAMILTON GOMES DE PAULA³⁷

RESUMO: INTRODUÇÃO: O cuidar é a essência dos profissionais da enfermagem, focando no ser humano de forma holística. A recuperação do paciente crítico é multifatorial e os cuidados de enfermagem colaboram de forma decisiva no sucesso da terapia intensiva. **OBJETIVO:** Avaliar a assistências de enfermagem em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e identificar aspectos positivos e negativos no ato do Cuidar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um levantamento bibliográfico e exploratório tomando como base artigos disponíveis em Bibliotecas eletrônicas. Foram consultadas dez referenciais publicadas entre os anos de 2010 e 2016, aos com foco nos cuidados de enfermagem aos pacientes em unidades de terapia intensiva. **RESULTADOS:** A construção desse artigo foi de suma importância diante de experiências vividas nos estágios em Unidades de Terapia Intensiva bem como explanação do assunto através de pesquisas científicas, onde podemos destacar o trabalho desempenhado pelo enfermeiro e a liderança com sua equipe. Tendo como ideia central promover conforto e bem estar aos pacientes e familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa pesquisa nos fez perceber que assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva não depende unicamente do manuseio das tecnologias do setor o conhecimento técnico é indispensável e não deve se distanciar do viés da humanização.

PALAVRAS – CHAVES: ASSISTÊNCIA AO PACIENTE, CUIDADOS DE ENFERMAGEM, UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

INTRODUÇÃO

Com base nas experiências vivenciadas nas unidades de terapia intensiva a partir da graduação, percebemos que o conhecimento na área da saúde, especialmente relacionado a

³⁵ Relatora. Acadêmica do curso do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. E-mail: janetecele@hotmail.com. Rua Walter Wanderley, 126, Planalto 13 de Maio. Telefone: (84)98869-4692.

³⁶ Acadêmicas do curso do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

³⁷ Enfermeiro. Especialista; Docente da FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ, Brasil.

assistência aos doentes críticos que necessitam de cuidados intensivos, vem evoluindo sistematicamente. O surgimento das novas tecnologias em saúde, bem como a evolução das terapêuticas, influenciam diretamente nos cuidados de enfermagem prestados nos ambientes de terapia intensiva.

A mudança no paradigma de atenção à saúde incorpora a proposta de humanização do atendimento mais efetivo, nos diferentes níveis do sistema, pela compreensão de que os princípios que regem o SUS (Sistema Único de Saúde) devem ser assegurados também nos contextos de atendimento de nível terciário. Isto implica em considerar a necessidade de analisar criticamente o atendimento prestado no hospital, principalmente, em setores altamente especializados, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), nas quais a gravidade das pessoas assistidas parece contribuir ainda mais para uma consideração que as coloca na posição de “objetos” de intervenção do sistema, não lhes dando espaço para expressão de sua subjetividade.

Ao considerar que a atual política de saúde fundamenta-se em princípios que objetivam englobar todas as dimensões do indivíduo sadio e doente, é necessário a humanização do cuidado do enfermeiro a fim de contemplar suas necessidades e sua valorização enquanto sujeito.

A assistência surgiu com a bioética, vista como novo domínio da reflexão que analisa o ser humano em sua dignidade e totalidade, incluindo nela a segurança do paciente, quando assistido pelo profissional da saúde (COLI, 2010).

Santos et al, 2010, afirma que o cuidar é uma essência dos profissionais da enfermagem originando-se a partir daí todas as funções, focando no ser humano e não apenas na doença, o profissional de enfermagem deve se empenhar com o ato de zelar pelo bem-estar ou pela saúde das pessoas.

Concordamos com os autores que o cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento; é ajudar o outro a crescer e se realizar. O cuidador de enfermagem numa UTI, na maioria das vezes, esquece de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente envolvido pela rotina diária complexa e pela prestação de serviço de alta tecnologia.

As Unidades de Terapia Intensiva são projetadas de modo a prestar assistência especializada, exigindo controle e assistência de saúde constante, o que justifica a introdução de tecnologias cada vez mais aperfeiçoadas, exigindo profissionais preparados com

segurança, aptos a acolher e interagir com os pacientes, família bem como manusear os equipamentos com segurança (LEITE; SILVA; PADILHA 2012).

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes graves, porém recuperáveis. É dotada de pessoal altamente qualificado, oferecendo uma assistência contínua com o uso de aparelhos sofisticados capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo de seus profissionais alto nível de conhecimento.

Segundo Massaroli et al (2015), os afazeres da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são complexos e, como tal, permite inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado ao paciente.

Embora o profissional de enfermagem esteja absorvido neste mundo tecnológico de cabos, fios e condutores, atento a cada alteração, não deve perder de vista o foco principal de seu trabalho: o cuidado ao paciente

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a assistências de Enfermagem em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos positivos e negativos no ato do Cuidar;
- Avaliar se há na literatura subsídios que embasem a discussão acerca da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva

REFERÊNCIAL TEÓRICO

De acordo com Leite; Silva; Padilha (2012), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu na década de 1950, em resposta à uma epidemia de poliomielite, em um hospital municipal de Copenhague, pelo médico precursor Bjorn Ibsen. Teve como objetivo em manter uma estrutura adequada de fornecer suporte para pacientes graves, com a potencialidade de risco a vida

Considerando o contexto do surgimento das UTIs, compreende-se as dificuldades existentes para o tratamento de pacientes graves; recursos insuficientes, força de trabalho sem tanta qualificação, visto que, as especializações eram escassas ou se quer existiam.

Segundo Santos et al(2010), a biografia da UTI está intimamente ligada à enfermagem e foi figurada e marcante com a ativa participação de Florence Nightingale na guerra da Crimeia, na ocasião foi reunidos todos os feridos das batalhas num mesmo ambiente, permitindo assim assistência mais direta e eficiente.

Com a evolução das ciências da saúde, o ambiente de terapia intensiva ganhou robustez pelas descobertas de novas possibilidades terapêuticas, pelos avanços tecnológicos e pela exigência da qualificação dos profissionais, entre os quais se destaca a enfermagem.

No âmbito hospitalar, pacientes que necessitem de cuidados mais complexos são internados nos centros ou unidades de terapia intensiva (CTI/UTI), locais que, pela dinâmica e estrutura de funcionamento, oferecem condições para que seja ofertado cuidado mais contínuo e especializado (Santos et al, 2010).

Diante da gravidade do quadro clínico de determinados pacientes, a internação na UTI se faz necessária, dado o aparato tecnológico disponível, além da presença de equipe multidisciplinar preparada para responder de forma resolutiva as intercorrências que surgirem durante a permanência dos pacientes no referido setor.

Atualmente já se tem a visão de que a assistência aos pacientes na UTI requer não só um cuidado voltado apenas para a dimensão biológica, mas um cuidado integral, apesar de ser um cuidado direto e intensivo, com monitoramento permanente, proporciona uma assistência humanizada, de qualidade e livre de riscos, tratando-os como seres humanos, com respeito, afetividade e dedicação, conversando e dando um apoio emocional quando necessário (BACKES et al, 2012).

Nesse sentido, percebe-se a importância da atuação dos trabalhadores da enfermagem enquanto parte integrante da equipe multidisciplinar que compõe a força de trabalho atuante nas UTIs. Os instrumentos de trabalho, o aporte tecnológico e a constante ressignificação do conhecimento estão sempre apontando novas diretrizes que corroboram pra uma assistência qualificada.

Segundo Coli (2010) os profissionais de enfermagem, em sua prática cotidiana, devem prevenir a ocorrência de falha, pois necessitam garantir ao paciente o direito à assistência livre de danos propiciando o cuidar clínico de forma segura, no entanto esses profissionais como qualquer ser humano são falíveis capazes de cometer erros.

Quanto a ocorrência de falhas, concordamos que estas devem ser totalmente evitadas e compreendemos que a prevenção das mesmas é multicausal, já que vários aspectos podem contribuir para que as mesmas não aconteçam. Capacidade técnica e condições adequadas de trabalhos, são fatores decisivos na prevenção de iatrogenias.

O procedimento do trabalho de enfermagem em UTI é marcado por atividades assistenciais complexas que decretam alta capacidade técnica e científica, finalmente a tomada de decisões imediatas e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte de pessoa (INOUE; MATSUDA, 2010).

Para tanto, exige-se o aprimoramento de técnicas e a incorporação de novos saberes que podem ser construídos a partir de programas de educação permanente adotadas no âmbito das instituições de saúde na perspectiva de melhorar cada vez mais a assistência aos doentes que requerem tratamento intensivo.

O cuidado em ambiente intensivo requer uma organização e gestão do tempo adequados, bem como o dimensionamento de profissionais qualificados por prestarem um cuidado especializado a pacientes graves. O enfermeiro deve proporcionar discussões na busca de qualificar a assistência para que haja sempre uma relação da boa técnica, do conhecimento científico, do respeito ao outro e do suprimento de suas necessidades (FERREIRA; SANTOS; ESTRELA, 2016).

O dimensionamento do pessoal de enfermagem em UTI é um processo sistemático que tem como alvo a previsão da quantidade e qualidade do serviço oferecido por categoria, necessária para atender, direta ou indiretamente, às obrigações de assistência de enfermagem da clientela além de suprir à demanda de cuidados requerida pelos pacientes, contribui para que sejam mantidas condições adequadas de trabalho e, portanto, a saúde dos trabalhadores de enfermagem que lidam diariamente com situações estressantes envolvendo o sofrimento e a morte de cada ser humano(INOUE; MATSUDA, 2010).

Concordamos com os autores supracitados no que se refere ao dimensionamento dos trabalhadores. O ambiente da UTI é geralmente permeado por tensões no seu cotidiano, devido à complexidade dos casos que são tratados. Os desgastes físicos e emocionais da equipe podem se acentuar. Assim sendo, entendemos que o dimensionamento é importante tanto para garantir a qualidade da assistência quanto para poupar os trabalhadores das consequências do excesso de trabalho.

Segundo Massaroli et al (2015), a dinâmica entre os profissionais, as condições de análise dos pacientes e a uso de inúmeras tecnologias demandam da enfermagem informações de ordens diversas, potencializando a assistência prestada e elevando ao máximo processos efetivos de trabalho e cuidado.

Compreendemos assim, a importância do domínio das tecnologias disponíveis na terapia intensiva por parte da equipe de enfermagem. Apropriar-se de conhecimentos cada vez mais elaborado e sistematizado, contribui para a qualidade do cuidado que o enfermeiro desenvolve a partir dos seus processos de trabalho.

O cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados e são complementares, pois o exercício da profissão está comprometido com princípios, leis e teorias, e a tecnologia pode ser entendida como fruto desse conhecimento científico, entendendo que as ações do

cuidado não deve limitar-se a realização de procedimentos técnicos evitando assim um distanciamento do paciente (PASSOS et al, 2015).

Na afirmação acima, fica evidente que o trabalho do enfermeiro não deve ser restrito unicamente ao fazer técnico. Olhar o lado humano do paciente e dos seus familiares, também está relacionado com a terapia; o cuidado da enfermagem deve transpor a dimensão tecnicista e atingir o humano levando em conta a condição de sujeito do paciente

Backes et al, 2012 afirma que a privacidade do paciente bem como a dos pacientes do lado sejam preservadas, vendo sempre o que é melhor para cada um e fazendo com que eles se sintam bem cuidados em todos os sentidos mesmo estando longe dos seus familiares independente do estado que se encontram, seja em coma, sedados ou inconscientes.

De acordo com Silva; Campos; Pereira (2011) o cuidar é o processo de auxiliar o indivíduo, à família ou à comunidade, de tal forma, que envolve de maneira social o relacionamento interpessoal baseado em valores humanísticos e em conhecimento científico, apesar dessa prática não ser direito de uma única profissão, inegavelmente a Enfermagem possui mais oportunidade de efetivação do cuidar, em virtude de ser os profissionais que passam às 24 horas do dia junto ao paciente.

Tais afirmações nos fazem refletir sobre as dimensões dos cuidados de enfermagem que perpassam o domínio das tecnologias enquanto equipamentos a serem manipulados em função da terapêutica e convergem para os aspectos da humanização, considerando as subjetividades/individualidades mantendo o foco na condição de sujeitos e não exclusivamente na doença.

ASPECTOS POSITIVOS DO CUIDAR

A positividade do cuidar é oferecida pelos cuidadores por meio da sensação de dever cumprido, pois eles enxergam o cliente como um ser que realmente necessitava de seu cuidado. O cuidar evidencia a possibilidade de proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos pacientes, demonstrando interesse em ouvir seus medos e anseios as vezes relatados (ALVES, 2013).

A interação da equipe com os pacientes é considerada positiva, quando eles não estão mais sedados, saem da ventilação mecânica e estão conscientes cria-se um vínculo maior, criando laços de confiança, fator de grande importância na terapêutica do paciente (BACKES, 2012).

Tais afirmações apontam para a essência dos cuidados da enfermagem, já que estes também estão ligados a questão das relações entre os sujeitos envolvidos no processo ou seja,

equipe e pacientes. Quando tais relações são estabelecidas, rompe-se com a lógica do trabalho executado unicamente pelo viés tecnicista.

Segundo Massaroli et al, 2015, colocar a UTI no nível mais complexo da hierarquia dos serviços hospitalares apresenta obrigação de organização e estruturação da assistência de enfermagem, de maneira a contribuir positivamente para a qualidade das ações e segurança do paciente e da equipe multiprofissionais.

Segundo Alves, 2013 a positividade do cuidar é referenciada através de:

- Sensação de dever cumprido;
- Reconhecimento e valorização do cuidado ofertado;
- O sorriso de um paciente numa conversa amigável;
- O acordar de um paciente;
- Alegria e conforto do paciente através do cuidado prestado;
- Reconhecimento da família;
- Alta.

DIFICULDADES NO CUIDAR

Para os cuidadores, a morte representa o sofrimento devido seu empenho no cumprimento do dever. É notável a não aceitação por parte dos profissionais em ver a morte como etapa do processo vital, presenciar a morte principalmente de jovens se torna um fator ainda mais estressante para os cuidadores, no entanto a morte não deve ser entendida como falha do cuidado e sim como algo inevitável, tendo em vista que desempenhar seu papel de forma correta é significativo do cuidar mas nem sempre da morte (ALVES, 2013).

Essa afirmação nos faz refletir sobre os sentimentos que afloram nas equipes atuantes em UTIs, especialmente a enfermagem. Nem sempre as expectativas de cura se consolidam e a frustração ao ver o insucesso das terapêuticas trazem repercussões emocionais importantes, principalmente quando o paciente evolui para óbito.

De acordo com Alves, 2012, as dificuldades encontradas ao longo do cuidado em uma UTI a seguir:

- O óbito do paciente;
- O desgaste físico do cuidador;
- O surgimento de doenças que o profissional está suscetível;
- Ambiente mais que outros setores;
- Estresse e sobrecarga de trabalho;
- Influências negativas no ambiente familiar;

- Envolvimento com o paciente

METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento bibliográfico e exploratório tomando como base artigos disponíveis em Bibliotecas eletrônicas. Foram consultadas dez referenciais publicadas entre os anos de 2010 e 2016, aos com foco nos cuidados de enfermagem aos pacientes em unidades de terapia intensiva. A busca de artigos científicos foi realizada por meio da UNOPAR; Esc. Anna Nery; Arq. Ciência saúde; Rev. Enf. UERJ; Rev. Lat. Am. Enf.; Acta Paul. Enf.; Rev. Eletrônica Saúde Mental; Rev. Esc. Enf. Foram descartados aqueles que não apresentavam relevância para a pesquisa, tendo como objetivo do estudo o ato do cuidar ao paciente de uma forma mais ampla e complexa de forma a prestar assistência com qualidades e humanizada ao público alvo.

RESULTADOS E DISCURSÕES

Percebemos que os autores consultados para a realização desta pesquisa convergiram em suas ideias quanto aos cuidados de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Todos apontaram para a necessidade da apropriação do domínio das tecnologias disponíveis, visto que, a enfermagem exercendo o cuidar, manipula constantemente tais aparatos.

A ressignificação do conhecimento por meio de capacitações constantes aparece como possibilidade de contribuir com a recuperação do paciente, prevenindo iatrogenias que não se justificariam, apesar da complexidade que envolve o trabalho na UTI. A busca do conhecimento é apontada como necessidade imperativa.

A forma como o enfermeiro conduz a sua prática não deve se distanciar do viés tecnicista, mais não pode se restringir unicamente a este. Os aspectos subjetivos de cada paciente precisam ser considerados e o cuidado da enfermagem deve ser extensivo precisam abarcar também a dimensão humana.

Os autores também deixam claro a abrangência do trabalho do enfermeiro que atua na UTI. Suas ações são múltiplas: organização e coordenação do setor, dimensionamento e capacitação da equipe de enfermagem, realização de procedimentos invasivos e de alta complexidade de acordo com sua competência técnica, além de atuar na esfera cuidado humanizado considerando, inclusive, as famílias dos pacientes.

Com base no que foi discutido, pode-se afirmar que os objetivos desta pesquisa foram alcançados, já que a assistência de enfermagem em UTI foi mostrada pelos autores como sendo de fundamental importância para recuperação do paciente crítico tratado no referido setor e interpretamos isso como sendo aspectos positivos relacionados ao ato de cuidar.

Percebemos a ênfase no preparo técnico e cognitivo do enfermeiro enquanto instrumento capaz de evitar falhas no cuidado ou iatrogenias, que seriam assim os aspectos negativos do ato de cuidar. Assim sendo, fica evidente que a qualidade do cuidado prestado nas unidades de terapia intensiva tem conotações multifatoriais, porém não seria possível implementá-lo sem a participação da enfermagem, enquanto parte integrante do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa nos fez perceber que assistência de enfermagem é de extrema importância para que o cuidado ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva seja desenvolvido com qualidade e segurança independentemente do desfecho de cada caso.

Assim sendo, concluímos que não é somente o aporte tecnológico disponível na UTI que influencia nos processos de cura. A assistência de enfermagem também é fator decisivo para a recuperação dos pacientes, cujo perfil clínico, geralmente é de extrema gravidade. Tal assistência, se realizada com os critérios bem delineados, embasados em conhecimentos fundamentados e são capazes de estreitar as possibilidades de recuperação dos pacientes que necessitam de cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS:

ALVES, E.F. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, Maringá-PR, v. 15, n.2, p:115-22. 2013. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/707/672>. Acesso em: 30 Abril 2016.

BACKES, M.T.S. **O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n.4. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400007. Acesso em: 30 Abril 2016.

COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos and PEREIRA, Luciane Lucio. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, vol.18, n.3,

pp.324-330, 2010. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300005>. Acesso em: 30 de abril 2010.

FERREIRA, S.C ; SANTOS, M. J. O. L; ESTRELA, F. M. Nursing activities score e o cuidado em uma unidade de terapia intensiva. **Arq. Ciênc. Saúde**, Salvador-BA, v. 23, n.1, p.63-67. 2016. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/400/pdf_87. Acesso em: 29 Abril 2016.

INOUE, Kelly Cristina and MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta paul. enferm. [online]**, Maringá-PR, vol.23, n.3, pp.379-384, 2010. ISSN 0103-2100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300011>. Acesso em de abril 2010.

LEITE, Illoma Rossany Lima; SILVA, Grazielle Roberta Freitas da and PADILHA, Kátia Grillo. Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. **Acta paul. enferm.** Teresina-PI, vol.25, n.6, pp.837-843, 2012. ISSN 1982-0194. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600003>. Acesso em 30 de abril 2016.

MASSAROLI et al. **Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, vol.19 no.2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200252 Acesso em: 30 de abril de 2016.

PASSOS, S.S.S et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p:368-74, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259/13776>. Acesso em: 29 Abril 2016.

SANTOS, Flávia Duarte dos et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto-SP, vol.6, n.1, pp. 1-16, 2010. ISSN 1806 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1806-69762010000100014&caller=pepsic.bvsalud.org&lang=pt-6976>. Acesso em: 30 de abril 2010.

SILVA, Rudval Souza da; CAMPOS, Ana Emília Rosa and PEREIRA, Álvaro. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**. Salvador-BA, vol.45, n.3, pp.738-744, 2011. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>. Acesso em 30 de abril 2010.

MORTE ENCEFÁLICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA CÉLIA ANITA DE MEDEIROS³⁸

GÍVILLA BEZERRA MENDONÇA³⁹

JOSEFINA DOROTÉA NUNES¹

KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA⁴⁰

RESUMO

INTRODUÇÃO: O conceito mais aceito para morte encefálica é a paralização das funções vitais, devido a uma sequência de fenômenos que ocorreram em vários órgãos e sistemas de manutenção da vida, com perda das funções do tronco e do córtex cerebral. Com esta concepção ocorreu a implantação dos transplantes de órgãos, sendo o Brasil o 2º país onde mais ocorrem transplantes de órgãos no mundo. Assim, o Enfermeiro tem um papel relevante no manejo das repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, tendo zelo direto ao potencial doador de órgãos e a seus familiares. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura sobre morte encefálica e doação de órgãos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de revisão de literatura sobre morte encefálica e doação de órgãos. Foi realizada nos principais bancos de dados bibliográficos e bases eletrônicas. Sendo realizada no período de 10 de abril a 09 de maio de 2016. Utilizados 10 materiais. Os descritores foram: Morte encefálica, doação de órgãos e enfermagem. **RESULTADOS:** Para iniciar o protocolo deve-se saber se a causa do coma é conhecida e irreversível. Seguidamente, exclui as condições clínicas que causam interferência no exame. O primeiro exame é o clínico neurológico, realizado em dois momentos, o tronco encefálico é avaliado por reflexos para certificar-se que estão todos ausentes. Os complementares, no Brasil, é obrigatório que realize-se pelo menos um dos exames. A morte encefálica é de notificação obrigatória. Com o óbito do paciente confirmado, é preciso informar a família sobre o diagnóstico final, explicando claramente e esclarecendo as dúvidas, também a equipe deve tomar conhecimento da família acerca da doação de órgãos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A enfermagem deve enfatizar o desenvolvimento científico e profissionais mais capacitados, para comunicar e esclarecer informações concernentes às famílias dos pacientes com morte encefálica juntamente a importância da doação de órgãos.

DESCRITORES: Morte encefálica, doação de órgãos, enfermagem.

INTRODUÇÃO

³⁸ Acadêmicas do 7º período do curso de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

³⁹ Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Endereço: Rua Francisco Inácio, nº 17, Upanema/RN. Contato: (84) 99917-8999. E-mail: givillamendonca@outlook.com.

⁴⁰ Enfermeira. Mestra em Ambiente, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

A morte encefálica (ME), ou seja, a morte do cérebro e do tronco cerebral é dificilmente compreendida pelas pessoas, pois as mesmas têm dificuldades de entender ou aceitar como alguém pode estar morto, mas com o coração batendo. Sendo muitas vezes confundida com a vida vegetativa, que é quando o paciente lesionado ainda é capaz de comandar suas funções vitais e, em muitos casos, despertar. Na morte cerebral, despertar seria o mesmo que ressuscitar.

Em 1968 a Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) estabeleceu cinco critérios para determinar a ME, sendo estes a perda de todo sentido ambiente; a debilidade total dos músculos; a paralisação espontânea da respiração; o colapso da pressão sanguínea no momento em que deixa de ser mantida artificialmente e o traçado absolutamente linear de eletroencefalograma (GOGLIANO, 2009).

Atualmente o conceito mais aceito para ME é paralização das funções vitais, devido a uma sequência de fenômenos que ocorreram em vários órgãos e sistemas de manutenção da vida, com a perda das funções do tronco e do córtex cerebral (CAVALCANTE et al, 2012; PHTLS, 2012; PARANÁ, 2014). ME e “prognóstico irreversível”, não é a mesma coisa de acordo com o PHTLS (2012), onde a morte cerebral é um evento fisiológico no qual o cérebro morre enquanto o coração e pulmões funcionam, usualmente através de suporte artificial. E de acordo com o Parecer nº 1243/00 (BRASIL, 2000), o “prognóstico irreversível” ou Estado Vegetativo Persistente (EVP) existe ainda algum grau de funcionamento do tronco cerebral, com uma lesão severa e difusa dos hemisférios cerebrais, onde o paciente deixa de ter vida espontânea, com as funções básicas como o ciclo de sono e vigília ainda funcionando. Desta forma esta situação se difere da ME, pois existe ainda vida na pessoa acometida, sendo a grande discussão nestes casos, se a preservação do paciente com esta qualidade de vida é melhor ou pior do que a morte.

Gogliano (2009) relata que a nova concepção de ME *exsurgiu pari passu* com a implantação dos transplantes de órgãos, sendo impostos novos critérios na determinação da morte, visando agilizar os transplantes.

O diagnóstico de ME e a notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos (CNCDO) são obrigatórios, sendo necessária a abertura de protocolo para todos os pacientes com suspeita de ME, independentemente de ser ou não doador de órgãos (PARANÁ, 2014).

Cavalcante et al (2012), relatam que os cuidados a pacientes com ME, é realizado por

uma equipe multiprofissional, onde o Enfermeiro tem um papel relevante no manejo das repercussões fisiopatológicas próprias da ME, na monitorização hemodinâmica e na prestação de cuidados individualizados, tendo zelo direto ao potencial doador de órgãos e a seus familiares. Lembrado que a família deste conector de órgãos e tecidos estará fragilizada, pois muitas vezes a morte ocorreu de forma trágica e inesperada. É fundamental que os profissionais aguardem a decisão familiar, as condições hemodinâmicas adequadas e após isto agilizar os procedimentos burocráticos, considerando que aquele corpo sem vida, ainda, representa uma pessoa e, com tal, merecedora de respeito.

Segundo o Registro Brasileiro de Transplante (RBT, 2015) a doação de órgãos é um processo dispendioso e delicado que depende da credibilidade da população no serviço e do comprometimento dos profissionais de saúde no diagnóstico correto de ME. Apesar do Brasil, ser o segundo país do mundo em número de transplantes, a taxa de doadores efetivos (14,1 pmp) teve leve queda em relação ao ano de 2014 (14,2 pmp), associada à diminuição na taxa de notificação de potenciais doadores (47,8 pmp). O número de transplantes de rins e pâncreas diminuíram, os transplantes cardíacos, pulmonares e de córnea cresceram, e os de fígado permaneceram estáveis (ANEXOS 3, 4 e 5).

Cavalcante et al (2012) enfatiza que diante da crescente escassez de doadores de órgãos é essencial que se otimize o processo de doação de pacientes com ME, atualmente a principal fonte de órgãos para transplante. O RBT (2015) prevê dificuldades nos próximos anos, devidos aos problemas políticos e econômicos pelo qual o país passa, acreditando que o setor de saúde será um dos mais prejudicados, mas que devem ser mantidos os esforços para manter o crescimento das doações de órgãos.

Diante desta realidade considera-se importante identificar elementos do processo do trabalho da enfermagem com o paciente que será um possível doador de órgãos e sua família, buscando também saber quanto os profissionais, e futuros profissionais de enfermagem, sabem da definição de ME, da obrigatoriedade de exames complementares para o diagnóstico correto, assim como o processo para a doação de órgãos.

Dessa maneira, o objetivo do estudo é realizar uma revisão de literatura sobre a morte encefálica e doação de órgãos, visando um maior aprofundamento sobre o assunto para os estudantes de Enfermagem.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica de revisão de literatura acerca de morte encefálica e doação de órgãos, que segundo SANTOS (2012), a revisão de literatura, também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores.

A pesquisa foi realizada nos principais bancos de dados bibliográficos e nas bases eletrônicas como PubMed, Scielo BVS e livros, utilizando materiais através de artigos científicos e materiais da internet por fontes secundárias do Ministério da Saúde.

A coleta dos dados foi realizada no período de 10 de abril a 09 de maio de 2016. Sendo utilizados 10 materiais para a sua realização, tendo como as principais temáticas o protocolo da ME e as condutas para a doação de órgãos. E os principais descritores para a pesquisa foram: Morte Encefálica, doação de órgãos e enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

Inicialmente, quando suspeita-se de ME, antes da abertura do protocolo deve-se informar a família do paciente sobre todo processo.

Os pré-requisitos para iniciar o protocolo é saber se a causa do coma é conhecida e irreversível, pois se a sua causa for desconhecida o protocolo não deve ser iniciado. Para as causas do coma conhecida pode ser demonstrável através dos exames de imagem ou pelo exame do líquido. O paciente deve estar totalmente identificado, com seus exames conferidos e já com a família avisada. A irreversibilidade do processo causador do coma deve ser constatada e descrita no prontuário médico (MORATO, 2009).

De acordo com o Knibel (2013), em seguida deve haver a exclusão das condições clínicas que possam causar interferência no exame, como os distúrbios hidroeletrolíticos graves, distúrbios acidobásico graves, alterações hormonais causadoras de coma, ausência de hipotermia ($T \geq 36,5^{\circ}\text{C}$) e de hipotensão ($\text{PAS} \geq 90 \text{ mmHg}$), ausência de intoxicação exógena ou uso de drogas sedativas e bloqueadores neuromusculares.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução nº 1480 dispõe em seus Arts. 1º, 5º e 6º que a ME será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas

etárias, sendo de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas; de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas; de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas e acima de 2 anos - 6 horas (BRASIL, 1997).

Logo depois realiza-se o exame clínico neurológico, inicialmente utilizando a Escala de Coma de Glasgow (ECG) que será igual a 3 para esses pacientes (KNIBEL, 2013). A ECG implica descobrir por completo o paciente, expondo os quatro membros. Para esses pacientes o estímulo doloroso é realizado em uma região diferente dos demais pacientes que não estão em processo de ME, na face, mais precisamente na região supraorbitária ou a articulação têmporo-mandibular (estímulo nociceptivo retromandibular), pois permite testar a via trigeminal aferente; e se houver qualquer reação motora, é sinal que o tronco encefálico não está completamente comprometido. O estímulo axial (esternal ou mamilos) não é o mais adequado porque não testa vias do tronco encefálico, já o estímulo apendicular (ungueal) pode ser utilizado observando se ocorre alteração da mímica facial, todos os estímulos realizados devem ser sempre bilateral (MORATO, 2009).

Ainda de acordo com Morato (2009) todo paciente com suspeita de ME apresenta-se com grave injúria neurológica, que frequentemente lesa o diencéfalo e o tronco cerebral, impedindo que vias inibitórias originárias do telencéfalo e do tronco possam atuar na medula. Consequentemente, os reflexos de origem medular são comuns nesses pacientes (30 a 56%). Após o diagnóstico de ME, quanto mais longo for o tempo em que se mantém o suporte, mais possibilidades há de surgirem reflexos medulares.

Os sinais de reatividade medular podem ocorrer, mas não afastam o diagnóstico de ME são: reflexos osteotendinosos, cutâneo-abdominal, cutâneo-plantar em extensão ou flexão, cremastérico superficial e profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, sudorese, rubor, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico-cervical e sinal de Lázaro (flexão dos braços com ou sem apreensão) (MORATO, 2009).

Segundo Morato (2009) e Knibel (2013) o tronco encefálico também é avaliado através da realização de alguns reflexos no paciente para certificar-se se estão todos ausentes, já que no paciente com suspeita de ME esses reflexos devem estar todos ausentes, sendo testados bilateralmente, são eles:

- Reflexo pupilar fotomotor – avalia os nervos ópticos (II) e óculo-motor (III). As pupilas devem estar dilatadas, seja com dilatação média ou completa. Não devendo apresentar qualquer resposta a estimulação luminosa por 10 segundos;
- Reflexo córneo-palpebral – avalia os nervos trigêmeo (V) e facial (VII). A estimulação da córnea pode ser realizada com a ponta de uma gaze ou algodão e não deve apresentar resposta de defesa ou fechamento ocular;

- Reflexo oculoencefálico – avalia o nervo vestibulo-coclear (VIII). A cabeça deve ser movimentada em rotação lateral, ambos os lados, ou movimento de flexão e extensão para ser avaliado qualquer resposta ocular. Para casos suspeitos ou confirmados de trauma raquimedular não se deve realizar esses movimentos;
- Reflexo oculovestibular – avalia os nervos óculo-motor (III), abducente (VI) e facial (VII). Deve ser observada a ausência de obstrução do canal auditivo, a cabeceira da cama fica em 30° e começa a infundir 50 ml de NaCl 0,9% através de uma sonda fina;
- Reflexo de tosse – avalia os nervos glossofaríngeo (IX) e vago (X). Não ocorre nenhuma resposta ao introduzir uma sonda de aspiração ou um tubo endotraqueal;
- Drive respiratório (teste de apneia) – deve ser o último a ser realizado pois existe possibilidade de causar efeitos deletérios para o paciente, entretanto, é essencial para o diagnóstico de ME e tem alto valor positivo. Para realização desse teste deve-se deixar o paciente em ventilação com a FiO_2 de 100% pelo menos durante 10 minutos, manter acesso intra-arterial acoplado a uma conexão para facilitar a coleta da gasometria, em seguida desconectar o ventilador e introduzido um cateter até a carina com fluxo de oxigênio de 6 l/min, com isso observa-se se há presença de incursão respiratória por 10 minutos ou se a $PaCO_2$ está acima de 55 mmHg, neste caso se o paciente manter esse valor e apresentar apneia o teste é confirmado. Se durante o teste acontecer queda de saturação, bradicardia ou hipotensão o teste deve ser interrompido.

Em adultos, após 6 horas do primeiro exame, deve ser realizado um segundo exame clínico neurológico necessitando que seja com profissionais diferentes, e que em um dos exames seja realizado por um neurologista ou neurocirurgião (KNIBEL, 2013).

O CFM reforça a importância de ser preenchido o Termo de Declaração de ME (TDME, Anexo 1) e o Exame complementar (Anexo 2), como ausência de atividade elétrica cerebral ou, ausência de atividade metabólica cerebral ou, ausência de perfusão sanguínea cerebral, carecendo que também seja realizado, preferencialmente, por dois médicos (BRASIL, 1997).

Morato (2009) afirma que os exames complementares, no Brasil, é obrigatório que realize-se pelo menos um dos exames, são eles:

- Eletroencefalograma – foi o primeiro método a ser utilizado para diagnóstico de ME, e também sendo o mais utilizado na atualidade. É compatível com ME quando apresenta silêncio isoeétrico;
- Doppler transcraniano – estar sendo cada vez mais utilizado para fins de diagnóstico de ME, apresenta sensibilidade de 94 a 99% e especificidade de 100%;
- Arteriografia cerebral – avalia as artérias carótidas e vertebrais após a injeção de contraste, é considerada “padrão ouro” entre os exames complementares e demonstra ausência de perfusão encefálica.

A cintilografia cerebral, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, tomografia por emissão de pósitrons (PET) e a extração cerebral de oxigênio também podem ser utilizadas como método complementar no diagnóstico de ME (MORATO, 2009).

CONDUTAS A SEREM SEGUIDAS APÓS TÉRMINO DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

A ME é de notificação obrigatória ao RIO Transplante, o TDME deve ser preenchido juntamente com o laudo do exame complementar confirmatório, sendo anexados ao prontuário do paciente (mesmo para aqueles não doadores) (KNIBEL, 2013).

De acordo com Paraná (2014) seguidamente de todas as etapas do protocolo de ME é constatada o diagnóstico final de ME para o paciente. Com isso, somente neste momento, ele é declarado legalmente morto, e é neste momento que deve-se preencher o TDME. Se o caso for decorrente de morte violenta, os documentos para encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal (IML) devem ser providenciados, mas se a morte for natural, deve ser preenchida a declaração de óbito.

Com o óbito do paciente confirmado, o próximo passo é informar a sua família sobre o diagnóstico final, sendo explicado claramente e esclarecidas todas as dúvidas. E também a equipe deve tomar conhecimento da família acerca da doação de órgãos, já que a família do paciente é responsável legal por ele (KNIBEL, 2013).

Para os casos de não doador de órgãos, tecidos e/ou partes do corpo humano para fins de transplante ou a negativa da família, é legal e ético a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos (KNIBEL, 2013).

Aqueles pacientes que são possíveis doadores, uma equipe diferente deve ser acionada, sendo composta por membros da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (PARANÁ, 2014), e é recomendado manter os cuidados clínicos, porém, existem condições que contraindicam a doação tendo que ser observadas, são elas (KNIBEL, 2013):

- Meningoencefalite por herpes;
- Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ou virais sistêmicas (sarampo, raiva, enterovírus e outros);
- Linfoma-leucemia de células T associado à infecção viral;
- Neoplasia maligna ativa (exceto tumores de pele não melanoma e alguns tipos de tumores primários do SNC).

Outros cuidados com o possível doador são os exames que devem ser solicitados, como a tipagem sanguínea; hemograma; plaquetas; sódio; potássio; cálcio; magnésio; para aqueles pacientes possíveis doadores de pulmão realiza-se: gasometria arterial, radiografia de tórax e medida da circunferência torácica; doadores de coração: CPK, CKmb, ECG recente, ecocardiograma, e cateterismo cardíaco; doadores de rim: creatinina, ureia, parcial de urina, ultrassonografia de abdome; doadores de fígado: AST, ALT, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas; doadores de pâncreas: glicemia, amilase e lipase (PARANÁ, 2014).

Ainda segundo Paraná (2014) alguns cuidados clínicos são indispensáveis para manutenção do possível doador, sendo a temperatura corporal; suporte hemodinâmico; suporte ventilatório; suporte endocrinometabólico; suporte hematológico; aspectos infecciosos; cuidados com as córneas e outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre ME e doação de órgãos é de suma importância para a vida acadêmica, no qual possibilitará o desenvolvimento científico e a formação de profissionais mais capacitados, de expor e esclarecer informações concernentes às famílias dos pacientes vitimados de ME e a importância da doação de órgãos.

É importante enfatizar que o cuidado ao paciente exige da enfermagem, não apenas, habilidades técnicas, mas físicas, psicológicas, sociais, espirituais, sociológicas dentre outras. O medo, as “crendices” e “superstições” podem interferir na atuação do profissional, levando-o a não cuidar de maneira adequada o paciente deste caso em questão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 1.480 8 de agosto de 1997**. Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica. 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.html>. Acesso em: 11 Abr. 2016.

BRASIL. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. **Parecer n.º 1.423 25 de abril de 2000**. Parecer sobre a forma que o profissional médico deve agir em caso de coma tido como não reversível e qual a diferença entre este e a morte cerebral [...]. 2000. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRM/PR/pareceres/2000/1243_2000.htm>. Acesso em: 25 Abr. 2016.

CAVALCANTE, L. P.; RAMOS, I. C.; ARAÚJO, M. A. M.; ALVES, M. D. S.; BRAGA, V.A. B. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enfermagem**. 2012; 27 (6): 567-72. Disponível no site: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf>>. Acesso em: 13 Abr. 2016

GOGLIANO, D. Pacientes Terminais – Morte Encefálica. **Revista Bioética**. v. 1, n. 2, p. 57-69, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2001000200001>. Acesso em: 11 Abr. 2016.

KNIBEL, Marcos. **Protocolo de Morte encefálica (ME) - adulto**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Hospital São Lucas Copacabana. 2013.

MORATO, Eric Grossi. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Rev Med Minas Gerais**. v. 19, n. 3, p. 227-236, 2009. Disponível em: <http://www.fisfar.ufc.br/petmedicina/images/stories/artigo_-_morte_enceflica.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. **Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos/Central de Transplantes** – Curitiba: CET/PR, 2014. 40 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Manual_UTI.pdf>. Acesso em: 11 Abr. 2016.

PHTLS, **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado/NAEMT** (National Association of Emergency Medical Technicians), [tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Matos Filho]. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RBT, Registro Brasileiro de Transplante. Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015)**. Ano XXI, nº 04. 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anual-n-associado.pdf>>. Acesso em: 13 Abr. 2016.

SANTOS, Valdeci. O que é e como fazer “revisão da literatura” na pesquisa teológica. **Fides Reformata**. v. 17, n. 1, p. 89-104, 2012.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

MARIA REGINA DE LIMA¹

KARLIANE PEREIRA DE SOUZA¹

LUCIANA PEREIRA DE BRITO¹

SAYONARA FERREIRA DE SOUZA¹

EVILAMILTON GOMES DE PAULA²

INTRODUÇÃO: A hemotransfusão é importante para a terapêutica de muitas implicações clínicas e seu uso ainda é a alternativa mais utilizada, já que o sangue não pode ser substituído. **OBJETIVOS:** Discutir as práticas corretas de administração na hemotransfusão nos serviços de saúde à luz da literatura de referência encontrada, a existência de protocolos e o papel da enfermagem nesses procedimentos. Foi realizado levantamento bibliográfico com uma abordagem crítica, visando atribuir uma linhagem analisadora diante dos resultados destes. **MÉTODOS:** Foram levantados dados a partir do ano de 2011, nas bases dados da web como google acadêmico e site do ministério da saúde. Foram utilizadas seguintes palavras chaves: Enfermagem na hemotransfusão, protocolos de hemotransfusão, ética na hemotransfusão. Foram selecionados 12 artigos científicos e 3 guias de técnicas e protocolos. **ANÁLISE DOS RESULTADOS:** Percebeu-se que os autores exploram bem a necessidade da enfermagem saber lidar com as práticas transfusionais e enfatizam também que o cuidado da enfermagem nessa vertente é bastante deficiente devido à falta de qualificação técnica. Alguns autores relacionaram as falhas nos procedimentos às questões das ações do enfermeiro frente a organização setorial e Um dos artigos pesquisados trouxe uma nova abordagem que descreveu a assistência de enfermagem na hemotransfusão como complexa, pois questionou-se a escassez de trabalhos científicos nessa área. Foram encontradas discussões acerca das práticas de hemotransfusão sendo possível identificar a existência de protocolos relacionados à temática na perspectiva de nortear as práticas de hemoterapia nos serviços de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pesquisa efetuada evidenciou muitas dúvidas que estavam relacionadas às boas práticas da assistência na hemotransfusão, ou seja, percebeu-se que realmente há falhas nos princípios éticos e legais, dificuldades em saber executar os procedimentos de maneira correta. concluímos que o manejo das hemotransfusões é complexo e exige o preparo técnico e acompanhamento sistemático na perspectiva de prevenir iatrogenias e proporcionar aos pacientes assistência de qualidade. **DESCRITORES:** Transfusão, Serviço de Hemoterapia, Cuidados de Enfermagem

¹ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Email:

¹ Acadêmicas do 7º período da Faculdade de Enfermagem-FACENE

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela UECE. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE

1 INTRODUÇÃO

A hemotransfusão é de grande importância para a terapêutica de muitas implicações clínicas e seu uso ainda é a alternativa mais utilizada, já que o sangue não pode ser substituído por outro elemento que garanta a renovação e a reabilitação das funções vitais do corpo humano. Diante dessa problemática é que Barbosa et al(2011) aborda que quando é necessário a utilização dos Hemocomponentes e hemoderivados, esse manejo deverá ser realizado de forma correta, respeitando as técnicas preconizadas, pois, sem um cuidado especial ao lidar com esse composto orgânico, o receptor poderá sofrer consequências demasiadamente perigosas à sua saúde.

Devido ao risco de muitas reações adversas da transfusão, é que o enfermeiro deve estar atento à essas implicações como também ter conhecimento a respeito das técnicas corretas de execução, pois de acordo com a portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013 no capítulo I do Ministério da Saúde, a transfusão de sangue deve ser infundida de maneira criteriosa obedecendo as normas de segurança, pois se trata de um procedimento complexo que poderá trazer riscos ao transfundido (BRASIL,2013).

Parte-se do pressuposto de que o enfermeiro deve ter o conhecimento das normas técnicas asseguradas pelas vigilância sanitária, já que o mesmo é responsável por todos os processos de planejamento executados na sua rotina como também responsável pelos procedimentos realizados, pela qualidade do atendimento prestado e pela oferta de orientação ao cliente sobre o procedimento que será realizado (BARBOSA et al,2011).

Conforme o art. 16 da Lei nº 10.205/2001, a implementação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados através do trabalho do SINASAN, que tem como prioridade VIGIAR e GERENCIAR as condutas dos procedimentos técnicos, do controle de qualidade e todos os regulamentos técnicos competentes aos profissionais que lidam com a execução da hemotransfusão, seja a nível específico ou eventual (BRASIL, 2011). Diante dessa questão, pergunta-se: há nos serviços de saúde que lidam com hemotransfusões protocolos que orientam a prática? A equipe de enfermagem tem conhecimento dos mesmos e seguem o que está preconizado?

2 OBJETIVOS GERAIS

Discutir as práticas corretas de administração na hemotransfusão nos serviços de saúde à luz da literatura de referência encontrada.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a existência de protocolos que embasem as práticas de hemotransusão nos serviços de saúde.
- Discutir o papel da equipe de enfermagem no que concerne a segurança nos procedimentos transfusionais

3 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura com abordagem crítica, que Clark (2001) classificou com sendo um método onde a busca sobre temas específicos irão ganhar uma linhagem analisadora dos principais resultados observados em artigos científicos e que Loureiro 2012 adaptou esses conceitos como sendo, portanto, um método onde a seleção do material para a pesquisa irá ser organizada de maneira sistemática como também, apoiando-se de observações críticas e métodos de exclusão de determinados artigos.

Portanto, o método escolhido partiu desses pressupostos e selecionou ao todo 12 artigos científicos e 3 guias de técnicas e protocolos. Os artigos são com datas publicadas a partir de 2011, e todos atendendo as expectativas sem ter tido a necessidade de exclusão, pois, utilizou-se palavras-chaves: Enfermagem na hemotransusão, protocolos de hemotransusão, ética na hemotransusão, e com isso, os conteúdos obtidos preencheram as necessidades para a produção textual dessa pesquisa. A pesquisa foi realizada no período de 19 de Abril a 06 de Maio de 2016, realizada através de buscas via Web no site Google Acadêmico, com acesso aos diversos periódicos nacionais publicados no idioma português do Brasil.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. CONCEITO DE HEMOTRASNUSÃO

A Hemotransusão consiste em uma técnica terapêutica, onde por meio desta acontece a transferência de um hemocomponente ou hemoderivado de um indivíduo (doador) a outro (receptor). Este processo ocorre por meio de infusão, seja hemocomponente ou hemoderivados, e a escolha de tais irá depender da necessidade clínica apresentada pelo paciente (STACCIARINI, 2009).

A Hemotransusão, também chamada de hemoterapia é uma técnica que possibilita transfundir para o paciente somente os componentes que o paciente necessita, não havendo indicações de infusão de sangue total. E essas indicações são com o intuito de restaurar ou

manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a hemostasia, que por alguma forma o paciente perdeu essa capacidade ou apresenta deficiência (BRASIL, 2010).

4.1.1. Importância da hemotransfusão

O sangue é composto por duas partes, o plasma e elementos celulares. O plasma constitui cerca de 55% do volume do sangue e é composto de água (90%), na qual estão imersos sais minerais, proteínas, gorduras, fatores de coagulação, hormônios, fibrinogênio e outras substâncias. Já os elementos celulares são glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas. Cada um desses elementos sanguíneos possuem uma função específica para manter o funcionamento adequado dos sistemas e conseqüentemente a manutenção da vida.

Sendo assim, entendendo a importância do sangue e seus componentes, podemos atribuir a importância da hemoterapia, já que esse método possibilita repor elementos que por algum motivo foram perdidos pelo paciente, e conseqüentemente promover a estabilidade da saúde do paciente. Geralmente os pacientes que necessitam de hemoterapia passaram por sofrimento de perda excessiva de sangue, intervenções cirúrgicas e pacientes afetados por doenças que necessita de administração e reposição sanguínea, como acontece nas afecções hematopoiéticas (SILVA, 2013).

4.1.2. Distinção entre hemocomponentes e hemoderivados

Hemocomponentes e hemoderivados são produtos distintos. Os produtos gerados um a um nos serviços de hemoterapia, a partir do sangue total, por meio de processos físicos (centrifugação, congelamento) são denominados hemocomponentes. Já os produtos obtidos em escala industrial, a partir do fracionamento do plasma por processos físico-químicos são denominados hemoderivados (STACCIARINI, 2009).

Entendendo melhor a lógica da hemoterapia, e atribuindo seus tipos e finalidades:

Tipo de produto	Função
Concentrado de hemácias (CH)	<ul style="list-style-type: none"> • Restabelecer a capacidade de transporte de oxigênio e a massa eritrocitária.
Concentrado de hemácias (CH)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a capacidade de

<p style="text-align: center;">modificados:</p> <p style="text-align: center;">CH lavados com solução salina</p> <p style="text-align: center;">CH desleucocitado ou filtrado</p> <p style="text-align: center;">CH irradiado</p> <p style="text-align: center;">CH fenotipados</p>	<p style="text-align: center;">transporte de oxigênio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essa lavagem promove redução de leucócitos em 60 a 80 %, esse tipo de método é indicado para pacientes com deficiência seletiva de IgA, de hemoglobinúria e outros. • Tem uma redução significativa de leucócitos e é indicado em casos de profilaxia de sensibilização contra antígenos leucocitários. • É realizada a irradiação celulares através da radiação gama com a finalidade de inativar células imunocompetentes viáveis contaminantes dos CHs. Fazendo deste modo profilaxia da doença transplante versus-hospedeiro associada a transfusão (GVHD-TA). • Consiste na utilização de CH tipados para antígenos de outros sistemas além do ABO
---	---

	<p>para pacientes sensibilizados ou profilaticamente. Os sistemas mais imunogênicos são o Rh, Kell, Duffy e Kidd. O objetivo é evitar que os pacientes transfundidos cronicamente sejam aloimunizados contra antígenos eritrocitários</p>
<p>Plasma e seus derivados</p> <p>Os plasmas frescos congelados</p> <p>O plasma preservado</p> <p>Crioprecipitado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituem aparte líquida do sangue e apresenta três funções básicas que são: manter efeito oncótico do sangue, mediar a coagulação e fibrinólise e propriedades antissépticas. • Mantem todas as atividades de todos os fatores de coagulação próxima ao normal e é utilizado para repor múltiplos fatores de coagulação. • Não apresenta os fatores de coagulação em níveis adequados e é utilizado para reposição volêmica em alguns casos. • É um componente obtido

	<p>a partir do plasma fresco congelado, ele é rico em fator VIII, fibrinogênio, fator XIII e fibronectina. É indicado quando há deficiência de algum desses componentes.</p>
Albumina humana	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a pressão coloidosmótica do plasma, transporte de substâncias vitais e inativação de substâncias tóxicas. Este é indicado em casos de hipoproteinemia aguda com comprometimento hemodinâmico, queda de filtração glomerular, e outros.
<p>Concentrado de plaquetas</p> <p>CP irradiados</p> <p>CP desleucotizados ou filtrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • é indicado em caso de plaquetopênias, e podem ser encontrados na forma de CP irradiados, CP desleucotizados e CP filtrados. • Indicado para profilaxia da doença transplante versus hospedeiro relacionado com transfusão. • Indicado para profilaxia de aloimunização e da reação febril não-

<p>Fatores de coagulação concentrados</p> <p>Fatores VIII e IX</p> <p>Antitrombina</p>	<p>hemolítica (RFNH).</p> <ul style="list-style-type: none"> • São utilizados com fins profiláticos e terapêuticos. • São indicados para o tratamento de manifestações hemorrágicas de hemofilias e deve ser usada por hemofílico tipo B. • É utilizado no tratamento por deficiência congênita deste fator, que causa fenômenos trombóticos.
--	--

Fonte: CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008.

4.1.3 Benefícios X Riscos

Uma das principais vantagens da hemotransusão é que ela é uma técnica tão eficaz que possibilita um rápido reestabelecimento da saúde do paciente, embora já exista outras técnicas que possam substituí-las a hemoterapia ainda é considerada a mais eficaz e mais utilizada. Ainda abordando as vantagens deste método podemos destacar as evoluções relacionadas a esta, dentre algumas podemos citar os programas criados para ampliar o tratamento e sua qualidade, e principalmente combater as formas de infecções por meio deste método. Os programas são: Composto por nove programas (Expansão da rede física do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados; Controle da Aids transfusional e demais patologias transfusionais; Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; Desenvolvimento institucional e de modernização administrativa; Apoio à fiscalização e ao controle de qualidade de serviços e produtos hemoterápicos; Pesquisa e desenvolvimento tecnológico; Produção de hemoterápicos e insumos estratégicos; Educação sanitária e comunicação social; e Atendimento à hemofilia e a outras patologias hematológicas (BRASIL,2013).

Mesmo meio a tantas vantagens atribuídas a terapia e suas evoluções, atualmente a hemotransfusão ainda é associada com alguma complicação como, complicações hemolíticas por incompatibilidade ABO ou Rh, reações febril, alérgicas, contaminação bacteriana, sobrecarga respiratória e transmissão de doenças. Tornando o procedimento por este aspecto desvantajoso (SILVA,2013).

Segundo Brasil, 2013 são consideradas como desvantagens as reações que este método ocasiona aos doadores de sangue, essas reações podem acontecer nos locais das punções por falha na técnica adequada e também reações sistêmicas por perdas de seus componentes sanguíneos ou fatores relacionados a ela. As reações locais durante a coleta podem gerar algumas injurias e acometer equimoses e hematomas, injuria nervosa por atingir nervos durante a punção, pode ocorrer punção arterial e originar sangramentos, dor no braço, essas reações citadas são comuns, com exceção da punção arterial, porém não acometem danos graves aos doadores, mas possuem efeito negativo ao retorno dos doadores. E as reações sistêmicas podem ocasionar reações de leves a graves como: fadiga, reação vasovagal, sudorese, palidez, bradicardia, convulsões e etc.

5 A ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO

Segundo Souza (2014), a transfusão sanguínea possui papel importante diante de diversas doenças, é um processo complexo que depende de vários profissionais para ser realizado com segurança, pois constitui-se na prática por meio de normais e técnicas especializadas, além disso é importante que os profissionais sejam capacitados para tal procedimento.

Segundo Costa et al (2011), É de grande importância o papel do enfermeiro na serviços de hemoterapia, onde o mesmo tem o papel de captação dos doadores de sangue, fazendo a seleção através de triagem clinica.

O enfermeiro ele tem o papel de prestar assistência em todas as etapas do ciclo do sangue, desde a captação e conscientização de potenciais doadores até junto ao paciente no processo de transfusão. Para tal função é importante que os profissionais sejam atualizados e capacitados sobre o uso do sangue e possíveis intercorrências, garantindo assim a segurança dos doadores como também a eficácia no processo transfusional (FLORIZANO, 2007).

Uma assistência de enfermagem de qualidade ela vai em busca de identificar as necessidades do paciente, realizar o planejamento e a implementação dos cuidados,

favorecendo a criação de mecanismos de avaliação da assistência prestada, ainda, possibilita a documentação e visualização das ações de enfermagem (SOUZA, 2014).

Os cuidados prestados a doadores de sangue é uma pratica recente e muito pouco exploradas em artigos científicos, para tanto é importante que os enfermeiros sejam capacitados a desenvolver uma visão crítica da prática transfusional, possibilitando garantir um conjunto de ações que possa contribuir para a qualidade de vida dos doadores e receptores de sangue. (BARBOSA, 2011).

Segundo Nunes (2013), No serviço de hemoterapia é importante que o enfermeiro identifique o mais rápido possível sinais e sintomas diante de uma reação tranfusional, com isso diante dos sinais e sintomas é importante suspender a transfusão, mantendo o acesso venoso, solicitar avaliação médica enquanto mantém o usuário confortável, é importante que o enfermeiro verifique e compare os sinais vitais com os verificados anteriores a transfusão, administre os medicamentos prescritos, e preencha a ficha de notificações de reações a transfusão, ao final comunicar ao hemocentro e por fim registrar no relatório de enfermagem.

5.1 PROTOCOLOS DE HEMOTRANSFUSÃO

Segundo Brasil (2013), o ministério da saúde tem como lei a portaria N° 2.712, de 12 de novembro de 2013, onde tem como objetivo redefinir o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, diante disso considerando a Considerando a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição, para dispor sobre a execução das atividades de coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, diante disso vimos o qual qualificada deve ser a equipe de profissionais para o manejo e a execuções de tais tarefas, é importante uma equipe multidisciplinar, com amplos conhecimentos e qualificações.

5.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO

Segundo Barbosa (2011), a enfermagem exerce um papel fundamental na segurança transfusional, é importante que os enfermeiros conheçam as indicações da transfusão, como também orientar os pacientes sobre as transfusões, a checagem de dados para a prevenção de erros, detectar e comunicar quando houver reações transfusionais documentando assim todo o processo, com isso é importante que os profissionais sejam qualificados para que minimizem os riscos dos pacientes que recebem transfusão, pois profissionais sem conhecimentos em hemoterapia e sem habilidades suficientes podem causar complicações e danos importantes aos receptores de sangue.

De acordo com Brasil (2011), é importante que o enfermeiro certifique-se do nome completo do paciente, atentado para que seja o paciente certo a receber a transfusão, conferindo se é o mesmo da identificação da prescrição e do material a ser utilizado, é importante realizar os SSVV, antes e após a transfusão, anotar início e término da transfusão, Instalar o hemocomponente, mantendo íntegro o sistema até o final do procedimento.

É importante que os profissionais de enfermagem e outros profissionais dos serviços de hemoterapia colaborem nesta conexão de vida, assegurando a qualidade do sangue, pois a enfermagem hemoterapica tem grande atuação e pode assumir o compromisso social e de saúde com a qualidade de vida e o cuidado da população (BARBOSA 2011).

Segundo Brasil (2011) é importante atentar para que o início da transfusão não exceda 30 minutos após o recebimento da bolsa, atentar para que a transfusão não passe de 4 horas, observarem o paciente nos primeiros 15 minutos, observar se á alguma reação transfusional, Relatar a evolução da Reação Transfusional apresentada, Assinar e carimbar no término da evolução transfusional, Colar etiqueta referente ao hemocomponente no prontuário do paciente, ao final da transfusão recolher a bolsa e encaminhar para o serviço de Hemoterapia para ser autoclavada.

6. DILEMAS ÉTICOS NA HEMOTRANSFUSÃO

Segundo Lara (2013), Para as Testemunhas de Jeová, transfusão sanguínea não é apenas um tema religioso, mais sim uma questão de saúde. Em varias literaturas pode-se observar relatos de inúmeros riscos que pode trazer uma transfusão sanguínea, pois os bancos não garantem 100 % da pureza desse material biológico. Diante disso a transfusão de sangue não é totalmente segura no que diz respeito à transmissão de moléstias infecciosas.

Segundo Brito (2008) problemas éticos diante do que diz respeito a transfusão sanguínea para as testemunhas de Jeová podem comprometer a atuação profissional, a qualidade do atendimento ou a autonomia dos usuários.

Segundo Lara (2013), O paciente tem o direito de escolher o tratamento que receberá e é através do consentimento informado que o praticante da religião Testemunha de Jeová se recusa a realizar qualquer procedimento cirúrgico que envolva transfusão de sangue.

A hemotransfusão em TJ coloca a equipe de saúde diante de um dilema ético, pois esse tipo de procedimento envolve a colisão de dois direitos fundamentais: o direito indisponível à vida e o direito de recusa por convicções religiosas. Porém ambos protegidos igualmente pela Constituição brasileira. Desse modo a equipe é respaldado diante da decisão tomada pelo usuário em não aceitar a transfusão sanguínea. Ao se embasarem no ordenamento jurídico, os profissionais compartilham com a TJ a responsabilidade e a análise do melhor tratamento, não só do ponto de vista físico, mas levando em consideração a sua estrutura axiológica (BRITO, 2008).

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As pesquisas realizadas apontam uma série de problemáticas referentes à administração de hemocomponentes, e essas dificuldades não se restringem somente ao composto sanguíneo, mas no geral da hemotransfusão, já que percebe-se que as boas práticas em saúde, juntamente com os protocolos pré-estabelecidos para infusão de Hemocomponentes é igualmente desenvolvida para toda e qualquer técnica asséptica onde seja utilizado a substância sanguínea como opção terapêutica. Diante disso, a enfermagem passa então a exercer frente as atividades organizacionais, um papel de grande relevância, como conduzir a equipe estimulando-a a seguir os protocolos estabelecidos na perspectiva de realizar tais procedimentos com segurança, já que é notório que os protocolos servem como bases que orientam a sistemática das rotinas em saúde.

Percebeu-se nas leituras realizadas que os autores exploram bem a necessidade da enfermagem saber lidar com as práticas transfusionais e enfatizam também que o cuidado da enfermagem nessa vertente é bastante deficiente devido à falta de qualificação técnica, podendo gerar erros ou agravos para a saúde dos pacientes hemotranfundidos. Alguns autores relacionaram as falhas nos procedimentos às questões das ações do enfermeiro frente a organização setorial, ou seja, o enfermeiro é responsável pela segurança da transfusão como também gerenciar de perto as técnicas executadas no manejo dos hemocomponentes por sua equipe. Portanto, considerou-se que a atuação dos enfermeiro na prevenção de erros e na execução do processo organizacional, será capaz de minimizar os danos ou até mesmo evitá-los na perspectiva da responsabilidade com a vida humana e com os protocolos pré-estabelecidos.

Já os Manuais pesquisados sobre Hemotransfusão, trouxeram a explanação dos conteúdos de segurança, programas da qualificação transfusionais incluídos nos princípios do

SUS, pois a maior parte desses serviços são ofertados pelo sistema único de Saúde. Os guias ainda descrevem o quão é necessário que o enfermeiro esteja capacitado para executar as demandas transfusionais com segurança, qualidade, para servir de ferramenta inicial aos processos da hemotransfusão, garantindo a qualidade da assistência aos receptores dessas terapêuticas. Um dos artigos pesquisados trouxe uma nova abordagem que descreveu a assistência de enfermagem na hemotransfusão como complexa, pois questionou-se a escassez de trabalhos científicos nessa área, como também a pouca ênfase da discussão transfusional na Graduação, levando assim, um grau maior de dificuldade em executar o serviço, e explorou a necessidade das especialidades no campo da hemotransfusão como um recurso que poderá contribuir para a expansão do conhecimento acerca da temática.

Nota-se que os objetivos deste trabalho foram alcançados, visto que, foram encontradas discussões interessantes acerca das práticas de hemotransfusão com diretrizes bem delineadas por vários autores. Foi possível identificar a existência de protocolos relacionados a temática na perspectiva de nortear as práticas de hemoterapia nos serviços de saúde e foi possível perceber que a enfermagem desempenha um papel relevante nesse contexto, já que é a principal responsável pela execução de tais procedimentos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa efetuada evidenciou muitas dúvidas que estavam relacionadas às boas práticas da assistência na hemotransfusão, ou seja, percebeu-se que realmente há falhas nos princípios éticos e legais, dificuldades em saber executar os procedimentos de maneira correta para evitar erros ou detectar reações adversas em decorrência do procedimento. O sistema de saúde também demonstrou-se deliberadamente interessado em orientar os profissionais, através da publicação de protocolos que orientam tais práticas, entretanto, na realidade o que se percebe é uma mistura de ausência de conhecimento e em alguns casos, negligência aos princípios formulados para segurança do próprio profissional e do receptor.

Todavia, é necessário que haja recursos materiais e humanos e atrelado a isso, é preciso que se desenvolva no âmbito das instituições, a política de educação permanente na perspectiva de qualificar a força de trabalho e melhorar a qualidade da assistência.

Diante das discussões apresentadas, concluímos que o manejo das hemotransfusões é complexo e por ser predominantemente executado pela enfermagem, exige dos referidos profissionais o preparo técnico e acompanhamento sistemático na perspectiva de prevenir

iatrogenias e proporcionar aos pacientes que se beneficiam de tal terapêutica, assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Stella Maia et al. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*, v. 24, n. 1, p. 132-6, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cartilha Transfusional. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em <http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/clin/hemo.asp> Acesso em 22/04/2016.

BRASIL, Guia para o uso de hemocomponentes. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção especializada. Brasília-DF, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf, visualizado em: 21/04/2016.

BRASIL. Técnico em hemoterapia. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Livro texto. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_hemoterapia_livro_texto.pdf, visualizado em: 21/04/2016.

BRITO, Sousa. Dilemas éticos na hemotransusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. *Acta Paul Enferm*, 2008, vol. 21, no 3, p. 498-503.

CINTRA, Eliane Araújo; NISHIDE, Vera Medice, NUNES, Wilma Aparecida. Assistência ao paciente gravemente enfermo: uso de hemocomponentes em terapia intensiva. *Atheneu*. São Paulo, 2º edição, cap.36, p.589-597, 2008.

FLORIZANO, Alderinger Aparecida Tulher; FRAGA, Otávia de Souza. Os desafios da enfermagem frente aos avanços da Hemoterapia no Brasil. *Revista Meio Ambiente Saúde*, v. 2, n. 1, p. 282-95, 2007.

LARA, Graziela Formaggi. PENDLOSKI, Josyara. os enfermeiros diante do dilema ético: transfusão de sangue em testemunhas de jeová. *Revista UNINGÁ Review*. 2013, Vol.16,n.1,pp.70-77

MORAES, Aline Alexandra Iannoni de et al . Sangramento em síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento de segmento ST. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 284-293, set. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300013>.

NUNES, Thaise da Silva. Transfusão de hemocomponentes: uma revisão integrativa da literatura. 2013.

PITHAN, Carolina da Fonte. Impacto da implantação de um protocolo de transfusão de hemocomponentes em um hospital terciário do Sul do Brasil através de ferramenta de prescrição eletrônica. Porto Alegre 2013

RODRIGUES, Rosane Suely May, REIBNITZ, Kenya Schmidt. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.2, pp.384-391. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200022>.

SOUZA, Gabriela Fátima de et al. Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: cuidados durante e após a transfusão sanguínea. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 939-954, 2014.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra. Plano de Intervenções em Enfermagem em Hemotransfusão e incidentes transfusionais. **Universidade federal do triângulo mineiro- UFTM**. Hospital das clínicas. Divisão de enfermagem. Minas gerais, 2009. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/PIE+hemotransfus%C3%A3o/4c5da999-d585-410f-867f-7997e1712e6c>, visualizado em: 21/04/2016.

SILVA, Nayara vieira et al. Métodos alternativos de transfusão de sangue: vantagens x desvantagens. Faculdades Unidas do Vale do Araguaia – UNIVAR. **Revista Eletrônica da Univar**. Araguaia, Vol.1, p.131-135, 2013. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br>, visualizado em: 21/04/2016.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO HEMOTÓRAX: UMA REVISÃO DE LITERATURA

NIELLY DOS SANTOS NUNES¹

ALLYSON RODRIGO DA SILVA MARINHO²

ISMAEL PEREIRA GALVÃO²

EVILAMILTON GOMES DE PAULA³

RESUMO

INTRODUÇÃO: Frequentemente o trauma torácico, com hemotórax, vem associado à necessidade de intervenção cirúrgica. O hemotórax poderá ter sido drenado previamente ou ser detectado na evolução do atendimento do trauma. A enfermagem deve intervir com a SAE, objetivando autonomia terapêutica, maior eficácia e qualidade na assistência. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo compreender a assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva baseada ao tratamento de hemotórax relacionando às suas consequências, bem como esclarecer as informações referentes ao problema. **REFERENCIAL TEÓRICO:** O hemotórax contribui de forma significativa para o aumento do período de internamento hospitalar. O tratamento utilizado para reverter as complicações do hemotórax denomina-se drenagem torácica que tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural. A enfermagem tem importante atuação até o alcance da alta do paciente. **METODOLOGIA:** O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica de Revisão de Literatura sobre hemotórax. Essa pesquisa foi realizada no período de 20/abril/2016 à 03/maio/2015. Foram utilizados 10 materiais para a realização da pesquisa. **ANÁLISE DE RESULTADOS:** O presente trabalho buscou investigar o hemotórax e suas consequências, bem como o seu tratamento na unidade de terapia intensiva levando em consideração a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conseguimos com a realização deste trabalho, reafirmar as nossas concepções acerca da assistência prestada em situações de hemotórax e expandimos o nosso olhar sobre o papel da enfermagem nesse contexto. Ampliamos as nossas percepções quanto a importância da SAE enquanto instrumento norteador do trabalho da enfermagem, especialmente no ambiente da terapia intensiva.

PALAVRAS-CHAVE: Hemotórax, enfermagem, UTI.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos são considerados como toda lesão que cause alterações físicas ou funcionais ao organismo, podendo ocorrer de forma física, química ou acidental, esses podem ser classificados como aberto ou fechado. Os traumatismos representam um grande problema de saúde pública, encontrando-se entre os primeiros motivos de mortalidade e incapacidade em países desenvolvidos, já que os mesmos são responsáveis pelo grande número de óbitos,

invalidez prolongada ou permanente. Sendo atribuída a grande parte dessas consequências ao aumento da violência (CARVALHO; SARAIVA apud. SANTANA; FEITOSA, 2012).

Os traumatismos penetrantes, que são ocasionados geralmente por arma de fogo e arma branca, possuem classificação de gravidade menor em relação ao traumatismo contuso, a ferida para ser classificada é dependente do tipo de arma utilizado e suas velocidades, sendo assim, a gravidade e tratamento dos traumatismos são dependentes do tipo de ferida e consequências da mesma. Aproximadamente 85% dos traumatismos ocasionam lesões pulmonares periféricas, e essas podem ser controladas simplesmente com drenagem torácica. A sobrevivência global de pacientes que sofreram traumas causados por arma de fogo tiveram mortalidade de 83% e aqueles que causados por arma branca 44% (CARVALHO; SARAIVA apud. SANTANA; FEITOSA, 2012).

Frequentemente o trauma torácico, com hemotórax, vem associado à necessidade de intervenção cirúrgica. O hemotórax poderá ter sido drenado previamente ou ser detectado na evolução do atendimento do trauma. Aqueles solucionados com a drenagem não oferecem preocupação adicional, a não ser a quando ocorre indicação de toracotomia, baseado no tempo e no volume de drenagem (sangramento). Em mais de 80% dos casos a solução do hemotórax poderá ser definida pela drenagem tubular. Cerca de 10% vão para a toracotomia, na fase de instabilidade hemodinâmica, por sangramento. Outros 10%, quando drenados, deixam resíduos pleurais que precisam ser tratados porque se organizam ou então infectam (hemotórax residual) (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

A penetração de sangue na cavidade pleural é denominado hemotórax, sendo originado por meio de diversas formas que atinjam diretamente a integridade da região torácica chegando até a cavidade pleural. A evolução do hemotórax leva a sérias consequências, seus sintomas agravam de acordo com a quantidade volêmica que está sendo acumulada na região (SOUZA, 2004). Para tratar o hemotórax é necessária a drenagem do líquido que está sendo acumulado na cavidade torácica, esta drenagem é feita por meio de sistema fechado levando a redução dos sintomas (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE):

Segundo Tannure e Gonçalves (2009) apud Lima (2013) a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção de resultados desejados na melhora efetiva da condição saúde-doença de um indivíduo, sendo de grande importância para a realização do tratamento,

pois o enfermeiro deve realizar os diagnósticos de enfermagem e implementar os cuidados necessários com autonomia para uma recuperação mais rápida do paciente, e a partir destes diagnósticos o enfermeiro pode traçar metas adentrando na terapêutica propriamente dita da enfermagem.

Este trabalho tem como objetivo compreender a assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva baseada ao tratamento de hemotórax relacionando às suas consequências, bem como esclarecer as informações referentes ao problema.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Hemotórax consiste na penetração de sangue na cavidade pleural, podendo ser originadas por traumas que ocasionaram lesões dos vasos intercostais, pleurais ou mediastinos, podendo ser também nos vasos parênquima pulmonar. Dependendo da quantidade de sangue o hemotórax pode causar graus variáveis de colapso pulmonar (SOUZA,2004). Geralmente o hemotórax é causado por traumatismos de tórax fechado ou com traumatismo perfurantes, mas também pode acontecer por meio de perfurações pulmonar durante a realização de algum procedimento cirúrgico nas áreas proximais, infarto pulmonar, neoplasia maligna, aneurisma dissecante da aorta ou por tratamento anticoagulante (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

Sua evolução traz sérias complicações como desvio do mediastino, disfunção ventilatória, colapso pulmonar, e se não tratado devidamente pode evoluir a parada cardiorrespiratória. Devido a esses, seus sintomas são tão característicos, tais como, dor torácica e dificuldade respiratória (dispneia), que pode ser branda ou intensa, isso irá depender do volume de sangue na cavidade pleural. Outros sintomas são, taquipneia, pele pardacenta, sudorese e hemoptise, ansiedade, cianose e estupor (SOUZA, 2004).

O Diagnóstico é realizado através do exame clínico, onde o mesmo avalia a expansão torácica, pois o lado afetado demonstra expansão e enrijecimento diferentemente do lado oposto, e também demonstra som maciço a percussão no lado afetado do tórax, a ausculta detecta-se redução ou ausência dos murmúrios vesiculares no lado afetado, taquipneia e hipotensão; A toracocentese também é utilizada como meio de diagnóstico, a mesma tem como finalidade obter material para determinar a natureza do derrame e, ao mesmo tempo, permitir a localização exata da possível drenagem; as Radiografias para demonstrar o líquido pleural e desvio do mediastino; Análise de gasometria arterial para comprovar a existência de insuficiência respiratória; Níveis de hemoglobinas podem estar reduzidos dependendo da

quantidade de sangue perdido. Após o diagnóstico do hemotórax, deve ser indicada/iniciada a realização da drenagem torácica para restabelecer a pressão negativa da cavidade pleural e recuperação significativa do paciente (SOUZA, 2004).

O hemotórax contribui de forma significativa para o aumento do período de internamento hospitalar, conseqüentemente o aumento dos custos/despesas a serem gastos com o paciente, além dos riscos de infecções (NETO, 2012).

O tratamento utilizado para reverter às complicações do hemotórax denomina-se drenagem torácica que tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural. Ela é responsável pela remoção de ar, líquidos e sólidos (fibrina) do espaço pleural ou mediastino, que podem ser resultantes de processos infecciosos, trauma, procedimentos cirúrgicos entre outros. Esse procedimento é indicado como tratamento para Pneumotórax Espontâneo, seja ele, primário, secundário, Hipertensivo, Traumático, Iatrogênico; Para Hemotórax Traumático, Residual, Derrame Pleural, Exsudato Empiema, Quilotórax e Drenagem Profilática (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

A drenagem torácica consiste na introdução de um sistema de drenagem fechada na cavidade torácica, este é considerado um procedimento simples, onde é usado a anestesia local com lidocaína, que geralmente deve incluir a pele, o periósteo das costelas superior e inferior e o feixe vaso-nervoso que fica posicionado na borda inferior do arco costal. Nesse mesmo local, a toracocentese ascendente identifica a intercorrência por ar ou líquido, permitindo que se introduza o dreno no local desejado. O posicionamento do paciente é importante durante o procedimento no CTI. O paciente é colocado em decúbito elevado (45°), e levemente lateralizado para o lado da intercorrência pleural, sempre a procura do ponto de maior declive. A ausculta e percussão da área podem ajudar na delimitação do local da punção. Devem ser respeitadas as regras de anti-sepsia sendo realizada anestesia no local desejado seguida pela punção do espaço pleural, onde o material obtido é enviado para análise. Após o procedimento um raio-x de tórax deve ser solicitado para controle. Um dreno torácico, sem auxílio de toracocentese, poderá ser deslocado inadvertidamente abaixo do diafragma, resultando principalmente de lesão de fígado ou baço, por isso sua importância (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

Quando a região axilar é usada como referência para a introdução do dreno tubular, deve-se evitar a transfixação dos músculos peitoral e dorsal, por menor risco de acidentes ou dor. Para tratamento do hemotórax é preferível que o posicionamento seja o mais baixo na linha axilar posterior. Na mulher, por razões estéticas é aconselhável a introdução do dreno junto ao sulco mamário, na linha axilar média ou anterior, dependendo do volume da mama.

A escolha do dreno é feita de acordo com a natureza da intercorrência pleural. Um pneumotórax simples pode ser tratado com um dreno de diâmetro interno de 5 a 9 mm (n. 16 a 28 F); um exsudato ou um hemotórax necessitarão de drenos mais calibrosos, de 9 a 12 mm (n. 36 a 40 F). É recomendável que no trauma sejam usados drenos mais calibrosos, não inferiores a 28 F para o adulto. Uma incisão de 2 a 3 cm, transversal, é feita paralela à costela, de preferência tracionando-se a pele antes de incisar, no sentido cranial. Essa pequena manobra favorecerá a verticalização do dreno, orientando-o no sentido do ápice da cavidade torácica. Alguns drenos torácicos possuem um guia trocar, que serve com introdutor. Na prática, é usado um trocar ou, mais frequentemente, uma pinça hemostática curva Crile (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

Inicialmente, ela é introduzida com a ponta perpendicular ao bordo superior da costela, com a concavidade da pinça para a parede do tórax, e, ao passar o músculo intercostal e a pleura parietal, sua ponta é orientada no sentido da pleura parietal, com sua convexidade para a parede do tórax. Com essa manobra, diminui os riscos de lesar o pulmão e o feixe nervoso. Naqueles casos em que há uma suspeita clínico-radiológica de aderências pleuropulmonares, é preferível a substituição da pinça pelo dedo indicador, promovendo uma dissecação roma para localizar a coleção pleural e, após, introduzir o dreno. É aconselhável que se determine o quanto o dreno será introduzido no espaço pleural. A medida aproximada pode ser obtida com o próprio dreno, medindo-se externamente a linha clavicular até o limite da pequena incisão na qual se introduzirá o dreno. Os furos laterais ou “canaletas” não podem ficar localizados no subcutâneo, mas pelo menos de 3 a 5 cm da pleura parietal. A constatação de seu adequado posicionamento pode ser obtida com radiografias de tórax de frente e perfil, se necessário (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

Após a introdução do dreno, o mesmo deve ser fixado na parede do tórax, sendo realizado primeiramente o fechamento da incisão transversal com o ponto “U”, circundando o dreno. Apenas um nó é dado na borda superior da pele, e o fio trança o dreno, terminando por um “meio-tope”, semelhante ao do cadarço do sapato. Outro fio é atado no dreno transversalmente sobre o fio trançado longitudinalmente. Poderão auxiliar na fixação externa pequenas fitas adesivas à pele, nunca ao fio da sutura. Essa manobra permitirá o fechamento do orifício da pele com a utilização do próprio fio usado na fixação, quando o dreno for dispensado. Após o término do procedimento ocorre a melhora significativa do estado do paciente por meio do restabelecimento de parte da pressão negativa do local, o hemotórax é drenado por meio de sistema fechado e a recuperação total ocorrerá quando houver o término do líquido drenado (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

Para realização da drenagem torácica, normalmente são utilizados frascos com capacidade superior a 5 litros e altura de 20 a 25 cm. Podem-se utilizar até três frascos, para um sistema de drenagem sob aspiração, com um coletor isolado ao produto da drenagem, ou apenas um frasco, com líquido impedindo o colapso pulmonar por uma haste imersa no mínimo 2cm abaixo da água. Atualmente existem sistemas de drenagem mais simplificados onde os frascos de drenagem são substituídos por apenas um único sistema, constituído por uma câmara coletora, câmara de selo d'água e câmara para controle de sucção (ANDRADE; FELICETTI, [2014]).

Na Unidade de Terapia Intensiva, a drenagem torácica é bastante útil tanto para diagnóstico quanto para tratamento, desta forma é importante que os profissionais responsáveis por atuar neste setor sejam familiarizados com as indicações clínicas para realização de tal procedimento (LÚCIO; ARAÚJO, 2011).

Embora o procedimento para inserção do dreno no tórax seja de responsabilidade médica, a enfermagem tem importante atuação até o alcance da alta do paciente. Os aspectos relativos a manutenção e manipulação do dreno são de responsabilidade da enfermagem, em que os profissionais devem ter conhecimento e habilidade para controlar o risco de infecção. Diante destas informações, é reforçada importância de o profissional ter conhecimentos baseados em evidências científicas para promover eficácia e segurança (SOUSA, 2013).

Segundo Potter e Perry (2006), a enfermagem tem grande importância antes, durante e após o procedimento cirúrgico para realização da drenagem torácica. O enfermeiro e sua equipe deve fornecer ao paciente, segurança para prevenir intercorrências clínicas, esclarecer sobre o procedimento para o paciente e familiares, preparar o ambiente cirúrgico e todo material a ser utilizado, realização de curativo devido a incisão cirúrgica, além de realizar os diagnósticos de enfermagem.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE SUBMETIDO À DRENAGEM TORÁCICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um meio do enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnicocientíficos, em prol de desenvolver o cuidado sistematizado e humanizado aos clientes, caracterizando sua prática profissional na assistência levando em consideração os diagnósticos de enfermagem e suas particularidades(LIMA, 2013).

1ºdiagnostico de enfermagem seguindo prioridades:

Troca gasosa prejudicada relacionado hemotórax, evidenciado por dispneia e uso da musculatura acessória.

Meta: Melhora do padrão respiratório.

- Intervenções: oferta de oxigênio a para aumentar a saturação do paciente a uma porcentagem mais próxima ao valor normal;
- Realizar NBZ (seguindo prescrição medica), para fluidificar secreções pulmonares e manter as vias aéreas permeáveis;
- Realizar exercícios respiratórios, como respiração diafragmática e respiração profunda, realizar exercícios três vezes ao dia, manhã, tarde e noite. Com o intuito de estimular o sistema respiratório ao retorno normal da expansão pulmonar.
- Encorajar a tosse, pois o estímulo da tosse promove a eliminação de secreções e evita a estagnação de secreções.
- Realizar ausculta pulmonar duas vezes ao dia, 20 minutos após a realização dos exercícios respiratórios para avaliar a intensidade do retorno dos murmúrios vesiculares, dando mais atenção ao pulmão afetado.
- Avaliar a temperatura corporal em 6/6 horas para detectar possíveis indícios de infecção.

2º diagnostico de enfermagem seguindo prioridades:

Integridade da pele prejudicada relacionado a incisão peridreno, evidenciado por presença de rubor em região peridreno e início de necrose em bordas e tecido fibroso.

Metas: melhorar padrão de integridade da pele e impedir progressão de infecção.

- Intervenções: realizar troca de curativo utilizando método totalmente asséptico, o curativo deve ser trocado duas vezes ao dia, seguindo a sequência de menos contaminado para o mais contaminado. Sendo assim, a troca de curativo será iniciada pela incisão peridreno utilizando S.F 0,9% para limpar a F.O, enxugar com gases e fazer cobertura com gases secas. O segundo curativo será realizado na ferida localizada em MSE onde será utilizado S.F 0,9% para limpeza, enxugar com gases estéreis, usar creme de desbridação química em região de necrose e AGE em tecido de granulação, realizar cobertura com gases secas. O curativo deve ser realizado de forma asséptica e com a coberturas adequadas no intuito de eliminar as infecções existentes, prevenir novas infecções e promover a cicatrização das feridas.
- Administração de medicações (seguindo prescrição medica), como antibióticos para eliminar e impedir a multiplicação de infecções.

3º diagnóstico de enfermagem seguindo prioridades:

Ansiedade relacionada ao estado de saúde, mudança de ambiente e medo de manusear o sistema de drenagem, evidenciado por taquipneia e taquicardia.

Metas: Controle da ansiedade

- Intervenções: explicar o procedimento realizado, a finalidade do mesmo e retirar todas as dúvidas que o paciente tenha, principalmente em relação ao manuseio do sistema de drenagem. Pois ele pode ser restringir a certas atividades devido a medo de manusear o sistema.
- Explicar de forma clara, ao paciente e familiar, os cuidados com o dreno. A fim de evitar qualquer tipo de acidente ou desconexão com o dreno.
- Conversar de forma aberta e ética com o paciente a fim de estabelecer um melhor vínculo com o paciente, para quebrar o medo da síndrome do jaleco branco, pois a ansiedade também pode estar relacionado a isso.
- Estimular exposição de seus sentimentos e oferecer apoio psicológico.
- Orientar/registrar a presença de acompanhantes, pois se estiver sozinho ele ficara mais deprimido e ansioso para retornar a seu lar.
- Observar e anotar estado de consciência.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica de Revisão de Literatura sobre hemotórax. Segundo SANTOS (2012), a revisão de literatura, também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores. Foram pesquisadas nas principais fontes teóricas da literaturas, através de artigos, material da internet e fontes secundárias do Ministério da Saúde. Os principais descritores para pesquisa foram: hemotórax; Uti; cirurgia. Essa pesquisa foi realizada no período de 20/abril/2016 à 03/maio/2015. Foram utilizados 10 materiais para a realização da pesquisa.

ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho buscou investigar o hemotórax e suas consequências, bem como o seu tratamento na unidade de terapia intensiva levando em consideração a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os autores que embasaram esta pesquisa, apontam o hemotórax e a drenagem torácica como situações bastante complexas sendo caracteriza como uma situação de emergência. Enfatizam a necessidade de uma abordagem sistematizada com intervenções precoces, na perspectiva de reverter o quadro clínico desenvolvido a partir de tal evento.

Fica evidente nas falas dos autores que o retardo no atendimento pode comprometer a situação do paciente, piorando o prognóstico e as chances de reversão, podendo evoluir para óbito.

Quanto à enfermagem, percebemos que a sua atuação permeia todo o processo envolvido na abordagem do paciente que evoluiu com hemotórax e necessita de drenagem torácica. Os cuidados de enfermagem, especialmente no ambiente da terapia intensiva, contribuem de forma decisiva para o sucesso na estabilização do paciente, na realização do procedimento de drenagem e especialmente na manutenção e manipulação dos drenos e suas extensões na perspectiva de mantê-los pérvios e funcionantes, isentos de sinais flogísticos até sua retirada e ou alta do paciente.

Assim sendo, afirmamos ter alcançado os objetivos propostos na pesquisa, pois compreendemos a complexidade que envolve as situações de hemotórax e a sua abordagem terapêutica, bem como a importância da atuação da enfermagem enquanto parte integrante da equipe, principalmente quando tal atuação se dá pelo viés da SAE que é o instrumento que imprime qualidade e resolutividade as ações da nossa categoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conseguimos com a realização deste trabalho, reafirmar as nossas concepções acerca da assistência prestada em situações de hemotórax e expandimos o nosso olhar sobre o papel da enfermagem nesse contexto. Ampliamos as nossas percepções quanto a importância da SAE enquanto instrumento norteador do trabalho da enfermagem, especialmente no ambiente da terapia intensiva.

É bastante evidente a importância da implementação dos cuidados de enfermagem baseados na SAE, objetivando resultados mais eficazes, de forma que a recuperação do paciente seja o mais precoce possível, e a sua permanência na UTI abreviada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Cristiano Feijó; FELICETTI, José Carlos. Drenagem Torácica. **Hospital da Criança santo Antônio**. Porto Alegre, ([2004]). Disponível em:http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenagem_toracica_2.pdf, visualizado em: 01/05/2016.
- CARVALHO, Isabel Cristina Cavalcante Moreira; SARAIVA, Isabel Sá. Perfil das vítimas de trauma atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 137-148, 2015.
- CONSENDEY, Carlos Henrique; SOUZA, Sonia Regina. Enfermagem Medico-Cirúrgica: Hemotórax. **Reichmann e Affonso**. Rio de Janeiro, Exemplar 7, vol.2, p.460, 2007.
- LIMA, Gilliard Souza et al. Sistematização da assistência de enfermagem voltada para pacientes com dreno de torax. **Congresso de inscrição científica**, 5º (jc). Mato grosso, 2013. **Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação-PRPPG**, vol.8,2013.
- LÚCIO, Vinícius Vital; ARAÚJO, Ana Paula Serra. Assistência de Enfermagem na Drenagem Torácica: Revisão de Literatura. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde** 2011;13(Esp):307-14
- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Alimentos Nutrição & Dietoterapia**. São Paulo: Roca. ed. 11, 2005. ed. 11ª, Cap. 21, pág. 491, 2005.
- NETO, João B. Rezende et al. Abordagem do hemotórax residual após a drenagem torácica no trauma. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol.39 n.4: Rio de Janeiro, 2012.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.
- SOUSA, Ana Rita Correia VELUDO, Filipa. **Cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem torácica – Necessidades de formação da equipe de enfermagem**. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa, 2013. Dissertação de Mestrado. Disponível em:<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14636/1/Ana%20Rita%20Sousa.pdf#page=104>. Acesso: 08 de maio de 2016.
- SOUZA, Vanessa Silva; SANTOS, Alex Caetano; PEREIRA, Leolidio Vitor. Perfil Clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidos a tratamento cirúrgico em hospital de referência. **Scientia medica**. Porto Alegre, v.23; N° 2; P.96-101, 2013.

GT 3 – ENFERMAGEM CLÍNICA E CIRÚRGICA

**CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FRENTE À INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA****Isabela Goés dos Santos Soares⁴¹**Jackson Francisco da Silva⁴²Jéssica Katiane da Silva Santos⁴³Ruiter Sávio Almeida da Silva⁴⁴Giselle dos Santos Costa Oliveira⁴⁵Lívia Helena Morais de Freitas⁴⁶**RESUMO**

Os cursos de graduação de enfermagem trabalham com práticas em laboratórios onde os alunos simulam os procedimentos práticos em instrumentação cirúrgica visando minimizar possíveis erros que podem vir a ocorrer no campo de estágio. Objetivou-se com esse estudo analisar o conhecimento dos alunos de graduação em enfermagem frente à instrumentação cirúrgica antes e após estudarem e conhecerem na prática. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, com caráter descritivo e abordagem quantitativa e qualitativa. O projeto de pesquisa encontra-se em desenvolvimento e está sendo desenvolvida na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. A amostra foi composta por 20 alunos do curso de graduação da instituição. O instrumento escolhido para a coleta de dados foi o questionário semiestruturado. A análise qualitativa está sendo realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo e a análise quantitativa será exibida por porcentagens e médias e apresentada através de gráficos e tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 1.287.342, CAAE 49929815.9.0000.5179 e está sendo realizado de acordo com as resoluções que regem as pesquisas com seres humanos. O presente artigo trará como resultados parciais a caracterização da amostra, e o restante da análise será realizado no decorrer do semestre letivo de 2016.1. Os participantes da pesquisa tinham idade média de 30 anos e a maior parte da amostra (70%) era do sexo feminino. Em relação a atividade ocupacional dos acadêmicos, foi verificado que a maior parte deles são estudantes da

⁴¹ Graduanda em enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. Endereço: Rua Otávio Ferreira, n. 16, bairro Rincão, Mossoró, RN. Telefone para contato: (84) 9 8744-3585. E-mail: isabelagoes@hotmail.com

⁴² Enfermeiro especialista em Enfermagem Clínica pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia – FAMEC. E-mail: Jackson_telles@hotmail.com

⁴³ Enfermeira graduada pela FACENE. E-mail: jessicakatiane2007@hotmail.com

⁴⁴ Graduando em enfermagem do 7º período da FACENE/RN. E-mail: ruiter_sas@hotmail.com

⁴⁵ Enfermeira mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade. Atua como docente na FACENE. E-mail: gisellesantos@facenemossoro.com.br

⁴⁶ Enfermeira especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador. Atua como docente na FACENE. E-mail: livia@facenemossoro.com.br

instituição (70%) e os outros 30% exerciam outras atividades. Os demais dados encontram-se no decorrer do artigo. Ao término da análise desse projeto de pesquisa, espera-se compreender entendimento dos alunos frente à instrumentação cirúrgica, observando se as metodologias adotadas em aulas práticas são eficazes para a compreensão dos alunos.

DESCRITORES: Enfermagem; Instrumentação; Conhecimento.

INTRODUÇÃO

O início das atividades de produção de conhecimento em enfermagem surgiu a partir da Enfermagem moderna, ganhando maior ênfase na década de 1950 devido ao aumento da formação de pesquisadores, com a implantação dos primeiros cursos de mestrado e doutorado nessa área de conhecimento. Este é necessário para consolidar a assistência baseada em evidências, possibilitando uma plena autonomia da profissão (CAMPOS et al, 2015).

Com isso, as pesquisas nas diversas áreas de especialidade da enfermagem vêm crescendo com o decorrer dos anos, acompanhando as tecnologias na saúde. Dentre os vários focos de pesquisa da Enfermagem brasileira, destacamos a Enfermagem em Centro Cirúrgico, que compreende um dos períodos mais críticos da assistência ao indivíduo doente (CAMPOS et al, 2015).

As pesquisas nesse tema iniciaram-se na década de 1880, quando se estabeleceram as técnicas assépticas de Lister que permitiam a realização de cirurgias mais complexas e a enfermagem era responsável pelos cuidados com o instrumental cirúrgico. Na virada do século, com o aparecimento de Florence Nightingale, a Enfermagem em Centro Cirúrgico passou a ter seu papel importante na prevenção de infecções, como também na prática de enfermagem na área cirúrgica, cuidado de doentes que necessitavam de procedimentos de enfermagem durante o perioperatório. Desta forma, progressivamente aumentava a responsabilidade da equipe de enfermagem e seus conhecimentos específicos se desenvolviam, o que as distinguiam das enfermeiras das unidades assistenciais (TURRINI, 2012).

Nos cursos de formação de enfermagem, alguns conteúdos foram excluídos por algumas escolas ao redor do planeta por motivos particulares. Um dos motivos apontados pela exclusão do conteúdo de enfermagem perioperatória dos currículos de graduação em enfermagem nas escolas foi a falta de professores para ministrar esse conteúdo na prática clínica. Essa falta dava-se pelo fato de não haver profissionais com especialidade nessa área de atuação, por não ser uma área muito abordada (TURRINI, 2012).

No entanto, essa realidade mudou quando os cursos de graduação de enfermagem começaram a trabalhar com laboratórios, onde os alunos simulavam os procedimentos práticos visando minimizar possíveis erros que pudessem vir a ocorrer no campo de estágio. Assim, a assistência de enfermagem seria realizada com maior qualidade e diminuir os índices de erros nos procedimentos (GOMES et al, 2013).

Essa assistência ao paciente cirúrgico demanda a aprendizagem de novos conhecimentos técnico-científicos e de habilidades interpessoais. Um dos principais procedimentos de enfermagem no Centro Cirúrgico (CC) é a instrumentação cirúrgica (TURRINI et al, 2012).

Nesse sentido, para que se possa compreender o papel do Enfermeiro no Centro Cirúrgico, esse deve ser notado desde sua formação que inicia-se no período de graduação. Torna-se relevante o curso que apresenta carga horária teórica e prática, a fim de possibilitar aos graduandos a experiência de atividades essenciais como técnica asséptica, paramentação cirúrgica, instrumentação cirúrgica, entre outras. Assim, permite despertar no graduando a importância da atuação na área de Centro Cirúrgico (FREITAS et al, 2011).

Assim, as escolas de enfermagem buscam o aperfeiçoamento do processo de ensino para atender a demanda dessas necessidades dos estudantes, bem como a continuidade da construção e o aperfeiçoamento de seus conhecimentos em instrumentação cirúrgica para a sua formação profissional. Dessa forma, os alunos devem estar preparados para realizar os diversos procedimentos que é atribuído ao enfermeiro no Centro Cirúrgico (CC), de acordo com os conhecimentos que são adquiridos nas práticas realizadas no laboratório durante sua grade curricular (MARCIEL, 2012).

O planejamento do ensino para a mobilização e a construção do conhecimento específico para a formação profissional deve ser realizado considerando as dificuldades que cada aluno tem acerca desses procedimentos, objetivando verificar quais os conhecimentos que cada um desses tem antes de cursar a disciplina de cirúrgica e após, visando retirar dúvidas de acordo com as estratégias pedagógicas de ensino (DESSOTTE et al, 2015).

Diante desse contexto faz-se o seguinte questionamento: Qual o conhecimento dos alunos de graduação em enfermagem frente à instrumentação cirúrgica?

Justifica-se o presente estudo pelo interesse dos pesquisadores em compreenderem como os alunos se saíram depois das aulas complementares com o monitor da disciplina de Cirúrgica II até interesses científicos nas práticas dos estágios, buscando entender qual melhor a forma que os alunos veem essa disciplina antes e após estudarem e conhecerem a prática curriculares.

Acredita-se que o presente projeto verificará que o conhecimento dos alunos após a instrumentação cirúrgica é satisfatório, tendo em vista a oportunidade de realizarem aulas práticas e estágios para complementação e aperfeiçoamento dos alunos frente a instrumentação.

Objetivou-se de maneira geral analisar o conhecimento dos alunos de graduação em enfermagem frente à instrumentação cirúrgica antes e após estudarem e conhecerem na prática. E como específicos caracterizar os dados sociodemográficos dos entrevistados; identificar o conhecimento dos alunos de graduação em enfermagem antes da prática de instrumentação cirúrgica; identificar o conhecimento dos alunos de graduação em enfermagem após à prática de instrumentação cirúrgica; verificar as dificuldades enfrentadas frente à instrumentação cirúrgica após à prática vivenciada nos estágios.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, com caráter descritivo e abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa está sendo desenvolvida na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, localizada no Bairro Alto de São Manoel. A escolha pelo local da pesquisa foi a partir da vivência como monitora da disciplina de Enfermagem em Cirúrgica II, onde temos a oportunidade de auxiliar as aulas práticas e bem como, praticar em campo de estágios.

A população da pesquisa será com alunos do 6º e 7º período de enfermagem sobre o aprendizado na disciplina de Enfermagem em cirúrgica II. A amostra foi composta por 20 alunos da instituição. Foram entrevistados 10 (dez) alunos do 6º período e 10 (dez) alunos do 7º período, no período letivo 2015.2 da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE. A amostra foi escolhida de maneira aleatória simples. Os critérios de inclusão foram: Alunos regularmente matriculados no 6º ou 7º período da Instituição; tenham disponibilidade; concordem em participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão.

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi o questionário com perguntas abertas e fechadas. O questionário compreendeu perguntas relacionadas a caracterização da amostra e dados relacionados ao tema em questão, como: qual era o conhecimento do discente frente à instrumentação cirúrgica antes e após das aulas práticas de instrumentação cirúrgica; qual era a maior dificuldade para realizar as práticas disciplina cirúrgica II no laboratório; se o aluno teve alguma dificuldade durante os estágios no centro cirúrgico; como o discente

enfrentou essas dificuldades; se ele tem afinidade com a disciplina de Cirúrgica II e se durante os estágios, ele teve oportunidade de instrumentar uma cirurgia.

Após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, os alunos do 6º e 7º período da Faculdade Nova Esperança de Mossoró - FACENE foram abordados aleatoriamente e convidados para participar da pesquisa de forma voluntária, após aceitarem a participação foram encaminhados para um local calmo e livre de ruídos dentro da instituição para assinatura do TCLE e aplicação do questionário. O período de coleta de dados foi realizado entre os meses de novembro a dezembro de 2015.

Na etapa qualitativa, os dados estão sendo analisados por meio da abordagem metodológica do tipo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os dados quantitativos estão sendo tabulados no programa EXCEL 2013, exibidos por porcentagens e médias, sendo apresentados através de gráficos e tabelas, discutidos posteriormente na literatura pertinente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa/PB, através da Plataforma Brasil com o parecer de número 1.287.342, protocolo 165/2015 e CAAE: 49929815.9.0000.5179. Como todo o projeto de pesquisa desenvolvida em seres humanos, realizado em todo território Brasileiro, deve atender às exigências éticas e científicas fundamentais que deverá ser redigido e guiado na forma estabelecida pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, incluindo esse projeto.

Também foi embasado pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pois a mesma aprova os profissionais de enfermagem em seu código de ética para fazerem pesquisa com seres humanos e os orientar quanto ao seu comportamento no seu campo de pesquisa e respeitar todas as formas éticas na sua legalidade.

O referido estudo apresentou apenas riscos mínimos ao participante, ligados a constrangimento em responder aos questionamentos de qualquer natureza. Mas os benefícios, como proporcionar o conhecimento científico para a área de enfermagem e para a academia de forma geral superaram esses riscos. Para minimizar a possibilidade de risco, os pesquisadores esclareceram todas as dúvidas sobre a pesquisa, informando que haverá anonimato dos depoentes e que poderão desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano.

Todas as despesas destinadas à realização desta pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores participantes, dentre outros gastos que vierem a surgir no decorrer desta pesquisa. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, oferece importantes

contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa, como total uso do acervo bibliográfico, orientador e bibliotecária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este projeto encontra-se em fase de análise e discussão dos dados, dessa maneira, a coleta dos dados foi concluída para que os dados começassem a ser analisados. O presente artigo trará como resultados parciais a caracterização da amostra, que é a primeira fase da análise e discussão dos dados da etapa quantitativa. O restante da análise será realizado no decorrer do semestre letivo de 2016.1, como corresponde o cronograma do projeto.

Participaram da pesquisa 20 discentes do curso de graduação de enfermagem com idade média de 30 anos, sendo representado por 70% dos pesquisados. A caracterização da amostra está descrita na tabela 1. Observou-se que a maior parte da amostra (70%) era do sexo feminino. Souza et al (2014) traz que nas escolas de enfermagem esse fato é observado no Brasil desde o início do século XX, na qual a maior parte das enfermeiras sempre foram mulheres.

Em relação a atividade ocupacional dos acadêmicos, foi verificado que a maior parte deles são estudantes da instituição (70%). Ainda traz que alguns discentes também exerciam atividades como auxiliar de consultório dentário, técnico de enfermagem, técnico de laboratório e biólogo. Para estudar em escolas de graduação em enfermagem no turno noturno, muitos alunos, dispostos ao aperfeiçoamento, obrigam-se a procurar serviços que lhes proporcionem trabalhar no período diurno para que seja possível estudar durante o dia, como a situação identificada neste estudo (FONTANA; BRIGO, 2011).

Em relação ao período que os alunos estão cursando, 50% está no 6º período e 50% está no 7º. O resultado justifica-se pois a amostra foi de 20 alunos, na qual enquadraram-se metade da amostra para um período e metade para o outro, de maneira aleatória. Sobre a aprovação na disciplina de Cirúrgica II, metade dos alunos (50%) foram aprovados e a outra não. Esse fato é alegado pois 50% dos acadêmicos ainda estão cursando a disciplina, ou seja, ainda não foram aprovados ou reprovados, e a outra metade já cursou, significando que todos os participantes da pesquisa que cursaram a disciplina foram aprovados ao término desta.

Tabela 1: Caracterização social acerca da idade, sexo, atividade ocupacional, período que está cursando no momento e aprovação na disciplina de Cirúrgica II, dos discentes que estudam na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, 2016.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
20 – 30	14	70%
31 – 40	4	20%
41 – 50	2	10%
Sexo		
Feminino	17	85%
Masculino	3	15%
Atividade ocupacional		
Estudante	14	70%
Auxiliar de consultório dentário	1	5%
Técnico de enfermagem	1	5%
Técnico de laboratório	1	5%
Biólogo	1	5%
Sem resposta	2	10%
Período que está no momento		
6º período	10	50%
7 período	10	50%
Aprovados na disciplina de cirúrgica II		
Sim	10	50%
Não	10	50%

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o conhecimento dos alunos em instrumentação cirúrgica é de grande relevância para contribuir com a melhora das metodologias utilizadas nas práticas da disciplina de Cirúrgica II. Ao término desse projeto de pesquisa, espera-se desenvolver uma análise sistemática do entendimento dos alunos de graduação em enfermagem frente à instrumentação cirúrgica, antes e após estudarem e conhecerem na prática da disciplina, visando compreender o melhor do ponto de vista dos discentes sobre a utilização correta da instrumentação cirúrgica, já que este é um procedimento fundamental para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Jacqueline Aparecida Rios et al. Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 81-95, 2015.

DESSOTTE, Carina Aparecida Marosti. Estratégias de ensino em enfermagem perioperatória: uma avaliação discente. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 189-196, 2015.

FONTANA, Rosane Teresinha; BRIGO, Lariane. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha. **Rev Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 128-133, 2011.

FREITAS, Natiellen Quatrin et al. O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem. **Rev. Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, 2011.

GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes et al. A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 54-63, 2013.

MACIEL, Marcell Alcoforado. **Lavagem pré-cirúrgica das mãos: uma revisão de literatura**. 2012. 53f. Monografia (Monografia em Medicina) - Universidade Federal da Bahia. Bahia. 2012.

SOUZA, Leonardo Lemos de et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Rev Ciências & Cognição**, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa et al. Ensino de enfermagem em centro cirúrgico: transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP (Brasil). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, 2012.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa. **Ensino de enfermagem em centro cirúrgico nos cursos de bacharelado em enfermagem do Brasil**. 2012. 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012.

IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO TRATAMENTO DE FERIDAS

Ângela Saionaria da Silva⁴⁷

Isabela Goés dos Santos Soares⁴⁸

Shayanne Moura Fernandes de Araújo⁴⁹

Giselle dos Santos Costa Oliveira⁵⁰

RESUMO

A responsabilidade do tratamento e prevenção de feridas é da equipe de enfermagem, bem como, a efetivação da avaliação da ferida e a prescrição da terapêutica mais apropriada. Dessa forma, o profissional de enfermagem tem um papel essencial no que se refere ao cuidado integral do paciente, como também exerce um trabalho de grande importância no tratamento da lesão. Objetivou-se com esse estudo analisar a literatura acerca da importância da atuação da equipe de enfermagem na assistência frente ao tratamento de feridas. O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, a partir do ano de 2008. Os descritores foram utilizados de maneira isolada. Período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de março de 2016. De acordo com a pesquisa realizada os dados mostram que é de fundamental importância a atuação da equipe de enfermagem, frente ao tratamento de feridas, diminuindo o número de complicações futuras para o paciente. A atuação da equipe de enfermagem consiste na avaliação e tratamento do paciente, trazendo humanização durante o atendimento e bem estar para o paciente. Portanto, os profissionais devem estar sempre atentos a todas as formas de assistência, tratamento e prevenção que podem ser ofertadas aos pacientes com feridas, diminuindo assim o número de sequelas e complicações que podem acarretar para os paciente e conseqüentemente, proporcionando melhor qualidade de vida.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem. Cicatrização. Ferimentos e Lesões.

INTRODUÇÃO

⁴⁷Graduanda em enfermagem do 8º da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE. Endereço: Nono Rosado, n. 51, Bairro Alto de São Manoel, Mossoró, Rio Grande do Norte. Telefone para contato: (84) 9 9968-2340. E-mail: angelasayonaria@hotmail.com

⁴⁸Graduanda de enfermagem do 8º período da FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. E-mail: isabelagoes@hotmail.com

⁴⁹Graduanda de enfermagem do 8º período da FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. E-mail: moura.anne@hotmail.com

⁵⁰Enfermeira mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade. Atua como docente na FACENE. E-mail: gisellesantos@facenemossoro.com.br

A pele é um tecido que reveste o corpo, necessário a vida, importante para que haja um bom funcionamento do organismo, realizando funções indispensáveis como defender ações externas, manutenção da temperatura corporal, além de atividades sensoriais, metabólicas e excretoras. Sendo conceituada como o maior órgão do corpo humano e esta exposta a sofrer qualquer forma de agressão que poderá lesar o desempenho do corpo (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010).

Dessa forma, a ferida que acontece a partir de uma descontinuidade da pele, de maior ou menor proporção, causada particularmente por traumas ou decorrente de uma patologia clínica. Sendo classificado como uma complicação de saúde pública devido ao choque psicológico, social e econômico para o indivíduo, pois, essa doença acomete qualquer pessoa independente de sexo, classe social ou idade (LEITE et al, 2012).

A ferida surge por diversos fatores, desde uma incisão cirúrgica até uma lesão acidental por corte ou trauma, por isso o controle das características da ferida é necessário para ajudar na escolha do revestimento, qualquer que seja o padrão usado ela deverá ser feita com regularidade estando de acordo com o tipo de ferida (FERIDAS, 2011).

O local mais adequado para a realização da prevenção e tratamento da ferida deve ser em um lugar que seja composto por uma equipe interdisciplinar e preparada para esta função como, por exemplo, em clínicas, unidades básicas e consultório (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

Nesse sentido, é importante a atuação da equipe de enfermagem com relação aos indivíduos com feridas, e deve-se esperar da equipe de enfermagem muito mais do que um simples curativo, pois para realizar o procedimento requer conhecimento por parte dos profissionais acerca da composição da pele, da cicatrização e dos tratamentos existentes no mercado farmacológico (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

O enfermeiro começa obter conhecimento sobre a doença e cuidar de paciente com feridas durante seu curso de graduação, principalmente para viabilização e para a realização do cuidado tanto para a prevenção como terapêutica dessa patologia. Dessa forma, a equipe de enfermagem torna-se indispensável na assistência, já que é responsável junto a outros profissionais em traçar um plano de cuidados para esses pacientes (FERREIRA et al, 2013).

Diante desse contexto faz-se o seguinte questionamento: Qual a importância da atuação da equipe de enfermagem frente ao tratamento de feridas?

O interesse em realizar o presente artigo emergiu a partir das práticas em estágios curriculares que ocorrem na instituição, verificando que é de suma importância a participação da equipe de enfermagem no tratamento de feridas. Assim, faz-se necessário a equipe de

enfermagem ter conhecimento necessário para possibilitar um atendimento de qualidade, lembrando ainda que o enfermeiro não é o único profissional que realiza cuidados ao paciente portador de feridas, mas, toda a equipe de enfermagem que atua no setor (ROCHA; CARNEIRO; SOUSA, 2014).

Objetivou-se com esse estudo verificar a importância da atuação da equipe de enfermagem frente ao tratamento de feridas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, que consiste em um método que reúne os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre uma mesma temática, objetivando sintetizar e analisar os dados, a fim de desenvolver uma explicação mais abrangente de um determinado fenômeno e fornecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Esse tipo de revisão não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações e a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores (LEITE, 2015).

Para construção desse artigo optou-se por artigos de periódicos da saúde pública, já que essa vertente representa uma bibliografia valorizada e de mais fácil acesso. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*. Os descritores em ciências da saúde elencados para a captura dos artigos nas diferentes bases de dados foram “Cuidados de Enfermagem”, “Cicatrização”, “Ferimentos e Lesões”.

Os descritores foram utilizados de maneira isolada. Período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de fevereiro de 2016.

Os critérios de inclusão foram: os artigos encontrados nas bases de pesquisa deverão apresentar referencial teórico acerca da importância da equipe de enfermagem na cicatrização de feridas, os artigos serem a partir de 2008, os artigos estivessem em português e apresentar o texto completo em PDF. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão.

Desta forma, foram capturados 30 artigos para compor, no primeiro momento, a leitura dos resumos. Após leitura e análise criteriosa foram selecionados 21 artigos para que os pesquisadores pudessem realizar a leitura na íntegra do material. Posteriormente a essa fase,

foram utilizados no presente no estudo um total de 18 artigos. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas de acordo com os critérios de inclusão e deram origem aos resultados e discussão a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento das feridas está presente desde 3000 anos a.C. e vem evoluindo desde então, onde as feridas hemorrágicas tinha como terapêutica a cauterização; o uso de torniquete é descrito em 400 a.C.; a sutura é documentada desde o terceiro século a.C. Medievais integravam a plantas medicinais, teia de aranha, ovo, cauterização com óleo quente, juntamente ao auxílio das orações, já que o corpo humano era considerado santificado, lugar de morada do espírito ou das forças diabólicas (MESQUITA, 2013).

Acredita-se que na pré-história eram utilizados sobre a pele ervas e cataplasma em cima do local que estava inflamado, doloroso e com dificuldade de cicatrizar, com a intensão de conter hemorragia e favorecer o processo de cicatrização (MESQUITA, 2013).

Com o decorrer da história e o aperfeiçoamento da medicina, o tratamento de feridas passaram a serem utilizados os seguintes materiais para a realização dos curativos: graxos, mel, fios de linho para sutura, carne seca, gordura, vinho e óleo fervente, em busca de facilitar a cicatrização da ferida (SILVA, 2012).

Com isso começaram a surgir no final da década de 1950, as primeiras pesquisas sobre cicatrização de feridas em ambiente úmido, despertando o interesse da sociedade científica. No Brasil, só começaram a existir as primeiras pesquisas com curativos úmidos na década de 1990, no final desta década, ingressaram no comércio nacional os produtos exclusivos para esta finalidade (MESQUITA, 2013).

Com o passar dos anos e os avanços da medicina houve uma mudança na forma de curar as feridas, e isso se deu a partir do ano de 1962 quando George Winter divulgou o seu trabalho sobre o efeito da humanidade no processo de revestimento da ferida. Nos dias de hoje, existe diversos tratamentos desde os medicamentos por via oral até os aplicados diretamente no local lesionado por meio de curativos e a equipe de enfermagem começou a ser inserida nessa prática terapêutica (SILVA, 2012).

A pele é um tecido que reveste o corpo, necessário a vida, importante para que haja um bom funcionamento do organismo, realizando funções indispensáveis como, defender ações externas, manutenção da temperatura corporal, além de atividades sensoriais, metabólicas e excretoras. Sendo conceituada como o maior órgão do corpo humano e esta

exposta a sofrer qualquer forma de agressão que poderá lesar o desempenho do corpo (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010).

A ferida é uma descontinuidade da pele, de maior ou menor proporção, causada particularmente por traumas ou decorrente de uma patologia clínica. Sendo classificado como uma complicação de saúde pública devido ao choque psicológico, social e econômico para o indivíduo, pois, essa doença acomete qualquer pessoa independente de sexo, classe social ou idade (LEITE et al, 2012).

As feridas podem ser classificadas em: cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas. As cirúrgicas são causadas propositalmente por meio de uma incisão, no qual ocorre a retirada de uma parte do tecido. Já no caso das feridas ulcerativas elas são feridas profundas, situada na pele, composta por necrose de tecido decorrente de traumas ou doenças associadas a corrente sanguíneas ineficaz. A ulcera esta classificada em ulcera por pressão, por estresse, venosa e arterial, diabetes e neurológica (MESQUITA, 2013).

A cicatrização de uma ferida é caracterizada como um procedimento fisiológico através do qual o corpo recupera e repõe as funções da pele lesionada, abrangendo uma serie de acontecimentos complexos que estão conectados e dependentes uns dos outros. Na verdade, todos organismos da pele têm condições de auto cicatrizar (SILVA, 2012).O processo de cicatrização acontece em 3 fases, tais como: inflamatória, proli-ferativa e de maturação ou remodelação (FERIDAS, 2011).

A fase inflamatória começa desde o momento em que ocorre o ferimento, durando de 3 a 4 dias. A Fase proliferação é iniciada depois que acontece a resposta inflamatória inicial, e é composto pelosos seguintes estágios: granulação, epitelização e contração. A granulação é a surgimento de um tecido novo, constituído de novos capilares, da proliferação e da migração dos fibroblastos encarregado pela produção de colágeno. Em decorrência da formação de colágeno, sucede um aumento da energia da lesão, conceituado força de tração, especificando-se como a capacidade de a lesão combater as forças externas e não se abrir (PROJETO..., 2009).

A epitelização inicia no processo de reparo, que é a reconstrução do tecido de granulação, nome concedido em virtude de suas características granulares devido o surgimento de novos capilares neoformados fundamentais ao processo de reparo (MENDONÇA; COUTINHO-NETTO, 2009).

A Fase de maturação o remodelamento da lesão inicia-se ao longo da terceira semana e definisse-se por um aumento da força sem aumento do volume de colágeno. A maturação do colágeno tem começo na produção do tecido de granulação e preservada por meses depois da

epitelização. É nessa fase que acontece uma tentativa de reabilitação da composição tecidual e modificação dos recursos da matriz extracelular. (TOSCANO et al., 2004 apud ARAÚJO, 2010).

A cicatrização da ferida acontece a partir do tipo de curativo que se é utilizado na ferida, ou seja, depende da cobertura que se é aplicada. Segundo Geovanini (2014), o tipo de cobertura a ser indicada vai depender da particularização do curativo que muda de acordo com localização, dimensões, períodos de cicatrização, propriedades do tecido e natureza da ferida.

Dentre as especificações das coberturas pode-se citar algumas, tais como: a cobertura composta por colágeno agindo como quimiotaxia para subsídios celulares atuando no processo de cicatrização (como os granulócitos, macrófagos e fibroblastos), permitindo a maturação da ferida por fornecerem um suporte para uma transição mais breve à fabricação de colágeno maduro e a seu alinhamento (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

A responsabilidade do tratamento e prevenção de feridas é da equipe de enfermagem, bem como, a efetivação da avaliação da ferida e a prescrição da terapêutica mais apropriada, além da realização de orientação e supervisão da equipe de enfermagem na realização dos curativos (BORDIGNON, 2012).

Desta forma, o enfermeiro possui um papel importante na tomada de decisões clínicas dos serviços, por permitir a coleta de dados do paciente. No entanto, é preciso que os profissionais que atuam na realização do processo de prevenção e tratamento de feridas estejam capacitados a identificarem as necessidades nos momentos decisivos de atendimento em saúde, para não comprometer o cuidado que se pretende prestar (GEOVANINI, 2014).

Portanto, percebe-se que o profissional de enfermagem tem um papel essencial no que se refere ao cuidado integral do paciente, como também exerce um trabalho de extrema importância no tratamento da lesão, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da ferida, orienta e realiza o curativo, bem como possui grande controle desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares direcionadas para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

A avaliação da ferida deve acontecer por meio da coleta de dados do paciente, pois, ira nos possibilitar conhecimento acerca do processo da doença, a medicação e a história familiar do paciente, que são favoráveis para entendermos a etiologia da ferida. Portanto, faz-se necessária realização de exame físico da cabeça aos pés para avaliar todas as áreas cutâneas, pontos de pressão, cicatrizes antigas, indicações de cirurgias antigas e a presença de úlceras

vasculares ou de pressão. O aspecto da pele, unhas e pelos nas extremidades devem ser registrados. A avaliação da cor da pele, temperatura, replecionamento capilar, pulsos e edema são informações fundamentais para um bom exame físico (MIRANDA; MARINHO; MAGALHÃES, 2008).

Diante disso, o enfermeiro é o profissional habilitado para realizar os curativos de média e alta complexidade em pacientes críticos. No entanto, é necessária a criação de um mecanismo que permita o trabalho transdisciplinar para que, o profissional de enfermagem realize uma melhor intervenção (ZIMMERMANN, 2009).

Outra questão que deve ser levado em consideração é realização de protocolos institucionais para a orientação da equipe de enfermagem, pois eles irão proporcionar uma maior segurança aos pacientes e profissionais, fazendo com que ocorra uma diminuição da versatilidade de ações de cuidado, melhorando a qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilitando, assim, a inclusão de novas tecnologias, aperfeiçoamento do cuidado, uso mais coerente de materiais disponíveis e maior clareza e controle dos gastos. Ainda como vantagens, os protocolos promovem o desenvolvimento de indicadores de procedimentos e de resultados, a transmissão de conhecimento, o entendimento entre profissionais e a coordenação do cuidado (COREN, 2015).

Portanto, de acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009 é de competência de o Enfermeiro capacitado prescrever cobertura/curativos, compete ao Técnico e Auxiliar de Enfermagem a efetivação do curativo, usando as coberturas prescritas pelo Enfermeiro, sob sua supervisão e orientação do mesmo (COREN, 2015).

É observado nas literaturas que alguns Enfermeiros não realizam a prática de acordo com a resolução supracitada, no entanto, eles reconhecem a importância da evolução do tratamento. Entretanto, só a realizam em caso de intercorrências com o paciente ou sua ferida. Isso acaba por interferir na continuidade da assistência e, também, diminui a qualidade da mesma (COSTA et al, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da atuação do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem é acima de tudo a oportunidade destes em tornar o fazer técnico em fazer científico, e mais que isso, em humano, visto que a aplicabilidade desse processo além de ser ação única e exclusiva do enfermeiro, proporcionando sua autonomia, e promove uma maior aproximação do enfermeiro ao paciente, visando uma assistência humanizada.

No entanto para que isso ocorra faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre as feridas e como proceder na sua avaliação e tratamento visto que, são fatores decisivos na prática profissional dos enfermeiros que atuam nos serviços de saúde, prestando cuidados a pacientes com lesões. Pois, a reabilitação do paciente com feridas depende das técnicas aplicadas pelos profissionais da enfermagem, que deve avaliar identificar, estabelecer uma conduta inerente a lesão, o cuidado do enfermeiro juntamente com o paciente e de grande importância incentivar o mesmo no convívio social, através do cuidado humanizado.

Por este motivo é de suma importância a capacitação dos profissionais de enfermagem com treinamentos específicos no acompanhamento de pacientes com lesões, criando e implementando protocolos de atendimento, condutas e práticas terapêuticas eficazes direcionado ao cuidado aos clientes e familiares porque no âmbito domiciliar as famílias são os responsáveis e provedores da assistência contínua.

Portanto, os profissionais devem estar sempre atentos a todas as formas de assistência, tratamento e prevenção que podem ser ofertadas aos pacientes com feridas, diminuindo assim o número de sequelas e complicações que podem acarretar para os paciente e conseqüentemente, proporcionando melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Adjanna Karla Leite. **Aspectos morfológicos do processo de cicatrização induzido por Ouratea SP**. 2010. 60 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.uece.br/ppgcv/dmdocuments/adjana_araujo.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2015.

BORDIGNON, Juliana Silveira et al. A Relevância do Enfermeiro no cuidado ao portador de feridas: relato de experiência. In: JORNADA INTERNACIONAL INTERNACIONAL UNIFRA, 2, 2012. **Anais...** Santa Maria - RS, 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/3727.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

CARNEIRO, Cristiane Mendes; SOUSA, Franliane Barbosa de; GAMA, Fernanda Nunes. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada, Minas Gerais**, v. 3, n. 2, p.494-505, 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CAVALCANTE, Bruna Luana de Lima; LIMA, Uirassú Tupinambá Silva de. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento

de feridas. **J Nurs Health**. Pelotas, v, 1, n.2 p. 94-103, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Ciele/Downloads/3447-7631-1-PB.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN -SP. Parecer COREN-SP 002/2015 – CT. Processo nº 5334/2014. **Prescrição de coberturas para tratamento de feridas por Enfermeiro**. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer%20002-2015%20Prescri%C3%A7%C3%A3o%20coberturas-1.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015.

COSTA, Kelly da Silva et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 9-14, 2012.

FERIDAS. Araraquara, 2011. Disponível em: <http://www.uniara.com.br/arquivos/file/cursos/graduacao/farmacia/guias-de-medicamentos/guia-feridas.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015.

FERREIRA, Adriano Menis et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.211-219, abr/jun; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200002&script=sci_arttex>. Acesso em: 26 nov. 2015.

GEOVANINI, Telma. **Tratamento de feridas e curativos**. São Paulo: Rideel, 2014.

LEITE, Andréa Pinto et al. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, v.33, n.3, p. 198-207, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/26.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

LEITE, Dante Moreira. **O que é revisão da literatura?** Universidade de São Paulo – USP, 2015. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>. Acesso em: 01/11/2015.

MENDONÇA, Ricardo José de; COUTINHO-NETTO, Joaquim. Aspectos celulares da cicatrização. **AnBrasDermatol**, São Paulo, v. 3, n. 84, p.62-257, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n3/v84n03a07.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015. so em: 05 dez. 2015.

MESQUITA, Rutiene Maria Giffone Rocha. **Caracterização do Tratamento de feridas complexa em um Hospital geral**. 2013. 94 f. Monografia (Especialização em ciência da saúde), Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2013. Disponível em: <http://www.bdtd.ufrr.br/tde_arquivos/6/TDE-2014-06-24T073538Z-148/Publico/RutieneMariaGiffoniRochadeMesquita.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

MIRANDA, Ana Paula Dias; MARINHO, ZayneNoletto; MAGALHÃES, Larissa Maciel. **Assistência de enfermagem na cicatrização de ferida e no processo de curativo: uma revisão bibliográfica**. Tocantins, p.3-19, 2008.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos; SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p.98-105, jan/mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011>. Acesso em: 1 dez. 2015.

PROJETO de implementação do programa de atenção ao Paciente portador de ferida na clínica de saúde. 2009. Disponível em: <http://www.fapepe.edu.br/FAPEI/instituto/arquivos/clinica-saude_projeto_feridas.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2015.

SILVA, Inês Filipa Janeiro da. **Tratamento da Dor em Feridas Crônicas**: Revisão Sistemática de literatura. 2012. 68f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7350/1/660110_Tese.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

ZIMMERMANN, Karina Cardoso Gulbis. **Assistência de enfermagem**: métodos e uso de tecnologias para o acompanhamento interdisciplinar dos curativos de média e alta complexidade. 2009. 86f. Monografia (Especialização em Conduas de Enfermagem no Paciente Crítico), Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc, Criciúma, 2009. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00003C/00003CD7....pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A TÉCNICA DA CRIOLIPÓLISE

Natanna da Conceição Viana

Celian Carlos Maia

Antoniél de Oliveira Soares

Rúbia Mara Maia Feitosa

RESUMO

A criolipólise de tem sido mostrado como um novo método de redução de gordura subcutânea, sem prejuízo para tecidos adjacentes, através do congelamento intenso a temperaturas negativas. O trabalho tem como objetivo socializar um relato de experiência de duas profissionais de estética acerca da utilização da técnica da criolipólise. Trata-se de um relato de experiência realizada por uma profissional de estética que trabalha na cidade de Aracati sobre a técnica de criolipólise, no período de janeiro a maio de 2016. Durante este tempo foram atendidas 25 pessoas submetidas à técnica de criolipólise. De modo geral, ao ser realizado a Criolipólise nos pacientes, ao longo do período, observa-se que a técnica apresentou uma eficaz redução da gordura localizada. Por ser um método não invasivo, acredita-se que é a sua principal vantagem, pois não necessita submeter pacientes a riscos cirúrgicos quando comparados à lipoaspiração. Percebe-se ainda que, em virtude de não ser invasiva e de não necessitar do emprego de anestésicos ou qualquer outro medicamento, a Criolipólise pode ser realizada ao nível ambulatorial por qualquer profissional da área de estética e, o resultado é altamente eficaz quando comparados a outros métodos de perda de gordura localizada.

Palavras-chaves: Técnica. Gordura. Experiência

INTRODUÇÃO

Adiposidade localizada é uma disfunção estética que impera entre os tratamentos mais procurados tanto por homens quanto por mulheres nas clínicas estéticas. Em 2012 estimava-se que mais de 10 milhões de procedimentos estéticos foram realizados nos Estados Unidos. Isso representa um aumento de 250% na procura por procedimentos cosméticos e não invasivos nas duas últimas duas décadas. Nesta perspectiva, observa-se que o número de procedimentos cirúrgicos diminuíram 16% desde o ano de 2000, enquanto o número de procedimentos invasivos aumentou simultaneamente (SILVA; MERCADO, 2015).

Um destes procedimentos invasivo bastante requisitado pelas pessoas para diminuir a adiposidade localizada tem sido a criolipólise. A criolipólise trata-se de um método eficaz, aprovado pela FDA (Health Canadá e Food and Drug Administration) onde tem sido

mostrado como um novo método de redução de gordura subcutânea, sem prejuízo para tecidos adjacentes, através do congelamento intenso a temperaturas negativas (AMARAL et al., 2015).

O procedimento acontece de forma não invasiva, não se utiliza agulhas, bisturis ou cânulas. Criada em 2005 pela Zeltiq Aesthetics, a Criolipólise vem se tornando um dos recursos mais eficazes para o tratamento de gordura subcutânea localizada em vários países (BORGES; SCORZA, 2014).

Com a aplicação do frio sobre a pele, através de uma manopla fixada na máquina, entendeu-se que seria possível lesionar seletivamente os adipócitos subcutâneos, levando-os a apoptose, evitando danos à epiderme e derme sobrejacentes, proporcionando uma forma eficaz de tratar o excesso de tecido adiposo localizado subcutâneo. Estudos iniciais tiveram como fundamento casos de paniculite relatados na literatura, como paniculite picolé, paniculite equestre, pé de trincheira e outros, na qual fizeram entender que tecidos ricos em lipídios são mais suscetíveis a lesões pelo frio do que tecidos ricos em água.

De acordo com Oliveira (2013) a mídia induz uma busca pelo padrão de beleza, e essa busca faz com que os profissionais se especializem e se mantenham sempre atualizados, inovando sempre suas técnicas e tecnologia. E para que um tratamento tenha sucesso é imprescindível que o profissional tenha amplo conhecimento da etiologia, sintomas, fisiopatologia e recursos adequados para sua abordagem, sendo, portanto, de suma importância o conhecimento das estruturas corporais que serão abordados na técnica da criolipólise, como a anatomia e fisiologia da pele (epiderme e derme), hipoderme, tecido adiposo e da gordura localizada, para ser realizada uma perfeita avaliação e indicação do procedimento.

Nesse contexto, busca-se socializar um relato de experiência de uma profissional de estética acerca da utilização da técnica da criolipólise.

MÉTODOS

O estudo é resultado do relato de experiência realizada por uma profissional de estética que trabalha na cidade de Aracati. Este é um município pertencente ao Estado do Ceará. A mesma encontra-se a 165 quilômetros da capital do Estado, Fortaleza, e possui, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), 72.727 habitantes, conhecida internacionalmente pelo seu belo litoral praiano.

A mesma apresenta experiência profissional de 2 anos. Atualmente acadêmica do curso de Biomedicina da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró (FACENE/RN). O relato envolve a experiência da profissional de estética sobre a técnica de criolipólise, no período de janeiro a maio de 2016. Durante este tempo foram atendidas 25 pessoas submetidas à técnica de criolipólise.

Ressalta-se que, antes de iniciar o procedimento em todos os pacientes, foi necessário seguir etapas para condução da técnica. Primeira etapa consiste na realização da anamnese do paciente, com o objetivo de identificar aqueles que estão aptos, ou não, para a aplicação do tratamento. Nesta perspectiva, aqueles que não apresentarem nenhum tipo de doença autoimune, alergia ao frio e hérnia presente no local da aplicação estão indicados para realização dessa técnica.

Na segunda etapa, o profissional passa a identificar as maiores queixas e incômodos dos pacientes: sobre o local da aplicação, se existe os 2,5cm de camada adipócita recomendada, ou se há algum outro local que tenha uma camada maior, e que o paciente não consiga identificar.

A terceira etapa consiste em colocar o paciente em posição confortável na maca, delimita-se a área com um pincel e acopla-se a manopla. Este através de sucção puxará pele e a camada de gordura. O paciente inicialmente sentirá a sensação de queimação devido à baixa temperatura, mas que passará depois devido o efeito anestésico produzido pelo frio. Após 40 minutos de resfriamento, aplica-se uma massagem na região tratada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De modo geral, ao ser realizado a Criolipólise nos pacientes, ao longo do período, observa-se que a técnica apresentou uma eficaz redução da gordura localizada. Este resultado foi significativo em todos os pacientes. Esta realidade pode ser alcançada em virtude de, conforme Amaral; Siqueira (2015) a exposição ao frio aumenta a necessidade de produção de calor pelo corpo a fim de promover a homeotermia através da liberação de hormônios pelo hipotálamo, que induzem a utilização dos ácidos graxos livres como substratos energéticos nas mitocôndrias, promovendo o aumento o metabolismo energético.

Quando ocorre a paniculite o organismo reage causando uma resposta anti-inflamatória, ocasionando a eliminação das células lesadas, através da apoptose e fagocitose. Os resultados obtidos são bastante satisfatórios, ocorrendo uma diminuição de 10 cm a 15 cm de circunferência abdominal, em apenas um mês. Sendo o resultado final após três meses

(AMARAL; SIQUEIRA, 2015). Este foi o padrão encontrado na maioria dos pacientes atendidos.

Em relação a aceitação dos pacientes, observa-se que esta tem sido crescente e positiva perante o discurso dos pacientes. Nota-se um aumento das pessoas pela procura do procedimento, principalmente ao confirmarem, após os resultados divulgados de pessoas que realizaram a técnica, utilizando fotografias demonstrando o antes e depois da realização da técnica. Assim como, pessoas que usufruíram da técnica e recomendaram o tratamento para outras pessoas.

Os pacientes ficaram muito satisfeitos com os resultados obtidos, pois a expectativa que esperavam correspondeu tal qual. Ainda sobre a segurança do método, Borges; Scorza (2015), relata que um dos grandes diferenciais da criolipólise em relação a outros recursos terapêuticos no tratamento da gordura localizada é por apresentar efeitos adversos pequenos e, quando ocorrem, não trazem seqüelas ou complicações importantes e sua resolução ocorre em curto espaço de tempo. Tal realidade foi verificada na tratamento aos 25 pacientes que submeteram a Criolipólise, na qual, pode-se verificar que, conforme aborda Borges; Scorza (2015), melhora e potencializa 44% no resultado final, é normalmente 25-30% de perda no local. Posteriormente, os pacientes atendidos foram liberados para fazer suas atividades cotidianas normalmente, sem nenhuma contra-indicação.

O aparelho que usamos é de fundamenta importância, ele deve ter o selo de segurança do Inmetro e Anvisa, dando todo o suporte de eficiência e qualidade no atendimento. Hoje infelizmente existem o uso de muitos aparelhos ilegais, que coloca em risco tanto a saúde do paciente, quando a carreira do profissional, por estar compartilhando no mundo da pirataria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia de criolipólise, é a alternativa para pacientes que necessitam de remoção de pequena ou moderada quantidade de tecido adiposo, quer tenham indicação cirúrgica ou não.

Por ser um método não invasivo, acredita-se que é a sua principal vantagem, pois não necessita submeter pacientes a riscos cirúrgicos quando comparados à lipoaspiração. Percebe-se ainda que, em virtude de não ser invasiva e de não necessitar do emprego de anestésicos ou qualquer outro medicamento, a Criolipólise pode ser realizada ao nível ambulatorial por qualquer profissional da área de estética e, o resultado é altamente eficaz quando comparados a outros métodos de perda de gordura localizada.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E.E, SIQUEIRA, K. **Os efeitos da criolipólise na gordura localizada.** 2015.

BORGES, F.S, SCORZA, F.A. **Fundamentos de criolipólise.** Fisioterapia Ser ; 2014, 9 (4): 59-78.

SILVA, T.R.B, MERCADO, N. F. Criolipólise e sua eficácia no tratamento da gordura localizada: revisão bibliográfica. **Visão Universitária;** 2015, 3(1):129-145.

INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA MONITORIA DE ENFERMAGEM EM CIRÚRGICA II

Ruiter Savio Almeida da Silva⁵¹

Isabela Góes dos Santos Soares⁵²

Lívia Helena Morais de Freitas⁵³

Giselle dos Santos Costa Oliveira⁵⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: A enfermagem é a arte e a ciência do cuidado ao ser humano que visa à promoção, proteção e recuperação de sua saúde em todas as fases do ciclo vida, para formação se torna fundamental. A monitoria é um serviço de apoio pedagógico oferecido aos alunos interessados em aprofundar conteúdo. O curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE, tem como objetivo oportunizar desenvolvimento de habilidades técnicas vinculada à disciplina de Enfermagem Cirúrgica II. A faculdade possui o Programa de Monitoria aprovado pela RESOLUÇÃO Nº 05/2011 pela instituição, que objetiva contribuir com o processo ensino aprendizagem. **OBJETIVO:** Relatar as experiências vivenciadas durante as atividades de monitoria na disciplina de Enfermagem em Cirúrgica II em instrumentação cirúrgica. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência que apresenta um olhar qualitativo do discente, abordando as experiências vivenciadas a partir dos métodos descritivos e observacional, durante a experiência do discente na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE, no período de 21/03/2016 até a data presente. A monitoria é muito importante para formação profissional. É nesse momento que o discente como um futuro profissional tem oportunidade de desenvolver seus conhecimentos e aprendizado com outros discentes, ajudando a desenvolverem de forma pratica os seus conhecimentos em instrumentação cirúrgica. **DISCUSSÕES E RESULTADOS:** As monitorias favorecem aperfeiçoamento acadêmico, bem como as habilidades técnicas de enfermagem, afinidade, manipulação dos materiais. Com as aulas os discentes demonstram a diminuição da ansiedade, medo e a contemplação nas dúvidas. Foi possível aprimorar as aulas de cirúrgica II, auxiliando os docentes nas atividades dessas disciplinas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se testificar ainda que, é gratificante saber que juntos construímos um processo de ensino-aprendizagem, onde contribuímos para acadêmicos na formação de futuros profissionais qualificados e capazes a trabalhar com a sociedade e atender a todos os níveis.

DESCRITORES: Monitoria. Educação em Enfermagem. Aprendizagem.

⁵¹Relator/Discente do Curso de Enfermagem do 7º período da Faculdade de enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE. Endereço: Rua Padre Vicente, 860 – Centro – Limoeiro do Norte/CE CEP: 62930-000 – Telefone: (88) 997036386 – E-mail: ruiter_sas@hotmail.com

⁵²Discente do Curso de Enfermagem do 8º período da FACENE. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE.

⁵³Enfermeira Especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/RN).

⁵⁴Enfermeira Mestre em Ambiente, tecnologia e sociedade. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/RN).

INTRODUÇÃO

A enfermagem é a arte e a ciência do cuidado ao ser humano que visa à promoção, proteção e recuperação de sua saúde em todas as fases do ciclo vida. Para que isso ocorra, a formação se torna fundamental para que se ative um excelente profissional (BANDEIRA; SOUZA, 2014).

Sendo assim, a educação é um método contínuo, humanizador e histórico de ensino e aprendizagem, com base em relações dialógicas entre o educando e o educador, com o objetivo de favorecer ações intervencionistas. O processo educativo, através da compreensão crítica, possibilita a construção de uma prática transformadoras da realidade social, política e cultural (JERONYMO; LIMA; SCIO, 2014).

Segundo Haag (2008) a monitoria é um serviço de apoio pedagógico oferecido aos alunos interessados em aprofundar conteúdos, bem como sanar dificuldades em relação à matéria trabalhada em aula.

A monitoria do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE, tem como objetivo de oportunizar o desenvolvimento de habilidades técnicas vinculada à disciplina de Enfermagem Cirúrgica II, oferecida no 6º semestre da grade curricular, embora seja facultada a todos os acadêmicos do curso. A prática da monitoria no curso existe desde o 2º semestre de 2007.

A monitoria acadêmica foi institucionalizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Neste texto foram relatadas as leis e diretrizes bases que conduz o modelo educacional no país. Neste documento está estabelecido que o aluno de uma IES privada ou pública pode exercer função de monitoria, desde que a instituição conduza seleção e/ou outras avaliações adicionais que julgar pertinente (DIRETRIZES, 1996).

A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE é credenciada pelo MEC pela Portaria nº 1.745, de 24/10/2006, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Reconhecido pelo MEC pela Portaria nº 769, de 06 de abril de 2011, publicado no DOU de 07 de abril de 2011, seção 01, página 15, possui o Programa de Monitoria aprovado pela RESOLUÇÃO Nº 05/2011 pela instituição, que objetiva contribuir com o processo ensino aprendizagem. O curso de graduação em enfermagem da referida Faculdade, em seu Projeto Político Pedagógico (PPC) prevê para a disciplina Enfermagem Cirúrgica II: Instrumentação Cirúrgica uma carga horária de 50 horas de aula teórica e 50 horas de aula prática. Essa carga

horária contempla atividades no laboratório de Cirúrgica II que requer a colaboração do estudante monitor.

A monitoria é uma prática em que o aluno-monitor aumenta seu aprendizado, sua experiência e tem a chance de colocá-lo em uma rotina da vida acadêmica. O acadêmico monitor, nesse cenário, torna-se um facilitador e mediador da aprendizagem de outro acadêmico. É um agente que interage e forma vínculo com colegas e professor responsável pela disciplina (MINISTERIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Carvalho et al, (2012), ressalta que a relação de ensino entre o monitor e o acadêmico se estabelece um feedback, onde ambos são responsáveis pelo processo de aprendizagem, e o monitor contribui no sentido de instigar o crescimento crítico do acadêmico. Salienta ainda, que a monitoria pode ser considerada uma atividade de auxílio pedagógico, reforçando que o monitor favorecendo uma maior confiança na realização de procedimentos.

Os professores da referida disciplina incentivam a participação dos alunos na monitoria, já que o tempo durante as aulas é restrito e não possibilita a repetição dos procedimentos abordados tantas vezes quanto necessário. Além disso, a monitoria fornece subsídios para o acadêmico desenvolver uma prática de Enfermagem com maior segurança e precisão. É neste período do curso que muitos alunos se deparam pela primeira vez com os materiais/equipamentos utilizados para as técnicas de Enfermagem, portanto, percebe-se que existe uma preocupação em compreendê-las e praticá-las adequadamente.

De acordo FATERN, (2009) O programa institucional de monitoria objetiva integrar o discente em atividades docentes, proporcionando a consolidação de sua formação acadêmica e a melhor qualidade do processo de aprendizagem. Além disso, auxilia o professor nas atividades didáticas desenvolvidas em sala de aula e laboratório.

A monitoria, assim como outras atividades de ensino, dispõe ao aluno um desenvolvimento de habilidades teórico-práticas através do suporte que é fornecido aos alunos assistidos (VARGAS, WEIGELT, 2011).

Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas durante as atividades de monitoria de Enfermagem em Cirúrgica II acerca da instrumentação cirúrgica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que visa descrever as vivências de acadêmicos de enfermagem na atuação da monitoria. O relato de experiência possibilita explorar

aprendizados vivenciados por outrem, comparando com a própria realidade vivenciada. O que faz com que a experiência saia do papel de simples descrição, para propiciar novos debates e reflexões sobre a temática (CARVALHO et al, 2012).

O relato prescreve aos semestres letivos de: 2016.1, até a data presente que correspondem ao período de 21 de março de 2016 à 25 de junho de 2016.

O modo de seleção foi por meio de provas teóricas e práticas aplicadas aos candidatos escritos para a Monitoria de Cirúrgica II, as provas foram aplicadas pelos professores responsáveis pelas disciplinas, depois da prova ser aplicada, foi realizado o método de entrevista aos discentes e por final a divulgação dos aprovados em murais pelos os blocos da faculdade, podendo assim todos terem o acesso, foram selecionados dois monitores para desenvolver o trabalho de aprendizagem e facilitador dos discentes do 6º período.

Os monitores efetuam suas atividades em 12 horas semanais, de forma presencial em laboratório, em horários destinados para estudo e aperfeiçoamento. Foram realizadas atividades teórico práticas com acadêmicos do 6º período do curso de graduação em enfermagem, contemplando uma média de 30 acadêmicos.

O planejamento das atividades foi realizado conciliando as aulas dos acadêmicos monitores e dos demais acadêmicos, não interferindo nas atividades da grade curricular, realizados nos períodos vespertino e noturno.

Todas as atividades eram antecipadamente agendadas de acordo com o conteúdo programado da disciplina, atendendo forma individual e em grupo. As atividades teórico práticas foram realizadas em laboratório, por meio de simulações das técnicas de enfermagem, aplicado os materiais e equipamentos disponíveis. Em determinadas situações as técnicas foram desenvolvidas com os próprios colegas, instrumentação cirúrgica que simultaneamente buscava na literatura existente a base teórica das práticas.

Conforme o programa de monitoria da IES, ao monitor são atribuídas as funções de:

“Atuar unicamente em atividades de ensino, em uma única disciplina (já cursada e com bom rendimento acadêmico); trabalhar sob orientação do professor da disciplina; e cumprir os horários estabelecidos, assinando o registro de presença na Central de Atendimento, sob a supervisão da Gerência de Laboratórios”.
(FATERN, 2009)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As monitorias favorecem o aperfeiçoamento do potencial acadêmico, bem como das habilidades técnicas de enfermagem, apresentando a habilidade manual, a segurança, a ética, a capacidade de observação, conhecimento, maior afinidade com a manipulação de materiais/equipamentos, a fixação dos conteúdos estudados, do conhecimento obtido durante o ensino em sala de aula, correlativo assim, a teoria com a prática. E, desta forma permitindo que os acadêmicos fiquem mais determinados ao entrar em contato com o paciente, durante as aulas teórico práticas e estágio nas instituições de saúde como hospitais, unidades de saúde, clínicas, ambulatórios e demais serviços.

Com as aulas de monitorias práticas no laboratório, os discentes demonstraram a diminuição da ansiedade, medo e a contemplação nas dúvidas com relação ao conteúdo revisado. Realizou-se a aplicação correta das técnicas de enfermagem, proporcionando ao acadêmico uma maior segurança e qualidade na assistência prestada ao cliente.

Em estudo realizado por Hagg, et al (2008) na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), todos os pesquisados evidenciam a influência positiva da monitoria em campo de estágio, onde 47% citaram maior conhecimento, 40% melhor atuação e 13% confiança. Com as respostas, os autores reputaram que a monitoria contribui também com as questões psicológicas, pois as práticas consecutivas diminuem a ansiedade e o acadêmico consegue efetuar o que é proposto com maior segurança.

As monitorias são realizadas de duas formas: individual e em grupos. A formação de grupos é um método intrigante, logo, proporciona debates, compartilhamento de dúvidas, melhora a capacidade de raciocínio, bem como aprimora o tempo dispensado para o ensino. A técnica de formação de grupos de discussão traz benefícios para o ensino e aprendizagem, uma vez que estimula. (MOURA, MESQUITA, 2010).

As atividades foram realizadas através de simulações práticas, onde o monitor conduzia a técnica realizada pelo acadêmico e indicando aspectos positivos e mudanças indispensável para o melhor desenvolvimento da mesma. A fim de legitimar o conhecimento do acadêmico, seguia-se um roteiro a fim de nortear o estudo da fundamentação teórica da técnica desenvolvida.

Segundo Serafim et al (2007) os materiais didáticos elaborados para as monitorias são de extrema importância, pois propicia uma abordagem de qualidade, a curto prazo proporciona ao acadêmico a conceber da técnica e posteriormente a realização da mesma, o que se torna diferente do período de aula, pelo tempo reduzido e o número elevado de estudantes.

Foi possível aprimorar as aulas de cirúrgica II, auxiliando os docentes nas atividades dessas disciplinas. Os discentes consideravelmente procuraram a monitoria, pela sua grande importância e podendo desenvolvê-las em suas atividades acadêmicas e pela sua vida profissional.

Com relação aos conteúdos abordados, destaca-se: a degermação com lavagem simples das mãos e a escovação: simples para retirada da flora transitória, logo em seguida a lavagem das mãos usando a técnica de escovação (podendo ser usado clorexidina alcóolica ou PVPI degermante), para retirada parti da flora permanente e assepsia complementar (que pode ser usado o Álcool a 70% ou PVPI tópico); paramentação: vestir o capote e calçar as luvas estéreis para iniciar a montagem da Mesa de Maio para cirurgia com peças, tesouras, gases, compressas, cuba rim e redonda, fios de sutura.

Os professores da disciplina e os próprios acadêmicos tem a compreensão que, os discentes que procuram auxílio das monitorias se destacam em suas avaliações práticas, comparado com demais que não procuram as atividades de monitoria. Foi observado que os discentes se sentem mais seguros nas atividades avaliativas da disciplina e na prática durante as atividades teórico práticas e estágio.

O laboratório é um lugar que tem como objetivo de aprendizado, onde o acadêmico aparenta a realização de procedimentos, aperfeiçoando suas habilidades técnicas antes de entrar em contato com o paciente, sendo apontado um espaço de consideração e formação de conhecimento, pois os procedimentos ali realizados farão parte da sua vida profissional (CARVALHO et al, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da monitoria colabora na qualificação do ensino ofertado pela faculdade, pois viabiliza a permutação dos saberes entre os acadêmicos e monitores, explanação de dúvidas e qualificando as habilidades manuais com relação às técnicas de enfermagem em cirúrgica II, em consequência tornando o discente mais seguro no contato com o processo cirúrgico, nas aulas teórico prática e estágios (VARGAS, 2011).

Assim possibilitando ao monitor um aprimoramento no seu processo de formação tanto como profissional, quanto pessoal e pode ser um estímulo para o futuro exercício na docência, praticando um cargo de responsabilidade na academia, ao estar envolto e comprometido com os demais acadêmicos do curso de Enfermagem no método de ensino/aprendizagem, com objetivo da melhoria da qualidade de ensino. Dessa forma, é de

grande valor as experiências adquiridas nessa fase, quando o acadêmico monitor começa a valorizar mais ao reconhecimento aos estudos e à profissão escolhida. Apresenta-se a oportunidade de conquista dos conhecimentos e desenvolvimento de perícia relacionadas à prática da docência, o que serve de estímulo para o exercício futuro dessa profissão (CAVALHO,2012).

Pode-se testificar ainda que, é gratificante saber que juntos construímos um processo de ensino-aprendizagem, onde contribuimos para acadêmicos na formação de futuros profissionais qualificados e capazes a trabalhar com a sociedade e atender a todos os níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, Joseani; SOUZA, Silvia Silva de. MONITORIA NA ENFERMAGEM: BUSCANDO A EXCELÊNCIA DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM. **Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da Uffs: Anais do IV SEPE e IV Jornada de Iniciação Científica**, Chapecó, v. 4, n. 1, p.1-2, nov. 2014. Disponível em: <<http://speriodicos.uffs.edu.br/index.php/SEPE-UFFS/article/viewFile/1179935>>. Acesso em: 03 de maio de 2016.
- BATISTA MSX. Os movimentos sociais cultivando uma educação popular do campo. In: 29ª Reunião Anual da ANPED; 2006; Caxambu. Disponível em:< <http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT06-1780--Int.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2016.
- BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1. Disponível em:< http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2016.
- BRASIL. Ministério de Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001: aprova as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Ministério de Educação; 2001. Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 08 de maio de 2016.
- CARVALHO, Isaiane da Silva; NETO, Alcides Viana de Lima; SEGUNDO, Francisco das Chagas Freitas; CARVALHO, Gysella Rose Prado de; NUNES, Vilani Medeiros de Araújo. Monitoria em semiologia e semiotécnica para a enfermagem: um relato de experiência. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3212>>. Acesso em: 03 de Maio de 2016.
- FATERN. Edital nº 004/2009: Programa Institucional de Monitoria 2009.2. Natal; 2009. Disponível em:< http://www.unifieo.br/pdfs/marketing/regimento_PIM.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

HAAG, Guadalupe Scarparo; KOLLING, Vanessa; SILVA, Elisete; MELO, Silvana Cláudia Bastos; PINHEIRO, Monalisa. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n.2, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200011&lang=pt&tlng>. Acesso em: 03 de Maio de 2016.

JERONYMO, Ana Carolina de Oliveira; LIMA, Anna Karla Nascimento; SCIO, Elita. A monitoria acadêmica como elemento construtor do profissional enfermeiro: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Juiz de Fora-mg, v. 05, n. 03, p.1101-08, set. 2014. Disponível

em:<http://www.pggestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/701/pdf_1>. Acesso em: 02 maio 2016.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; MESQUITA, Lúcia de Fátima Carvalho. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn.**, v. 63, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500016>. Acesso em: 04 maio 2016.

SERAFIM, Deise; ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; CORREA, Darci Aparecida Martins; MARINO, Márcia Maria; CIACIARE, Beatriz Carvalho; CORRÊA, Juliana Landi.

Estratégias de ensino na monitoria de saúde da mulher e da criança do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n.2, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5360>>. Acesso em: 28 de abril de 2016.

Vargas JS, Weigelt LD. Bolsista do ensino de gerenciamento em enfermagem: relato de experiência. *Rev Enferm UFSM*. maio-ago 2011 . Disponível em:<

<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2430/1644>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

PROTOCOLO INDICADO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PÂNCREAS COM METÁSTASE: REVISÃO DE LITERATURA

ISMAEL PEREIRA GALVÃO⁵⁵

DANIELLI ALVES DA SILVA⁵⁶

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁵⁷

RESUMO

INTRODUÇÃO O câncer pode ser definido como uma doença crônica, multifatorial caracterizado pelo descontrole do crescimento celular. Nesse sentido, o câncer de pâncreas está relacionado com alta mortalidade devido à dificuldade do seu diagnóstico precoce e ausência de tratamento eficaz, evoluindo de forma imperceptível, assintomático, tornando sua detecção difícil na fase primária. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura acerca de um protocolo indicado no tratamento do câncer de pâncreas com metástase. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, em bases de dados on-line, como: Scielo, Lilacs, Medline e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi realizada no mês de março de 2016. Foram encontrados 38 artigos, destes foram selecionados 26 artigos para leitura do texto na íntegra e apenas 15 foram utilizados na pesquisa. Os critérios de inclusão foram: Artigos que abordassem o Câncer de Pâncreas e/ou a tratamento que aumentasse a sobrevida de pacientes com neoplasias sendo publicados no período de 2004 à 2016. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão. **RESULTADOS** A importância do protocolo no câncer de pâncreas é permitir uma sobrevida maior para os pacientes, livres de sinais e sintomas, podendo ter uma vida normal, possibilitando na maioria dos casos a própria remissão do câncer. Tendo como elementos fundamentais o alfa lipoico que é um potente antioxidante levando a uma atividade antitumoral e a naltrexona em baixas doses, promovendo um bloqueio de opiáceos estimulando o sistema imune a combater a doença auto- imune e o câncer, seu tratamento deverá ser associado com dieta de baixo carboidrato, para promover uma melhoria nos resultados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário o desenvolvimento de estudos mais avançados para realização de novas terapias no tratamento do câncer de pâncreas que demonstrem efeitos mais benéficos do que a quimioterapia, colaborando com assim, com a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes.

DESCRITORES: Neoplasias Pancreáticas. Metástase Neoplásica. Tratamento combinado.

INTRODUÇÃO

⁵⁵ Relator. Acadêmico de enfermagem do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Endereço: R. João XXIII - Cidade Açu /RN E-mail: ismaelgalvao@hotmail.com contato: (84) 99385583

⁵⁶ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

⁵⁷ Enfermeira Mestre. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN

O câncer pode ser definido como uma doença crônica, multifatorial caracterizado pelo descontrole do crescimento celular. As células dividem-se de maneira rápida e tende a ser muito agressiva determinando a formação de tumores, sendo este o acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas. Já o tumor benigno é uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e assemelham-se ao seu tecido original. Essa doença influencia nos mecanismos fisiológicos do corpo, afetando a qualidade de vida do paciente. (OLIVEIRA, 2015)

Assim, o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, provocando alterações genéticas, são determinado por 3 grupos de genes: os oncogênes, os supressores de tumores e os genes de estabilidade, esses genes contribuem para o desenvolvimento tumoral e outros genes levam a classe de mutação do sistema celular, acarretando a outros genes serem mutáveis. (SATOR, 2014)

O câncer é considerado um problema de saúde pública, com uma proporção epidêmica, devido ao alto grau de incidência e mortalidade, estimasse que em todo mundo existam cerca de 20 milhões de novos casos até 2020. O câncer de pâncreas é responsável por 200 mil óbitos por ano mundo, já no Brasil essa patologia é responsável por 4% do total de mortes. Nos Estados Unidos o câncer pancreático corresponde a quinta causa principal de morte por câncer, em 2015 levou 40.560 mil mortes. (FELIX, 2016; BRIZIO, DOMINGUES, 2015; RODRIGUES, 2012).

Dessa forma, o câncer de pâncreas está relacionado com uma alta mortalidade devido à dificuldade do seu diagnóstico precoce e ausência de tratamento eficaz, evoluindo de forma imperceptível, assintomático, tornando sua detecção impossível na fase primária, pois o pâncreas é um órgão retroperitoneal, não tendo uma inervação sensitiva para dor. (NOBESCHI, BERNARDES, FAVERO 2012)

A importância do protocolo de tratamento no câncer de pâncreas é permitir uma maior sobrevida para os pacientes com a doença, livres de sinais e sintomas, podendo ter uma vida normal, possibilitando na maioria dos casos a própria remissão do câncer.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão de literatura acerca de um protocolo indicado no tratamento do câncer de pâncreas com metástase.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Literatura, Segundo SANTOS (2012), a revisão de literatura, também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores. Sendo uma pesquisa exploratória baseada em artigos em bases como *Scielo*, *Lilacs*, *Medline* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram utilizados como descritores: “neoplasias pancreáticas”; “metástase neoplásica”, “Tratamento Combinado”. A pesquisa foi realizada no mês de março de 2016

Foram encontrados 38 artigos, destes foram selecionados 26 artigos para leitura do texto na íntegra e apenas 17 apresentaram referencial teórico sobre o tema da pesquisa.

Como critérios de inclusão foram: Artigos que abordassem o Câncer de Pâncreas e/ou a tratamento que aumentasse a sobrevida de pacientes com neoplasias em seu referencial teórico com artigos publicados no período de 2004 à 2016. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão.

DISCUSSÕES ANATOMIA E CÂNCER DE PÂNCREAS

A anatomia do pâncreas é dividido em cabeça, corpo e cauda, podendo o câncer surgir em qualquer local da glândula, os que se desenvolvem na cabeça do pâncreas, frequentemente invadem, o ductos pancreático, causando icterícia obstrutiva, favorecendo assim o diagnóstico. Em relação ao que surgem no corpo e na cauda, não provocam sintomas, progredindo até invadir estruturas nobres ou apresentar metástase para outros órgãos, tornando-se um tumor irresecável não podendo ser removido pelo procedimento cirúrgico. (TONETO, LOPES 2014)

O pâncreas é uma glândula que se localiza na parte posterior ao estômago, capaz de produzir enzimas digestivas e hormônios, se tornando uma glândula exócrina e endócrina. A parte exócrina é constituída por um tecido chamado ácinos ou escuro circundante, são os que secretam suco digestivo (suco pancreático), que encaminhar o suco por meio do ducto pancreático para a parte descendente do duodeno. O suco pancreático é responsável pela digestão das proteínas (protease, tripsina, quimiotripsina e carboxipeptidase), lipídeos (lipase pancreática) e carboidratos (amilase pancreática). (SILVA; FRANCO; PONTIERI, 2010)

A parte endócrina do pâncreas é formado pelas ilhotas de Langherans, que são dividido em 3 grupos principais celulares: delta, alfa e beta. As células deltas são secretoras

de somatostatina. As células alfa corresponde a 25 % das células, secretando o glucagon. As células betas constitui 60% da massa celular das ilhotas de Langherans, e são secretoras de insulina. A insulina e o glucagon apresentam ações antagônicas no controle da glicose no sangue, evidenciando na diminuição e aumento dos níveis glicose circulante no sangue. Desse modo, o pâncreas é definido como uma glândula exócrina e endócrina. (NOBESCHI; BERNARDES; FAVERO, 2012)

A letalidade do câncer pancreático é muito alta, é atribuído devido pelo seu início silencioso, portanto conseguindo ser feito o diagnóstico só no estado crítico. Os citoadenocarcinomas, tem um prognostico melhor que os adenocarcinomas, pois apresentam-se como uma grande massa local. Já o adenocarcinoma ductal pancreático é responsável por 90% das neoplasia pancreáticas. (NOBESCHI, BERNARDES, FAVERO 2012)

A incidência de tumores que surgem no pâncreas é classificada em regiões, tornando algumas parte mais favoráveis e outras menos favoráveis ao aparecimento do câncer, a incidência dos tumores que surgem no corpo e cauda do pâncreas é de 30 a 50%, então quando a massa incidem nesse local, as queixam são de apenas dor, no quadrante superior esquerdo, sem qualquer outro sinal específico. Nesse caso o tumor apresenta um aumento significativo promovendo uma probabilidade de metástases no corpo. Já os que surgem na cabeça do pâncreas são o mais comum sendo entorno de 50 a 70%. (RODRIGUES, 2012)

O câncer de pâncreas é o segundo tipo mais letal, devido o suprimento sanguíneo do pâncreas derivar dos ramos principais do tronco cefálico e da artéria mesentérica superior. Evidenciado pela sua evolução rápida, sendo detectado somente nos estágios mais avançados. Os tumores pancreáticos desenvolve-se mais na cabeça e corpo do pâncreas, é muito comum seu aparecimento após os 60 anos, ou seja, há um aumento na incidência com a idade. (NOBESCHI, BERNARDES, FAVERO 2012)

Além disso, está associado com intolerância à glicose, resistência insulínica, altos níveis de glicose, baixa sensibilidade a insulina, história familiar, falta de atividade física, pancreatite, tabaco e são características do diabetes e da obesidade, provocando danos nas células do pâncreas das ilhotas e aumentando o risco do desenvolvimento de câncer. Assim como, os fatores genéticos contribuem para o risco de desenvolver células cancerosas, pessoas com mutação nos genes BRCA1 e BRCA2, síndrome de Lynch, e portadores de síndromes genéticas associada com neoplasia. (BRIZIO, DOMINGUES, 2015;FELIX, 2016)

Os sintomas iniciais é dor abdominal, mal-estar generalizado, vômitos, náuseas, essa fase inicial do carcinoma do pâncreas normalmente é silencioso, quando tem presença dos sintomas específico como icterícia indolor obstrutiva, dor epigástrica (que irradia para costas

e resulta da invasão tumoral do plexo celíaco e mesentérico), perda de peso significativa (associado à anorexia e caquexia), alterações da função endócrina associado aos tumores neuroendócrinos, esteatorreia, má digestão pancreática e diabetes mellitus. (RODRIGUES, 2012)

RESULTADOS

TERAPIA INTEGRATIVA

O protocolo para o tratamento do câncer de pâncreas foi desenvolvido por Berkson que consiste em alfa lipoico, naltrexona em baixas dose e uma dieta restrita de baixo de carboidrato. O Alfa lipoico é um potente oxidante que diminui estresse oxidativo, agindo como um captador de radicais livres, que modifica a expressão genica e interfere em alguns genes que leva ao crescimento do câncer, sendo um ativador da peroxidase e outros antioxidantes poderosos, tais como vitamina E, ubiquinona, e vitamina C. O efeitos antioxidantes de alfa lipoico são particularmente benéficos em doenças, como metal pesado, envenenamento, diabetes, câncer, e doença do fígado. Além disso, restaura a função das células T e estimula a regeneração de órgãos. O ácido alfa-lipóico é um gerador potente de espécies reativas de oxigênio e obras através de vários mecanismos para reduzir a inflamação. Junto com estes benefícios, o alfa-lipóico potencialmente pode causar a apoptose das células cancerosas e diminuir o seu potencial metastático, também, mostrou que inibi eficazmente pró citocinas inflamatórias e aumento de citocinas anti-inflamatórias. Dessa forma, levando a uma atividade antitumoral. (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009; KOTULSKI [2014])

O naltrexone administrados em baixas doses é um segundo ingrediente chave na terapia dos pacientes com câncer de pâncreas. Já que promove um bloqueio dos receptores, induzindo o corpo produz grandes quantidades de opiáceos em resposta a o feedback positivo. Esse bloqueio de opiáceos estimula uma resposta imune endógeno. Os opiáceos são poderosos indutores da resposta imune do tipo Th1. Neste sentido, as baixas doses produz uma resposta imunitária indireta tendo um efeito estimulador sobre as células do sistema imunológico através de um interação indireta com os seus receptores de opiáceos, enquanto, em que as doses elevadas de naltrexona tem um efeito inibidor. Baixas doses naltrexona retarda o crescimento do neuroblastoma, portanto, tem um papel no tratamento de diversos tipos de câncer. (KUSSMANN, 2012) (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

EFEITO DA QUIMIOTERAPIA NA SOBREVIDA DE PACIENTE COM CANCER

Em 1970 a quimioterapia foi introduzida para tratamento das doenças de linfoma Não-Hodkin, Hodgkin, Teratoma testicular e para o tratamento de células cancerosas. De acordo com uma pesquisa realizada por Morgan, Ward, Barton, com objetivo de verificar ensaios clínicos para cada tipo de neoplasia, e reavaliar a contribuição da quimioterapia para sobrevida de 5 anos em paciente adultos com câncer, mostrou o impacto da quimioterapia em 22 tumores e verificou o percentual de sobrevivente com a quimioterapia no final de 5 anos (MORGAN, WARD, BARTON, 2004).

A Tabela 1 mostra o impacto da quimio na sobrevida de 5 anos em adultos australianos e a tabela 2 mostra o impacto da quimio na sobrevida de 5 anos em americanos (MORGAN, WARD, BARTON, 2004)

Tabela 1⁵⁸: Impacto da quimioterapia na sobrevida de 5 anos em adultos australianos

Malignidade	ICD-9	Número de câncer	Número absoluto	Percentuais
		em pessoas em idade de 020	de sobreviventes de 5-anos devido a	sobreviventes de 5-anos devido a
Cabeça e Pescoço	140e149, 160, 161	2486	63	2.5
Esofago	150	1003	54	4.8
Estomago	151	1904	13	0.7
Colon	153	7243	128	1.8
Reto	154	4036	218	5.4
Pancreas	157	1728	e	e
Pulmao	162	7792	118	1.5
Sarcoma dos tecidos moles	171	665	e	e
Melanoma de pele	172	7811	e	e
Mama	174	10 661	164	1.5
Utero	179 C 182	1399	e	e
Cerviz	180	867	104	12
Ovario	183	1207	105	8.7
Prostata	185	9869	e	e
Testiculo	186	529	221	41.
Bexiga	188	2802	e	E
Rim	189	2176	e	E
Cerebro	191	1116	55	4.9
Sitio primario desconhecido	195e199	3161	e	E
Linfoma não Hodgkin	200 C 202	3145	331	10.
Doença de Hodgink	201	341	122	35.
Mieloma mutiplo	203	1023	e	E
Total		72 903 ^x	1690	2.3%

Fonte: (MORGAN, WARD, BARTON, 2004)

Tabela 2 e Impacto da quimioterapia citotóxica na sobrevida de 5 anos em adultos americanos

Malignidade	ICD-9	Número de câncer	Número absoluto de	Percentuais
		em pessoas em idade de 0 a 20	sobreviventes de 5-anos devido a	sobreviventes de 5-anos devido a

⁵⁸ Tradução nossa.

Cabeça e Pescoço	140e149, 160, 161	5139	97	1.9
Esofago	150	1521	82	4.9
Estomago	151	3001	20	0.7
Colon	153	13 936	146	1.0
Reto	154	5533	189	3.4
Pancreas	157	3567	e	E
Pulmao	162	20 741	410	2.0
Sarcoma dos tecidos moles	171	858	e	E
Melanoma de pele	172	8646	e	E
Mama	174	31 133	446	1.4
Utero	179e182	4611	e	E
Cerviz	180	1825	219	12
Ovario	183	3032	269	8.9
Prostata	185	23 242	e	E
Testiculo	186	989	373	37.7
Bexiga	188	6667	e	E
Rim	189	3722	e	E
Cerebro	191	1824	68	3.7
Sitio primario desconhecido	195e199	6200	e	E
Linfoma não Hodgkin	200 C 202	6217	653	10.5
Doença de Hodgkin	201	846	341	40.3
Mieloma mutiplo	203	1721	e	E
Total		154 971	3306	2.1%

Fonte: (MORGAN, WARD, BARTON, 2004)

Dessa forma, a análise do estudo chegou à conclusão que, ao fim de cinco anos, o percentual de sobreviventes adultos submetidos ao tratamento com base na quimioterapia, na Austrália, foi de 2,3%, ou seja, de 72.903 pacientes, 1.690, apenas, encontravam-se vivos. Nos Estados Unidos da América, de 154.971 pacientes pesquisados, somente 3.306 pessoas estavam vivas ao fim de cinco anos, totalizando 2,1% do total.

O estudo mostrou que a taxa de sobrevivência com a quimioterapia para os pacientes com câncer de pâncreas é em média 4 a 5 meses, mostrando que nenhum estavam vivos em 5 anos, concluindo que a quimioterapia não tem nenhum efeito em câncer pâncreas, sarcoma, melanoma, próstata, bexiga, rins e cérebro. (MORGAN, WARD, BARTON, 2004).

Além disso, o estudo pesquisou o impacto da quimioterapia no câncer de mama, abordando parte australiana com 10.661 mil mulheres e parte com EUA com 31.133 mil mulheres, tendo um total de 41.794 mil mulheres, apenas 610 (1,44%) tiveram uma sobrevida de 5 anos. O documento descobriu que algumas pacientes não teriam escolhido a quimioterapia, se tivessem sido informadas adequadamente, mostrando que não vale a pena realizar um tratamento para um pequeno benefício. No entanto, a adição de antraciclinas e taxanos para o tratamento, influencia na melhora do câncer de mama no subgrupo tratado por um valor de 1%, com uma serie de risco de toxicidade cardíaca, neurotóxica, contribuindo para prejudicar função cognitiva em mulheres que recebeu a quimioterapia para câncer de mama. (MORGAN, WARD, BARTON, 2004)

No entanto, um estudo de caso publicado por Berkson, Rubin, Berkson, (2006) mostrou uma nova terapia para tratamento do câncer pancreático, onde esse tratamento consistia em Alfa Lipoico (ALA) intravenoso de 300 a 600mg, 2 dias na semana, consistindo da terapia antioxidante oral, baixa dose naltrexona sendo de 4,5 mg e foi colocado em uma dieta específica, onde era definido uma ingestão de baixo carboidratos sendo um regime de dieta rigoroso.

Em seu estudo de caso de um homem de 46 anos de idade com diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas com metástase no fígado, no início de outubro de 2002 foi realizado uma tomografia computadorizada para revelar a massa na junção da segunda e terceira porção do duodeno e no pâncreas representado na figura 1, foi também observado que dentro do fígado havia 3 lesões hiperdensas representando um processo neoplástico na figura 2. (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2006)

Figura 1

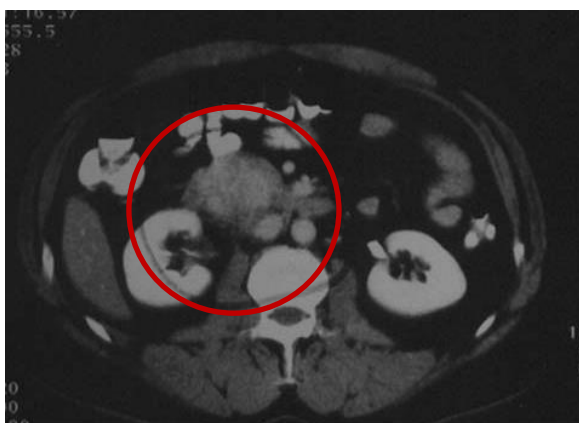


Figura 2

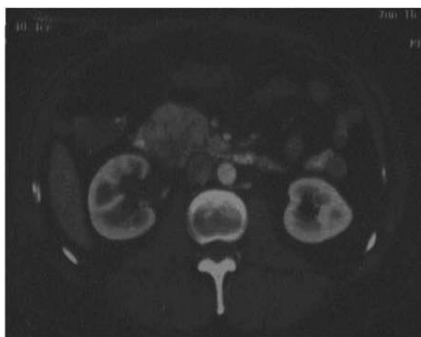


Fonte: (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2006)

Paciente antes de comparecer na consulta, já tinha realizado 21 dias de quimioterapia, mostrando uma piora do câncer. Cinquenta dias após a consulta, seu tratamento foi iniciado com a primeira administração do alfa lipoico intravenosa, e naltrexona em baixa dose e a dieta, onde o paciente evoluiu subjetivamente, melhorando energia e bem estar. Após 20 meses do seu diagnóstico e com o tratamento contínuo, a tomografia não mostrava alterações e o paciente não sentia mais sintomas da doença e ele involuntariamente abonou protocolo. 5 meses depois um exame mostrou o avanço da doença tanto nas lesões pancreática como nas metástase. O paciente retornou ao programa de tratamento e voltou a melhorar. Nesse sentido, depois de 39 meses após seu diagnóstico inicial o paciente ainda continua em tratamento foi realizado uma tomografia computadorizada de repetição para acompanhamento e apresentou

uma diminuição da lesão dos tumores mostrando uma estabilidade do quadro clínico e o paciente permanece livres de sinais e sintomas (Figura 3). (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2006)

FIGURA 3



Fonte: (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2006)

O tratamento para câncer de pâncreas é difícil, pois o paciente em fase avançada com metástase raramente sobrevive. A sobrevivência de uma paciente com essa doença após o diagnóstico é de 3 a 6 meses, geralmente não é uma opção para ressecção cirúrgica. A visão atual é que o tratamento deve concentrar-se em 3 ingredientes fundamentais: alfa lipoico, natrexona e dieta. (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

ALIMENTANDO O CÂNCER

Dr. Otto Warburg ganhou o prêmio Nobel com a descoberta em 1931 aonde abordava que as células cancerosas gostam de glicose (açúcar), explicando que uma dieta rica em açúcar combinada com câncer é comparada a jogar gasolina no fogo. Além disso, as células cancerosas tem um número muito elevado de receptor de insulina na superfície das células, proporcionando a entrada de grande quantidade de glicose dentro da célula, tendo uma necessidade metabólica maior que as células cerebrais e cardíacas, contribuindo assim para o desenvolvimento e proliferação do tumor. (ALSCHULER, GAZELLA, 2010)

Warburg foi o primeiro a descrever o câncer, como uma doença do metabolismo, diferenciando as células normais das células cancerosas, onde essas células malignas tem um aumento de absorção por glicose, que não podem ser destruídas pelo ciclo de Krebs. Através desse conhecimento conseguimos utilizar a imagem Pet-Scan, onde é injetado uma injeção no corpo do paciente contendo substância semelhante a glicose com princípio radioativo, sendo

ideal para visualizar o câncer, pois toda substancia vai para onde se localizar o câncer, conseguindo identificar o seu local. Dessa forma, esse fator levanta a ideia que o câncer pode ser desencadeado pelo um distúrbio metabólico (SCHWARTZ et al 2014)

O consumo elevado de hidrato de carbono, produtos lácteos, carne, alimentos fritos está associado com a incidência de câncer de qualquer tipo, mostrando que a dieta tem um papel muito importante no combate e prevenção do câncer (RODRIGUES, 2012)

Outra publicação por Berkson; Rubin; Berkson (2009) apresentou uma paciente de 74 anos de idade que foi diagnosticada com câncer pancreático, onde rejeitou a quimioterapia e foi dado um prognostico de vida 3 a 6 meses de vida. A paciente foi encaminhada para o médico, onde realizou o exame Pet-Scan para avaliar o foco do metabolismo da glicose no quadrante superior direito (Figura 4). (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

Figura 4



Fonte: (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

O tratamento foi iniciado com o protocolo e a paciente apresentou melhora em todos os parâmetros: sorologicamente, fisicamente, e sintomaticamente. Após 13 meses com o tratamento, a paciente foi declarada em “remissão” radiológica pela Pet-Scan (Figuras 5 e 6). (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

Figura 4

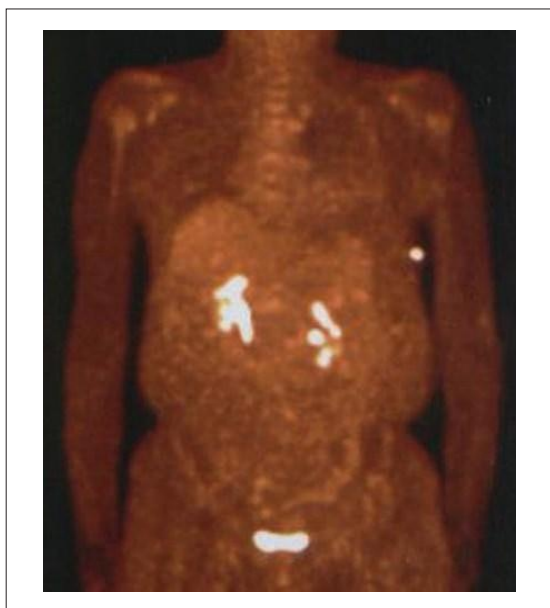


Figura 5

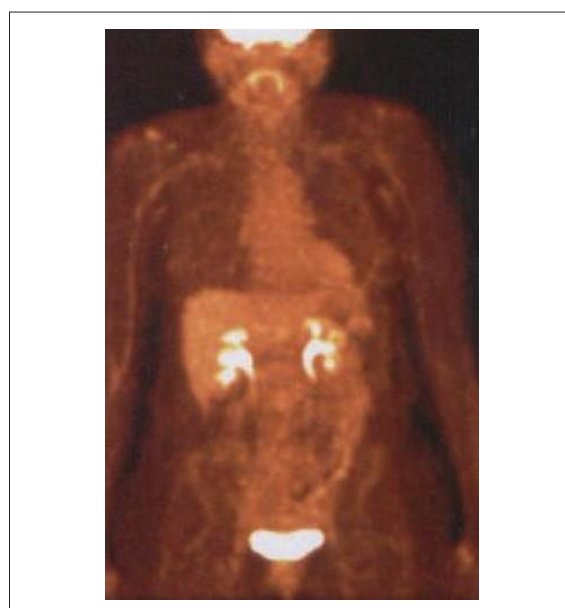


Figura 6

Fonte: (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

Nesse sentido, podemos observar que a paciente foi diagnosticada com câncer pancreático, recusou as terapias padrões, foi iniciado o protocolo proposto pelo médico e após 39 meses do diagnóstico está viva, livres de sinais e sintomas. (BERKSON, RUBIN, BERKSON, 2009)

Apesar dos mais recentes avanços de técnicas de imagem, técnicas cirúrgicas, quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), a percentagem de doentes que sobrevive pelo menos cinco anos após o diagnóstico permanece baixa sendo de cerca de 4% para todos os estádios de doença. Embora a pancreatectomia seja a única hipótese de cura, apenas 10 a 15% dos doentes apresenta doença passível de ressecção e destes apenas 20% terão uma sobrevida de 5 anos. Os restantes 85-90% apresentam critérios de irresssecabilidade, obtendo-se uma sobrevida média de apenas 7 a 9 meses, sendo inferior a 5 meses quando o tratamento é de suporte (RODRIGUES, 2012, pag 1-2)

O tratamento do câncer de pâncreas é um grande desafio para medicina. Estimativas dos Estados Unidos indicam que foram diagnosticados 44.030 novos casos dessa doença no ano de 2011 e 37.660 pessoas morreram devido a esse tumor. É a neoplasia mais letal do trato gastrointestinal, com uma taxa de sobrevida menos de que 5% nos primeiro ano. (TONETO, LOPES 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatado que as recomendações no tratamento para amenizar os danos sofridos pelo câncer de pâncreas, utilizando uma dieta em baixo carboidratos, alfa lipoico e naltrexona, Que não é obrigado a população sofrer com um tratamento que não é eficaz, pois ao diagnosticar o câncer de pâncreas, deve busca tratamento adequado para não agravar o quadro clinico. Além disso, existe a necessidade de promover uma medicina preventiva e terapêutica, abrindo os horizontes para novas terapias, que demonstram surtir mais efeito que a quimioterapia, sendo considerado, um placebo perigoso que funciona em 2,3% dos casos na população. Esse fato indica a necessidade de novos estudos e debates caminharem em direção da formulação dos princípios em questão.

A importância do protocolo é tratar o câncer como uma doença crônica, promovendo um tratamento associado com uma qualidade de vida, com intuito de prolongar a sobrevida, controlando seus sintomas, ou mesmo a própria remissão da doença. Enfim, é necessário considerar, que o tratamento para o câncer de pâncreas implica na prática de um conjunto de ações para evitar os seus avanços e agravamentos, existindo a necessidade de um maior investimento na produção do conhecimento sobre o assunto para sociedade, como também é preciso ter uma abordagem mais interdisciplinar. Tal desenvolvimento permitiria que a discussão leve em conta, além dos referenciais da pesquisa básica, da clínica e da epidemiologia, aspectos subjetivos e culturais envolvidos na construção de tratamento adequado e cuidados direcionados para os pacientes com doença.

REFERÊNCIAS

ALSCHULER, Lise N; GAZELLA, Karolyn A. **The Desinitive Guide To Cancer: An Integrative Approach To Prevention, Treatment, And Healing**. 3.d. new York: celestial arts, 2010. disponível em: <https://goo.gl/H2mKSI> acesso em: 27 março. 2016.

BERKSON, burton M; RUBIN, Daniel M; BERKSON, Arthur J. revisiting the ala/n (alfa-lipoic acid/low-dose naltrexone) prococol for people with metastatic and nonmetastatic pancreatic cancer: a report of 3 new cases. **Integrative Cancer Therapies**, v.8, n.4, p.416-422, 2009. Disponível em: <http://ict.sagepub.com/content/8/4/416.full.pdf+html> acesso em: 1 maio. 2016.

BERKSON, burton M; RUBIN, Daniel M; BERKSON, Arthur J. The long-term survival of a patient with pancreatic cancer with metastase to the liver after treatment with the intravenous alfa-lipoico acid/low dose naltrexona protocol. **Integrative Cancer Therapies**, v.5, n.1, p.83-89, 2006. Disponível em: <http://ict.sagepub.com/content/5/1/83.full.pdf+html> acesso em: 06 abril. 2016.

BRASIL. Ministerio da Saude. **ABC do cancer**: abordagens básicas para o controle do cancer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf acesso em :25 abril. 2016.

BRIZIO, Maria Laura Resen; DOMINGUES, Marlos Rodrigues. Atividade física modifica o risco do desenvolvimento do câncer de pâncreas? Revisão Narrativa. **Rev. Equilíbrio corporal saúde**, rio grande do sul, v.7, n.1, p.25-0, 2015. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/3146/2902> acesso em: 27 abril. 2016

FELIX, Tainara Francini. **MicriRNoma do carcinoma de pancreas**. 60 f. dissertação (Mestrado em Bases Gerais da cirurgia) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016.

KOTULSKI, Charles. **Alpha-Lipoic acid in the treatment of hepatocellular carcinoma**. [2014]. Disponível em: <http://www.multibriefs.com/briefs/icim/alphalipoic.pdf> Acesso em: 5 maio. 2016.

KUSSMANN, Heidi. **Low Dose Naltrexone: Role as adjunct cancer treatment**. 2012. Disponível em: <http://ihpmagazine.com/wp-content/uploads/2012/08/Kussman.pdf> Acesso em: 1 maio. 2016

MORGAN, Graeme; WARD, robyn; BARTON, Michael. The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies. **Clinical Oncology**, v.16, p.549-560, 2004. Disponível em: <https://www.burtongoldberg.com/home/burtongoldberg/contribution-of-chemotherapy-to-five-year-survival-rate-morgan.pdf> acesso em : 15 janeiro. 2016.

NOBESCHO, Leando; BERNARDES, Wilson; FAVERO, Nilze. Diagnostico e Prevenção Do Cancer de Pancreas. **Ensaio e Ciência**: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saude, v. 16, n.1, 2012

OLIVEIRA, Victor Alves de et al. Efeitos da imunonutrição no tratamento de pacientes com cancer e suas complicações. **Semina**: ciências biológicas e da saúde, londrina, v.35, n.2, p.107-116, jan/jun 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/wrevojs246/index.php/seminabio/article/view/20796/17304> acesso em: 1 abril. 2016.

OUYANG, Huaqiang et al. multimodality treatment of pancreatic cancer with liver metastase using chemotherapy, radiation therapy, and/or Chinese herbal medicine. **Pancreas**, v.40, n.1, p.120-125, 2011.

Rodrigues, Anaisa Carneiro. **Cancro do pâncreas implicações nutricionais**. 22f. monografia(graduação em [nutrição])–faculdade de ciência da nutrição e alimentação, porto, 2012. Disponível em : <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68849/2/6647.pdf> acesso em: 23 abril. 2016.

SAPAGE, Ana Rita; GOMES, Antonio Taveira. Laparoscopia do Estadiamento do Carcinoma do Pancreas. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, n.29, p.29-39, 2014.

SATOR, Ivaine Tais Sauthir. **Biologia Computacional Na Identificação Dos Reguladores Mestres Da Transcrição Em Cancer Pancreático**. 149 f. dissertação (Mestrado em bioquímica) – universidade federal do rio grande do sul, porto alegre, 2014.

SCHWARTZ, Laurent et al. Metabolic cancer treatment: intermediate results of a clinical study. **Cancer Therapy**, v.10, p.13-19, 2014. Disponível em: http://cancer-therapy.org/CT/v10/A/2.Schwartz_et_al_13-19.pdf acesso em: 25 março. 2016.

TONETO, Marcelo Garcia; LOPES, Maria Helena. Evolução historia do tratamento cirúrgico do cancer de pancreas. **Scientia medica**, v.24, n.2, p.193-201, 2014

USO DO HOMEOSTASIS MODEL ASSESSMENT (HOMA) FRENTE À AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA INSULÍNICA NA DIABETES MELLITUS

ISMAEL PEREIRA GALVÃO⁵⁹

DANIELLI ALVES DA SILVA⁶⁰

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁶¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que acomete milhares de pessoas em todo o mundo, sendo hoje considerada um problema de saúde pública com uma proporção epidêmica, comprometendo toda a população crianças, adolescentes e idosos. **OBJETIVO:** Conhecer a utilização do Homeostasis Model Assessment (HOMA) como um método para avaliar a resistência insulínica na Diabetes Mellitus **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão de Literatura, fundamentada em artigos pesquisados em bases de dados on-line, como: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), realizada no mês de março de 2016. Foram encontrados 40 artigos, destes foram selecionados 30 artigos para leitura do texto na íntegra e apenas 22 apresentaram referencial teórico sobre o tema da pesquisa. Como critérios de inclusão foram: Artigos que abordassem o Diabetes Mellitus e/ou a Estimativa-Homa em seu contexto na íntegra. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão. **RESULTADOS:** A estimativa HOMA, é um modelo matemático usado para se obter uma estimativa da sensibilidade à insulina e a função das células β de insulina em jejum. Apresentando informações sobre a sensibilidade à insulina ou a função das células β em toda a curva de dose-resposta. Também pode ser utilizado para controlar ou indicar as alterações na sensibilidade à insulina e insuficiência na célula β . Além disso, o diagnóstico precoce da doença e das alterações da tolerância à glicose é importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes. Sendo uma ferramenta clínica confiável na descrição da fisiopatologia de diabetes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** A estimativa-HOMA é importante para promover o diagnóstico precoce do diabetes, favorecendo a prevenção para os pré-diabéticos observando a correlação da glicose no sangue e a insulina.

DESCRITORES: Diabetes. Insulina. Prevenção.

⁵⁹ Relator. Graduando do 7º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. Endereço: R. João XXIII - Cidade Açu /RN E-mail: ismaelgalvao@hotmail.com contato: (84) 99385583

⁶⁰ Graduanda do 7º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁶¹ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que acomete milhares de pessoas em todo o mundo, sendo hoje considerada um problema de saúde pública com uma proporção epidêmica, comprometendo toda a população crianças, adolescentes e idosos. (ORTIZ; ZANETTI, 2001)

A incidência de Diabetes está aumentando globalmente. De acordo com a organização Mundial de saúde (OMS), em 1985 a população mundial de diabéticos foi de 30 milhões (0,6% da população mundial). Este número aumentou para 171 milhões (2,8% da população mundial) em 2000, e espera-se mais do que dobrar para 366 milhões (4,5% da população mundial) em 2030. (WILD et al, 2004)

O diabetes mellitus é uma síndrome metabólica de múltipla etiologia, caracterizada pela hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, ou a incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, promovendo uma resistência insulínica ou ambos, evidenciando um aumento da glicose no sangue. Este estudo apresenta uma mudança de paradigma na forma em que classificamos a diabetes em seus estágios clínicos da doença e sua etiologia, sendo classificados como tipo 1, que produzem insulina insuficiente, tipo 2 que são incapazes de utilizar eficazmente a insulina que produzem, e a tipo 3 exacerbada pelo fator ambiental.

Dessa forma, esta doença é classificada como crônico-degenerativas que está relacionada ao estilo de vida e aos hábitos sociais e culturais que incidem sobre os indivíduos em um longo período. Dados do Nurses Health Study mostram, em um acompanhamento de 20 anos, que mulheres com diabetes tiveram mortalidade três vezes maior do que as sem a doença. A combinação de doença coronariana prévia com a longa duração clínica do diabetes foi associada a um aumento de 30 vezes no risco de um evento coronariano fatal. (NUCCI et al, [2003])

Justifica-se o desenvolvimento do presente tema para esclarecer o que é a estimativa homa, como pode ser utilizado, orientar sobre as vantagens ao diagnostica uma pessoa utilizando homa, esclarecendo que diagnóstico já pode ser feito na maioria das clínicas medicas, mostrando que não é preciso desenvolver a doença. Orientando a procurar o tratamento adequado e se informe sobre os cuidados que deve ter ao diagnostica a patologia.

Com o aumento da industrialização, surge alguns problemas, caracterizando um prejuízo para sociedade aumento da obesidade e da resistência insulínica, a interação desses dois elementos potencializa prejuízo ao bem estar físico, evidenciando o aparecimento de

novos casos de diabetes promovendo um problema de saúde pública, em torno de toda sociedade.

Nessa perspectiva, esta pesquisa tem como objetivo conhecer a utilização do Homeostasis Model Assessment (HOMA) como um método para avaliar a resistência insulínica na Diabetes Mellitus.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Literatura. Foi uma pesquisa exploratória baseada em artigos pesquisados nas bases de dados on-line, como: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi realizada no mês de março de 2016 e foram utilizados como descritores: “Diabetes Mellitus”; “Insulina”, “Prevenção e Controle”.

Foram utilizados artigos publicados no período de 1992 à 2013. Foram encontrados 40 artigos, destes foram selecionados 30 artigos para leitura do texto na íntegra e apenas 22 apresentaram referencial teórico sobre o tema da pesquisa.

Como critérios de inclusão foram: Artigos que abordassem o Diabetes Mellitus e/ou a Estimativa-Homa em seu referencial teórico e artigos a partir de 1992, devido a escassez de publicações relacionadas ao tema. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão.

DISCUSSÕES E RESULTADOS

O Diabetes mellitus tipo 1 (DMI) é uma síndrome do metabolismo defeituoso de carboidratos, lipídios e proteínas, tornando dependente de insulina ocorre em indivíduos geneticamente susceptíveis, como consequência direta de um processo autoimune, que leva à destruição das células β das ilhotas de Langherans no pâncreas. É um processo crônico, com um período médio provável de latência de 10 anos. O pico de incidência da doença ocorre na faixa etária de 10 a 14 anos. (FERREIRA; CAMPOS, 2014)

Estudos feitos por Karjalainem et al (1992) mostrou que o diabetes não ocorre em roedores propensos a diabetes, criados numa dieta isenta de leite de vaca para os primeiros meses de vida, indicando que as proteínas do leite de vaca pode provocar a doença. Dados epidemiológicos e sorológicos em humanos também sugerem uma relação entre o leite de vaca e diabetes, desencadeada por um processo conhecido como mimetismo molecular ou homologia estrutural. Onde no processo molecular, a proteína do soro do leite que é albumina de soro bovino (BSA) foi sugerida como sendo a molécula de gatilho no desenvolvimento de

diabetes, mostrado em ratos, e as concentrações séricas de anticorpos anti-BSA são significativamente mais elevada em roedores diabéticos.

O Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a mais comum, corresponde entre 90 a 95% de todos os casos de DM e pode ser ocasionada por um defeito na produção e secreção da insulina pelo pâncreas produzindo quantidades insuficientes ou por um problema nos receptores, dificultando a sua utilização sendo caracterizado pela resistência insulínica (RI). Geralmente há uma maior pré-disposição na faixa etária acima dos 40 anos, porém nos últimos anos devido aos maus hábitos alimentares e sedentarismo, tem se visto um grande aumento no número de crianças obesas ou com sobrepeso diagnosticadas com diabetes. (FERREIRA; CAMPOS 2014)

A DM2 vem crescendo devidos vários fatores, tais como: taxa industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física levando a obesidade. O controle da doença consiste basicamente em uma dieta regrada, uso de medicamentos orais ou injetáveis e na sua grande maioria, não exige o uso de insulina. Existe um grande leque de medicamentos disponíveis, porém a problemática consiste na dificuldade do paciente em manter a adesão ao tratamento e principalmente à restrição alimentar. (ORTIZ; ZANETTI, 2001)

O Diabete tipo 3 (DM3) é considerada ambiental, sendo induzida pela exposição a frequência eletromagnética, onde essa energia é gerada dentro de casa por computadores, televisores de plasma, iluminações, frequência da energia gerada por equipamentos, telefones sem fio e roteadores sem fio, onde pode entrar no ambiente doméstico e de trabalho a partir de telefones celulares e de transmissão antenas próximas (HAVAS; STETZER, 2004)

Embora a posição da maioria das autoridades de saúde internacionais, incluindo a Organização Mundial de Saúde, é que essa forma de energia é benigna, enquanto os níveis permanecem abaixo das diretrizes, um crescente número de estudos científicos relatam efeitos biológicos e de saúde associados à poluição eletromagnética bem abaixo dessas orientações. (HAVAS; STETZER, 2004)

Um estudo publicado, por Havas (2008) mostrou que existe pessoas com sensibilidade eletromagnética. Dessa forma, utilizou um estudo do caso, com um homem de 51 anos, onde foi monitorado seus níveis de glicose no sangue e também acompanhou a eletricidade suja em sua casa usando um medidor elétrico digital, deixando o paciente fica exposto a diferentes níveis de qualidade de energia. Foi observado que a glicose se aumentava durante um período de alta exposição de eletricidade suja. Onde o paciente ficava em frente a um computador

onde os níveis de glicose resultavam com um aumento em 20mg/dl, após mover-se longe do computador por 10min, seu nível de glicose baixava 20mg/dl. Também nesse mesmo caso documentou mudanças rápida da glicose, quando ele ia para clinica medica, (um ambiente com eletricidade suja), e para seu veículo estacionado (sem eletricidade suja) onde seus níveis de açúcar no sangue baixava, e quando de volta para clinica medica. Sua glicose alterava no prazo de 20 min. Este caso mostra uma correlação positiva entre os níveis de glicose no sangue com a eletricidade suja, deixando claro que sua glicose elevada não está relacionada à comida.

Os médicos recomendam exercícios para pacientes com diabetes, no entanto, não orienta se o exercício deve ser feito em um ambiente sujo (poluição eletromagnética) ou limpo. Além disso, não realiza um diagnóstico de sensibilidade a este tipo de energia, onde pode aumenta a pressão do corpo e elevar os níveis de glicose no sangue. (HAVAS, 2006)

Dessa forma, o aumento da quantidade de glicose circulante no organismo é considerado um quadro de hiperglicemia. Manifestando vários problemas fisiológicos como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia, fadiga, visão turva e por complicações agudas que podem levar a risco de vida, como as manifestações clínicas começam de modo simples que pode evoluir rapidamente para cetoacidose diabética. (BIANCO, et al 2013)

O formigamento ou dormência das mãos é devido ao suprimento sanguíneo inadequado, devido a glicose não ser metabolizada normalmente. As infecções devido à alta taxa de glicose que afetará o sistema imunológico, onde a concentração sérica de glicose torna-se alta quando associada a algum fator de estresse como uma infecção, por exemplo, podendo levar a uma desidratação grave (coma hiperosmolar) decorrente da poliúria e a polidipsia. O alto índice de açúcar ajuda na proliferação de patógenos. Além disso, a pele seca e lesões cutâneas são decorrentes da má circulação sanguínea. (GROSS, et al 2002)

Nesse sentido, a hiperglicemia pode desenvolver aterosclerose, doenças coronárias, nefropatia diabética onde seu curso é lento e silencioso e os primeiros sinais costumam aparecer entre 10 a 15 anos após o início do estado hiperglicêmico, Entre os principais fatores de risco da progressão da doença está a presença de hipertensão arterial, Uma vez instalada e se não tratada, a doença tende a ter um curso progressivo, levando a piora da função renal, com necessidade eventual de terapia renal substitutiva. (OKOSHI, et al 2007)

Nesse sentido, a Resistência Insulínica (RI) é uma das principais causas da síndrome metabólica, fazem parte desta síndrome: o aumento dos níveis de colesterol ruim e triglicérides, elevação da pressão arterial, diabetes e aumento da obesidade abdominal. A disfunção endotelial está presente em diversas doenças metabólicas e cardiovasculares, como

na obesidade, intolerância à glicose, hiperglicemia, hipertensão arterial e dislipidemia. Em todas essas condições ocorre resistência insulínica, a qual se apresenta como um distúrbio metabólico que se manifesta pela redução na utilização da glicose pelo músculo esquelético, resistência à insulina e a própria insulina contribuindo para acelerar o dano vascular. (CARVALHO; COLAÇO; FORTES, 2005).

Nesse contexto, a Deficiência de vitamina D contribui para resistência, estando associado com a síndrome dos ovários policísticos (SOP), processo inflamatório e hiperandrogenismo, Pelo menos 50% das mulheres com SOP são obesas e a maioria, ou todas, apresenta resistência à insulina, independente da obesidade e hiperinsulinemia. (SILVA; PARDINI; KATER, 2006)

Além disso, o estresse oxidativo tem sido implicado pela RI. O aumento dos ácidos graxos livres tem papel crítico no desenvolvimento de resistência celular à insulina e hiperinsulinemia compensatória e na disfunção do miocárdio, resultando em aumento na produção de substâncias reativas de oxigênio e conseqüentemente em estresse oxidativo, levando a oxidação do LDL, levando em conta que a resistência insulínica promove a dislipidemia afetam todas as frações lipídicas. (OKOSHI et al 2007; SIMÃO, et al 2010)

Estudo feito por Gurlek; Bayraktar; Kirazli (2000) mostra que hipersulenemia aumenta o fibrinogênio pai-1 (inibidor de TPA e Urokinase) quando tem o aumento do pai-1, tem o aumento de fenômenos tromboembólico. A insulina estimula o fibrinogênio, ou seja, quem tem a insulina alta corre mais risco de ter acidente vascular cerebral tromboembólico.

A resistência à insulina com hiperinsulinemia compensatória tem sido implicada na etiologia de certos tipos de câncer, incluindo o de cólon, endométrio, possivelmente, pâncreas e câncer de célula renal e de mama. Além disso, o aumento da resistência insulínica possui uma forte correlação com o peso corporal, que está associado a hipertensão e a nefrolitíase. (WILCOX 2005)

Desse modo, RI está associada a obesidade provocando algumas doenças como a síndrome apneia obstrutiva do sono. Aumenta o processo inflamatório, hipóxia. Aumenta os níveis de cortisol: diabetes tipo 2, síndrome metabólica, aterosclerose, síndrome do ovário policísticos, esteatose hepática não alcoólica, hipogonadismo, hipertensão arterial, doença cardio vascular, dislipidemia, disfunção endotelial, estado pro-inflamatório, estado pro-trombótico, gota, Alzheimer, Acanthosis nigricans, e câncer. (SEMPLE et al, 2011; CARNEIRO et al 2007; FERREIRA; OLIVEIRA; FRANÇA, 2006)

HOMEOSTASIS MODEL ASSESSMENT (HOMA)

HOMA foi descrito pela primeira vez em 1985, é um modelo matemático usado para se obter uma estimativa da sensibilidade à insulina e a função das células β de insulina em jejum. Onde observa a relação entre a glicose e insulina no estado basal que reflete o equilíbrio entre a produção hepática de glicose e a secreção de insulina, a qual é mantida por um ciclo de feedback entre o fígado e células pancreáticas. Esse método foi chamado HOMA e dele se extrai dois índices (Homa-ir e Homa-beta) que visam mostra a RI e a função da célula beta. As equações para fornecer os índice Homa-IR= glicemia (mmol/L) x insulina (uU/ml) / 22.5 e para HOMA- beta = 20 x insulina / (Glicemia – 3.5). (WALLACE; LEVY; MATTHEWS, 2004)

Nesse contexto, pode ser utilizado em estudos fisiológicos para medir a sensibilidade à insulina e a função das células β . Combinando os dados a partir destes testes é possível apresentar informações sobre a sensibilidade à insulina ou a função das células β em toda a curva de dose-resposta. Esse modelo também pode ser utilizado para controlar ou indicar as alterações na sensibilidade a insulina e também a insuficiência na célula β . (BONORA, 2002)

O diagnóstico correto e precoce do diabetes mellitus e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes. O modelo HOMA provou ser uma ferramenta clínico confiável na descrição da patofisiologia de diabetes. (WALLACE; LEVY; MATTHEWS, 2004)

Além disso, o modelo possui duas vertentes, Homa 1 e Homa 2, sendo o Homa 1 um modelo matemático, determinado por equações, onde buscar verificar a resistência insulínica no corpo (Homa-RI) e a função das células betas (Homa-beta), é medido pelo nível de insulina em jejum no sangue. (WALLACE; LEVY; MATTHEWS, 2004). E o Homa 2 um modelo de programa atualizado de software que desempenha um modelo de cálculos matemáticos, que foi lançado em 1998, que introduziu um novo método de sensibilidade insulina (Homa- S%) seguindo os padrões normais das equações de Homa-RI e Homa-B. sendo necessário a insulina em jejum para realizar o diagnóstico (MANLEY et al 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo HOMA desde sua descoberta passou por ajustes que vêm apresentando seus resultados cada vez mais fidedignos e de mais fácil obtenção. Além disso, é um instrumento

útil para estudos populacionais, em virtude da facilidade de seu emprego e da relação significativa com as técnicas diretas de avaliação da RI.

Embora a escassez de estudos referente à determinação do modelo HOMA, são necessários maiores estudos em relação a sua eficácia e aplicação na utilização para promover um diagnóstico precoce da diabetes com sentido prevenção para os pré-diabéticos levando em conta a correlação da glicose no sangue e a insulina. Enfim, é necessário considerar que a prevenção do diabetes implica na prática de um conjunto de ações para evitar o seu aparecimento.

REFERÊNCIAS

BIANCO, Henrique Tria et al. Relevância de Lesões em Órgãos-Alvo como Preditores de Mortalidade em Pacientes com Diabetes. **Artigo original**, 2013

BLACKMAN, Carl et al. **BioInitiative Report: A Rationale for a Biologically-based Public Exposure Standard for Electromagnetic Fields (ELF and RF)**. [S.l.]: Research Associate, 2007.

BONORA, Enzo et al. Homa-Estimated Insulin Resistance Is An Independent Predictor Of Cardiovascular Disease In Type 2 Diabetic Subjects. **Diabetes Care**. v.25, n.7, 2002

CARNEIRO, Glaucia et al 2007. Interações entre síndrome da apnéia obstrutiva do sono e resistência à insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab**, são Paulo, v.51, n.7, 2007

CARVALHO, Maria Helena C. De; COLAÇO, Andre Luiz; FORTES, Zuleico Bruno. Citocinas, Disfunção Endotelial e Resistência à Insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v.50, n.2, 2006

FERRARI, Carlos Kusano Bucalen. Atualização: Fisiopatologia e Clínica da Síndrome Metabólica. **Arquivos Catarinenses De Medicina**, v.36, n.4, 2007

FERREIRA, Aparecido Pimentel; OLIVEIRA, Carlos E.R; FRANÇA, Naci Maria. Síndrome metabólica em crianças obesas e fatores de risco para doenças cardiovasculares de acordo com a resistência à insulina (HOMA-IR). **J. Pediatr**, v.83, n.1, 2007

FERREIRA, Valceir Aparecido; CAMPOS, Simone Marques Bolonheis De. Avanços farmacológicos no tratamento do diabetes tipo 2. **BRAZILIAN JOURNAL OF SURGERY AND CLINICAL RESEARCH**. v.8, n.3, p.72-78, 2014

GROSS, JORGE L ET AL. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.46, n.1, 2002

GURLEK, Alper; BAYRAKTAR, Miyase; KIRAZLI, Serafettin, Increased Plasminogen Activator Inhibitor-1 Activity In Offspring Of Type 2 Diabetic Patients. **Diabetes Care**, v.23, n.1, 2000

HAVAS, Magda. Dirty electricity and electrical hypersensitivity: five case studies. 2004

HAVAS, Magda. Dirty electricity elevates blood sugar among electrically sensitive diabetics and may explain brittle diabetes. **Electromagnetic biology and medicine**, v.27, p.135-146, 2008

HAVAS, Magda. Electromagnetic hypersensitivity: biological effects of dirty electricity with emphasis on diabetes and multiple sclerosis. **Electromagnetic biology and medicine**, v.25, p.259-268, 2006

KARJALAINEN, Jukka et al. A bovine albumin peptide as a possible trigger of insulin-dependent diabetes mellitus. **The new england journal of medicine**. 1992

MANLEY, Susan e et al. Preanalytical, Analytical, And Computational Factors Affect Homeostasis Model Assessment Estimates. **Diabetes Care**, v.31, n.9, p.1877-1883, 2008.

OKOSHI, Katashi et al. Miocardiopatia Diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.51, n.2, 2007

ORTIZ, Maria Carolina Alves; ZANETTI, Maria Lucia. Levantamento Dos Fatores De Risco Para Diabetes Mellitus Tipo 2 Em Uma Instituição De Ensino Superior. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.9, n.3, p.58-63, 2001.

SCHLEICHER, Maria Mouranilda Tavares. **Pacientes com nefrolitíase e hipertensão arterial tem maior calciúria do que aqueles com nefrolitíase ou hipertensão isoladas**. 2009. 90f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SEMPLE, Robert K et al. genetic syndromes of severe insulin resistance. 2011

SILVA, Regina Do Carmo; PARDINI, Dolores P; KATER, Claudio E .Síndrome dos ovários policísticos, síndrome metabólica, risco cardiovascular e o papel dos agentes sensibilizadores da insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.50, n.2, São Paulo 2006

SIMÃO, Andrea Name Colado. Efeito dos ácidos graxos n-3 no perfil glicêmico e lipídico, no estresse oxidativo e na capacidade antioxidante total de pacientes com síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.54, n.5, 2010

WALLACE, Tara M; LEVY, Jonathan C; MATTHEWS, David R. Use And Abuse Of Homa Modeling. **Diabetes Care**. v.27, n.6, 2004

WILCOX, Gisela. Insulin and insulin resistance. **Clin Biochem Rev**. v.26, 2005

WILD, Sarah et al. Global Prevalence of Diabetes. **Diabetes Care**, v.27, n.5, 2004

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA ABDOMINOPLASTIA¹

Clara Katiene Costa Santos Brilhante²

Giullia Valeska Aquino de Medeiros³

Palloma Holanda dos Santos³

Giselle dos Santos Costa Oliveira⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos cada vez mais as pessoas tem procurado cirurgias plásticas como alternativa de mudar em seu corpo aquilo que não lhe agrada. A abdominoplastia consiste de lipectomia abdominal baixa, associada à reparação ou “plástica” músculo-facial, com a plicatura dos músculos retos abdominais. Pode ser feita quando o paciente teve uma perda ponderal de peso ou até mesmo quando o paciente tem alguma insatisfação com o seu corpo. **OBJETIVO:** Conhecer os principais cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório da abdominoplastia. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura. Foi pesquisado em livros e em artigos científicos. Foram utilizados os artigos científicos disponibilizados em sites de publicações científicas, sendo encontrados 22 artigos que abordavam a temática desejada, porém, após leitura dos resumos foram selecionados 10 artigos e 4 livros. A pesquisa deu-se durante os meses de março a abril de 2016. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos em português na íntegra e que abordassem a temática proposta. Como critérios de exclusão: artigos em língua estrangeira, resumos e que não abordassem a temática. **RESULTADOS:** A abdominoplastia é um procedimento cirúrgico feito com o paciente sob anestesia geral. O cirurgião pode optar por diversas técnicas diferentes. O preparo do paciente antes da cirurgia irá proporcionar uma melhor recuperação. A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, pois este é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam. O pós-operatório da abdominoplastia requer muito repouso durante os primeiros 10 dias e a recuperação total demora cerca de 2 meses. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O enfermeiro tem papel primordial na prevenção de complicações no pós-cirúrgico, desde a admissão até a alta hospitalar.

DESCRITORES: Cuidados de enfermagem. Abdominoplastia. Cirurgia plástica.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais as pessoas têm procurado cirurgias plásticas como alternativa de melhorar a aparência do seu corpo. Sendo assim as cirurgias plásticas em si se transformaram em um fenômeno onde as pessoas acabam por usar com alternativa mais rápida para almejar o tão sonhado “corpo perfeito” (FREITAS; BARROS, 2010?).

A abdominoplastia por ser feita então, após cirurgias bariátricas ou não, onde há uma perda significativa de peso, ou até por outros motivos. Como alternativa a perda desse excesso de pele na região abdominal, os cirurgiões juntamente com os pacientes optam pela abdominoplastia para retirar o excesso de pele e tecido adiposo que não conseguem perder com uma reeducação alimentar ou atividades físicas (TUMA JÚNIOR et al, 2012).

As primeiras publicações a respeito de abdominoplastia datam de 1890. Na época, era chamada de lipectomia abdominal. Atualmente, é denominada abdominoplastia, que consiste de lipectomia abdominal baixa, associada à reparação ou “plástica” músculo-facial, o que se consegue com a plicatura dos músculos retos abdominais (JANETE; JANETE; BARBOSA, 2005).

O período peri operatório inicia-se desde que o paciente junto com o médico decidem fazer o procedimento, então mesmo que esse procedimento seja opcional gera ansiedade e medo. Portanto a enfermagem deve ter um processo dinâmico, fluente e complexo. Os cuidados de enfermagem devem incluir a avaliação completa e ininterrupta, estabelecer diagnósticos e resultados de enfermagem, para a partir daí ser feito um planejamento, a executar e avaliar a evolução do cliente. Sendo assim a enfermagem deve gerar resultados positivos para gerar um melhor conforto e recuperação no paciente (ROTHROCK, 2007).

A enfermagem acaba por ter uma importância fundamental durante todo o período pré, trans e pós operatório. Podendo dar apoio psicológico ao paciente, esclarecer suas dúvidas e principalmente atuar na prevenção de complicações no procedimento. Sendo assim esse estudo tem como objetivo conhecer os principais cuidados de enfermagem no pré e pós operatório da abdominoplastia.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, na qual Gil (2010) diz ser uma pesquisa que usa como fonte para consulta materiais já publicados que podem ser impressos como livros, revistas, jornais ou não como discos, cd's e materiais que são disponibilizados na internet. Portanto foram usados como fonte livros e artigos científicos que traziam a temática. Os artigos científicos utilizados foram disponibilizados em sites de publicações científicas e em livros que traziam a temática.

Foram encontrados cerca de 22 artigos, mas após a leitura foram selecionados 10 artigos científicos e 4 livros. Como critério de inclusão foram artigos e livros que disponibilizados em português que trouxesse a temática e de exclusão aqueles disponibilizados em outros idiomas que fugiam do tema a ser dissertado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A abdominoplastia é um procedimento cirúrgico feito com o paciente sob anestesia geral. O cirurgião pode optar por diversas técnicas diferentes, como com a incisão vertical, onde a marcação é feita com a pressão manual do excesso de pele abdominal no sentido vertical com o paciente em decúbito dorsal, afinal a marcação terá formato de gota (TUMA JÚNIOR et al, 2012).

A abdominoplastia reversa estendida ou também conhecida como incisão em “Y”, é outra opção que pode ser escolhida pelo cirurgião pode ser feita em conjunto com lipoaspiração e mamoplastia. A incisão compreende o sulco infra mamário até a linha axilar inferior, bilateralmente, sendo que as duas incisões se unem na linha médio esternal com uma incisão na região epigástrico (YACOURB et al, 2012).

A neo-onfaloplastia sem cicatriz também é uma das técnicas utilizadas, onde é feita uma incisão pubiana transversal baixa seguindo pela dissecação cutânea e plicatura do musculo reto abdominal, a cicatriz umbilical é parcialmente removida e refeita logo após. O musculo reto abdominal é suturado e é retirado o excesso cutâneo (etapas presentes em todas as técnicas) (ABREU NG, 2010).

De acordo com Janete, Janete e Barbosa (2005) algumas das complicações que podem ocorrer é a deiscência, seroma, necrose, infecção, TVP, embolia pulmonar que podem culminar com o óbito do paciente. Essas complicações podem ser evitadas se o paciente tiver um acompanhamento da equipe de enfermagem durante o período Peri operatório. Onde a equipe acompanha de perto toda a evolução do paciente e esclarece suas dúvidas e fornece apoio psicológico.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ OPERATÓRIO

Procedimentos cirúrgicos tem como consequências feridas operatórias, o que leva o paciente a um risco de infecções e distúrbios metabólicos. Portanto o preparo do paciente antes do da cirurgia (pré operatório) adequado irá proporcionar ao paciente uma melhor recuperação, até mesmo com relação a cicatrização da ferida operatória, assim como também do organismo como um todo (WAY; DOHERTY, 2004).

Assim o período pré operatório é dividido em duas etapas: pré operatório imediato e o mediato

A atenção ao paciente pré-cirúrgico deve envolver todas as necessidades do paciente ao longo do período perioperatório, sendo a equipe de enfermagem responsável pela realização de todos os cuidados, executando-os com conhecimentos especializados, para atender às necessidades apresentadas devido ao tratamento cirúrgico, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação, evitar complicações no pós-operatório, pois estas podem estar associadas ao preparo inadequado no período pré-operatório” (CHRISTÓFORO, 2006, p. 2).

Então tendo em vista a importância do cuidado no pré operatório é necessário que a enfermagem exerça alguns cuidados como: ao admitir o paciente conferir o procedimento ao qual ele irá se submeter; verificar dados que irão auxiliar no cuidado pós cirúrgico; assegura o preenchimento e assinatura do termo de consentimento pelo paciente ou família; retirar adornos, prótese dentária, aparelho ortodôntico móvel, óculos, aparelho auditivo; assegurar a administração das medicações prescritas e a suspensão do uso de acordo com prescrição médica; assegurar que o paciente esteja de jejum; verificar e registrar os sinais vitais do paciente; retirada das roupas do paciente, inclusive roupa íntima; providenciar um acesso vascular periférico calibroso; passar sonda nasogástrica ou vesical quando prescrita pelo médico e efetuar devidamente o registro de todos os procedimentos e intercorrências (ROTHROCK, 2007).

Cabe ao enfermeiro desde o pré operatório planejar a assistência da enfermagem ao paciente, no que diz respeito às necessidades físicas e emocionais do paciente, assim como também orientá-lo com relação ao procedimento que ele irá se submeter e também o preparo físico que serão necessários pra a realização do procedimento. Portanto, tal planejamento deverá ser feito de maneira particular a cada paciente, pois depende das condições físicas dele, assim como também do tipo de procedimento a ser realizado, tempo de internação prevista e as necessidades particulares de cada um (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS - OPERATÓRIO

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, pois este é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescência, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida (ROSSI et al, 2000).

O pós-operatório da abdominoplastia requer muito repouso durante os primeiros 10 dias e a recuperação total demora cerca de 2 meses. Sendo atribuição da equipe de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber o paciente. A unidade deve estar provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência (NETTINA, 2003).

A cirurgia altera a homeostase do organismo, alterando o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo. Independentemente do tempo cirúrgico, o risco de complicações pós-operatórias está presente em toda intervenção. Os cuidados de enfermagem na assistência ao paciente no pós-operatório são direcionados no sentido de restaurar o equilíbrio homeostático, prevenindo complicações. O enfermeiro procede avaliação inicial do paciente quando este é admitido na unidade. Esta avaliação incluirá as condições dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e renal; suporte nutricional e de eliminações; dos acessos venosos, drenos; ferida cirúrgica; posicionamento, dor, segurança e conforto do mesmo (CRHRISTÓFORO, 2006).

Após uma cirurgia ao abdômen é fundamental que o paciente fique em decúbito dorsal, recostado e com as pernas dobradas, evitando ficar em decúbito lateral ou ventral, para não pressionar o abdômen nem machucar a ferida operatória. Ao andar, o paciente deve flexionar o tronco, curvando as costas e apoiando as mãos na barriga como se a estivesse segurando, já que esta posição dá maior conforto e alivia a dor, devendo manter esta posição pelo menos 15 dias ou até deixar de sentir dor. Após a abdominoplastia é normal sentir dor na barriga devido à cirurgia e dor nas costas, pois passasse alguns dias deitada na mesma posição (NETTINA, 2003).

Para aliviar a dor do abdômen é fundamental administrar os medicamentos prescritos SOS pelo médico, cumprindo as doses e horários. No momento de evacuar a dor pode aumentar e, por isso, para facilitar as idas ao banheiro, pode-se tomar suplementos à base de fibras (NETTINA, 2003).

É comum que no transoperatório o médico coloque um dreno, esse dreno pode ser laminar ou de sucção. A enfermagem deve tomar alguns cuidados com o dreno como: lavar as mãos ao manipular o dreno, caso exista uma cobertura com gazes fazer a troca de curativo sempre que necessário (a gaze apresentar secreções), tracionar o dreno conforme prescrição médica, assegurar a permeabilidade do dreno. Deve-se também fazer o registro da quantidade de líquido drenado, o aspecto da secreção e caso ocorra alguma alteração comunicar ao médico (CESARETTI; SAAD, 2002).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Deambulação prejudicada relacionada a prejuízo muscular esquelético evidenciado por dor ao deambular;
- Dor aguda relacionada com alterações fisiológicas evidenciada por relato verbal do paciente;
- Conforto prejudicado relacionado a efeitos secundários ocasionados pelo tratamento evidenciado por inquietação;
- Integridade da pele prejudicada relacionada procedimento invasivo evidenciada por ferida operatória.

(DIAGNÓSTICOS, 2010)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características;
- Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar;
- Lavar as mãos sempre que for manipular a ferida operatória;
- Assegurar o emprego de da técnica adequada no cuidado de feridas;
- Monitorar e avaliar os sinais indicativos de infecção;
- Monitorar a condição da pele;
- Ajudar nas medidas de higiene;

(BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi visto durante toda a pesquisa podemos perceber que a abdominoplastia é um procedimento cirúrgico que necessita muito dos cuidados da enfermagem para com o paciente, e assim percebemos que a atuação da enfermagem deve estar presente desde a admissão do paciente até a alta hospitalar.

Foi visto então que o enfermeiro tem papel primordial na prevenção de complicações no pós cirúrgico assim como também, deve iniciar seus cuidados antes mesmo do paciente ir para o bloco cirúrgico. Sendo assim a enfermagem deve trabalhar em interação com as demais equipes e ter conhecimento de todas as intervenções a serem feitas, assim como também monitorar as alterações na evolução do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABREU NG, Joseph Alexander. **Abdominoplastia:** neo-onfoplastia sem cicatriz e sem excisão de gordura. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v25n3/v25n3a17.pdf>> Acesso em: 30 de mar de 2016.
- BULECHEK, Glória M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **NIC:** classificações das intervenções de enfermagem. Tradução Soraya Imon de Oliveira et al. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro; SAAD, Sarhan Sydney. **Dreno laminares e tubulares em cirurgia abdominal:** fundamentos básicos e assistência. Acta. Paul. Enf. v. 15 n. 3 set. 2002. Disponível em: < http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenos_laminares.pdf> Acesso em 30 de mar. de 2016.
- CRHRISTÓFORO, Berendina Bouwman. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Curitiba, 2006. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oBerendinaChristoforo.pdf>> Acesso em: 01 de abril de 2016.
- CRHRISTÓFORO, Berendina Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Ver. Esc. Enf. USP. São Paulo 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>> Acesso em: 30 de mar. de 2016.
- DIAGNÓSTICO Internacional de Enfermagem da Nanda: definições e classificações, 2009-2011. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- FREITAS, Elizete Simão; BARROS, Marcela Milrea Araújo. **A importância do enfermeiro no pós - operatório de cirurgias plásticas:** Abdominoplastia e lipoaspiração. Disponível em: <http://www.revistaintertexto.com.br/adm/arquivos/Artigo-A%20IMPORT%C3%82NCIA%20>> Acesso em: 30 de mar de 2016.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- JANETE, Paulo Roberto de Sousa; JANETE, Maria Cristina Vargas; BARBOSA, André Luiz de Miranda. **Abdominoplastia:** experiência clínica, complicações e revisão da literatura. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/imagebank/pdf/20-02-01.pdf>> Acesso em: 01 de abril de 2016.
- NETTINA, Sandra. **Prática de Enfermagem.** 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfov0AH/cuidados-enfermagem-pos-operatorios?part=2>> Acesso em: 02 de abril de 2016.
- ROSSI, Lídia Aparecida et al. **Diagnósticos de enfermagem do paciente no período**

pós-operatório imediato. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n. 2. São Paulo, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a05>> Acesso em: 01 de abril de 2016.

ROTHROCK, Jane C. **Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** Tradução José Ferreira de Figueiredo et al. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

TUMA JÚNIO, Paulo et al. **Abdominoplastia vertical para tratamento de excesso de pele abdominal após perdas ponderais maciças.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo, ago. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n3/20.pdf>> Acesso em: 30 de mar. de 2016.

WAY, Lawrence W.; DOHERTY, Gerard M. **Cirurgia:** Diagnóstico e tratamento. Tradução Fernando Diniz Mundim et al. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

YACOUB, Cecin Daoud; BAROUD, Ricardo; YACOUB, Mariane Bernardes. **Abdominoplastia reversa estendida.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo, jan. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n2/27.pdf>> Acesso em 30 de mar. de 2016.

GT 4 – SAÚDE COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

**ASPECTOS FUNCIONAIS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL:
UMA REVISÃO DE LITERATURA****JOSÉ ROMERO ARAÚJO CARDOSO JUNIOR**⁶²DAVYD RANGEL BEZZERA MAGALHÃES⁶³GIRLANIA CÍRIA DA COSTA SOUZA ALVES⁶⁴ITALO DEISON PEREIRA DE LIMA⁶⁵MAYLLA MAYARA RODRIGUES DE SOUZA⁶⁶GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁶⁷**RESUMO**

INTRODUÇÃO: O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente nos anos noventa, objetivando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial por meio de um Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Com a melhoria do SUS (Sistema Único de Saúde), surgiu a necessidade de criar um sistema de informações para o atendimento ambulatorial a nível nacional, padronizando suas orientações na geração de informações que facilitariam o manejo do planejamento e o gerenciamento da auditoria. **OBJETIVO:** Conhecer os aspectos funcionais do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, com abordagem descritiva e exploratória. Foram utilizados artigos pesquisados em bases de dados on-line e dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do CNES, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sendo utilizados oito documentos que abordassem sobre a temática que obedeceram aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** Até a implantação do SIA, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram realizados nos Boletins de Serviços Produzidos (BSP), com o decorrer do tempo, várias portarias e normas vieram nortear o processo de descentralização. Dessa forma, o principal objetivo do SIA é a coleta de informações que permitam aos prestadores de saúde informar sua produção e,

⁶² Graduando do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. Rua Raimundo Guilherme, bairro vingt rosado, número 117, telefone: (84) 987592215 E-mail: romerofacene@gmail.com

⁶³ Graduando do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁶⁴ Graduando do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁶⁵ Graduando do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁶⁶ Graduando do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁶⁷ Enfermeira e Mestre. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

consequentemente, a efetivação do pagamento pelos serviços prestados no SUS. Essa base de dados inclui informação dos procedimentos de alta complexidade que, após a aprovação realizada por médicos avaliadores, são disponibilizados aos usuários através de programas de assistência. Além disso, é possível gerar relatório de valores para o setor financeiro. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A criação e evolução do SIA trouxeram diversos benefícios de ação no campo da saúde visando a organização da informação em esferas estaduais, municipais e federais.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde. Serviços em Saúde. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente nos anos noventa, especificamente em 1993 a 1995, objetivando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial por meio de um Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). No decorrer dos anos, o SIA vem se transformando para que seja efetivamente um sistema que crie informações decorrentes ao atendimento ambulatorial e que possa entrar como suporte aos gestores em escalas estaduais e municipais na fiscalização dos processos de elaboração de projetos, programação, normalização, avaliação e controle dos serviços de saúde, na esfera ambulatorial para a organização da saúde. (LIMA, 2010)

Antes da implantação do SIA, os registros de informações de atendimento eram feitos por Boletins de Serviços Produzidos (BSP). Com a melhoria do SUS (Sistema Único de Saúde), surgiu a necessidade de criar um sistema de informações para o atendimento ambulatorial a nível nacional, padronizando suas orientações na geração de informações que facilitariam o manejo do planejamento e o gerenciamento da auditoria. Com os inúmeros instrumentos a disposição das gerências em Saúde, a qual se aplica no gerenciamento a informação, é de extrema importância na adequação, práticas e ações no insumo ao que se refere a tomada de decisões relacionados aos serviços de saúde. (LIMA, 2010)

Nesse sentido, o principal objetivo do SIA é a coleta de informações que permitam aos prestadores de saúde informar sua produção e, consequentemente, a efetivação do pagamento pelos serviços prestados no SUS. Essa base de dados inclui informação dos procedimentos de alta complexidade que, após a aprovação realizada por médicos avaliadores, são disponibilizados aos usuários através de programas de assistência. (SOARES; SILVA, 2013)

No entanto, tem sido escasso o aproveitamento das informações existentes para processos de tomada de decisão e gestão (BRANCO, 2001). Essa subutilização dos dados

pelos gestores é reportada a sua baixa qualidade, mediante a proposta de reorganização, que vem ocorrendo no serviço de saúde, diante da alta demanda, foram criadas medidas diante as informações coletadas do SIA, com fins na prática profissional no atendimento e distribuição de fichas, lotes, visando o melhoramento no atendimento a comunidade (BARROS, 2003). Dessa forma, só haverá ganho na qualidade dos dados se eles forem efetivamente utilizados, analisados e difundidos, para que os problemas sejam identificados e corrigidos (CARVALHO, 1997).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é conhecer os aspectos funcionais do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Sendo uma pesquisa de abordagem descritiva e exploratória.

Foram utilizados artigos pesquisados em bases de dados on-line e dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir de bancos de dados como SCIELO, do CNES, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Utilizando como descritores: Sistema de Informação em Saúde, Serviços em Saúde e Epidemiologia. Além disso, foi utilizado como subsidio o manual técnico operacional SIA/SUS. Sendo utilizados oito documentos que abordassem sobre o Sistema de Informação Ambulatorial.

Os critérios de inclusão foram: artigos e documentos na íntegra que abordassem a temática na Língua Portuguesa. Os critérios de exclusão foram: artigos e documentos em resumos que não abordassem a temática e que estivessem na Língua Inglesa. Essa pesquisa ocorreu entre os meses de abril e maio de 2016.

RESULTADOS

Até a implantação do SIA, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram realizados nos boletins de serviços produzidos (BSP), com o decorrer do tempo várias portarias e normas vieram nortear o processo de descentralização, A Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 manteve a gestão centralizada e colocava os municípios na condição de gerentes, ou seja, como prestadores de serviços, responsável apenas pela administração das

unidades de saúde em seu território. Com a NOB 93, iniciou-se o processo de municipalização e habilitação dos municípios em níveis de gestão denominada: incipiente, parcial e semiplena. (LIMA, 2010)

Nesse momento, os municípios passaram à condição de gestores do sistema de saúde municipal, responsáveis, por comandar o sistema de saúde, alimentar seu banco de dados e exercer funções de coordenação, planejamento e implantação de políticas o sus necessitou de um sistema de informações ambulatoriais padronizado, que atendesse as suas necessidades e que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. Em agosto de 1992, foi concluído o Manual de Especificação Técnica do Sistema de Informações Ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do Sistema, objetivando o desenvolvimento do projeto físico, por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico. (ANDRADE, 2011)

Após isso o sai foi implantado em todo o país, na época por ser padronizado constituiu um importante objeto para a organização da gestão federal, estadual e municipal do sus, cada município pode cadastrar programar, processar a produção e efetuar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo com o contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão. (LIMA, 2010)

Neste processo podemos destacar a evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA/SUS, O sistema em tela tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos afim do processo de forma descentralizada, a produção desses estabelecimentos. A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para a codificação dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi por meio das Portarias: GM/MS n o 18/99 e SAS/MS n o 35/99. 2007. (ANDRE, 2003)

As mudanças ocorreram na sua estrutura de codificação que passou de 08 (oito) dígitos para 10 (dez) dígitos e os procedimentos foram unificados, transformando-as em uma Única Tabela de Procedimentos do SUS, denominada de “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS” 2007, PT. GM/MS No 1.541 de 27 de junho de 2007 e Portaria GM/MS no. 2.848 de 06 de novembro de 2007, conforme Portarias: PT GM/MS No 321 de 08 de fevereiro de 2007. (Figura 1) (ANDRE, 2003)

Além da tabela também foi implantado o aplicativo de APAC-SAI em 1996, inicialmente para o registro dos atendimentos e procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS; posteriormente, para o registro dos atendimentos de Oncologia (quimioterapia e radioterapia) e registro de distribuição de medicamentos. (ANDRE, 2003)

Além disso, o APAC-SIA é um aplicativo que dispõe do banco de dados do tipo relacional, na qual é composto por um conjunto de tabelas que possibilitam o controle administrativo da produção ambulatorial. Esse banco armazena dados sobre produção e cadastro de pacientes e de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar procedimentos de média e de alta complexidade que abstraia a autorização. Assim, os serviços de saúde estruturam-se em pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos que devem ser distribuídos espacialmente de forma ótima, pautados nos fundamentos da economia de escala, qualidade, suficiência e acesso. BPA/Magnético: destina-se ao registro dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde de forma consolidada e/ou individualizada. (FERREIRA, 1998)

Figura 1 - Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

UF: [] Mês: [] Ano: [] Folha: []

ATENDEMENTO REALIZADO

Atividade	Procedimento	CMU	DATA	QUANTIDADE
01	[]	[]	[]	[]
02	[]	[]	[]	[]
03	[]	[]	[]	[]
04	[]	[]	[]	[]
05	[]	[]	[]	[]
06	[]	[]	[]	[]
07	[]	[]	[]	[]
08	[]	[]	[]	[]
09	[]	[]	[]	[]
10	[]	[]	[]	[]
11	[]	[]	[]	[]
12	[]	[]	[]	[]
13	[]	[]	[]	[]
14	[]	[]	[]	[]
15	[]	[]	[]	[]
16	[]	[]	[]	[]
17	[]	[]	[]	[]
18	[]	[]	[]	[]
19	[]	[]	[]	[]
20	[]	[]	[]	[]
TOTAL				[]

Participação:

RESPONSÁVEL ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: []

GESTOR MUNICIPAL SAÚDE: []

DATA: []

Fonte: <http://sia.datasus.gov.br>

O APAC-SIA é composto por seis módulos: BPA, Relatório, Exportação, Importação, Operação e Consultas. No BPA Magnético foram instituídas duas formas de captação do atendimento ambulatorial: O BPA consolidado (BPA-C): aplicativo no qual se registram os procedimentos realizados pelos prestadores de serviços do SUS, no âmbito ambulatorial de forma agregada. (TOMASSINI, 2008)

E o BPA individualizado (BPA-I) que é o aplicativo no qual se registram os procedimentos realizados pelos prestadores de serviços do SUS, no âmbito ambulatorial de forma individualizada. Nesse aplicativo foram incluídos os campos: Cartão Nacional do Profissional, CBO 2002, Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Usuário com sua Data de Nascimento e Município de Residência, visando à identificação dos usuários e seus respectivos tratamentos realizados em regime ambulatorial. (TOMASSINI, 2008)

O sistema de informação em saúde também promoveu outros avanços operacionais em saúde como: A Extinção da separação da tabela de procedimentos do SIA em Blocos. A Desvinculação dos atributos complexidade e financiamento; A Ampliação de procedimentos para médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF); A Unificação dos valores das consultas especializadas também para os médicos que realizam consultas em estabelecimentos de saúde públicos; A Garantia de que os recursos do teto livre não pagassem procedimentos estratégicos e vice-versa; A Unificação dos cadastros de estabelecimento de saúde do SIA e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); A Implantação da Ficha de Programação Físico-Orçamentária Magnética (FPO-Mag); A Implantação de novos modelos de Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais nos quais as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo passaram a serem denominadas de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais, preservando a sigla APAC.(LIMA, 2010)

FLUXO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

Na prerrogativa de sintetização da atenção à saúde no sentido ambulatorial, o SIA insere-se na tentativa de atuar em três áreas distintas, de acordo com Tomassini (2008), que são:

- ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (PRESTADOR SUS): Local onde estão instalados os aplicativos de captação do atendimento e tem como objetivos permitir registrar os

atendimentos realizados em regime ambulatorial e compatibilizar as informações digitadas com algumas regras expressas na tabela de procedimentos. Esses aplicativos compreendem o BPA/Magnético e o APAC/Magnético, que são constantemente atualizados, segundo normas editadas pelo Ministério da Saúde.

- SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE: são os locais onde estão instalados os sistemas:

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES): que possibilita efetuar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde e de profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA): que tem como funções principais: Importar o cadastro dos estabelecimentos de saúde; Permitir importar a programação físico orçamentária efetuada por meio do aplicativo FPO/Magnético, instituído pela portaria SAS/MS no 496, de 30 de junho de 2006, em consonância com a Programação Pactuada Integrada - PPI, bem como de acordo com a capacidade instalada, a partir de parâmetros de consulta médica; Importar a produção ambulatorial proveniente do BPA/Magnético ou APAC/Magnética; Processar a produção ambulatorial consistindo em os dados com os atributos da tabela de procedimentos; com os dados de cadastro e da programação orçamentária e Gerar relatórios com valores brutos para o setor financeiro.

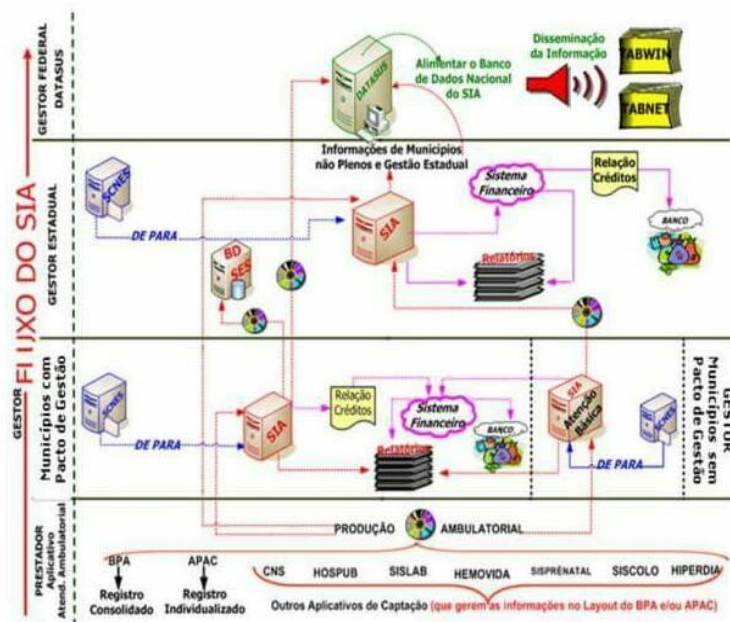
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (GESTOR FEDERAL): local onde está instalado o Banco de dados Nacional do Sistema de Informações Ambulatoriais que possibilita a disseminação das informações por meio dos aplicativos: TABWIN, TABNET, VALSIA, VALAIH. (BARROS; CHAVES, 2003). (Figura 2).

O Procedimento Principal é definido pelo MS como aqueles que necessitam de autorização prévia para sua realização. Já os Procedimentos Secundários são aqueles que não necessitam de autorização prévia para sua realização, entretanto o registro desses procedimentos no APAC-Mag somente pode ser efetuado junto com um procedimento principal compatível, ou seja, pode ser de autorização ou não precisar. (GADELHA, 2013)

Atualmente existem vários sistemas e aplicativos que estão envolvidos na captação e processamento da produção ambulatorial, e são classificados esquematicamente como: sistema de processamento, sistemas bases, aplicativos de captação da produção e aplicativos intermediários. O SIA/SUS é o sistema de processamento, alimentado pelos aplicativos de captação da produção ambulatorial BPA e Apac, que necessita dos sistemas bases: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que contém a relação de todos os estabelecimentos e profissionais de saúde, e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de

Procedimentos do SUS (SIGTAP), sistema que gerencia a tabela de procedimentos, com todos os seus atributos e regras que regem a captação. (FALCAO, 2003)

Figura 2 – Fluxo do Sistema Ambulatorial



Fonte: Lima et al (2010)

Tanto o BPA/Magnético, quanto o APAC/Magnético estão disponíveis, mensalmente na ocorrência de procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde e não apresentados no SIA para processamento, no mês correspondente, o sistema aceita sua apresentação no prazo de até três meses posteriores à realização do procedimento, desde que devidamente identificados, sejam enviados em lotes separados e que disponham de orçamento na respectiva competência. Entretanto, cabe lembrar ao gestor que esses procedimentos vão preencher o teto financeiro do mês de apresentação. O prestador é totalmente responsável pelas informações registradas nos BPA e APAC, bem como por seu encaminhamento para processamento, em conformidade com o contrato/convênio estabelecido entre gestor e o estabelecimento de saúde, no geral o sia busca por meio de seus documentos de entrada e saída, fornecer informações gerenciais para todas às áreas do sistema único de saúde – sus. Essas informações auxiliam os gestores nos processos de planejamento, programação,

regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência à saúde realizada pelos prestadores de serviços no âmbito ambulatorial. (TOMASSINI,2008)

CONCLUSÃO

O estudo apresentou a criação e evolução das formações do sistema de informações ambulatoriais e os benefícios trazidos pela criação desse plano de ação no campo da saúde visando à organização do trabalho em esferas estaduais e municipais, o estudo foi limitado, utilizando apenas dados e amostras no campo ambulatorial com objetivo de enfatizar apenas as informações criadas e modificadas para a melhoria do trabalho.

Desta forma, podemos perceber como esse sistema trouxe melhorias para os profissionais que trabalham nessa área, diminuindo a sobrecarga de trabalho, acessibilidade na coleta de informações devido ao fácil acesso ao sistema, tornando assim, um processo de trabalho mais eficaz.

REFERÊNCIAS

ANDRADE. A. G. **o sistema de informações ambulatoriais como instrumento para a regionalização em saúde**, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife-2011.

BARROS, S.G. CHAVES. S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. O SIA-SUS na saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.1, p.41 – 51, 2003.

BRANCO, M. A. F. **Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 163-169.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.6, n.4, p.7-46, 1997.

FALCÃO, A. et. **Al, para entender a gestão do sus**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

FERREIRA S. M. G. **Sistema de informação em saúde conceitos fundamentais e organização**, oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde – nescon/fm/ufmg – fevereiro de 1998.

GADELHA, M. I. P. WERNECK M. A. S. TOMASSINI. E, PANITZ L. M, FAILLACE T. F. L, **ONCOLOGIA MANUAL DE BASES TÉCNICAS**. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC SAF Sul – Quadra 2 - Ed. Premium - Torre II - 3º Andar - Sala 303. CEP: 70070.600, Brasília – DF, abril/2013.

LIMA D.P. et al. **manual técnico operacional sia/sus sistema de informações ambulatoriais**, ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC SAF Sul – Quadra 2 - Ed. Premium - Torre II - 3º Andar - Sala 303. Brasília – DF Março/2010.

SOARES C., SILVA G. A. Uso de registros de assistência farmacêutica do Sistema de Informações Ambulatorial para avaliação longitudinal de utilização e adesão a medicamentos. **Cad. Saúde Coletiva**, (3): 245-52 Rio de Janeiro, 21 2013.

TOMASSINI E. C. B. **sistema de informações ambulatoriais do sus (sia/sus) Manual de orientações técnicas**. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – CGSI, Brasília/DF, maio de 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: SUA APLICABILIDADE PARA EPIDEMIOLOGIA

FRANCIELIO FERREIRA DE SOUSA⁶⁸

ADNA CRISTINA ESTEVAM BEZERRA DE LIMA⁶⁹

LUANA PRISCILA GONÇALVES DE SOUZA⁷⁰

PABLO VINÍCIUS FERNANDES DA SILVA⁷¹

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁷²

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM é considerada uma importante ferramenta de informação para o planejamento e avaliação das ações de saúde. O principal instrumento do SIM é a declaração de óbito (DO). Sendo assim, o SIM visa à obtenção de dados de mortalidade de forma regular e abrangente no Brasil através do preenchimento das Declarações de Óbito. **OBJETIVO:** Conhecer a aplicabilidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para a epidemiologia. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão de Literatura, como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Foram pesquisados nas principais bases de dados on-line, como SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE e Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS), utilizando os descritores: Sistema de mortalidade, Sistema de Informação e Epidemiologia. Após a pesquisa utilizamos 14 artigos científicos que obedeceram aos critérios de inclusão. Essa pesquisa ocorreu entre os meses de abril a maio de 2016. **RESULTADOS:** A partir deste sistema é possível construir o perfil da mortalidade de um município, região ou estado e construir indicadores que permitem monitorar a situação de saúde da população, comparando a evolução dos mesmos ao longo do tempo e identificando áreas prioritárias. Além disso, a partir das informações contidas neste sistema, pode-se obter a mortalidade proporcional por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência e letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO, uma vez que são disponibilizadas várias formas de cruzamento dos dados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O SIM contribui para entendermos as causas de

⁶⁸ Relator. Discente do terceiro período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE. Rua Tenente Zuza Paulino, Dom Jaime, 61. (84) 99613-8440.
francelio-ferreira@hotmail.com

⁶⁹ Discente do terceiro período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE

⁷⁰ Discente do terceiro período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE

⁷¹ Discente do terceiro período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE

⁷² Enfermeira e Mestre. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

mortalidade que atinge a nossa população, colaborando assim no planejamento e implantação de atividades na promoção e prevenção á saúde.

Descritores: Sistema de mortalidade. Sistema de Informação. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

Os dados de eventos vitais, como nascidos vivos, mortos e óbitos, são utilizados pela Saúde Pública para a elaboração de taxas ou coeficientes e índices, com o objetivo de medir a condição de saúde de uma população. Apesar de o registro civil ser considerado a principal fonte de obtenção desses dados, muitas vezes, não refletem a realidade tanto do ponto de vista qualitativo, em relação à fidedignidade e quantitativo, em relação a cobertura. (HARAKI et al., 2005)

O Ministério da Saúde, em 1975 no Brasil, promoveu a implantação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica e de um modelo único de declaração de óbito (DO), devido à dificuldade em conseguir dados de mortalidade abrangentes, confiáveis, de forma regular e comparável. A partir disso, foi criado em nível nacional, o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS. As informações constantes na declaração de óbito (DO) têm papel fundamental no planejamento local, regional e nacional, logo após a coleta e apuração dos dados, uma vez que, auxilia na elaboração de indicadores sensíveis que possibilitam a identificação de grupos de risco, a implantação e desenvolvimento de programas de saúde. (HARAKI et al., 2005)

O principal instrumento do SIM é a declaração de óbito (DO), e de acordo com a Resolução n.º 1.601/00 do Conselho Federal de Medicina (CFM), todos os seus campos deverão ser preenchidos pelo médico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Além disso, os dados informados na DO alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil. Sendo então, estabelecidas as prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. Portanto, a DO precisa garantir-se, como um instrumento de amplitude máxima, capaz de captar informações nos mais remotos aglomerados populacionais do país (BRASIL, 2011). Sendo assim, o SIM, visa à obtenção de dados de mortalidade de forma regular e abrangente no Brasil através do preenchimento das DO (OLIVEIRA, et al., 2012).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é conhecer a aplicabilidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para a epidemiologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Literatura, como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Segundo MOREIRA (2004), as revisões de literatura auxiliam no posicionamento do leitor e do próprio pesquisador acerca dos avanços, dos retrocessos e dos questionamentos em relação ao tema de interesse. Este formato de pesquisa fornece informações para contextualizar a extensão e a significância do problema que se quer elucidar, apontando e discutindo possíveis soluções para problemas similares, oferecendo alternativas de metodologias que têm sido utilizadas para solucionar a questão.

Dessa forma, foi pesquisados nas principais bases de dados on-line, como SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE e Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS), *sites* de instituições que oferecem pós-graduação em saúde pública para a busca de dissertações e teses e sendo verificadas bibliografias de artigos identificados segundo as fontes mencionadas. Nas buscas eletrônicas foram empregarmos os seguintes descritores: Sistema de mortalidade. Sistema de Informação. Epidemiologia. A pesquisa ocorreu entre os meses de abril a maio de 2016.

Os critérios de inclusão foram: artigos em Língua Portuguesa na íntegra contendo a temática pesquisada. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordasse o tema proposto, na Língua Inglesa e que não apresentassem o conteúdo na íntegra. Após a pesquisa utilizamos 13 artigos científicos, todos baseados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

RESULTADOS

O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM é considerada uma importante ferramenta de informação para o planejamento e avaliação das ações de saúde. A partir deste sistema é possível construir o perfil da mortalidade de um município, região ou estado e construir indicadores que permitem monitorar a situação de saúde da população, comparando a evolução dos mesmos ao longo do tempo e identificando áreas prioritárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No entanto, os dados gerados pelo SIM ainda apresentam limitações quantitativas e qualitativas que precisam ser enfrentadas para que possamos garantir o aprimoramento das nossas estatísticas de mortalidade. O principal responsável pela execução de ações de gerenciamento do SIM e também o mais interessado na construção de perfis de mortalidade

mais fidedignos, que forneçam um quadro mais aproximado da realidade da sua população, é o município. É essencial o delineamento de estratégias que sensibilizem os municípios para a necessidade de garantir a fidedignidade deste banco de dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nos municípios que não possuem médico para preencher a DO, a mesma deve ser preenchida no cartório, na presença de duas testemunhas. Nesse caso, o tópico referente ao “atestado médico” não será preenchido, ficando ausente a informação sobre a causa do óbito. Das três vias da DO a primeira é a que fornece os dados para o SIM; portanto, em qualquer situação, o seu destino é a secretaria municipal de saúde. Por sua vez, a secretaria municipal de saúde deve encaminhar, mensalmente, as informações da DO para a secretaria estadual de saúde, a qual as irá repassar para o Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde, a cada três meses (BASSANESI, et al., 2009).

Além disso, o Município é responsável pelo processamento e gerenciamento do sistema, têm a responsabilidade de qualificar as informações produzidas. Para tanto, são capacitadas para a codificação correta das doenças, seleção da causa básica do óbito e resgate de dados ignorados ou inconsistentes, mantendo assim a qualidade do banco de dados (BASSANESI, et al., 2009).

Até a implantação do SIM as estatísticas vitais (nascimentos e mortes) de âmbito nacional eram produzidas pelo IBGE, a partir dos registros nos cartórios, sem fornecer, contudo, informações detalhadas sobre as causas de morte e outras variáveis de interesse epidemiológico Federal. Duas tarefas se colocam como prioritárias à implantação do SIM. A primeira era a construção de um modelo único de atestado de óbito para todo o país, considerando-se que não havia uma padronização dos registros de óbito no território nacional. A segunda tarefa era combater o elevado índice de sub-registro de óbitos, de forma a aumentar a cobertura do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O SIM possui diversos benefícios, dentre eles podemos citar: a produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde, análises estatísticas, epidemiológicas e sócio demográficas (PORTAL DA SAÚDE, 2016). Além disso, a partir das informações contidas neste sistema, pode-se obter a mortalidade proporcional por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência e letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO, uma vez que são disponibilizadas várias formas de cruzamento dos dados (REDISS, et al. 2012).

As possibilidades de utilização dos sistemas de informação em saúde para o acompanhamento e estudos epidemiológicos em mortalidade perinatal dependem, em grande medida, do grau de cobertura de eventos, das variáveis registradas nestes sistemas e da qualidade dos dados registrados. (ALMEIDA, et al, 2006, pag.58).

Houve avanços significativos no preenchimento da declaração de óbito desde a implantação do SIM. Esta melhoria, no entanto, não se deu com a mesma intensidade nos diferentes estados do país, nem nos diversos campos de preenchimento da DO. O principal problema, para a contabilização das informações, é o elevado percentual de óbitos por causas mal definida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Quanto à clareza na metodologia da documentação do SIM, existem diversos problemas. Um deles refere-se às orientações confusas do manual em relação ao tratamento da informação ignorada de cada pergunta (ROMERO, et al., 2006).

A ausência de informações compromete a obtenção de indicadores específicos, dificultando as atividades de monitoramento (ORTIZ, et al., 2006). Quando o preenchimento da DO cabe ao Instituto Médico Legal (IML), é frequente a falta de preenchimento do tipo de violência, tipo de acidente, fonte de informação, acidente de trabalho e local do acidente. (JORGE. et al., 2002). Falhas encontradas no preenchimento das DO sugerem que os médicos, algumas vezes, não estão preocupados em consultar o prontuário do paciente para esclarecer o encadeamento das causas presentes e a causa básica do óbito (LAURENTI, et al., 2005).

É indiscutível que o Ministério da Saúde acertou quando criou o Sistema de Informações sobre Mortalidade, pois o conhecimento das estatísticas vitais nacionais, anteriormente, dependia apenas do Registro Civil e das tabulações e publicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agora, por meio do SIM/MS, as informações são coletadas em diversas fontes além do Registro Civil, o que torna esse sistema, em tese mais eficiente. As informações estão oportunas, acessíveis, são amplas e de razoável qualidade, apesar de uma variabilidade entre as regiões brasileiras (HARAKI, 2005, pag. 23).

No entanto, até hoje, quando os dados do SIM são confrontados com avaliações feitas pela Fundação IBGE, apresentam-se ainda incompletos. Acredita-se que, sua abrangência em 1999 para o país como um todo foi de 82%, variando com o mínimo de 60,8% para a Região Nordeste e 95,3%, para a Região Sul. Em relação a sua qualidade, podemos constatar que, de forma gradativa está acontecendo uma evolução dos dados sobre mortalidade (JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002).

Uma maneira dos sistemas de informação melhorar em agilidade, qualidade e redução de custos seria a implantação da informatização nos serviços de saúde. Um passo importante seria a junção destes sistemas com o sistema de informações hospitalares (SIH) evitando-se assim a duplicidade de registro de dados. Dessa forma, poderia ainda produzir informações em meio eletrônico para os sistemas (ALMEIDA, et al, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebem-se avanços na cobertura, e qualidade dos dados no que concerne especialmente às causas dos óbitos. O sistema de informação sobre mortalidade – SIM, auxilia a cobrir os dados epidemiológicos referentes a uma região e oferece suporte para o Ministério da Saúde analisar e regular o índice de óbitos no País. Outro serviço importante e que merece destaque em se tratando da competência do SIM, é que esse sistema poder ajudar as autoridades competentes a oferecer para a população acompanhamento, ou ainda, poder assistir a população e promover a assistência à saúde necessária.

Analisando a busca sobre o Sistema é pertinente descrever sobre a atuação médica que quando não exercida da forma correta poderá resultar no comprometimento da informação repassada, conforme já fora descrito. Além disso, destacamos a amplitude do Sistema (SIM), desde sua implantação vem se expandindo e melhorando o Serviço de Informação ofertado, isto contribui para entendermos as causas de mortalidade que atinge a nossa população e poder intervir, quando necessário, a fim de promover a promoção á saúde.

Em tese é pertinente ressaltar também a magnitude do SIM, este armazena relatórios que são de fundamental importância para a epidemiologia, haja vista que estes contêm informações adicionais, como características da pessoa, a assistência oferecida ao paciente, condições de óbito, as causas relacionadas, dentre outros recursos. Essa construção catalográfica disponibilizada através do Sistema permite a construção e o delineamento de importantes indicadores, ou seja, essas informações contribuem para a realização de análises interventivas, ou ainda, traçar um perfil de saúde de uma determinada região. Este indicador informativo contribuiu de maneira promissora para a realização de ações e programas que visem sanar ou intervir não apenas no cenário estatístico e epidemiológico, mas também sócio demográfico. Ressaltamos ainda que esforços devem ser feitos no sentido de sempre aprimorar as diversidades, especialmente a questão do sub-registro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. et al. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. Information systems and perinatal mortality: concepts and conditions for the utilization of data in epidemiological studies. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 9, n. 1, p. 56-68, 2006

BASSANESI, S. L.; Acurácia da equipe do Sistema de Informações sobre Mortalidade na seleção da causa básica do óbito em capital no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.25 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc): para os profissionais do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

HARAKI, C. A. C.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURETI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 8, n.1, p. 19-24, 2005

JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURETI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - Mortes por causas naturais. São Paulo: **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2002.

MOREIRA, W. Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção. **Janus, Lorena**, v. 1, n. 1, p. 19-30, 2004.

OLIVERIA, G. P. et al. Uso do sistema de informação sobre mortalidade para identificar subnotificação de casos de tuberculose no Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, 15 n.3, p. 468-77, 2012.

ORTIZ, L. P.; et al. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Revista brasileira de epidemiologia**. São Paulo, v. 9 n.1 Mar. 2006.

REDISS, A. N.; RASIA, I. C. R. B.; ROSA, A. C.; A utilização de informação em uma instituição de saúde de Pelotas/RS. **Revista de Saúde**. n. 8 v.2 p. 32-42, 2012.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, mar, 2006.

SIM-Sistema de Informações de Mortalidade. 2016. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>.

Acesso em: 10 maio 2016

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E IMPORTÂNCIA

SCARLET OHARA FÉLIX MARTINS⁷³

AMANDA NATHANY DOS SANTOS VITAL⁷⁴

ANA KARINA DA SILVA²

JORDANA GISELE FERNANDES DA SILVA²

VALÉRIA PATRÍCIA DE AZEVEDO²

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁷⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nos níveis Municipais, Estaduais e Federais. **OBJETIVO:** Conhecer a importância e os aspectos organizacionais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Foram realizados com base na consulta de artigos científicos, revistas, documentos, teses, e registros sobre o tema. Assim como, informações em base de dados on-line como o Google Acadêmico e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Dessa forma, foram utilizados nove artigos que atenderam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** O SINAN facilita a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população. Além disso, o SINAN-NET foi desenvolvido para ser utilizado pelos pontos de digitação que não possuem uma ligação Internet estável, permitindo o cadastro dos formulários e acompanhamento do processo de instalação. Tendo como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica. A efetividade e sustentabilidade de um programa de controle de doença dependem da existência de informações detalhadas e acuradas para apoiar a tomada de decisões e alocação de recursos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização do SINAN é útil e efetiva, indicando os riscos aos quais as pessoas estão sujeitas. Toda informação que chegue a Unidade de Saúde, será valorizada e investigada para adoção de medidas de intervenção, objetivando a melhora das medidas preventivas em saúde.

Descritores: SINAN, Notificação de doenças, Vigilância Epidemiológica.

⁷³ Graduanda do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. E-mail: scharlet_ohrara@hotmail.com, Telefone: (84)8750-4132, Endereço: Rua Adalto Moisés da Costa Lopes, 2080, Nova Betânia, Mossoró/RN.

⁷⁴ Graduanda do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁷⁵ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. A concepção do Sinan foi norteada pela padronização de conceitos de definição de caso, pela transmissão de dados a partir da organização hierárquica das três esferas de governo, pelo acesso à base de dados necessária à análise epidemiológica e pela possibilidade de disseminação rápida dos dados gerados na rotina do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos. (LAGUARDIA et al, 2004)

Sistemas de informação padronizados e a disponibilidade de informações confiáveis são essenciais para o monitoramento de qualidade e cobertura de serviços de saúde. A efetividade e sustentabilidade de um programa de controle de doença depende da existência de informações detalhadas e acuradas para apoiar a tomada de decisões e alocação de recursos. No passado, Sistemas de Informação de Saúde nacionais (SIS) eram considerados frequentemente o elo fraco dos sistemas de saúde: os dados eram comumente desatualizados, e assim não refletiam verdadeiramente a situação; informações não eram prontamente disponíveis e nem sempre completas ou abrangentes; e decisões eram tomadas sem evidências e, como resultado, não obtinham o impacto almejado no setor de saúde. O governo brasileiro começou a desenvolver um Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 1990 e o sistema foi introduzido a nível nacional em 1994. (GALVÃO et al, 2009)

A implantação do aplicativo SINAN-DOS iniciou-se em 1993, tendo sido precedida por testes-piloto realizados em Santa Catarina e Pernambuco. Os resultados e observações derivados desses testes não foram disponibilizados para todos os usuários ou registrados em documentos oficiais. Essa implantação foi realizada de forma gradual, em virtude do caráter voluntário de adesão das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, delineando um padrão irregular, tanto no uso dos formulários padronizados para os agravos de notificação

compulsória, quanto na operação do programa informatizado do Sinan-DOS e análise dos dados coletados. (LAGUARDIA et al, 2004)

Somente em 1998, o uso do Sinan foi regulamentado por meio de portaria ministerial, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, designando a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio do Sinan, desafios no desenvolvimento do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) atual Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde como a gestora nacional do sistema. (LAGUARDIA et al, 2004)

A implantação do sistema se deu por meio de Instrumentos de coleta de dados: É fundamental a utilização de instrumentos de coleta padronizados. Toda vez que os instrumentos de coleta forem alterados, os instrumentos antigos devem ser recolhidos e substituídos pelos novos instrumentos de coleta. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) deve coordenar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), essa substituição. (BRASIL, 2007)

A subnotificação de casos no SINAN impossibilita o real conhecimento da situação epidemiológica e prejudica o planejamento das ações voltadas para seu controle. Embora ainda não se saiba o número de casos que são perdidos no SINAN, a recuperação rotineira de dados de diferentes fontes de informação utilizadas por Programas de Controle poderia minimizar a ocorrência do problema. (PINHEIRO, ANDRADE, OLIVEIRA; 2012)

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é conhecer a importância e os aspectos organizacionais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão da literatura, que é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos. (INSTITUTO DE PSICOLOGIA, 2013)

O presente trabalho foi realizado com base na consulta de artigos científicos, revistas, documentos, teses, e registros sobre o tema SINAN. Assim como, informações em base de dados on-line como o Google Acadêmico e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Além disso, foram pesquisados outros dados no site do Ministério da Saúde, e Scielo. Dessa forma, foram utilizados nove artigos.

Utilizamos critérios de inclusão para os artigos: Artigos que abordassem o tema na Língua portuguesa e descartamos as demais que estivessem em outra língua, e não abordasse o tema SINAN. Essa pesquisa foi realizada no período de abril a maio de 2016.

RESULTADOS

O SINAN foi desenvolvido para ser operacionalizado num nível administrativo o mais periférico possível, ou seja, a unidade de saúde. Caso o município não disponha de microcomputadores nas suas unidades, o mesmo pode ser operacionalizado a partir dos Distritos Sanitários, das Gerências de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais, das Regionais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista que a assunção dessas atribuições depende da condição de gestão do município. (BRASIL, 2007)

Com a correta utilização e processamento das informações disponíveis no SINAN NET, a Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador oferece condições para articulação das ações de vigilância dos ambientes e da assistência, além de tornar possível o planejamento adequado de prioridades e também tornar possível a avaliação das ações de impacto da vigilância sanitária; da rede de assistência; dos processos de trabalho, controle e monitoramento das causas de doenças e riscos ambientais derivados dos processos e ambientes de trabalho. (SCHERER et al, 2007)

Com relação aos aspectos organizacionais, o cadastramento é feito após o usuário ser registrado no (Cadastro De Sistemas e Permissões aos Usuários) CSPU. Somente profissionais que foram cadastrados pelo Interlocutor do SINAN no CSPU terão acesso ao SINAN Online. Os procedimentos para entrar no sistema do Sinan Online, são: Digite o endereço www.saude.gov.br/sinan no navegador e tecele Enter. Surge a tela: Digite o usuário e a senha e, em seguida, clique em Entrar. No primeiro acesso ao SINAN Online, o usuário deve digitar seu login e definir uma senha. (SINAN ONLINE, 2011)

Aspectos críticos do Sinan para ambiente DOS: Instrumentos de coleta: A construção dos formulários para o preenchimento com os dados de investigação epidemiológica dos agravos de notificação do Sinan-DOS não se baseou em critérios pré-definidos. Não foram estabelecidas as orientações de seleção das variáveis a serem incluídas nos instrumentos de coleta, necessárias para a tomada de decisão acerca das medidas a serem executadas, bem como para a construção do conhecimento epidemiológico do agravo na população. (LAGUARDIA et al, 2004)

Dessa forma, o Sinan é de grande importância pois facilita a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde; subsidia o processo de tomada de decisões; contribui para a melhoria da situação de saúde da população. O Público alvo seria o Ministério da Saúde, Unidades Federadas (Secretarias Estaduais de Saúde e Regionais de Saúde), Municípios (Secretarias Municipais de Saúde, Distritos Sanitários e Unidades de Saúde). (SINAN ONLINE, 2011)

A partir da construção da base de dados das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita, realizadas no Município do Rio de Janeiro em 1999 e 2000, estabeleceu-se a confiabilidade dos dados informados ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Procedeu-se também a um estudo da qualidade do preenchimento das variáveis, que são as informações solicitadas para a notificação do caso. (SARACENI et al, 2005)

Tipos de agravos incorporados ao Sinan-DOS: A inclusão pelo sistema de novos agravos transmissíveis e não transmissíveis agudos e crônicos, não exigia o cumprimento de requisitos, principalmente no que tange à obrigatoriedade da notificação (notificação compulsória) nacional, à periodicidade do fluxo e à universalidade da notificação. A simples inclusão no Sinan-DOS de alguns agravos específicos também não garantia que esses casos fossem notificados, tampouco que esses dados fossem de qualidade confiável. Por essa razão, em 1998, o Cenepi reuniu um grupo de peritos com a missão de definir os critérios que norteariam a revisão da lista de agravos para constituição da Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC). (LAGUARDIA et al, 2004)

Do Sinan-DOS para o Sinan-Windows: Partindo de um diagnóstico da situação do Sinan-DOS e ciente das etapas a serem cumpridas para o desenvolvimento da versão piloto do Sinan-Windows, iniciou-se o trabalho de reformulação do Sinan tomando como ponto de partida os processos envolvidos em um sistema de informação, remodelação e padronização dos instrumentos de coleta de dados, até a definição das saídas padronizadas e ao desenvolvimento do aplicativo. Para fortalecer a descentralização do Sinan, a gerência técnica do sistema e o Datasus desenvolveram um material de treinamento dos profissionais da vigilância epidemiológica. (LAGUARDIA et al, 2004)

O SINAN NET é um Sistema de Informações de fácil acesso, por ser nacional, ou seja, é um instrumento valioso para a caracterização da Saúde do Trabalhador no Brasil, pois através dele se podem desenvolver ações de investigação e/ou fiscalização; realizar estudos e pesquisas específicos; avaliar o ambiente e os processos de trabalho; normatizar o atendimento aos trabalhadores; e planejar a organização, a definição e o desenvolvimento de recursos humanos e tecnológicos nos serviços. (SCHERER et al, 2007)

Considera-se que a notificação dos acidentes ou doenças relacionados ao trabalho é importante porque, caso venha a desenvolver uma doença ou uma incapacidade, estando estabelecido onexo causal exigido pela legislação, o trabalhador inicia imediatamente os procedimentos legais para readequação do trabalhador no ambiente de trabalho, além disso, a notificação é necessária para a caracterização do perfil de morbidade dos trabalhadores, o que favorece a intervenção no sentido de reduzir a exposição ocupacional e consequentemente contribuir na saúde do trabalhador. (SCHERER et al, 2007)

O Sistema de Informação denominado Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), discutido na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2005, auxilia significativamente a vigilância do trabalhador e objetiva a coleta dos dados dos acidentes de trabalho, que são analisados e utilizados para desenvolver projetos e ações em Saúde do Trabalhador. (SCHERER et al, 2007)

A qualidade dos dados do sistema de vigilância epidemiológica da dengue registrados no Sinan, no que se refere à consistência, melhorou de 2005 a 2009, principalmente em relação às informações de casos graves. Quase a totalidade dos casos suspeitos de febre hemorrágica da dengue e de síndrome do choque da dengue utilizaram o diagnóstico laboratorial para confirmação, além de haver melhorado o cumprimento dos critérios de definição de caso de FHD e SCD, especificação do grau de FHD e presença do resultado sorológico. Em geral, a mudança de versão Sinan-Windows para Sinan-Net contribuiu positivamente, na qualidade dos dados e do sistema operacional. (BARBOSA et al, 2009)

Com a implantação do SINAN NET, pode-se dizer que haverá uma maior abrangência no registro dos casos de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, pois neste Sistema são notificados casos de trabalhadores segurados e também outros como os servidores públicos, autônomos, desempregados, etc. Além disso, no SINAN NET há um maior detalhamento do tipo de agravo relacionado à Saúde do Trabalhador. (SCHERER et al, 2007)

A base da vigilância sobre o controle da tuberculose deve estar assentada num sistema de informação de qualidade assegurada, sendo o ponto de partida dessa informação a coleta de dados junto ao Livro de Registro de Tuberculose, dados esses que permitirão o preenchimento dos impressos que alimentarão o SINAN. A adequada alimentação desse sistema permite conhecer e monitorar as ações de controle que são incorporadas e implementadas, possibilitando a tomada de decisões por gestores de saúde e gerentes de programas, sobre novas abordagens. Para tanto, os dados gerados pelo SINAN devem apresentar boa qualidade, confiança e boa cobertura, além de serem contemporâneos. (MARQUES et al, 2006)

Com a correta utilização e processamento das informações disponíveis no SINAN NET, a Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador oferece condições para articulação das ações de vigilância dos ambientes e da assistência, além de tornar possível o planejamento adequado de prioridades e também tornar possível a avaliação das ações de impacto da vigilância sanitária; da rede de assistência; dos processos de trabalho, controle e monitoramento das causas de doenças e riscos ambientais derivados dos processos e ambientes de trabalho. (SCHERER et al, 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação é de grande importância, pois a partir da alimentação do banco de dados, pode-se calcular a incidência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises relacionadas com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente, no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória, além de avaliar a qualidade dos dados.

A utilização do Aplicativo SINAN é útil e efetiva, permitindo o armazenamento de dados, informações das doenças de notificação compulsória, realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Portanto, o sistema deve ser utilizado como a principal fonte de informação. Além disso, toda informação que chegue a Unidade de Saúde, qualquer que seja a fonte será valorizada e investigada para adoção de medidas de intervenção pertinentes. É de grande importância a notificação, pois todas as ações preventivas e de controle são norteadas pelos casos notificados existentes.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Jakeline Ribeiro; BARRADO, Jean Carlos dos Santos; ZARA, Ana Laura de Sene Amâncio; JÚNIOR, João Bosco Siqueira. **Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009***. Fortaleza, CE, 2009. 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Brasília, DF, 2007. 68 p.

GALVÃO, Paulo Roberto Silva et al. **Uma avaliação do sistema de informação SINAN usado no Programa de Controle de Hanseníase no estado do Pernambuco, Brasil.** Rio de Janeiro, RJ, 2009. 16.p

INSTITUTO DE PSICOLOGIA - USP BIBLIOTECA DANTE MOREIRA LEITE. **O que é Revisão da Literatura?**. 2013. Disponível em:
<http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf> Acesso em 03 maio 2016.

LAGUARDIA, Josué et al. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde.** Rio de Janeiro, RJ, 2004. 12.p

MARQUES, Marli Marques; CAZOLA, Luiza Helena; CHEADE, Maria de Fátima Meinberg. **Avaliação do SINAN na detecção de co-infecção TB-HIV em Campo Grande, MS.** Rio de Janeiro, RJ, 2006. V.14.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; ANDRADE; Vanusa de Lemos; OLIVEIRA, Gisele Pinto de. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012. 10.p

SARACENI, Valéria; VELLOZO, Vitória; LEAL, Maria do Carmo, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, RJ, 2005. 6.p

SCHERER, Verena; MIRANDA, Fernanda M. D; SARQUIS, Leila M. M; LACERDA, Maria Ribeiro. **SINAN NET: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador,** 2007. 08 p.

SINAN ONLINE. **Manual de Operação.** Rio de Janeiro, RJ, 2011. 108 p

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:
CARACTERÍSTICAS E FUNCIONAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE**

ÍTALO RENAN DANTAS DE BRITO⁷⁶

CARLA LARISSA MORAIS DA SILVA⁷⁷

LARA BEATRIZ SANTOS NASCIMENTO⁷⁸

GISELLE SANTOS COSTA OLIVEIRA⁷⁹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem a finalidade de acompanhar as condições alimentares e os fatores que as influenciam para que os órgãos competentes tomem as medidas cabíveis, caso haja a necessidade de intervenção para o benefício da população desenvolvida ou não. **OBJETIVO:** Conhecer as características e o funcionamento do Sistema de Vigilância de Alimentação e Nutrição (SISVAN) no sistema de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Foram pesquisados nas principais bases de dados online, como BIREME, SCIELO, VÉRSILA e BVS. Utilizando descritores como: Vigilância, Alimentar, Epidemiologia. Após a leitura de diversos documentos e artigos, utilizamos cinco cartilhas do Ministério da Saúde, três artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** Uma característica fundamental do SISVAN é a difusão sistemática dos dados e interpretação dos resultados aos usuários e gestores possibilitando a realização de intervenções. Seu funcionamento é realizado através da identificação de riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde, alimentação e nutrição das famílias. Sendo realizado um levantamento epidemiológico da população que deve incluir dados provenientes de diversas fontes e sistemas de informação, entre os quais o SISVAN, que servirão de base para a realização do diagnóstico de saúde até a tomada de decisão em diferentes níveis de governo. A partir do diagnóstico, é possível realizar o planejamento objetivando a estruturação das ações de prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável diante da realidade local. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Mesmo sabendo das dificuldades encontradas nas coletas de dados e realizações das ações do sistema, o SISVAN é necessário para controlar, tratar e até inibir os problemas relacionados à alimentação e nutrição populacional, principalmente para melhoria da qualidade de vida da população que mais necessita.

PALAVRAS – CHAVES: Vigilância. Alimentar. Epidemiologia.

⁷⁶ Graduando do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. E-mail: nananbrito01@gmail.com, Telefone:(84)9209363, Endereço:Rua Manoel Paulino, nº 30 Aeroporto, Mossoró/RN.

⁷⁷ Graduanda do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁷⁸ Graduanda do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

⁷⁹ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

As ideias iniciais da criação da vigilância alimentar e nutricionais surgiram em meados da década de 1960 e foram consolidados na década de 1970 em pequenas partes do território brasileiro. No entanto, o estímulo de implantação do sistema, em abrangência nacional, foi deflagrado a partir de 1990, por meio da Lei no. 8.080/1990, que destacava, dentre outros aspectos de organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a vigilância alimentar e nutricional como um dos componentes. A partir de 2004 sob a égide do Ministério da Saúde (MS), a estratégia contemplou quatro frentes de trabalho: (I) realização de eventos de sensibilização aos gestores e profissionais da atenção básica de saúde, (II) capacitação de recursos humanos, (III) instalação do sistema nos municípios e (IV) elaboração e distribuição de materiais técnicos. (MACHADO, et al., 2011)

Um sistema de informação consiste em um processo de transformação de dados em informações, as quais são, posteriormente, usadas para tomada de decisão, formulação ou reorientação de políticas públicas. O SISVAN destina-se ao diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais. Outro objetivo é avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando as consequências decorrentes desses agravos à saúde. (MINISTÉRIO SAÚDE, 2004)

Diante dos dados colhidos observou-se que o SISVAN trata-se de um sistema que tem por responsabilidade a atuação na vigilância alimentar da população, com a promoção de informações, para a prevenção de doenças ocasionadas por uma alimentação inadequada. O mesmo age como auxiliador para implantação de políticas de programas alimentares direcionados a população sendo um veículo de promoção à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Em relação as atribuições do SISVAN, podemos destacar: planejamento, implementação de estratégias de alimentação e nutrição, o diagnóstico e análise dos problemas nutricionais da população, operacionalização de programa, realização de ações preventivas e curativas na rede de saúde, incentivo ao aleitamento materno, atividades educativas destinadas a melhorar as práticas alimentares são extremamente importantes para o funcionamento correto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é conhecer as características e o funcionamento do Sistema de Vigilância de Alimentação e Nutrição (SISVAN) no sistema de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, ou seja, uma análise e descrição do conteúdo abordado, como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Essa pesquisa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2016.

Foram pesquisados nas principais bases de dados on-line, como BIREME, SCIELO, VÉRSILA e BVS. Utilizando descritores como: Vigilância, Alimentar e Epidemiologia. Além disso, foram utilizados materiais secundários como as cartilhas do Ministério da Saúde devido a grande diversidade de conteúdo e formas de apresentação.

Os critérios de inclusão foram: artigos em Língua Portuguesa na íntegra que abordassem a temática pesquisada. Os critérios de exclusão são: artigos que fugissem do tema proposto, na Língua Inglesa e que não apresentassem o conteúdo na íntegra. A pesquisa ocorreu entre os meses de abril a maio de 2016. Após a leitura de diversos documentos e artigos, utilizamos cinco cartilhas disponibilizadas no site do Ministério da Saúde e três artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

RESULTADOS

O SISVAN foi regulamentado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, e Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Sendo sugerido que as ações da Vigilância Epidemiológica não deveriam ser restritas às doenças transmissíveis, mas deveriam ser também aplicáveis a outros problemas de saúde pública, incluindo aqueles relacionados à alimentação e à nutrição. (Marília Arcoverde de Holanda, 2011)

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, ou simplesmente SISVAN, deriva de um sistema de informações que visam disseminar conhecimento sobre a nutrição da população e os motivos pelos quais são influenciados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A certeza, concretização e posse desse conhecimento permitem às autoridades a possibilidade de execução de estratégias a fim de promover uma melhoria significativa nas condições de nutrição e saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A avaliação nutricional de criança, jovens, adultos e idosos é um instrumento de muita utilidade na saúde pública. O conhecimento do estado nutricional, principalmente da infância, permite aferir as condições de saúde e de vida de uma população. (POST et al, 1996; Monteiro et al, 2000; ARAÚJO, 2007)

No dia 18 de Outubro de 2004, instituiu-se, por meio da portaria nº 2246, a implementação de ações do SISVAN, no Sistema Único de Saúde em todo o território Brasileiro. Percebendo o déficit de avaliar o progresso ou regresso dos processos adotados, foi realizada uma Conferência Mundial da Alimentação, onde ficou estabelecido que o Comitê Misto de Peritos da FAO/OMS/UNICEF seria responsável pela distribuição de informações. (UNICEF, 2012)

O SISVAN foi implantado no Brasil com alguns objetivos, sendo eles: auxiliar na formulação de políticas públicas, planejar e reavaliar programas que estão diretamente ligados à alimentação e nutrição da população brasileira e avaliar a eficácia das ações governamentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) Além disso, uma característica fundamental do SISVAN é a difusão sistemática dos dados e a interpretação dos resultados aos usuários e gestores para que as intervenções possam ser implementadas de maneira significativa.

A participação de uma equipe ativa é necessária para dar continuidade de forma correta, pois as informações depois de serem adquiridas devem ser passadas adiante. As equipes de saúde precisam avaliar os resultados e passar aos usuários de forma clara e fácil de ser compreendida, pois essas informações vão servir para orientar futuras ações a serem tomadas em relação aos dados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

No modelo atual de atenção à saúde atual, a Agenda da Nutrição deve ser estabelecida a partir da caracterização do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares. Esta ação abrange a identificação de riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde, alimentação e nutrição das famílias. O levantamento epidemiológico da população deve incluir dados provenientes de diversas fontes e sistemas de informação, entre os quais o SISVAN, que servirão de base para a realização do diagnóstico de saúde até a tomada de decisão em diferentes níveis de governo. A partir do diagnóstico, é possível realizar o planejamento objetivando à estruturação das ações de prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável no serviço, contemplando as características e as diversidades locais. (COUTINHO, et al, 2009)

Como forma de aproximação do sistema, foi criado o SISVAN Web, uma plataforma acessada via internet onde porta os dados de alimentação, nutrição indicadores do consumo alimentar, altura e peso dos usuários de programas sociais como Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Bolsa Família. Esses programas acompanham os pacientes desde o nascimento até o fim da vida, permitindo que as informações do paciente estejam contidas dentro de suas fichas e as mesmas estando sob fácil acesso para análises futuras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Faz-se necessário um acompanhamento dos usuários com os profissionais de saúde para um reconhecimento de possíveis situações de risco e promoção à saúde. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) possui serviços de avaliação antropométrica, como peso, altura, largura e comprimento e consumo alimentar, esses dados entrarão no SISVAN que será avaliado diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Para a implantação correta e eficiente do SISVAN, são necessários alguns equipamentos, como: computadores com acesso direto à internet, cadastros individuais de acompanhamento, marcadores alimentares, gráficos e tabelas, balanças portando estadiômetros e calculadoras para fazer medição de Índice de Massa Corporal (IMC). (UNICEF, 2012)

Desde a idealização do sistema de vigilância alimentar e nutricional até hoje, muitas mudanças e avanços ocorreram. O sistema possui importantes ferramentas que, se utilizadas corretamente, possibilitam inúmeras deduções relativas não só ao estado nutricional como ao consumo alimentar da população brasileira. A informatização do sistema possibilitou agilidade na consolidação das informações em diferentes níveis e áreas de abrangências. Dessa forma, o sistema é alimentado pelos municípios com objetivo principal de promover informação contínua sobre o estado nutricional e alimentar da população assistida pela atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente de grupos sob vulnerabilidade social, econômica ou biológica. (COUTINHO, et al, 2009)

A identificação da situação alimentar e nutricional configura-se, ainda, como importante instrumento para o monitoramento da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na medida em que a análise de indicadores de saúde e nutrição expressa as múltiplas dimensões da (in)segurança alimentar e nutricional, permitindo aos gestores públicos e às instâncias de controle social e de participação da sociedade civil analisar a

situação e construir uma agenda de políticas públicas coerentes com as necessidades da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que o programa implantado no Brasil, é de grande importância para o conhecimento da situação nutricional da população, o SISVAN passou por várias evoluções, sendo umas das tecnologias com a implantação da SISVAN web e inclusões em um grande período de tempo, visando a melhor qualidade dessas informações, para resultar em uma boa implementação de serviços.

Mesmo sabendo das dificuldades encontradas nas coletas de dados e realizações das ações do sistema, o mesmo precisa ser seguido para controlar, tratar e até inibir os problemas relacionados à alimentação e nutrição populacional, principalmente para melhoria da qualidade de vida da população que mais necessita.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS** – Brasília. vol 2. 2010. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. **Manual de orientações sobre Bolsa Família / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção Básica à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação - Geral de política de alimentação e nutrição.** - ed. - Brasília; Ministério da Saúde; 2011. 76 p. Livroilus, tab, graf.(G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual Equipamentos>>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Editora MS, 2002. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso em: 20 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica>. Acesso em: 20 abr 2016.

COELHO, Diego; FILHO, João Paulo Aché de Freitas; MATTIA, Ana Lúcia De; BARBOSA, Maria Helena; ROCHA, Adelaide De Mattia. **Avaliação nutricional da população assistida pelo Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de São João Del Rei-MG, Brasil**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2009;33(3):273-278. Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-24276>>. Acesso em: 20 abr 2016.

FERREIRA, Carolina Souza. **O Sistema De Vigilância Alimentar E Nutricional Como Instrumento De Monitoramento Da Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em:<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-99FJ5B/disserta_o_carolina_souza_ferreira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 abr 2016.

MERGEN, Cristiani; FIGUEIREDO, Lisniane Pereira; GONZALEZ, Ana Paula Heck. **Análise Dos Dados Do Sistema De Vigilância Alimentar E Nutricional – Sisvan Da 13ª Coordenadoria Regional Da Saúde Do Rio Grande Do Sul No Ano De 2004**. Rio Grande Do Sul, 2004. Disponível em:<http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1393610698.pdf>. Acesso em: 20 abr 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia metodológico do Selo UNICEF Município Aprovado Edição 2009-2012**. O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos Brasília, DF: UNICEF, 2005. Almanaque da Família Brasileira - UNICEF, 2010. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cartilha_sisvan.pdf>. Acesso em: 20 abr 2016.

ROLIM, Mara Diana; LIMA, Sheyla Maria Lemos; BARROS, Denise Cavalcante de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. **Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil**. Minas Gerais. ABRASCO, 2015.

Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2359.pdf>>.
Acesso em: 20 abr 2016.

MACHADO, Amélia Dreyer; CALLEJAS, Eugênia Francisca Carvalho; DUARTE, Sebastião Junior Henrique; RODRIGUES, Vanessa Behrends; SANTOS, Alice Aparecida Moraes; PEREIRA, Adriani Cavalcanti de Figueiredo Costa; CURTY, Isabela Pitta da Silva.
Diagnóstico Do Sistema De Vigilância Alimentar E Nutricional Em Uma Unidade Básica De Saúde - Cuiabá/MT. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.02, Nº. 01, Ano 2011. p. 318-325. Disponível em:<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/111/pdf_1>. Acesso em: 09 mai 2016.

COUTINHO, Janine Giuberti et al. **A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais.** Rev Bras Epidemiol 2009; 12(4): 688-99. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/18.pdf> >. Acesso em 09 mai 2016.

PEDROSO, Márcia Regina de Oliveira. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): Uma Revisão na América Latina e Brasil.** Porto Alegre, 2010. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28185/000768964.pdf?sequence=1>>.
Acesso em: 09 mai 2016.

HOLANDA, Marília Arcoverde de. **Implementação do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB) no município de Arcoverde – PE / Marília Arcoverde de Holanda.** - Recife: [s.n.], 2011. Disponível em:<<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011holanda-ma.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2016.

POST et al. **Desnutrição e Obesidade Infantis em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais.** Cad Saúde Pública 1996; 12 (supl 1): 49 – 57. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csp/v12s1/1614.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2016.

MONTEIRO, C A; Benício MHD'A; Iunes RF; Gouveia NC; Cardoso MA. **Evolução da desnutrição infantil.** In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil:** a evolução do país e suas doenças. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p. 93-114. Disponível em:<<http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0102-311X200700010001600004&lng=pt&pid=S0102-311X2007000100016>>. Acesso em: 10 mai 2016.

ARAÚJO, CLP. **Referências Antropométricas.** In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, editors. **Epidemiologia Nutricional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, Editora Atheneu; 2007. p. 65-77. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201500010016500000&lng=en>. Acesso em: 10 mai 2016.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR: SUA IMPORTÂNCIA E APLICAÇÃO

AIRTON ARISON REGO PINTO⁸⁰

FERNANDA KELLY SOUZA DA FONSECA⁸¹

FRANCISCA MOURA DE LIMA⁸²

MARJANE VIEIRA GOMES COSTA⁸³

NIEDJA COSTA BARBOSA⁸⁴

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁸⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) e tem como objetivo deter as informações e realizar o processamento da produção relativo às internações hospitalares no âmbito do SUS. **OBJETIVO:** Conhecer a importância e as aplicações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Foram pesquisados nas bases de dados on-line: LILACS, MEDLINE e BDNF, utilizando os descritores: Sistemas de Informação Hospitalar. Hospitalização e Epidemiologia. Foram selecionadas oito publicações que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. **RESULTADOS:** O SIH é fonte importante que podem fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional, subsidiar o planejamento e a definição de prioridades. Possui também finalidade administrativa, de sistematizar dados a partir da Autorização de Informação Hospitalar (AIH), permitindo gerar pagamentos das internações aos hospitais conveniados/contratados pelo SUS. Suas aplicações vão desde a avaliação da qualidade da informação do sistema; identificar as estratégias para potencializar o uso das informações para a pesquisa; observar a gestão e atenção médico-hospitalar; descrever o padrão da morbidade-mortalidade hospitalar e da assistência médica; colaborar com a Vigilância epidemiológica e validação de outros sistemas de informação em saúde e avaliar o desempenho da assistência hospitalar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de o SIH-SUS ter sido desenvolvido para conter dados administrativos, pela quantidade de informação que armazena, pode ser muito bem explorado tanto em estudos clínicos, quanto

⁸⁰ Relator. Discente do segundo período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE. Endereço: Rua: Benício Filho, nº 16, Bairro: Ilha de Santa Luzia, telefone: (84) 987991924 e e-mail: airton.arison17@gmail.com.

⁸¹ Discente do segundo período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE.

⁸² Discente do segundo período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE.

⁸³ Discente do segundo período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE.

⁸⁴ Discente do segundo período de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE.

⁸⁵ Enfermeira e Mestre. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

epidemiológicos ou por qualquer outra área que necessite de informações sobre a produção hospitalar.

Palavras-chaves: Sistemas de Informação Hospitalar. Hospitalização. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A informação é suporte para toda atividade humana, em especial nas empresas e instituições. No Brasil, com a implementação e regulamentação do SUS, os profissionais de saúde e gestores têm responsabilidades relativas à análise e disseminação de dados e ao uso de sistemas de informação em saúde, que não tinha há poucas décadas. A tecnologia da informação pode contribuir com os setores de trabalho, modificando sua rotina, trazendo benefícios e novas oportunidades de gerenciar, em tempo real, um montante de informações que favorecem o processo de gestão dos serviços de saúde (LEMOS, 2010).

O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e tem como objetivo deter as informações e realizar o processamento da produção relativo às internações hospitalares no âmbito do SUS. O SIH-SUS, também conhecido como Sistema AIH é originado do formulário administrativo denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com a finalidade, fiscalizar e controlar as ações dos serviços de saúde. Apesar de ter mais de 25 anos de uso, o SIH-SUS pode ser considerado um sistema moderno (SANTOS, 2009).

No Brasil, nos últimos anos, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados originados, de forma rotineira, pelos serviços de saúde, como ferramenta na elaboração de políticas de saúde, no planejamento e gestão de serviços de saúde (LEMOS, 2010). Além disso, trata-se de uma base de dados administrativa que armazena as informações das internações hospitalares ocorridas no sistema público de saúde. Os autores sugerem que a utilização de bases de dados secundários na vigilância epidemiológica seja precedida por um estudo de avaliação da adequação da iniciativa (PEREIRA, 2013).

Quanto à utilização do SIH-SUS em ações de vigilância e monitoramento de doenças em nível populacional, é desejável que a base seja previamente avaliada considerando as especificidades de cada agravo a ser pesquisado. A existência de um sistema de informação específico para as internações hospitalares no SUS, o potencial de uso das informações geradas a partir deste sistema para caracterizar o panorama municipal/estadual/nacional das

condições de internação hospitalar, seu possível uso como uma ferramenta útil à prática de gerência de enfermagem e gestão do sistema municipal de saúde justificaram o desenvolvimento desta investigação (TOMIMATSU, 2009).

A avaliação da adequação do SIH-SUS como ferramenta para a captação da magnitude e da distribuição das doenças na população têm mostrado resultados heterogêneos e limitados por uma série de fatores, tais como a variação na qualidade dos dados; reduzida disponibilidade de informação clínica na AIH; falta de universalidade da cobertura e discrepância na facilidade de acesso entre regiões; utilização regida por regras de financiamento; e demanda influenciada pela oferta (PEREIRA, 2013).

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é conhecer a importância e as aplicações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde, sendo um processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento com base de literaturas já existente em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (MATTOS, 2015).

Foi realizada busca nas bases de dados on-line: LILACS, MEDLINE e BDNF, utilizando os descritores: Sistemas de Informação Hospitalar, Hospitalização, Epidemiologia. Foram encontradas dez publicações que atenderam aos critérios de inclusão, porém após a leitura foram excluídos dois, totalizando oito artigos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos na língua portuguesa, na íntegra, que abordavam o assunto da temática, entre os anos de 2004 a 2013. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão. A pesquisa teve início 20 de abril 2016 a 05 de maio de 2016.

RESULTADOS

Os sistemas de saúde, desenvolvidos após a década de 1950 por muitos países, tiveram que superar gradualmente o desafio, mesmo considerando as suas características veementemente diferentes, de assegurar a sua viabilidade e firmeza social, política e econômica. Para tal, questões relativas ao desempenho do sistema de saúde em termo das

dimensões de “acesso, aceitabilidade, efetividade, segurança, eficiência e equidade na atenção à população” deveriam estar presentes no processo de desenvolvimento dos seus sistemas de informações (SANTOS, 2009).

Após a implementação do SUS e sua regulamentação, os técnicos e gestores municipais brasileiros têm responsabilidades de gerenciamento dos sistemas de informação em saúde, análise e disseminação dos dados que não tinham há poucas décadas. Dessa forma, municípios que, a exemplo dos Estados, contam com serviços de auditoria, avaliação e controle das internações hospitalares financiadas pelo SUS devem se preocupar em analisar a cobertura e qualidade dos dados produzidos por esse Sistema, de forma que este possa ser útil às decisões do próprio setor e que possa proporcionar subsídios a outros setores ou organizações envolvidos (TOMIMATSU, 2009).

O Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) foi criado em 1991, para substituir o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) em uso desde 1981. O SIH é fonte importante que podem fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional, subsidiar o planejamento e a definição de prioridades. No Brasil, estes bancos de dados disponibilizam grande número de variáveis, ainda não são adequadamente explorados. Há um potencial de uso de dados do SIH-SUS para a análise da organização dos serviços de saúde na oferta e demanda por serviços, fluxo de pacientes e complexidade de ações. (GUIMARÃES, 2004).

O SIH é um sistema de informação que tem uma finalidade administrativa, qual seja, sistematizar dados a partir da Autorização de Informação Hospitalar (AIH), os quais permitem gerar pagamentos das internações aos hospitais conveniados/contratados pelo SUS. A abrangência nacional e a atualização constante dos dados do SIH- SUS permitem, apesar das limitações, que estes dados sejam utilizados para outras finalidades, como por exemplo, traçar o perfil epidemiológico das internações (LEMOS, 2010).

Suas aplicações vão desde avaliação da qualidade da informação do sistema, Identificação das estratégias para potencializar o uso das informações para a pesquisa, Observar a gestão e atenção médico-hospitalar; Descrever o padrão da morbidade-mortalidade hospitalar e da assistência médica; Colaborar com a Vigilância epidemiológica e validação de outros sistemas de informação em saúde e Avaliar o desempenho da assistência hospitalar (SANTOS, 2009).

Para a Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares, os dados do SIH-SUS podem subsidiar estudos com grande abrangência geográfica, apesar de não corresponder a todas as internações no país. Um dos itens refere-se a redução no número de internações pois

vários fatores podem ter permitido que isto ocorresse. Um deles foi a implementação de programas assistenciais nos serviços de atenção básica, assim como o aumento das ações de vigilância, outro fator é o número de pessoas assistidas por planos de saúde particulares e a distância dos centros de referência favorece também a diminuição (AZEVEDO, 2006).

De acordo com Azevedo et al (2006), na sua pesquisa intitulada o sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva descreveu os estudos acadêmicos que utilizaram as informações do SIH-SUS no período de 1984 – 2003. Este período a produção acadêmica com base nestas informações foi grande, pois abrangeu a época que o sistema era administrado pelo INAMPS/MPAS, a criação do SUS, a descentralização do financiamento e das competências do sistema e sua respectiva expansão, a integração com outros aplicativos, a sedimentação da disseminação das informações do SIH-SUS e uma nova visão das informações geradas pelo sistema, não ficando restrita ao repasse de recursos.

Uma das maiores “virtudes” do SIH-SUS é o tempo decorrido entre a internação e a disponibilização dos seus dados. Isto ocorre em grande parte por este sistema lidar com informações financeiras, o que se mostra interessante não só para o hospital, como para todos os outros usuários do sistema não reter estes dados por muito tempo. Estes depois de consolidados, ficam disponibilizados na internet com ferramentas como o TabNet (SANTOS, 2009).

Na vertente, estão as publicações que tiveram como foco potencializar o uso das informações do SIH/SUS na condução de pesquisa, na gestão e na atenção médico-hospitalar. Vários artigos ao descreverem os objetivos, instrumentos, fluxo de documentos, indicadores, abrangência e desempenho do SIH/ SUS contribuíram para o entendimento da base de dados do sistema (PICOLO, 2009).

Apesar de o SIH-SUS ter sido desenvolvido para conter dados administrativos, por sua grandeza em termos de informação (dados do paciente, dados sobre a doença, valores), pode ser muito bem explorado tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos ou por qualquer outra área que necessite de informações sobre a produção hospitalar. A descontinuidade e/ou mudança de políticas implementadas devem ser consideradas na utilização das informações e no estudo dos indicadores, pois podem gerar mudanças significativas nos resultados (LEMOS, 2010).

Nos últimos anos, houve melhora da cobertura e qualidade da informação sobre nascidos vivos e de mortalidade, há ainda espaço para análise e aprimoramento da informação sobre morbidade hospitalar. Assim, o presente estudo pretendeu contribuir para um melhor

conhecimento das deficiências que o Sistema apresenta e, conseqüentemente, para o processo de qualificação da informação do SIH-SUS (TOMIMATSU, 2009).

A utilização das informações do SIH/SUS merece destaque, em conjunto com outras bases de dados nacionais, no desenvolvimento de metodologias e na escolha de indicadores para explicitar as desigualdades em saúde. Há um texto que trata das principais questões metodológicas relacionadas ao estudo da mortalidade hospitalar, que é o indicador de desempenho da assistência mais utilizado (GUIMARÃES, 2004).

A universalidade foi analisada, no período de 1995 a 1998, através de indicadores de cobertura e concentração de procedimentos por habitante/ano no Brasil a partir de dados do sistema de informação ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH). Dessa forma, no período houve uma redução geral das internações, apresentando uma tendência redistributiva entre as regiões do país. Para os autores é possível concluir que embora tenham ocorrido avanços no acesso ao sistema de saúde, particularmente na atenção básica, os princípios da universalidade e da equidade ainda são objetivos a serem alcançados na assistência à saúde no Brasil (PICOLO, 2009).

Ainda que seja insuficiente para conhecer a extensão na qual as várias fontes de erros operam nos diferentes registros, é preciso destacar que, desde o primeiro estudo sobre confiabilidade dos dados da AIH até hoje, muito se avançou na implantação de parâmetros de aceitação na digitação do código de diagnóstico. Tais procedimentos têm levado ao estabelecimento de rotinas que permitem identificar AIH com problemas e providenciar sua correção antes do processamento (LEMOS, 2010).

Interessante destacar que entre as publicações, diversas focam o estudo da mortalidade associando informações de diferentes bancos de dados, concluindo que a integração de dados de diferentes sistemas de informação permite uma melhor qualidade de resultados alcançados. O aprofundamento das análises do SIH/SUS pode contribuir para o acompanhamento espaço-temporal das taxas de mortes neonatais e natimortalidade, fornecendo subsídios para ações de organização do programa materno-infantil (PEREIRA, 2013).

As internações hospitalares representam importante segmento produtivo do setor saúde, pois consomem expressivos recursos, tanto para o custeio de materiais de consumo, equipamentos, medicamentos, entre outros, como para o custeio de recursos humanos (LEMOS, 2010).

Contudo, existem resistências quanto ao uso das informações da AIH para comparar o desempenho entre hospitais. As principais argumentações referem-se à validade dos dados

coletados e à ausência de importantes variáveis clínicas e de procedimentos médicos, o que limitaria o controle adequado da gravidade dos pacientes nos diferentes hospitais. Outra questão é que o critério de escolha do indicador vai depender da existência de associação medicamente plausível entre a qualidade do processo de assistência e a frequência do resultado (AZEVEDO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo indica que o SIH/SUS tem potencial de utilização para além de processamento de faturas das contas relativas às internações hospitalares, entretanto, a exploração deste sistema ainda é razoável. Acredita-se que a avaliação é um elemento necessário à reorganização das práticas de saúde, devendo estar afinada à necessidade de adotar novos modelos de atenção à saúde, ou seja, requer objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda/produção.

Dentre os aspectos relacionados ao SIH-SUS verificamos que têm sido investigados, aqueles relativos ao perfil epidemiológico/ demográfico de internação, à análise da qualidade da informação e à organização dos serviços de saúde. Com isso, o enfoque administrativo ou epidemiológico permite a alimentação de sistemas que se constituem em importante fonte de informação sobre a ocorrência de eventos (por exemplo, internação) e agravos à saúde.

Entretanto, a utilização de sistemas de abrangência nacional, tem a vantagem da cobertura de todas as regiões e tem como limitação a impossibilidade de nivelar as informações. Segundo as diferenças locais de recursos materiais e humanos disponíveis, havendo dificuldades desde o acesso a equipamentos de informática e permanência de registros manuais até a baixa capacitação de recursos humanos que manuseiam estes bancos de dados.

Portanto, por um lado há cobertura incompleta das internações hospitalares pelo SIH-SUS e incertezas quanto à confiabilidade das informações contidas nesse sistema, tornando controvertida sua contribuição na pesquisa, organização e avaliação da assistência médico-hospitalar, por outro lado, a variedade de estudos aliados a resultados que mostraram consistência interna e coerência com os conhecimentos atuais reforçam a sua importância e a necessidade de entender os seus pontos fortes, adotando estratégias de superação dos pontos fracos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Sonia Bittencourt; ANTONIO, Luiz Bastos Camacho; CARMO, Maria do Leal. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):19-30, jan, 2006.

GUIMARAES, Eliane Marina Palhares; EVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, Apr. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652004000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2016.

LEMOS, Carolina; LUCIEL, Dias Pedreschi Chaves; ANA, Lúdia de Castro Sajioro Azevedo. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(1):177-85. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a22.htm>.

PEREIRA, Marcos Nakamura et al. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1333-1345, jul. 2013.

PICOLO, Gd; CHAVES, Ldp; AZEVEDO, Alcs. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet],11(2):395- 402. 2009

SANTOS, A. C. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

TOMIMATSU, M.; et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, 43(3):413-20. 2009.

MATTOS, P. C. **Tipos de revisão de literatura**. Faculdade de Ciências Agrônomicas-UNESP, Campus de Botucatu, 2015.

ACOLHIMENTO COMO PORTA DE ENTRADA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE BUCAL: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE MOSSORÓ/RN

Anadiêr Pimentel Bezerra Cunha Lima Porto VIEIRA⁸⁶

Patrícia Diógenes DE MORAIS⁸⁷

Ivana Cristina Martins de OLIVEIRA⁸⁷

César Vasconcelos CORTEZ⁸⁷

Ubaldo Onésio de Araújo SILVA⁸⁸

RESUMO

Introdução: O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, cuja satisfação deve ser considerada um alvo a ser alcançado. Sendo a sua análise de grande valia, pois representa um acompanhamento das ofertas de ações e serviços sob o olhar do usuário, peça principal da existência desses serviços. **Objetivos:** O presente estudo objetivou a análise do acolhimento como porta de entrada na Atenção Básica de Saúde Bucal do município de Mossoró/RN. **Metodologia:** Pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado constando de perguntas sobre acesso, acolhimento, procedimentos realizados e satisfação com o serviço odontológico. Sendo submetido a 517 usuários de quatro Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN, cobertas pelo programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) em parceria com a Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM), que possuem população de 13.726 usuários cadastrados. **Resultados:** Da amostra total (n=517), observou-se que 64% dos usuários (n=332) já haviam utilizado o serviço odontológico nas respectivas Unidades de Saúde. Destes, 83% (n=276) relataram ter resolvido suas queixas, considerando-se satisfeitos com os serviços oferecidos. Dentre estes, 194 usuários realizaram raspagem e alisamento coronário e radicular/profilaxia, 148 realizaram aplicação tópica de flúor, 147 realizaram restaurações, 139 realizaram exodontias, enquanto apenas 36 usuários utilizaram serviço de urgência. **Conclusões:** Concluiu-se que o acolhimento como porta de entrada na Atenção Básica de Saúde Bucal do município de Mossoró/RN está favorecendo o acesso à população, visto que a maioria dos usuários declarou-se satisfeita com os serviços.

Palavras Chaves: Atenção Básica. Acolhimento. Saúde Bucal.

⁸⁶ Cirurgião-dentista discente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Mossoró/Rio Grande do Norte. Endereço para correspondência: Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº383, Centro, Mossoró/RN. Telefone: (84)3315-2151. Email: patriciadiogenesm@gmail.com.

⁸⁷ Cirurgião-dentista discente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Mossoró/Rio Grande do Norte.

⁸⁸ Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Mossoró/Rio Grande do Norte. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, Brasil vem enfrentando intensas transformações no setor da saúde, sendo a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) suas maiores conquistas. Visando à mudança no modelo hegemônico, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs aos municípios o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e controle social. (MOIMAZ, 2010) Contudo, apesar dos incentivos governamentais para a consolidação desta estratégia, é perceptível que na maioria dos municípios nos quais a ESF foi implantada ainda existem deficiências no desenvolvimento das atividades (MOIMAZ, 2010) , fato este que leva a uma maior preocupação em relação a qualidade dos serviços de saúde e a participação da população na gestão desses serviços. (CRUZ, 2008)

Caracterizada como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, a ESF está centrada no atendimento a família, priorizando ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, manutenção da saúde e garantia de melhor acesso aos serviços de saúde à população.

O atendimento é prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no domicílio pelas equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de 3 mil a 4 mil habitantes ou de mil famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e ocupada por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. (GIL, LUIZ GIL, 2016)

A ineficiência decorrente das práticas sanitárias do modelo assistencial privatista trouxe como uma necessidade a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo marco teórico-político configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde. De tal modo, em meados da década de 90, emerge o acolhimento que dá ênfase a defesa da vida e a manutenção dos direitos sociais buscando autonomia dos usuários e das comunidades, e a resolutividade dos problemas em saúde (MITRE, 2012).

Proposto como uma forma de reorganização do serviço de saúde pública brasileira, o acolhimento tem como objetivo oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde

apresentado pelo usuário (BREHNER; VERDI, 2010). Considerado eminentemente como uma postura ética, o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma condição que não pressupõe hora ou profissional específico para realizá-lo, implicando em um compartilhamento de saberes, angústias e invenções (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010).

Com a promoção do controle social, da prática de avaliação dos serviços por meio de perguntas aos usuários e do fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, os estudos de satisfação passaram a ter um importante papel no cenário brasileiro (GOUVEIA, 2009).

Desse modo, a satisfação do paciente deve ser considerada um alvo a ser alcançado pelos serviços de saúde, sendo a sua análise de grande valia, pois representa um acompanhamento das ofertas de ações e serviços sob o olhar do usuário, peça principal da existência desses serviços. (COTTA, 2005)

Portanto, o conhecimento acerca da satisfação dos usuários frente aos serviços de saúde oferecidos apresenta caráter altamente relevante, para que se possam compreender as lacunas deixadas pelo mesmo, e a partir dessa realidade, adequar o serviço às expectativas da comunidade, planejando novas ações que apontem para a superação das limitações encontradas, tendo como base as informações adquiridas. (NOBRE, 2005)

Dessa forma, o acolhimento como discurso de inclusão social em defesa do SUS visa a retomada do acesso universal no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde. Assim, o presente trabalho busca analisar o acolhimento como porta de entrada na Atenção Básica de Saúde Bucal do município de Mossoró/RN.

OBJETIVO GERAL

Analisar o acolhimento como porta de entrada na Atenção Básica de Saúde Bucal do município de Mossoró/RN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar quais os procedimentos odontológicos mais utilizados pelos usuários;
- Identificar o grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas.

METODOLOGIA

- TIPO DE PESQUISA

Pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa.

- CONTEXTO DE ESTUDO

De acordo com dados da Prefeitura local, o município de Mossoró possui uma área territorial de 2.110 km². Limita-se ao norte com o Estado do Ceará e o Município de Grossos, ao sul com os Municípios de Governador Dix-Sept Rosado e Upanema, ao leste com Areia Branca e Serra do Mel e a oeste com Baraúna. Tem localização bastante privilegiada por se situar entre duas capitais (Fortaleza e Natal). Seu clima é semiárido, com temperaturas entre 22,5 graus e 33.3 graus. O município, segundo dados do IBGE (2010), possui uma população de 259.815 habitantes.

No município de Mossoró existem atualmente 68 Equipes da Estratégia Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura de 87% do território municipal. Para a realização dessa pesquisa foram escolhidas as Unidades Básicas de Saúde abrangidas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) em parceria com a Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM) no período de 2015, que são: UBS Dr. Helênio Gurgel (Bairro Pereiros), equipe 158; UBS Vereador Durval Costa (Bairro Wallfredo Gurgel), equipe 146; UBS Dr. Antônio Soares Júnior (Bairro Bom Jesus), equipe 118 e UBS Maria Neide da Silva Souza (Bairro Nova Vida), equipe 148.

- SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa será desenvolvida com usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde localizadas no município de Mossoró/RN. Dentre os critérios de inclusão, estão os usuários que buscam cuidado à saúde bucal em suas respectivas áreas de abrangência e que tenham assinado o termo de consentimento de forma livre e esclarecida.

A equipe 158 possui 5.302 usuários, com 1.310 famílias cadastradas, sendo 2.452 do sexo masculino e 2.850 do sexo feminino. A equipe 146 possui 3.527 usuários, com 876

famílias cadastradas, sendo 1.618 do sexo masculino e 1.909 do sexo feminino. A equipe 118 possui 2.978 usuários, com 766 famílias cadastradas, sendo 1.545 do sexo masculino e 1.433 do sexo feminino. A equipe 148 possui 1.919 usuários, com 523 famílias cadastradas, sendo 979 do sexo masculino e 940 do sexo feminino. Assim, a população envolvida nessa pesquisa corresponde a 13.726 usuários.

- INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado constando de perguntas sobre acesso (se a consulta foi agendada ou não), acolhimento (se teve o problema resolvido), procedimentos realizados (exodontia, restauração, raspagem, flúor e/ou urgência) e satisfação com o serviço odontológico.

- CATEGORIAS DE ANÁLISES

A análise dos resultados foi realizada através da estatística descritiva.

RESULTADOS

Da amostra total (n=517), observou-se que 64% (n=332) já havia utilizado o serviço odontológico nas Unidades Básicas de Saúde responsáveis por sua área de abrangência. Destes, 83% (n=276) relataram ter resolvido suas queixas, considerando-se satisfeitos com os serviços oferecidos. Enquanto 10,5% (n=35) declararam não ter o problema resolvido, 5,5% (n=18) resolveram parcialmente e 1% (n=3) não souberam responder.

Dentre estes, 194 usuários já realizaram RACR – raspagem e alisamento corono radicular/profilaxia, 148 realizaram aplicação tópica de flúor, 147 realizaram restaurações, 139 realizaram exodontias, enquanto apenas 36 do total de usuários abordados utilizaram o serviço de urgência.

Percebe-se, portanto, que apesar das dificuldades encontradas para o funcionamento contínuo dos serviços odontológicos de saúde pública e de pouco mais da metade dos usuários abordados terem tido acesso ao serviço em questão, que o acolhimento realizado pelo setor no Município de Mossoró, de uma forma geral, promove uma avaliação positiva dos serviços odontológicos prestados pela equipe de saúde bucal pelos usuários da rede pública. Entretanto, foram observadas inúmeras queixas a respeito da deficiência de recursos físicos e

materiais e consequente dificuldade de acesso. De modo que se pode afirmar que o SUS, apesar dos intensos avanços que vem alcançando em seu processo de implementação, ainda tem que promover melhorias na sua organização para que seus princípios sejam efetivos.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que o acolhimento como porta de entrada na Atenção Básica de Saúde Bucal do município de Mossoró/RN está favorecendo o acesso à população, visto que a maioria dos usuários declarou-se satisfeita com os serviços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Ciênc. saúde coletiva, v.15, n.3, 2010.

COTTA, R. M. M. **A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde**. Scientia Medica, v. 15, n. 4, 2005.

CRUZ, W. B. S. **Análise de satisfação dos usuários de um hospital privado**. São Paulo, 2008. Dissertação [mestrado], Universidade de São Paulo.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Contexto de implantação e aspectos organizacionais do SUS**. São Luiz: UMA-SUS/UFMA, 2016.

GOUVEIA, G. C. *et. al.* **Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais**. Rev Bras Epidemiol, v.12, n.3, p.281-296, 2009.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n.8, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010.

NOBRE, E. S. *et. al.* **Avaliação da qualidade de serviço odontológico prestado por universidade privada: visão do usuário**. Rev Bras Promoção Saúde, v.18, n.4, p. 171-176, 2005.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS, J. M. L. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família.** Cad. Saúde Pública, v.26, n.12, p.2316-2322, 2010.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO: CONHECENDO SUA IMPORTÂNCIA PARA SAÚDE

MONIQUE RAFAELLA MONFORT LEMOS⁸⁹

ANA JULIANA FREITAS DA SILVA⁹⁰

IANCA RÊGO LIMA²

RENATA SORAIA ROCHA²

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁹¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Sistema de Avaliação do Programa de Imunização (API) é um sistema desenvolvido para possibilitar, aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização, a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. **OBJETIVO:** Conhecer a importância do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização para a saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Foram pesquisados nas principais bases de dados on-line, como: Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, foram pesquisados dados secundários do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações, relatórios e documentos no site do Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, foram utilizados oito artigos que atenderam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** O Programa Nacional de Imunizações, pelo Sistema API, possui grande importância para área da saúde e tem como função acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar os índices de cobertura e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. Além disso, a alimentação desse subsistema possibilita vantagens, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados, possibilita avaliar as coberturas alcançadas, identificar áreas de baixas coberturas, acompanhar a tendência das coberturas vacinais e subsidiar as áreas técnicas de vigilância epidemiológica e imunizações na identificação de áreas de risco para a ocorrência de surtos de doenças imunopreveníveis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Sistema de Avaliação do Programa de Imunização (API) é útil, eficaz e de alta qualidade sendo importante para o planejamento das ações preventivas e da alocação de recursos gerenciais, para garantir a qualidade da cobertura vacinal na população. **DESCRITORES:** Imunização. Saúde Pública. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Avaliação do Programa de Imunização (API) é também conhecido como Programa Nacional de Imunização (PNI). É um sistema desenvolvido para possibilitar, aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização, a avaliação dinâmica do risco

⁸⁹ Graduanda do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. E-mail: monique_monfort@hotmail.com, Telefone:(84)8768-2448, endereço:Rua Oscar Guedes de Moura, 120, Cohab, Areia Branca/RN.

⁹⁰ Graduandas do 3º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁹¹ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados, e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período de tempo e área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. Controla as indicações de aplicação de vacinas de imunobiológicos especiais e seus eventos adversos, dentro do centro de referência em imunobiológicos especiais (MS, 2014).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973, teve suas competências regulamentadas em 1975 e possui a meta de tornar os imunobiológicos acessíveis, contribuindo para a erradicação ou controle das doenças imunopreveníveis (PEREIRA et al., 2013).

Dessa forma, a vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde infantil, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, se constituindo no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. O declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, Ministério da Saúde foi desenvolvido pelo DATASUS segundo especificação da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e da população vacinada por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. (DATASUS, 2011).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é conhecer a importância do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização para a saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura como requisito da disciplina de Epidemiologia e Saúde. Dessa forma, a revisão de literatura serve para posicionar o leitor do trabalho e o próprio pesquisador acerca dos avanços, retrocessos ou áreas com poucas informações. Além

disso, fornece informações para contextualizar a extensão e significância do problema que se maneja (MOREIRA, 2004).

Foram pesquisados nas principais bases de dados on-line, como: Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, foram pesquisados dados secundários do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações (SI-API), relatórios e documentos no site do Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, foram utilizados oito artigos.

Os critérios de inclusão foram: Trabalhos que abordavam o tema na Língua Portuguesa no período entre 2000 a 2014. Critérios de exclusão: trabalhos que não abordavam o tema e que estivessem na Língua Inglesa.

RESULTADOS

O Programa Nacional de Imunizações, pelo Sistema API, tem como função acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar os índices de cobertura e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, para assegurar condições ideais de agilidade, qualidade e padronização das informações, é necessário avançar no processo de informatização do PNI, o que já vem sendo feito ininterruptamente em parceria com o DATASUS. (MS, 2001).

A Fundação Nacional de Saúde possui, em cada estado, um serviço de informática e um técnico designado para dar o suporte técnico e operacional necessário ao sistema PNI/API. O serviço de suporte operacional existe com o objetivo de resolver os problemas de utilização e as dúvidas dos usuários, além de também estar atento às novas sugestões e críticas que porventura existirem (MS, 2001).

Sistema de Avaliação do Programa de Imunização tem como grande importância obter informações quanto ao registro de doses aplicadas nas vacinações de rotina e campanhas (por faixa etária e imunobiológico), o cálculo da cobertura vacinal e da taxa de abandono do cronograma de vacinas (PEREIRA et al., 2013).

De acordo com as limitações o registro de dados do sistema ocorre por doses aplicadas, e não por indivíduo vacinado, não é possível fazer busca ativa de faltosos e avaliar se a aplicação da vacina está ocorrendo conforme o aprazamento do cartão de vacinação. Além disso, não é possível avaliar a qualidade dos dados visto que o sistema não permite verificar duplicidade na entrada de dados e qual a procedência do indivíduo vacinado o que pode levar a alterações nas estimativas das coberturas. Os dados de doses aplicadas em clínicas privadas só são possíveis de observar nos estados e municípios impedindo, dessa forma, que a

consolidação dos dados nacionais observe qual a contribuição daquelas clínicas nos níveis de cobertura nacional.

A alimentação desse subsistema possibilita vantagens, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados, possibilita avaliar as coberturas alcançadas, identificar áreas de baixas coberturas, acompanhar a tendência das coberturas vacinais e subsidiar as áreas técnicas de vigilância epidemiológica e imunizações na identificação de áreas de risco para a ocorrência de surtos de doenças imunopreveníveis.

O Sistema possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. O registro das atividades de vacinação é feito em impressos específicos, padronizados pela instância nacional ou estadual como a caderneta de vacinação da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, da gestante, o cartão de controle ou ficha registro, o boletim diário, boletim mensal de doses aplicadas de vacinas. Na instância local podem ser adotados outros registros, de acordo com a necessidade, como, por exemplo, um documento para o registro de soros e imunoglobulinas (MS, 2001).

Na década de 90, foi implantado o Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-vacinação. Ainda nos anos 90 foram criados os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIEs. Nesta mesma década iniciaram-se as discussões para avaliar as coberturas vacinais por municípios e, quando possível, por localidades. Já nas primeiras avaliações das coberturas vacinais de rotina, que se seguiram observou-se muita heterogeneidade. A informatização implementada permitiu que todos os estados brasileiros passassem a ter condições de analisar suas coberturas vacinais (BORDIM, 2013).

Ainda na década de 90 realizou-se a 1ª Campanha de Vacinação contra influenza para a população de 65 anos e mais, depois antecipada para maiores de 60 anos, e foi elaborado o Calendário Básico Indígena. Todos os estados brasileiros passaram a ter pelo menos um CRIE (FARHAT C.K., 2008).

Nos anos 2000, com a ampliação da cobertura, investe-se na normatização técnica do PNI, com a elaboração e publicação de várias normas técnicas, tais como a dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, normas para Rede de Frio, de Capacitação de Pessoal em Sala de Vacinação, e, no ano de 2002 as Recomendações para Imunização Ativa e Passiva de doentes com Neoplasia; Também foram publicadas as Recomendações para Vacinação em Pessoas Infectadas pelo HIV (FARHAT C.K., 2008).

A avaliação regular e sistemática dos dados do API possibilita a observação de áreas com coberturas inadequadas, o que demonstra a importância desse sistema para o planejamento das ações e da alocação de recursos gerenciais (de pessoas, financeiros, materiais). O sistema dispõe de ferramentas capazes de monitorar as taxas de cobertura vacinal em cada nível, por faixa etária e imunobiológico específicos (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

Dessa forma, se as análises forem realizadas de forma adequada e oportuna, o sistema é capaz de detectar áreas vulneráveis (coberturas baixas) à ocorrência de surtos de doenças imunopreveníveis. Entretanto, dos dez coordenadores estaduais que responderam ao questionário, seis (60%) afirmam que não sabem se os municípios fazem avaliação dos seus dados ou afirmam que eles não fazem. Por isso, o sistema é útil, mas subutilizado nas três esferas de gestão (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

O SI-API pode ser considerado um sistema flexível, pois permitem alterações no seu formato à medida que se faça necessário inserir novas vacinas, grupos e faixas etárias relativas às mesmas, bem como a retirada daquelas que não fazem mais parte do calendário do PNI. Quando isso acontece, o sistema fica bloqueado apenas para entrada de dados daquele imunobiológico específico que foi excluído do Programa, entretanto, continua sendo possível utilizar os dados já digitados para análises (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

Nos primeiros anos de desenvolvimento do sistema duas versões eram criadas anualmente, uma para os estados e outra para os municípios. Atualmente, uma nova versão é produzida a cada ano para atender a necessidade das três esferas de gestão do sistema. Por isso, da sua criação até então em 2007 foram geradas 40 versões. No processo de aperfeiçoamento do sistema, a versão utilizada é a 9.6 que apresenta quatro módulos (entrada de dados, produtos, base de dados e segurança), tendo cada um deles diferentes funções (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

A alimentação dos dados do SI-API é compulsória e, segundo a Portaria Ministerial nº. 1.172/ 04, a não alimentação do mesmo, de forma regular e oportuna, implica bloqueio dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB fixo) e do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) (Seção da Competência dos municípios, art. 3 alínea a). Embora esse fator possa funcionar como impulsionador da decisão do usuário em alimentar o sistema, não é perceptíveis dificuldades de aceitação enquanto instrumento gerencial (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

O sistema fornece informações sobre toda a rede de municípios e dentro dos municípios por micro áreas administrativas de abrangência ao longo do tempo. Dessa forma, o sistema é

representativo e é avaliada a partir da análise da agilidade do sistema em cumprir todas as suas etapas, desde o registro da dose aplicada na sala de vacina até a distribuição das informações por meio eletrônico. O PNI preconiza que os bancos de dados sejam repassados para o nível federal a cada 30 dias (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

A data de repasse dos dados dos municípios e regionais para os estados é estabelecida pelos estados, porém deve ser feita mensalmente para adequação ao nível federal. Das dez respostas obtidas, quatro coordenadores (40%) recebem os dados com 21 dias em média de atraso e repassam para o nível federal com uma média de 22 dias de atraso. Os demais relatam que a maioria transfere no prazo estabelecido, porém têm que devolver frequentemente os resultados ao município para correções por apresentarem erros de digitação (NOBREGA; TEIXEIRA; LANZIERIE, 2010).

Por outro lado, a alimentação dos dados das três campanhas de vacinação que ocorrem anualmente, uma contra influenza dirigida à população idosa e duas etapas da campanha de vacinação contra poliomielite dirigida a crianças menores de cinco anos, é feita de modo on-line por cada município ligado a internet e posteriormente alimentados na base do SI-API. Para aqueles municípios que não dispõem de rede, os dados são repassados para os estados e estes repassam para o nível nacional. Além disso, os estados devem repassar para o nível federal o consolidado dos dados duas vezes no dia D e uma vez por semana ao longo do mês que dura a apuração da campanha. Dessa forma, a avaliação dos dados é inoportuna na rotina, mas oportuna durante as campanhas.

Nesse sentido, é imprescindível o conhecimento sobre as características da vacinação. Sendo a imunidade a capacidade do sistema imunológico reconhecer substâncias estranhas e promover uma resposta contra elas (micro-organismo responsável por uma doença infecciosa específica ou sobre suas toxinas). As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e têm o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro (MS, 2014).

A vacinação é a maneira mais eficaz de prevenir doenças. O Brasil tem evoluído nos últimos anos nessa área, especialmente com a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, que facilitou o acesso da população às vacinas (MS, 2014).

A vacinação vem ocupando um lugar de destaque entre os instrumentos de saúde pública utilizada pelos governos e autoridades sanitárias. Vista como responsável pelo declínio acelerado da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nas últimas décadas em nosso país, a vacina tem a finalidade de assegurar uma proteção específica ao indivíduo

imunizado, sendo considerada, por muitos, responsável por salvar inúmeras vidas e evitar a propagação de uma série de doenças (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010).

O uso crescente da utilização dos imunobiológicos, no entanto, traz consigo a necessidade de garantir a qualidade desses produtos. Observa-se escassez de estudos nacionais sobre a conservação de imunobiológicos nos serviços de saúde, aspecto fundamental para a manutenção e avanço no controle das doenças imunopreveníveis. Ressalta-se, no entanto, a disponibilidade de detalhada e rígida normatização nacional sobre o tema disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho abordamos o assunto Sistema de avaliação do programa de imunização (API) é também conhecida como Programa Nacional de Imunização (PNI), e concluímos o quanto importante os registros dos imunobiológicos aplicados, e do quantitativo, em decorrência de uma boa organização e administração.

O sistema é útil, eficaz e de alta qualidade sendo importante para o planejamento das ações e da alocação de recursos gerenciais (de pessoas, financeiros, materiais). Dessa forma, é necessário o manejo adequado do sistema, bem como, a sensibilização dos profissionais que utilizam esse sistema no seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

BORDIM, Maria Cristina Hereny. **Avaliação do Desempenho do PNI (Programa Nacional de Imunização) no Estado de São Paulo no ano de 2011 no cumprimento do esquema básico de imunização.** São Paulo; 2013.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra; TAVARES, Marcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: **Cad. Saúde Pública**, 2009. 869 p.

MELO, Giselle Karine Muniz; OLIVEIRA, Janice Vasconcelos; ANDRADE, Maria Sandra. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. Brasília, DF: **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2010. 19 v.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SI-PNI/API Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações Avaliação do Programa de Imunizações Manual do Usuário.** Brasília, 2001. 7-9 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacinação**. Brasília: Copyright © Portal da Saúde, 2014.

MOREIRA, Walter. **Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção**. Janus, Lorena, ano 1, nº 1, 2º semestre de 2004. Disponível em: https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Revisão_de_Literatura_e_desenvolvimento_científico.pdf. Acesso em 02.05.16

NOBREGA, Ângela da Nóbrega; TEIXEIRA, Antonia Maria da Silva; LANZIERIE, Tânia Miranda. Avaliação do sistema de informação do programa de imunizações (SI-API). Rio de Janeiro, RJ: **Cad. Saúde Colet**, 2010 147 p.

PEREIRA, Diego Daniel dos Santos et al. Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no programa nacional de imunização. Rio de Janeiro, RJ: **Cad. Saúde Colet.**, 2013. 421 p.

PROGRAMA HIPERDIA COM OS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITTUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANA PAULINO DE MEDEIROS⁹²

COSTA, Hosana Mirelle Goes Silva⁹³

FIGUEIREDO, Raquel Costa⁹⁴

SILVA, Luanna Kaddigynna Argemiro de Oliveira⁹⁵

RESUMO

O estágio curricular supervisionado (ECS) é um modelo de ensino prático que ajuda na transição do aprendizado acadêmico para o aprendizado do trabalho, tornando-se um ambiente privilegiado de contato com a realidade para as realizações das atividades e o trabalho em saúde. O presente estudo tem como objetivo geral contribuir com a equipe da estratégia saúde da família para por em prática o programa de hiperdia na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros e como objetivos específicos alcançar uma maior participação dos portadores da doença crônica hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros e traçar estratégias de ações para os portadores de doença crônica hipertensão e diabetes na Unidade de Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros. Para que os portadores das doenças crônicas HAS e DM possam ter um acompanhamento, tratamento e assim esclarecer suas dúvidas, o Ministério da saúde implantou nas unidades básicas de saúde o programa de hiperdia, o qual se destina ao cadastramento dos mesmos para ter um controle da doença. O projeto foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros, na cidade de Areia Branca. O público alvo deste trabalho foi os portadores de doenças crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus, onde organizamos um local para realizar as ações. O trabalho é de grande relevância por que muitas pessoas faziam uso dos medicamentos sem acompanhamento, e com isto muitas vezes aconteciam complicações. Entretanto os objetivos da intervenção foram alcançados com sucesso onde foram formados dois grupos e com uma ótima aceitação das partes dos mesmos. E através dos encontros foi trabalhado as doenças dando ênfase na prevenção e promoção dos agravos.

DESCRITORES: Estágio Curricular Supervisionado. Hipertensão Arterial. Diabetes Melittus.

INTRODUÇÃO

⁹² Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão da FACENE/RN.

⁹³ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE, pós-graduanda em obstetrícia, Enfermeira da Estratégia saúde da Família (Orientadora).

⁹⁴ Graduanda do curso de enfermagem pela Faculdade de Enfermagem nova Esperança de Mossoró- FACENE, pós-graduanda de UTI e Cardiologia. Endereço: raquelcosta020193@hotmail.com, 988778179, Areia Branca/RN.

⁹⁵ Graduandas do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN. Endereço de email: kaddigynna@hotmail.com, (84) 99612-7703, Upanema/RN.

O estágio curricular supervisionado (ECS) é um modelo de ensino prático que ajuda na transição do aprendizado acadêmico para o aprendizado do trabalho, tornando-se um ambiente privilegiado de contato com a realidade para as realizações das atividades e o trabalho em saúde (BURGATTI; BRACIALLI; OLIVEIRA, 2013).

O principal objetivo do ECS é a vivência do acadêmico com a realidade da prática, tendo em vista sua interação e aproximação com a profissão para que seja um facilitador do seu desempenho após o término do curso de graduação (CARRARA et al, 2015).

De acordo com as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, discutir competências é totalmente importante a todas as instâncias envolvidas no crescimento da formação profissional. O planejamento pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem devem se basear em bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas, com o propósito de formar profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a aprender, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento e aprimoramento. Pode-se entender por competências e habilidades específicas do profissional enfermeiro, os comportamentos profissionais, apoiados em conhecimentos teóricos, mas sem limitar-se a eles, que levam o enfermeiro a intervir de forma eficaz em relação ao sistema de saúde e tudo aquilo que a ele pertence (BENITO et al, 2012).

Portanto o ECS é um mecanismo de extrema importância para a formação dos profissionais de enfermagem, pois é através da prática que o ajudará a desenvolver habilidades e, conseqüentemente aos aperfeiçoamentos em procedimentos e técnicas que corresponde ao seu exercício profissional (SILVA et al, 2014).

Como preconiza as diretrizes do ECS é obrigatoriamente que os cursos de graduação realizem o estágio. Diante disso, a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró respeitando as normas e com convênios com instituições privadas e públicas, encaminham seus respectivos alunos para realização do estágio com a presença de um preceptor. Com isso foram divididos em grupos para estagiar em Unidades Básicas de Saúde no período de 15 de fevereiro até 10 de junho de 2016 para executar o VIII ECS no qual os alunos desenvolverão atividades de competência de enfermagem. Onde no local de estágio realizaremos um projeto de intervenção com a população que participa da UBS destino, no caso Ana Paulino de Medeiros no Município de Areia Branca/RN.

Diante das experiências vivenciadas nesta UBS, observou-se a necessidade de trabalhar o projeto de intervenção com o grupo de portadores de doenças crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Onde será feitas estratégias de ações para desenvolver com eles.

O presente estudo tem como objetivo geral contribuir com a equipe da estratégia saúde da família para por em prática o programa de hiperdia e como objetivos específicos alcançar uma maior participação dos portadores da doença crônica hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros e traçar estratégias de ações para os portadores de doença crônica hipertensão e diabetes na Unidade de Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros.

MÉTODOS

O projeto foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros, na cidade de Areia Branca. O público alvo deste trabalho foi os portadores de doenças crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus, onde organizamos um local para realizar as ações.

Para favorecer o processo de ensino-aprendizagem foram utilizados recursos didáticos como Glicosímetro e fitas; Tensiômetro; Esfigmomanômetro; 1 caixa de luvas; Mesa; Cadeiras; Notebook; Projetor multimídia em slide e Caixa de som.

Foi organizado pela Acadêmica de Enfermagem do 8º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, e também pela enfermeira que atua na UBS.

Para finalizar houve um momento de socialização com um lanche saudável com frutas e sucos e interação com o grupo.

REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como hereditariedade, idade, gênero e raça. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), essas doenças é atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte (MACHADO; CAMPOS, 2014).

Com isso a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que caracteriza por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Já a Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico com o nível elevado de glicose desenvolvendo a hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, decorrente de defeito da secreção e/ou ação da insulina no pâncreas (ALVES et al, 2015).

Doenças como a hipertensão arterial e diabetes mellitus geram, em seus portadores, muitas dúvidas e incertezas, o que de certa maneira faz com que esses indivíduos não

suportem ou não aceitem a doença, isso geralmente é acarretado pelas inúmeras modificações no padrão de vida, por falta de conhecimento a respeito da própria patologia e de suas complicações e de como preveni-las. Outro aspecto a ser adotado é a inclusão de uma orientação multidisciplinar para o tratamento da HAS e DM, incluindo orientação nutricional, atividade física e acompanhamento psicológico para o adequado manejo do estresse (ALVES et al, 2015).

Para que os portadores das doenças crônicas HAS e DM possam ter um acompanhamento, tratamento e assim esclarecer suas dúvidas, o Ministério da saúde implantou nas unidades básicas de saúde o programa de hiperdia, o qual se destina ao cadastramento dos mesmos para ter um controle da doença (CONTIERO et al, 2009).

Entretanto o profissional enfermeiro juntamente com a equipe da estratégia saúde da família desenvolvem práticas favorecendo a reorganização da assistência para os portadores, contemplando assim o desenvolvimento de ações para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde do indivíduo. Todavia por meio da consulta de enfermagem ajuda a atingir um resultado excelente para o cuidado, pois as necessidades dos indivíduos são avaliadas continuamente. Portanto a implantação do programa possibilita a avaliação crítica do cuidado, facilitando os ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar (SOUSA et al, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizadas palestras, orientações e consultas de enfermagem voltada para a população que tem Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros. Onde iniciará formando o grupo de Hiperdia, em seguida abordará sobre o Programa explicando o que é e como acontece, informando dados epidemiológicos e a presença das doenças crônicas (hipertensão arterial e Diabetes Mellitus) na vida destes, após realizamos o cadastramento, e por fim será realizada uma dinâmica para avaliar a interação do grupo com a unidade básica.

Para a realização destes, contamos com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, que comunicam ao público alvo sobre o evento. Os mesmos estão sendo realizados nas igrejas Batista e Adventista do sétimo dia localizada na área da UBS. Deu início no mês de fevereiro e aconteceram uma vez ao mês no dia sugerido quinta feira, durante o mês de abril e maio de 2016.

A acadêmica disponibilizar para a Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros um banner educativo com os resultados do trabalho desenvolvido, para que o mesmo possa servir como base para a continuidade deste.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

As ações foram realizadas com a ajuda da equipe da Estratégia Saúde da Família em especial a enfermeira e dos agentes comunitários de saúde que irá comunicar a população sobre as ações.

CRONOGRAMA

Data	Horário	Atividade	Local
26/02	14:00	Dinâmica, Cadastramento para o grupo de Hipertensão, Consultas de enfermagem, Lanche.	Igreja Batista
14/03	08:00	Acolhimento, Cadastramento para o outro grupo de Hipertensão, Consulta de enfermagem, Lanche.	Igreja adventista do sétimo dia
28/04	14:00	Dinâmica, Palestra, Consultas de enfermagem, Lanche.	Igreja Batista

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são doenças que acomete muitas pessoas, principalmente os idosos, porém não apenas essa faixa etária. Ocorrem devidos os níveis elevados de pressão alta e glicemia.

Portanto cabe ressaltar que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são dois agravos debilitantes que se não tratados adequadamente, levam ao surgimento de diversas outras doenças incapacitantes. Diante disso é de extrema importância que os profissionais de enfermagem sejam fundamentais na assistência aos usuários e que, a conscientização destes profissionais acerca de sua importância na execução das normas e rotinas do programa

hiperdia é essencial para o planejamento adequado da atenção. Ademais, é fundamental a adoção de princípios éticas na atenção ao hipertenso ou o diabético, guiados pela justiça e equidade, com vistas a ofertar uma assistência de qualidade, observando as reais necessidades dos usuários e estimulando sua participação voluntária e efetiva.

O trabalho é de grande relevância por que muitas pessoas faziam uso dos medicamentos sem acompanhamento, e com isto muitas vezes aconteciam complicações. Entretanto os objetivos da intervenção foram alcançados com sucesso onde foram formados dois grupos e com uma ótima aceitação das partes dos mesmos. E através dos encontros foi trabalhado as doenças dando ênfase na prevenção e promoção dos agravos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. S et al. Prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus – PROEXT. **Revista de Extensão da Univasf**. v. 3, n. 1, p. 293-298, 2015. Disponível em > <http://periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/viewFile/687/405> Acesso em 04 de abril de 2016.

BENITO, G. A. V, et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. Bras. Enferm**. v.65, n.1, p. 172-178, 2012. Disponível em > <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf> Acesso em 02 de maio de 2016.

BURGATTI, J. C; BRACIALLI, L. A. D; OLIVEIRA, M. A. C. Problemas éticos vivenciados no estágio curricular supervisionado em enfermagem de um currículo integrado. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.47, n. 4, p. 937-42, 2013. Disponível em > <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78045/82067> Acesso em 02 de maio de 2016.

CARRARA, G. L. R et al. O ensino da liderança na graduação em enfermagem. **Investigação qualitativa em educação**. v.2, p. 108-113, 2015. Disponível em > <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/225/221> Acesso em 02 de maio de 2016.

CONTIERO, A. P et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 30, n. 1, p. 62-70, 2009. Disponível em > <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564> Acesso em 4 de maio de 2016.

MACHADO, L. E; CAMPOS, R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Saúde meio Ambiente**. v. 3, n. 2, p.53-61, 2014 Disponível em > www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/627/497 Acesso em 04 de maio de 2016.

SILVA, A. E. P et al. Atuação de estudantes de enfermagem no estágio supervisionado integralizador i em um hospital privado. **Revista Rede de cuidados em saúde**. p.1-4, 2014. Disponível em >

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/2597/1299> Acesso em 02 de maio de 2016.

SOUSA, A. S. J et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 23, n. 1, p. 102-107, 2015. Disponível em > <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/15597/12363> Acesso em 03 de maio de 2016.

GT 5 – ATUAÇÃO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO, HOMEM,
CRIANÇA E ADOLESCENTE

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

]

Jaiana Maria da Silva

Lucidio Clebeson de Oliveira

Airton Arison Rego Pinto

RESUMO

O estudo trata da assistência de enfermagem ofertada às crianças e adolescentes com hipertensão arterial sistêmica, visualizando como ocorre os possíveis cuidados de enfermagem relacionado a saúde da criança e do adolescente com uma doença crônica como a hipertensão arterial sistêmica (HAS). A pesquisa se justifica pela importância de conhecer como o enfermeiro vem atuando na prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica, enquanto perspectiva da presente pesquisa. Por essa patologia ser considerada um problema de Saúde Pública, a atuação do enfermeiro, frente a essa problemática é fundamental. O objetivo da pesquisa é conhecer a assistência de enfermagem na perspectiva da Hipertensão Arterial Sistêmica em crianças e adolescentes em três áreas de abrangência da atenção primária de saúde no município de Mossoró-RN, identificando os possíveis cuidados relacionados a essa clientela com HAS. Esta é uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo, participaram da pesquisa 5 profissionais de enfermagem foi utilizada a metodologia de análise temática de conteúdo. Pode-se dizer que os objetivos da pesquisa foram alcançados, visualizamos diversas formas de assistência de enfermagem relacionadas aos planos de cuidados e avanços na perspectiva na política nacional da pessoa com hipertensão arterial, assim, mas por outro lado, estivemos êxitos nos diversos cuidados de enfermagem relacionados a essa clientela, que começa desde cedo na consulta do C e D e em todos os segmentos referente a promoção e prevenção de doenças relacionadas a criança e adolescente. Neste sentido, sabendo que hábitos alimentares inadequados na infância e adolescência podem ser fatores de risco para a hipertensão arterial, que é um problema de saúde pública e preocupação na prática cotidiana dos profissionais de saúde, percebemos a relevância de estudo sobre a incidência dessa patologia e os principais fatores de risco que podem atingir essa população juvenil.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão Arterial Sistêmica, Assistência de Enfermagem, Atenção Primária em Saúde.

¹ Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN. Contato: jaianamariasilva@hotmail.com

² Docente Professor mestre da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN.

³ Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo sanguíneo através do coração e dos vasos sanguíneos (SMELTZER; BARE, 2005).

A hipertensão arterial é conceituada pelo o III Consenso brasileiro de hipertensão arterial, como uma entidade clínica multifatorial, síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos. Sendo considerado para Salgado e Carvalhaes (2003), “doença de maior prevalência do mundo, no Brasil, 15% a 20% da população adulta pode ser rotulada como hipertensa”.

Diante disso, percebe-se que para o desenvolvimento da hipertensão, deve ocorrer uma alteração em um ou mais fatores que afetam a resistência periférica ou o débito cardíaco. Conforme Smeltezer (2005), várias bases sobre a fisiopatologia da pressão arterial elevada estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial, podendo ter uma ou mais das seguintes causas: atividade aumentada do sistema nervoso simpático, relacionada com a disfunção do sistema nervoso autônomo e como também a reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira que aos rins manuseiam o sódio.

Há evidências indicando que a hipertensão arterial essencial do adulto possa ter início na infância ou na adolescência. Isso coloca em relevo a importância dos valores normais de pressão arterial e da identificação dos fatores determinantes dos níveis pressóricos e a sua associação com hipertensão arterial. Uma boa estratégia é procurar caracterizar a população em risco de desenvolver hipertensão, possibilitando assim o surgimento de medidas preventivas ainda nos primeiros anos de vida (ROSA; RIBEIRO, 1999). A prevalência de hipertensão arterial na criança relatada na literatura é de 0,8 a 8,2% na faixa etária entre 3 a 17 anos. Essa prevalência diminui após repetição a repetição das verificações da pressão arterial (LIMA,2004).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de conhecer como o enfermeiro vem atuando na prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica, enquanto perspectiva da presente pesquisa. Por essa patologia ser considerada um problema de Saúde Pública, a atuação do enfermeiro, frente a essa problemática é fundamental. O conhecimento e

a divulgação dessa assistência contribuirão para a prevenção e melhoria na qualidade de vida da criança e adolescente com Hipertensão Arterial.

OBJETIVOS

Conhecer a assistência de enfermagem na perspectiva da Hipertensão Arterial Sistêmica em crianças e adolescentes em três áreas de abrangência da atenção primária de saúde no município de Mossoró-RN.

Discutir como se dá a assistência de Enfermagem à crianças e a adolescentes com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde no município de Mossoró – RN. Conhecer avanços e perspectivas na política nacional de atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica tocante a assistência à crianças e adolescentes. Investigar planos de cuidados gerais à criança e adolescentes com Hipertensão Arterial sistêmica.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial na infância está associada com uma incidência maior de causas secundárias do que nos adultos, entretanto, na última década, os estudos têm mostrado um aumento da incidência de hipertensão essencial na população pediátrica, principalmente na adolescência. O fator mais importante implicado na gênese da hipertensão essencial na infância é a obesidade, que está se tornando um problema epidêmico. Outros fatores são resistência à insulina, alteração do metabolismo da glicose e do metabolismo lipídico e redução da complacência arterial (LIMA, 2004).

Percebemos que, existem vários fatores denominados fatores de risco como a literatura relatam que influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial. Entre eles podemos destacam-se a hereditariedade, idade, raça, sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo assim como dieta rica em gorduras (SIMONETTI et al., 2002).

O Ministério da Saúde por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), recomenda a medida anual da pressão arterial em crianças a partir de três anos de idade. Além da avaliação habitual em consultório, recomenda-se a medida rotineira da pressão arterial no ambiente escolar (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos

órgãos-alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DBH VI, 2010).

Segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão, a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido a HAS. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. Na última década, foram mais de 70 milhões de vítimas fatais (DBH VI, 2010).

O sal (cloreto de sódio - NaCl) há décadas tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, com forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial. No âmbito populacional, a ingestão de sal parece ser um dos fatores envolvidos no aumento progressivo da pressão arterial que acontece com o envelhecimento da vida como um todo. A hipertensão arterial é observada primariamente em comunidades com ingestão de sal superior a 100 mEq/dia (GUIMARÃES et al., 1999).

Sabendo que os valores de pressão arterial estejam atualmente a serem observadas em populações com maior ingestão de sal, as estratégias de tratamento baseadas na redução da ingestão de sal têm demonstrado a sua eficácia na redução da pressão arterial. Uma relação positiva e significativa entre a pressão arterial e ingestão de sódio também tem sido relatada na população pediátrica e confirmada por meta-análise (ARGUELLES et al., 2007).

METODOLOGIA

O período de realização da coleta dos dados teve duração de dois meses, especificamente nos meses de março e abril de 2016, Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró-RN.

A primeira fase se deu pela identificação do total de crianças e adolescentes com Hipertensão Arterial Sistêmica junto à equipe da ESF das áreas eleitas, de modo a estabelecer a assistência a um público que dê respaldo a pesquisa.

Na segunda fase os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, no momento em que eles estiverem com tempo disponível visando não interferir na dinâmica desse serviço de saúde. Após serem convidados eles serão explicitados quanto à proposta e os objetivos da pesquisa, e caso aceite o convite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A entrevista foi realizada sob a forma de diálogo entre entrevistador e entrevistado, subsidiada pela utilização de um roteiro previamente elaborado em que as falas serão gravadas através de um aparelho eletrônico e logo depois será transcritas e analisadas através de leituras exaustivas. Os dados dessa pesquisa serão arquivados por um período mínimo de cinco anos no computador do pesquisador responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Assistência a clientela, prevenção e controle da HAS

O exame físico de enfermagem é um conjunto de técnicas e manobras que os profissionais de enfermagem desenvolvem com o intuito de diagnosticar nos pacientes problemas associados a alguma patologia e com isso elaborar o planejamento da assistência de enfermagem, e o planejamento é um conjunto de ações que possui metas e um plano de cuidados específicos para ajudar o paciente a resolver os problemas e alcançar as metas desejadas (BRUNNER, 2000).

Um dos aspectos mais importantes para garantir a acurácia das medidas de pressão arterial é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. A utilização de aparelhos de pressão com manguitos de dimensões fora das recomendadas acarretará imprecisão dos resultados obtidos (BRASIL,2006).

Os entrevistados relataram a necessidade de um esfigmomanômetro na unidade básica de saúde, pois essa ausência prejudica o setor de atendimento no momento do exame físico consequentemente comprometendo a eficácia da aferição da pressão arterial.

“ Pesa, aferi a pressão, de forma geral” **Entrevistado 2**

“ Avaliado com exame físico, anamênese, consulta compartilhada com o medico da equipe, a fim de desenvolver a melhor assistência”. **Entrevistado 5**

“ a gente orienta a questão da dieta, realiza o cálculo de IMC, para se ter um controle daquela hipertensão” **Entrevistado 4**

Implantação do plano de cuidados

De acordo com BRUNNER (2000), ressalta que a fase do planejamento é um conjunto de ações que possui metas e um plano de cuidados específicos para ajudar o paciente a resolver os problemas e alcançar as metas desejadas.

O Ministério da Saúde por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), recomenda a medida anual da pressão arterial em crianças a partir de três anos de idade. Além da avaliação habitual em consultório, recomenda-se a medida rotineira da pressão arterial no ambiente escolar (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

É importante ressaltar que a enfermagem teve reconhecimento através do advento do Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo governo federal em 1994, onde o enfermeiro desenvolveu autonomia para realizar consultas, prescrições e coleta de exames, que antes eram exclusivas da classe médica. Para Carneiro et al (2008), a autonomia consiste na capacidade do sujeito (enfermeiro) em autodeterminar-se que, em última instância, diz respeito à cidadania, ou seja, exercício dos direitos e deveres que lhe competem.

Aplicando-se ao dilema em questão, nada mais seria do que reivindicar que o enfermeiro ocupe o lugar que lhe foi garantido pelo COFEN- Conselho federal de enfermagem através da resolução n 271/2002, que discorre sobre prescrição de medicamentos, a requisição de exames, além de consultas de enfermagem, a fim de melhor contribuir para o bom exercício da profissão de enfermagem, a consecução dos serviços de saúde e solucionar os problemas da população. Ao contrário, deve fazê-lo, em concomitância com as atribuições que lhe foram asseguradas pela equipe multiprofissional planejadora do programa, o que denota que a autonomia do enfermeiro é relativa às regras dos programas de saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o HIPERDIA é um sistema de cadastramento de acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do sistema único de saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde. Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida e a redução do custo social.

“ Depois de verificar a pressão se tiver alguma alteração iremos encaminhar para o enfermeiro e médico para ele entrar nos programas de acompanhamento.”

Entrevistado 1

Percebeu-se que os profissionais das unidades básicas de saúde tinham um cuidado no que diz respeito ao acolhimento deste usuário, entretanto essas crianças e adolescentes pouco frequentava a UBS, e quando presentes era realizado uma triagem de acordo com o resultado eram encaminhadas ao enfermeiro para exame físico e logo mais ao médico, ai este individuo já fazia parte do programa já citado hiperdia, que consiste, Brasil,2016 no cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido, sabendo que hábitos alimentares inadequados na infância e adolescência podem ser fatores de risco para a hipertensão arterial, que é um problema de saúde pública e preocupação na prática cotidiana dos profissionais de saúde, percebemos a relevância de estudo sobre a incidência dessa patologia e os principais fatores de risco que podem atingir essa população juvenil.

REFÊRENCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2016 disponível <
<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia> acesso em 02.mai.2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: **Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde- NOAS/SUS-01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- BRUNNER & SUDARTH. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica** / Suzanne C. Smelter. **Planejamentos e metas de cuidados em pacientes com hipertensão**. Edição 10, Rio de Janeiro .guanabara, 2000.
- GUIMARÃES, Armênio Costa. et al. III **Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2013.

SMELTEZER, Suzane C; BARE ; Brenda G. **Tratando de enfermagem médico-cirúrgica: histórico e tratando de pacientes em hipertensão**. Edição 10, Rio de Janeiro .guanabara, 24/05/2005.cap.32 p. 905 -916.

ROSA. Walisete de a. Goldinho; Labete, Renata curi; **programa saúde da família(PSF): a construção de um novo modelo de assistência**. São Paulo, v.1 p.1027-1034,Nov/dez 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 10/10/11.

INTREGRAÇÃO SOCIAL E SUA IMPORTÂNCIA PARA IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Arivaneide Andrade Soriano⁹⁶

Ruiter Sávio Almeida da Silva¹

Maria Pamyly Michelle Alves¹

Williane Pereira da Silva¹

Fábia Sonaira Dantas Carlos⁹⁷

Amélia Resende Leite⁹⁸

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil envelhece de forma rápida e intensa, com isso a expectativa de vida representa uma importante conquista social dessa população. A integração social melhora a qualidade de vida do idoso, através de sua autonomia e capacidade funcional. O Objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada pelos discentes em um Centro Geriátrico durante a Integração Ensino – Serviço – Comunidade. **METODOLOGIA:** A pesquisa constitui de um relato de experiência, com olhar qualitativo, e abordagem descritiva/observacional. **ANALISE DOS RESULTADOS:** A ação teve início com a acolhida dos idosos através da dinâmica que incentiva o alongamento, interação e participação do grupo. Foi realizada, uma palestra sobre o cuidado no uso das plantas medicinais, enfatizando a identificação correta das medicinais, perigos da automedicação, dosagens corretas, da falsa indicação terapêutica, do risco das interações medicamentosas entre as plantas e fármacos. Estimulando o espírito solidário de equipe levamos aos idosos um pouco de alegria e descontração, desenvolvendo partidas de bingo e o forró terapia. Realizamos um lanche coletivo e saudável e ainda realizamos aferição de pressão arterial e teste rápido de glicemia, bem como, orientações sobre os cuidados para minimizar os riscos das doenças de base. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entendemos que o momento de ação/atividade permitiu aos acadêmicos de enfermagem durante a atuação no campo de integração/ensino/serviço/comunidade, identificarem os aspectos referentes ao Centro Geriátrico, bem como, o papel do enfermeiro no setor e principalmente, a importância da integração social para o idoso, de forma a proporcionar a essa população a ampliação de sua visão e concepção sobre sua prática social, bem como, sobre a importância de se ver como um ser integral na sociedade.

¹Discentes do Curso de Enfermagem – FACENE

²Relatora/Discente do Curso de Enfermagem – FACENE – Rua:Antonio Joaquim, 115 – Centro – Frutuoso Gomes/RN CEP: 59890-000 – Telefone: (84) 996510987 – E-mail: fabia_sonaira@yahoo.com.br

³Enfermeira – Orientadora – Docente do Curso de Enfermagem – FACENE

Palavras Chave: Envelhecimento. Qualidade De Vida. Saúde Do Idoso. Enfermagem Geriátrica.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida dessa parte da população. O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social. (BRASIL, 2014).

Uma integração social melhora a qualidade de vida do idoso, através de sua autonomia, ou seja, uma avaliação da capacidade funcional dos idosos permite estabelecer planos de cuidados individualizados de acordo com as potencialidades do idoso de maneira a adequar à demanda de cuidados na atenção básica a esses pacientes capaz deles se sentir útil. (BRASIL, 2006 apud RIBEIRO, 2012)

O cuidado de enfermagem possui, certamente, diferentes aspectos a serem considerados. Se por um lado, é importante utilizar a sensibilidade, a percepção e até a intuição, há que se considerar também o conhecimento das rotinas do setor, das práticas da enfermagem e das bio – anato – fisiológicas (SANTOS 2014).

A ação/atividade tem por objetivo fazer um elo entre teoria e prática, baseando-se nos princípios da formação acadêmica, pessoal e profissional, proporcionando o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado em todos os níveis de assistência. O momento proporciona aos discentes vivenciar experiências que considerem a junção da teoria e pratica da enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso, onde vivenciamos o cotidiano desse público no Centro Geriátrico de Mossoró, o que proporciona uma reflexão sobre pratica em saúde de enfermagem.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada pelos alunos em um Centro Geriátrico durante a Integração Ensino – Serviço – Comunidade, da Disciplina Enfermagem Geriátrica e Gerontologia.

2 METODOLOGIA

A pesquisa constitui de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos discentes. Trata-se de um olhar qualitativo, que aborda experiências a partir dos métodos descritivos e observacional, onde apresenta uma reflexão sobre as ações vivenciadas no âmbito profissional de interesse da comunidade acadêmica e/ou científica.

A ação foi realizada no Centro Geriátrico Madalena Aires no dia 05 de abril de 2016, localizado no Bairro Pereiros, no Município de Mossoró - RN, o que resultou nesse relato, onde os discentes realizaram atividades práticas de enfermagem, bem como atividades educativas e integrativas com um grupo de idosos.

O grupo utilizou materiais lúdicos e elucidativos para realização de uma palestra sobre o uso dos fitoterápicos/plantas medicinais e sua relação e interação com outros medicamentos (cartazes/banner, plantas conhecidas na região), foram realizadas dinâmicas, bingos, forró terapia e servido lanche saudável. O momento ainda contou com a realização de aferição de Pressão arterial e teste de glicemia, onde na oportunidade os idosos receberam orientações gerais referentes aos cuidados para minimizar os riscos envolvendo as doenças de base como o diabetes e hipertensão. O momento contou com a participação de 35 idosos e foi organizado pelos acadêmicos de enfermagem do 7º período (composto por 22 alunos) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – RN - FACENE e pela professora responsável pela disciplina.

Desta forma, apresentará sua abordagem de forma descritiva, mostrando a finalidade da experiência teoria e prática e suas implicações no processo ensino aprendizagem. Durante a pesquisa foram usados a vivencia dos discentes e artigos disponíveis em bibliotecas on-line, utilizando os descritores: enfermagem, enfermagem geriátrica, envelhecimento e qualidade e vida.

3 ANALISE DE RESULTADOS

A ação teve início às 15 horas do dia 05 de abril de 2016 no centro geriátrico, com a acolhida dos idosos onde realizamos a dinâmica dos pássaros que incentiva o alongamento corporal, nesse momento pudemos perceber a interação e participação do grupo com a dinâmica e com os acadêmicos, onde também nos sentimos acolhidos e parte do grupo.

O que para Matos (2012) é o reflexo das novas imagens do envelhecimento que são, sem dúvida, expressão de um contexto marcado por mudanças sociais, políticas e culturais, que redefine esses indivíduos na sociedade contemporânea.

A palestra sobre o cuidado no uso das plantas medicinais enfatizou a importância da identificação correta das espécies medicinais a serem usadas, dos perigos da automedicação, das dosagens incorretas e da falsa indicação terapêutica, bem como, do risco das interações medicamentosas entre as plantas e fármacos, aumentando os riscos a saúde dos idosos que muitas vezes já são portadores das doenças de base (hipertensão e diabetes). Foi um momento impar da ação, pois os idosos se mostraram atentos e interagiram fazendo seus questionamentos a respeito do uso das plantas e apresentando seus conhecimentos prévios.

Em seguida realizamos o bingo, onde os idosos puderam demonstrar seu poder cognitivo através da atenção, concentração e lógica matemática. Os participantes se mostram atentos e eufóricos para conseguirem os prêmios. De acordo com alguns relatos essa é uma das atividades mais esperadas no decorrer das atividades que ocorrem no dia a dia, visto que, é um momento de reunir e interagir com todos. Ainda foi realizado o forró terapia, a alegria tomou conta do centro geriátrico. Pudemos ver e sentir de perto a alegria dos idosos em poder expressar seus sentimentos, em sentir-se incluso e visto como um ser capaz e útil. Nesse momento realizamos a escuta dos idosos no sentido de darmos conta da demanda emocional, onde eles relatavam que era ali onde encontrava uma escuta significativa das suas demandas emocionais, visto que, muitos idosos passam boa parte do tempo sozinho. O estímulo do espírito solidário da equipe leva aos idosos um pouco de alegria e descontração, fazendo com que a rotina seja quebrada e eles possam recordar seu passado, cantando, dançando e descontraído através de disputadas partidas de bingo. Essas atividades permitem um entendimento maior sobre as dificuldades que o processo de envelhecimento traz às pessoas, e a integração da equipe faz toda a diferença no bem-estar dos idosos.

Dessa forma, concordamos com Santos (2014), quando ele diz que no decorrer de sua prática o enfermeiro deve ter um olhar que esteja para além dessas funções biológicas, isto é, espera-se que sua atuação esteja focada nas questões relacionadas ao cuidado na essência, sendo o diferencial do ser/saber/fazer enfermagem. O enfermeiro é o responsável por realizar o acolhimento e por estabelecer a assistência que será prestada ao cliente.

Realizamos um lanche coletivo e saudável (com frutas, sucos, chás, leite, iogurtes, bolachas, bolos, etc.) onde todos se confraternizaram. Ainda foi realizado aferição de pressão arterial e teste rápido de glicemia, bem como, orientações sobre os cuidados para minimizar os riscos envolvendo as doenças de base hipertensão e o diabetes. Esse momento foi de

demanda livre, onde os acadêmicos realizaram educação em saúde de forma espontânea, na busca de sanar dúvidas e curiosidades dos idosos que buscaram o atendimento.

Para o acadêmico a vivência é um dos momentos mais importantes para formação profissional. É nesse momento que o futuro profissional tem oportunidade de entrar em contato direto com a realidade profissional no qual será inserido, além de concretizar pressupostos teóricos adquiridos pela observação de determinadas práticas específicas e do diálogo com profissionais experientes (SOUZA, 2012).

Durante a integração ensino – serviço – comunidade, pudemos notar a importância da atuação do enfermeiro no centro geriátrico, quando identificamos que este profissional pode estar realizando o gerenciamento de recursos materiais e humanos, para melhor funcionamento das atividades no Centro Geriátrico, mas principalmente, deve estar apto a realizar uma escuta significativa das demandas emocionais dos idosos ali atendidos, no intuito de tornar a inserção desse idoso significativa no contexto social no qual este inserido, possibilitando a esse idoso uma melhor qualidade de vida. Porém, o que pudemos observar é que na maior parte do tempo o papel do enfermeiro no centro geriátrico tem se restringido a visitas e/ou atividades esporádicas atendendo a convites da coordenação da unidade, ficando os cuidados de enfermagem restritos a palestras, de forma que as demandas psicoemocionais do público ali atendido não têm sido atendidas de forma satisfatória.

Na oportunidade nos foi proporcionado participar da rotina e/ou atividade do Centro Geriátrico, onde desenvolvemos atividades em equipe, interagindo de forma satisfatória com os profissionais e principalmente com os idosos, ocorrendo uma troca de saberes práticos e teóricos, baseados no conhecimento científico proporcionando-nos a melhoria do processo de cuidar em enfermagem. Nesse sentido concordamos com Aguiar (2015) quando ele nos diz que:

A integração social dos idosos promove um sentido de significado e propósito para a vida, pois reforçam um sentimento de pertencimento perante a sociedade, que afeta positivamente a saúde dos indivíduos, promovendo bem-estar. É importante estimular as interações sociais entre os idosos, pois isso fortalece a auto-estima e a segurança, diminuindo o sentimento de dependência, que pode ser tão devastador para a saúde de um idoso quanto qualquer doença de caráter físico. A capacidade e a possibilidade de ajudar, de participar como sujeitos ativos nas interações sociais podem promover resultados positivos na saúde, principalmente no que se refere à saúde mental das pessoas idosas.

A experiência trouxe-nos aprimoramentos do conhecimento científico adquirido na academia, bem como, nos proporciona a construção da prática profissional, visto que

podemos interagir com a equipe multiprofissional de saúde e principalmente com o público idoso, realizando técnicas e procedimentos inerentes ao profissional de enfermagem, sobre a orientação da professora, sempre visando os princípios éticos, no intuito de ofertar uma assistência humanizada, garantindo a integridade física e emocional do ser humano.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento proporcionou aos discentes vivenciar junção da teoria e prática da enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso, de forma a experimentar o cotidiano desse público no Centro Geriátrico de Mossoró, proporcionando assim uma reflexão sobre prática em saúde de enfermagem.

Desta forma, entendemos que o objetivo deste trabalho foi alcançado, visto que, relatamos as experiências vivenciadas pelos alunos em um Centro Geriátrico durante a Integração Ensino – Serviço – Comunidade, da Disciplina Enfermagem Geriátrica e Gerontologia.

O momento de ação/atividade permitiu aos acadêmicos de enfermagem durante a atuação no campo de integração/ensino/serviço/comunidade, identificarem os aspectos referentes ao Centro Geriátrico, bem como, o papel do enfermeiro no setor e principalmente, a importância da integração social para o idoso, de forma a proporcionar a essa população a ampliação de sua visão e concepção sobre sua prática social, bem como, sobre a importância de se ver como um ser integral na sociedade.

Desta forma, entendemos que a experiência permitiu aos acadêmicos a compreensão do papel do enfermeiro enquanto profissional de saúde no Centro Geriátrico, sendo de grande complexidade sua competência, visto que lida com seres únicos, com suas particularidades fisiológicas e sociais, o que exige não só conhecimentos científicos, mas habilidades técnicas, estabilidade emocional e capacidade para resolução de questões burocráticas, na busca de proporcionar a essa clientela idosa uma inserção social efetiva e de qualidade, permitindo a esses sentirem-se novamente parte indispensável na sociedade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. Interação social do idoso. 2015. Disponível em:<www.casaderepousobemmecare.com.br/integração-social-do-idoso/> Acesso em:<15 Abr 2016>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: Proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília. 2014. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten----opessoaidosa.pdf>> Acesso em: <15 Abr 2016>.

MATOS, C. L. A. Envelhecimento, terceira idade e consumo cultural. III EBE CULT – III Encontro Baiano de Estudos em Cultura – UFRB. 2012. Disponível em:<<http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/wp-content/uploads/2012/04/Envelhecimento-terceira-idade-e-consumo-cultural.pdf>>Acesso em:<15 Abr 2016>.

SANTOS, F. K; SILVA, M. V. G; GOMES, A. M. T. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros no centro cirúrgico – Uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto contexto Enferm.** Florianópolis. Jul/set. v.23. n. 3. P.696 – 703. 2014.

SOUZA, A. M. R. A importância do estágio na formação profissional. 2012. Disponível em: <portaleducacao.com.br > Acesso em: < 30 outubro 2015>.

PRINCIPAIS CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE GESTANTES

ANTONIA LARISSA DE MACEDO VALE ¹

DAIANE COSTA SIQUEIRA ROCHA ²

LUANNA KADDIGYNNA ARGEMIRO DE O. SILVA ³

MICHERLÂNIA MEDEIROS VALE ⁴

AMÉLIA RESENDE LEITE ⁵

RESUMO

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido (RN) é fundamental a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autônoma, promovendo a parentalidade positiva. Os cuidados à saúde do recém-nascido começam bem antes do nascimento. Eles começam com os cuidados às mães grávidas. Este estudo tem o objetivo de relatar a experiência de discentes em uma ação sobre Cuidados com o Recém Nascido com um grupo de gestantes pertencentes a um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo grupo durante uma ação educativa. A ação foi realizada por discentes que desenvolvem um projeto de extensão com 6 gestantes na própria Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. O assunto abordado foi os Principais cuidados com o Recém nascido. Primeiramente, foi realizado uma dinâmica e em seguida um jogo expondo o tema em questão. Em seguida foi mostrado um vídeo e feito a prática do banho no recém nascido. Depois, realizou-se a consulta de pré natal, visualizamos a caderneta de saúde da gestante bem como os exames realizados, orientando e esclarecendo dúvidas, para que a gravidez se torne saudável e feliz. Por último um lanche e sorteios de brindes. O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão das condições vivenciadas pelas gestantes no que diz respeito aos cuidados com o Recém Nascido, evidenciando as dificuldades e limitações neste processo, além disso proporcionou o aprendizado das discentes para qualificar a assistência de enfermagem a gestante e ao recém nascido.

Descritores: Gestação; Recém nascidos; Cuidados de Enfermagem.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. E-mail:dai_ane_tdb@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

³Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

⁴Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

⁵Professora especialista docente do curso de enfermagem pela faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN.

1. INTRODUÇÃO

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido (RN) é fundamental a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autônoma, promovendo a parentalidade positiva. Tal fato requer estratégias eficazes para a promoção da saúde, o que implica a execução por parte do enfermeiro de um adequado plano de educação para a saúde (MOREIRA, 2004).

Os profissionais de saúde precisam de conhecimento e habilidades para oferecer cuidados essenciais ao recém-nascido e reconhecer e lidar com os problemas comuns em recém-nascidos. Mas também é importante que eles entendam que a boa saúde do recém-nascido depende da boa saúde e nutrição maternas, especialmente durante a gravidez, o parto e pós-parto. Cuidados abrangentes e de boa qualidade para a mãe durante a gravidez e parto são tão importantes quanto os cuidados para o bebê depois do nascimento para garantir que todos os recém-nascidos iniciem a vida com a melhor possibilidade de chegar à vida adulta (BRASIL, 2011).

Os cuidados à saúde do recém-nascido começam bem antes do nascimento. Eles começam com os cuidados às mães grávidas. Durante a gravidez, a mãe precisa estar adequadamente nutrida, livre de infecções e monitorada para complicações. As grávidas devem ter acesso a medidas preventivas, tratamento quando necessário e aconselhamento de saúde, incluindo instrução sobre sinais de perigo. Durante o trabalho de parto e o parto, os cuidados obstétricos de emergência são especialmente importantes para tratar complicações potencialmente fatais. Os cuidados adequados durante a gravidez, trabalho de parto e parto é o primeiro passo para uma boa atenção ao recém-nascido (BRASIL, 2011).

Dentre os principais eixos de ação estão o nascimento saudável, com a atenção desde a concepção até atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI). Estas ações intensificam os cuidados com o recém-nascido (RN) e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos, além do seguimento da criança até os 10 anos de idade (SANTOS, [2012?]).

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações e para que se desenvolva de forma mais efetiva/eficiente é necessário uma atuação sólida dos serviços e do sistema de saúde (SANTOS, [2012?]).

O momento do nascimento é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe-filho. Por envolver aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado por vários autores um fenômeno complexo (Brasil, 2011).

Sabe-se, entretanto, que o acompanhamento à mulher e à criança não termina após o nascimento, ele deve continuar, e este seguimento é de suma importância para o desenvolvimento da mãe e seu filho. A primeira semana após o nascimento é fundamental na vida do bebê e de sua mãe, ambos precisam de atenção, de cuidados e de muito afeto. O enfermeiro deve orientar essa mãe quanto aos cuidados com RN de forma que venha garantir saúde para o mesmo, orientando de forma geral (SANTOS, [2012?]).

Compreendendo a educação para saúde como uma ferramenta fundamental para a formação de competências dos pais nos cuidados ao RN, a importância dos registros como mentores de continuidade de cuidados e valorizando a prática baseada na evidência, este estudo tem o objetivo de relatar a experiência de discentes em uma ação sobre Cuidados com o Recém Nascido com um grupo de gestantes pertencentes a um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo grupo durante uma ação educativa. De acordo com a Bireme (2015) o relato de experiência é uma fonte de informação dedicada a coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema.

A ação desenvolvida faz parte do Projeto de Extensão Mãe Mossoroense, desenvolvido por discentes da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, localizado na Avenida Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, em Mossoró/RN, as 15:00 horas, na última quinta-feira de cada mês do ano, e teve como público alvo 6 gestantes provenientes da comunidade local, onde montamos toda a estrutura para realizar a ação.

Para as gestantes participarem deste projeto, alguns critérios foram estabelecidos: prioridade para gestantes carentes; Preferencialmente as gestantes precisam estar no 1º trimestre da gestação; O grupo inicial foi composto por 3 gestantes, do Município de Mossoró/RN e que são cadastradas em Unidades Básicas de Saúde; todas as gestantes foram cadastradas no projeto e participam por livre iniciativa. Ao fim do ciclo de aprendizagem e acompanhamento serão distribuídos enxovais para as gestantes que comparecerem a no mínimo 6 encontros do Projeto Mãe Mossoroense. Em cada encontro é feita uma dinâmica de interação grupal, em seguida a troca de experiências e conhecimentos sobre a temática escolhida, consulta de pré natal e um lanche.

Neste encontro, para favorecer o processo de ensino-aprendizagem foram utilizados recursos didáticos como: banheira, shampoo, álcool a 70%, gazes, fraldas descartáveis, mamas artificiais, pomada para assaduras, toalha de banho, Suporte de soro; Balança; Fita métrica; Sonar Doppler portátil; álcool em gel; Tensiômetro; Esfigmomanômetro; Cuba; 1 caixa de luvas de procedimento; Maca; 2 lençóis; Mesa; Cadeiras; Notebook; Projetor multimídia em slide e vídeo educativo; Caixa de som e Fichas de identificação.

O segundo encontro com as gestantes abordou sobre Os Cuidados Gerais com o Recém Nascido, também foi realizado uma gincana com perguntas voltadas para o tema, onde a gestante que acertasse o maior número de perguntas ganhava um brinde de higiene para o RN.

O projeto é financiado com recursos próprios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN disponibilizou referências contidas na sua biblioteca, computadores, conectivos, lanches, confecção de brindes, o local dos encontros, insumos e equipamentos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Segundo Encontro do Projeto Mãe Mossoroense, foi realizado no dia 28 de abril de 2016 (quinta-feira), na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE-RN), as 15:00 horas com seis gestantes presentes e 1 marido de uma gestante. Neste encontro tivemos como tema sobre os Principais cuidados com o Recém Nascido. Dividimos o encontro em cinco momentos: Primeiro foi realizado uma dinâmica educativa, onde tinha como objetivo realizar perguntas a elas sobre o respectivo tema proposto, para saber do conhecimento das gestantes, antes da palestras e da prática ao cuidado com o RN. Segue abaixo a dinâmica realizada:

Primeiramente foi explicado sobre a importância da gincana, bem como os objetivos da mesma, que era saber sobre os conhecimentos prévios das gestantes acerca dos cuidados com o RN. Em seguida fizemos uma roda e deu-se início a dinâmica, onde foi elaborado 16 perguntas e duas para desempates. Segue abaixo as perguntas com as repostas das gestantes.

- 1) Qual a temperatura ideal para banhar o RN?

Resposta- G1: Manter o recém-nascido aquecido, e necessário que a água do banho, não esteja tão gelada e nem muito quente, mas em temperatura de 34 a 36 graus.

- 2) É correto usar sabonete no rosto do recém-nascido?

Resposta- G2: Não, mas não soube explicar.

3) E correto usar sabonete todas as vezes que for da banho no bebê?

Resposta- G3: Acho que sim, pois todas as vezes eu passava nos meus bebês.

4) Qual o tipo do sabonete mais indicado, nos primeiros dias de vida?

Resposta- G4: Sabonete que não tem cheiro, que seja neutro, por que a pele e sensível e tem que ter muito cuidado.

5) E correto fazer a limpeza do cordão umbilical?

Resposta- G5: E sim, mas eu não limpava aprendi com a minha mãe falava que limpava com óleo de girassol, álcool 70.

6) Como deve ser feito a higienização da genitália em feminino ou masculino? E da anal para a vaginal ou da vaginal para anal?

Resposta- G6: De cima para baixo.

7) E necessário todas as vezes que for pegar no bebê lavar as mãos? Por que?

Resposta- G1: Sim, pois leva bactérias para o bebê e o uso também de álcool.

8) E correto usar perfume na pele do bebê?

Resposta- G2: Na pele não, mas na roupinha, por que pode o bebê ter alergia.

9) O banho deve começar na cabeça aos pés ou dos pés à cabeça?

Resposta – G3: Da cabeça aos pés.

10) O leite contém todos os nutrientes essenciais para o seu crescimento e desenvolvimento do bebê, e necessário dar agua ao bebê?

Resposta- G4: Sou mãe de primeira viagem, mas eu não daria, pois o leite já tem tudo que ele necessita.

11) Como você faria a limpeza da orelhinha do seu bebê?

Resposta- G5: Com cotonete e óleo.

12) Como deve ser a temperatura da agua para o banho no recém-nascido?

Resposta- G6: Morninha.

13) Eu posso sair de casa com o meu bebê nos primeiros meses de vida para creches, aniversários e entres outros?

Resposta- G1: Não e ideal.

14) Cite quatro cuidados essenciais para o banho no bebê?

Resposta- G2: Não colocar agua no ouvido, ter cuidado com a temperatura da agua.

15) Qual o sabão ideal para lavar os panos do bebê?

Resposta- G3: Minha mãe lavava com sabão de coco, que e neutro, não tem cheiro.

16) Pode usar amaciante na roupa do bebê?

Resposta- G4: Não.

Foi realizado três rodadas, sendo que por duas vezes, duas gestantes repassou para a outra, sendo assim na última rodada, foi apenas 4 gestantes que responderam, com isso foi feito as perguntas com quem estava empatado.

Para desempatar: É necessário levantar a mão primeiro, para só assim desempatar.

- 1) O choro do bebê e uma das coisas que mais causa confusões nas mães, no começo a mãe não consegue entender o porquê que ele chora tanto, isso só será possível depois de algum tempo, mas e através do choro que o seu bebê se comunica com você e geralmente o bebê chora por qual motivo?

Resposta- G1: Quando o bebê sente muita cólica, fome.

Resposta- G2: Se for para mim falar sobre choro eu não vou saber o que falar, pois os meus não chorava, eu tinha que tirar do berço para amamentar. A não seja sono também.

Com isso gerou outra pergunta novamente, quem levantar o braço primeiro e responder corretamente, ganhará o brinde.

- 2) Seu bebê está chorando muito e aparentemente você acha que ele estar com dor, será que você pode dar algum medicamento, mesmo sem prescrição medica?

Resposta- G1: Não, a gente nem deve de alto medicar, imagine um bebê. Para saber se ele estar com cólica, pegue ele tire a blusinha dele e coloque ele junto com a sua barriga, por que se ele estiver com cólica, ele irá se acalmar.

Resposta- G2: Remédio nenhum, pois não se sabe se e doença. E levar ao médico.

Com isso G2 foi quem ganhou, pois mesmo respondendo por última, mas foi a que levantou a mão primeiro.

Enfim, assim se encerra mas uma dinâmica e parabéns a todas que participarão.

O banho dos recém nascidos visa, especialmente, as zonas que necessitam maior atenção, como face, pescoço, pregas e área das fraldas. Quanto ao banho de rotina, foi demonstrado que ele, em si, é superior à esfregação com esponja ou algum outro tecido. O ato de esfregar com esponja ou tecido promove maior perda de temperatura, maior perda de água transepidérmica e menor hidratação do estrato córneo. A duração do banho deve ser curta, de no máximo cinco minutos, principalmente, se for usado algum sabonete. Isso ajuda, também, a evitar a maceração da pele. A frequência do banho varia muito entre determinadas regiões e países, dependendo da cultura de cada local (FERNANDES, 2011).

A pele do neonato sofre um progressivo processo de adaptação ao ambiente extra-uterino, o que exige cuidados especiais. Ela se caracteriza por ser sensível, fina e frágil, com

pH neutro na sua superfície, o que diminui, significativamente, a defesa contra a excessiva proliferação microbiana. Seu conteúdo lipídico é menor, mas o de água é elevado. É uma pele macia, uma vez que a camada córnea tem menor espessura, e a epiderme e a derme é mais delgada do que as dos adultos, por isso devemos ter o máximo de cuidado (FERNANDES, 2011).

Logo após a dinâmica, foi colocado um vídeo explicativo de 10 minutos para melhor entendimento prático, com relação a higiene no recém-nascido, de forma que o conteúdo fosse absorvido e as mesmas realiza-se de forma correta no dia a dia do RN. Depois do vídeo, foi realizada a aula prática, de como dar banho no bebê, de como realizar toda a higiene corretamente, para que o recém-nascido esteja sempre limpo. Após a aula prática, realizamos a consulta de pré-natal com todas as gestantes, fazendo a anamnese, exame físico completo (ausculta dos batimentos cardíacos, medição da altura uterina, mamas, gânglios linfáticos, presença de edemas, etc.). Visualizamos a caderneta de saúde da gestante bem como os exames realizados, orientando e esclarecendo dúvidas, para que a gravidez se torne saudável e feliz.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão das condições vivenciadas pelas gestantes no que diz respeito aos cuidados com o Recém Nascido, evidenciando as dificuldades e limitações neste processo.

Acreditamos que atingimos o objetivo da ação que era fornecer informações sobre os cuidados com o Recém nascido as gestantes, pois a participação destas foi satisfatória e percebeu-se que existiam muitas dúvidas a respeito do assunto. Estas dúvidas foram sanadas através de práticas realizadas naquele momento e trocas de vivências de mães experientes e inexperientes.

Para as discentes o momento foi de grande aprendizagem para que se possa aprimorar a prática da enfermagem na assistência a saúde da mulher gestante, puérpera e também de seu bebê.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Amanda Larissa Souza dos.et al. **Importância da realização da primeira semana de saúde integral.** P 1-15, v 2, n3, Vale do São Francisco, 2012?.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais**. P1-190, Misal, 2011.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; LOPES, José Maria de Andrade; CARVALHO, Manoel de. O recém-nascido de alto risco: Teoria e prática do cuidar. **FIOCRUZ**, v 564, n 7, p.1-573,2004.

FERNANDES, Juliana Dumê; MACHADO, Maria Cecília Rivitti; OLIVEIRA, Zilda Najjar Prado de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An Bras Dermatol**, v 86,n1, p 1-9, 2011.

PERFIL DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN E REGIÃO: FATORES ASSOCIADOS À GESTANTE, GESTAÇÃO E RECÉM-NASCIDO, RESULTADOS PRELIMINARES

Shyanne Moura Fernandes de Araújo⁹⁹

Isabela Goés dos Santos Soares¹⁰⁰

Patricia Helena de Moraes Cruz Martins¹⁰¹

Thiberio de Souza Castelo¹⁰²

RESUMO

Anomalia congênita (AC) é definida como toda anomalia funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, decorrente de fatores socioeconômicos, genéticos, infecções durante a gestação, fatores nutricionais, maternos e ambientais. Objetivou-se verificar os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos das anomalias congênitas relacionados à gestação no município de Mossoró e Região. Trata-se de um estudo documental de caráter retrospectivo com abordagem quantitativa, em que se configura como projeto de pesquisa, que no presente momento está em andamento. O Hospital da Mulher Maria Parteira Correia foi o campo de escolha para o estudo. A população são todos os recém-nascidos portadores ou não de anomalias congênitas do município de Mossoró, nascidos no período de 2014 à 2015. A amostra foi obtida através de um cálculo amostral para amostras finitas, totalizando 352 prontuários de recém-nascidos portadores ou não de anomalias congênitas no período de 2014 à 2015. Para coletar os dados, está sendo utilizado um formulário. Os dados foram tabulados e codificados pelo Programa Excel 2013. Os resultados parciais obtidos a partir da análise dos mesmos foram discutidos de acordo com a literatura pertinente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa/PB através do Parecer 1.313.766 e CAAE: 49875615.0.0000.5179. Foram colhidos 89 prontuários do ano de 2014 e 115 do ano de 2015, pois encontra-se ainda em fase de coleta de dados, e como resultados parciais foi encontrado dentre esses prontuários, 8 casos de anomalias. Nenhum em 2014 até o momento e em 2015, foi encontrada até o mês de maio, 8 casos. As anomalias foram: 5 casos de microcefalia, 1 de mielomenigocele, 1 de anencefalia e 1 de fenda palatina. Espera-se com esse estudo uma análise sistemática do perfil das anomalias congênitas do município de Mossoró e seus fatores associados.

DESCRITORES: Anomalias Congênitas. Gestação. Recém-Nascido.

⁹⁹Graduanda do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. Endereço: R Pres. Vargas, n.5, Alto São Manoel. Telefone para contato: (84) 99669-7164. E-mail: moura.anne@hotmail.com

¹⁰⁰Graduanda do 8º período da FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. E-mail: isaelaggoes@hotmail.com

¹⁰¹Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela UERN. Professora da disciplina Enfermagem em Obstetrícia e Neonatal da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

¹⁰²Médico Veterinário Doutor em Biotecnologia pela UFRN. Professor da disciplina de Morfologia Humana da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), anomalia congênita (AC) ou defeitos congênitos, doenças congênitas ou malformações congênitas, é definida como toda anomalia funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, decorrente de fatores socioeconômicos, genéticos, infecções durante a gestação, fatores nutricionais, materno e ambientais. Estas resultam em abnormalidades físicas ou mentais, podendo estar presentes ao nascimento ou se manifestar após diversos anos (MENDES et al, 2015; POLITA et al, 2013).

As AC podem ser classificadas em dois tipos. As maiores são aquelas que resultam em graves defeitos anatômicos, funcionais ou estéticos, podendo muitas vezes, levar à morte; as menores, geralmente sem importância cirúrgica, médica ou estética, sobrepõem-se aos fenótipos normais, podem ser únicas ou múltiplas e podem se associar as malformações maiores (MENDES et al, 2015).

O princípio geral é de que quanto mais precoce for iniciada a malformação mais complexa será a anomalia resultante. As malformações associam-se a altas taxas de mortalidade entre menores de 1 ano, podendo representar graves repercussões na vida da criança e de sua família. Graças aos avanços da medicina perinatal, a sobrevivência de bebês portadores de malformações melhorou consideravelmente nos últimos anos (REIS; SANTOS; MENDES, 2011).

Cerca de 2% a 5% dos recém-nascidos, no Brasil e no mundo, apresentam algum tipo de AC. Destas, 60% são de causa desconhecida, 6% cromossômicas e 20% de herança mendeliana. As relacionadas às causas dependentes de fatores ambientais ou de interação gene-ambiente são mais numerosas e mais difíceis de serem reconhecidas (SALA; ABRAHÃO, 2010).

Estas são responsáveis por 20% da mortalidade neonatal e 30 a 50% da mortalidade perinatal nos países desenvolvidos. As malformações congênitas correspondem à principal causa de mortalidade infantil e de mortalidade geral em diversos países do mundo, respondendo, em 1997, por cerca de 495.000 mortes em todo o mundo. A grande maioria destas mortes ocorreu durante o primeiro ano de vida, influenciando diretamente na taxa de mortalidade infantil (REIS, 2010).

Observa-se uma crescente taxa de mortalidade infantil em crianças menores de um ano, associadas às AC, gerando um grande impacto nos serviços de saúde e graves repercussões na vida da criança e de sua família. Apesar dos indicadores de saúde da população brasileira terem melhorado consideravelmente nos últimos anos devido à redução

das doenças causadas por má nutrição, condições insalubres de vida e controle dos patógenos exógenos, uma proporção crescente dos óbitos entre as crianças é atribuída às doenças genéticas e às estas anomalias, gerando um problema de saúde pública que requer política pública específica (REIS; SANTOS, 2011).

Os fatores de risco suscetíveis de prevenção primária podem agir no período pós-concepção. Seu dano é produzido precocemente na embriogênese e, sendo assim, as medidas preventivas devem ser iniciadas no período pré-concepção. Dessa maneira, gestações planejadas apresentam menor risco para AC. Outras causas de risco para malformações são: idade materna avançada, filho anterior com AC, uso indevido de fármacos/drogas, deficiências nutricionais e exposição da gestante a certos agentes físicos, químicos, biológicos e ambientais teratogênicos. Algumas dessas causas foram minimizadas com programas de planejamento familiar, educação em saúde, rigor nas vendas de medicamentos, fortificação de farinha com ácido fólico, programa de pré-natal, programa nacional de imunizações e de triagem neonatal (POLITA et al, 2013).

Hoje já existe métodos preventivos para 70% das AC no Brasil. A prevenção primária ocorre principalmente no período pré-concepcional e direciona-se às pessoas sadias a fim de evitar doenças, reduzindo a exposição aos fatores de risco e à suscetibilidade. Já a forma secundária é realizada por meio da detecção precoce de tais fatores, geralmente no pré-natal, evitando a evolução de enfermidades e sequelas. A terciária acontece principalmente no pós-natal, agindo em pessoas enfermas. Evitam-se as complicações da doença por meio de reabilitação e correções cirúrgicas, englobando o tratamento multiprofissional, no intuito de reduzir os riscos de complicações e agravos (NUNES, 2010).

Pessoas com anomalias congênitas consistem em um novo perfil de clientela no sistema de saúde, com necessidades e demandas diversificadas de saúde, requerendo serviços especializados com equipe multiprofissional para a sua assistência, desde o nascimento, incluindo-se o neonato e sua família, associadas a políticas de prevenção. Embora alguns países já tenham avançado neste contexto, ainda são escassos no Brasil e nas suas unidades federativas, dados relativos à prevalência de anomalias congênitas (MENDES et al, 2015).

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado em 1990, tem a finalidade de coletar, produzir, analisar e divulgar dados sobre os nascidos vivos em todo o território nacional, por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV). Esta foi instituída pelo Ministério da Saúde, neste mesmo ano. Neste sistema de informação, em 1999, foi introduzido um campo referente à detecção de malformação congênita, visando detectar o número de AC em cada maternidade, pois antes desse período os dados eram obtidos somente

a partir das Declarações de Óbito e não era possível detectar de maneira precisa o perfil de AC de cada região (NUNES, 2010; NUNES; PEREIRA; QUELUZ, 2010).

Diante desse contexto faz-se o seguinte questionamento: Qual o perfil das anomalias congênitas no município de Mossoró/RN e região?

Sob esse cenário, põe em evidência a importância de realizar estudos que venham contribuir para a compreensão dessa problemática que envolve a saúde da mulher e do neonato, visando à redução da mortalidade infantil e permitindo a identificação de novos indicadores que vão contribuir para identificar o perfil de novos casos de AC. Diante disso, emergiu o interesse em estudar o perfil de novos casos de AC no município de Mossoró, tanto pela baixa taxa de notificação e exposição desses casos, como o crescente número de anomalias que vem ocorrendo nos últimos anos. A pesquisa trará contribuição epidemiológica e sociodemográficas pois associará os casos de AC com a gestação e outras variáveis maternas, neonatais e do parto, além de caracterizar as principais anomalias encontradas nas maternidades do município de Mossoró.

Objetivou-se com esse estudo verificar os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos das anomalias congênitas relacionados a gestação no município de Mossoró e Região; caracterizar as principais anomalias congênitas encontradas na maternidade do município de Mossoró; identificar associação existente entre as variáveis maternas, neonatais e do parto com as anomalias congênitas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental de caráter retrospectivo com abordagem quantitativa. Mossoró possui quatro maternidades que prestam serviços a sua população e região. Sendo que duas delas são de iniciativa privada e o restante, prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Casa de Saúde Dix-Sept Rosado tem 70 leitos e faz em média 400 partos por mês. O Hospital da Mulher Parteira Maria Correia que é o hospital de referência para gestantes de alto risco da região Oeste, possui 36 leitos e faz em torno de 200 partos mensais. Os hospitais que realizam partos particulares são o Hospital Wilson Rosado e o Hospital Rodolfo Fernandes. O Hospital da Mulher Parteira Maria Correia foi o campo de escolha para o estudo visto que representa de forma satisfatória o objetivo da pesquisa.

A população da pesquisa são todos os recém-nascidos portadores ou não de anomalias congênitas do município de Mossoró, nascidos no período de 2014 à 2015 obtendo-se esses dados a partir das declarações de nascidos vivos constantes nos 4.120 prontuários. A amostra

foi obtida através de um cálculo amostral para amostras finitas, totalizando 352 prontuários de recém-nascidos portadores ou não de anomalias congênicas no período de 2014 à 2015.

Os critérios de inclusão para pesquisa: recém-nascidos portadores ou não de anomalias congênicas nascidos no período de 2014 à 2015 e como critérios de exclusão: recém-nascidos portadores de anomalias congênicas ou não que tenham nascido fora do período entre 2014 e 2015.

Para coletar os dados, está sendo utilizado um formulário onde a variável dependente é a idade materna e para verificar se constitui risco para AC optou-se pela categorização das mães em dois grupos: mães adolescentes (< 20 anos) e mães tardias (≥ 35 anos) considerando como não risco as mães adultas (20 a 34 anos).

As variáveis independentes foram: estado civil, escolaridade materna, duração da gestação, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, sexo do recém-nascido, escore de Apgar no primeiro e quinto minuto, raça e peso ao nascer. O estado civil foi categorizado como casada e não casada sendo que para casada incluíram-se as propriamente ditas casadas e com união consensual e não casada incluíram-se as solteiras, viúvas e divorciadas. Quanto à escolaridade materna considerou-se baixa escolaridade menos de oito anos de estudos e boa escolaridade oito ou mais anos de estudo.

A duração da gestação foi categorizada em menor que 37 semanas e igual ou maior que 37 semanas. O tipo de parto como normal ou cesárea. O número de consultas de pré-natal em menos de sete consultas e sete ou mais consultas. O sexo do recém nascido como masculino e feminino. Os índices de Apgar no primeiro e no quinto minuto em menor que sete e igual ou maior que sete. A raça/cor do recém nascido foi categorizada dicotomicamente como branca e não branca sendo que para a não branca incluiu-se preta, amarela, parda e indígena.

O peso ao nascer foi classificado em normal, quando igual ou superior a 2.500g, e em baixo peso, quando inferior a 2.500g. Apresenta anomalia congênita, qual tipo e não apresenta anomalia congênita, as variáveis que apresentaram indicação “ignorado” ou que não apresentaram o campo preenchido para anomalias serão consideradas como não informadas.

Os dados foram coletados em uma sala privada, as pesquisadoras colheram as informações contidas nas declarações de nascidos vivos dos prontuários, e transcreveram para o formulário. Os dados foram tabulados e codificados pelo Programa Excel 2013. Para verificar associação entre as variáveis será utilizado o teste de qui-quadrado pelo Programa Statistica 8.0. O nível de significância estatística foi definido em 5% com intervalos de

confiança de 95% para cada variável independente analisada. Os resultados parciais obtidos a partir da análise dos mesmos foram discutidos de acordo com a literatura pertinente.

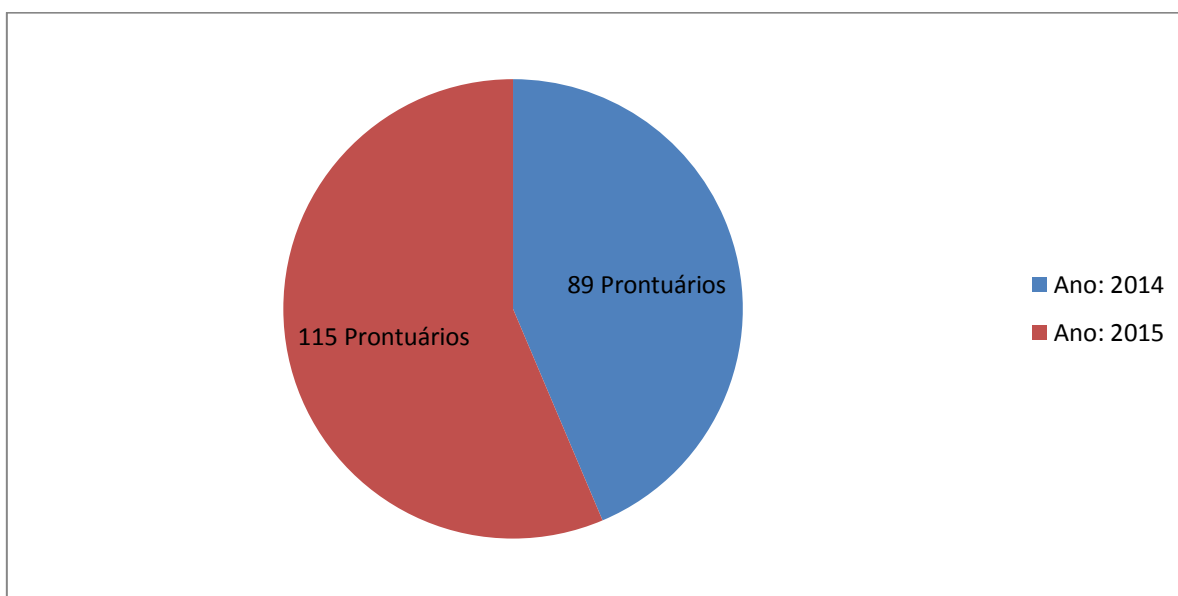
Como a pesquisa envolve seres humanos, submeteu-se a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa/PB, através da Plataforma Brasil, sendo aprovada através do Parecer 1.313.766 e CAAE: 49875615.0.0000.5179.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente projeto de pesquisa ainda encontra-se em andamento. Até o exato momento, está sendo formalizada a etapa de coleta de dados, como consta no cronograma. O período de coleta de dados dar-se-á até o final do mês de maio de 2016 e a análise dos dados será concluída até o final do semestre letivo de 2016.1.

Como ainda não foi concluída a etapa de coleta de dados, este artigo trará como resultados parciais o número de prontuários já coletados, com a quantidade de recém-nascidos portadores ou não de anomalias congênitas. A representação estatística do número de prontuários já colhidos encontra-se no gráfico 1.

Gráfico 1 – Quanto a quantidade de prontuários coletados



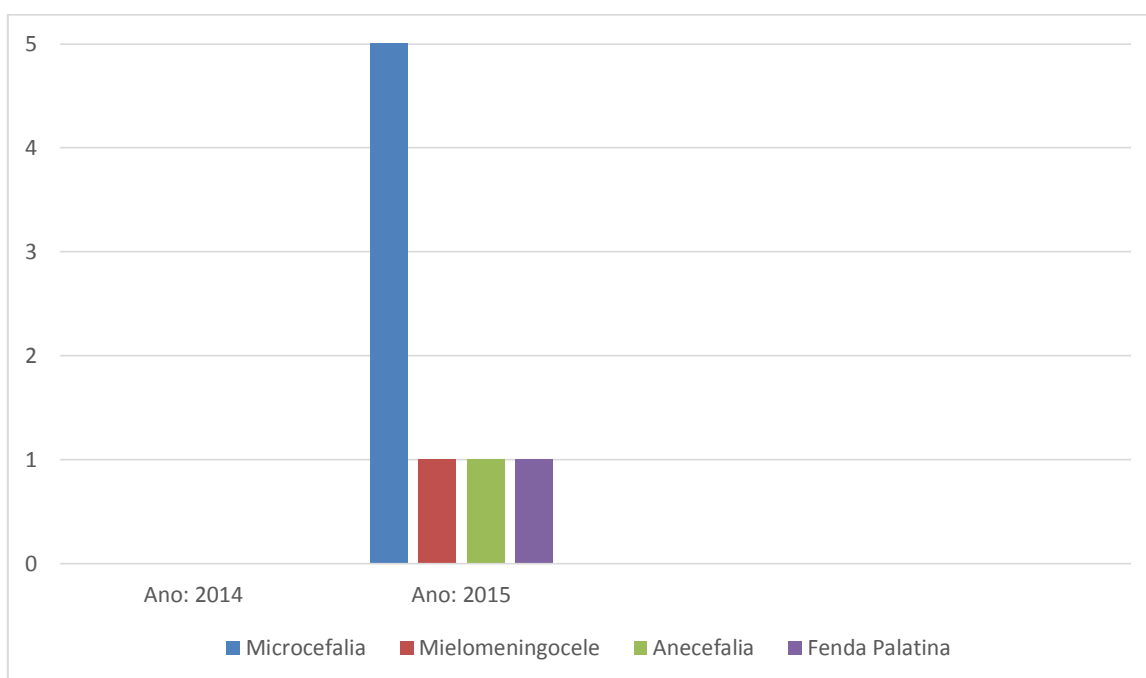
Fonte: Pesquisa de campo (2016).

O gráfico acima aponta que foram colhidos 89 prontuários do ano de 2014 e 115 do ano de 2015. De acordo com a amostra, deve-se colher 176 prontuários de cada ano, ou seja,

176 do ano de 2014 e 176 de 2015, na qual o total dos prontuários é o resultado do “n” da amostra (352 prontuários). Esse resultado aponta que até o momento foram colhidos 50,56% dos prontuários do ano de 2014 e 65,34% dos prontuários do ano de 2015. A coleta nos prontuários não está igualada, pois está acontecendo de maneira aleatória, dessa maneira, quando se chegar ao total de 176 em cada ano, a coleta terminará e passará para fase de análise de dados.

O total de prontuários colhidos até o momento descritos acima é referente aos casos sem anomalias e com anomalias. Foi encontrado dentre esses prontuários, 8 casos de anomalias. Nenhum em 2014 até o momento e em 2015, foi encontrada até o mês de maio 8 casos de má formações. As anomalias foram: 5 casos de microcefalia, 1 de mielomeningocele, 1 de anencefalia e 1 de fenda palatina. A representação gráfica das anomalias encontradas está apresentada no gráfico 2.

Gráfico 2 – Quanto as anomalias congênitas encontradas



Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Microcefalia é uma condição neurológica em que o tamanho da cabeça do recém-nascido é dois ou mais desvios padrão abaixo da média para a idade e sexo. Em outubro de 2015, foi observado aumento inesperado no nascimento de crianças com microcefalia, inicialmente em Pernambuco, e posteriormente em outros estados da região Nordeste (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016).

A mielomeningocele é uma má formação congênita aberta do tubo neural, sendo a anomalia aberta mais comum e a de maior gravidade da medula espinhal. É uma massa cística, mediana posterior, aparente no nascimento, contendo líquido, meninges, medula espinhal malformada e raízes nervosas (CATUSSO; CAMPANA; TAVARES, 2010).

A anencefalia é uma má formação rara do tubo neural, caracterizada pela ausência parcial do encéfalo e da calota craniana, proveniente de defeito de fechamento do tubo neural nas primeiras semanas da formação embrionária (SOUZA, 2012).

Já a fenda palatina são malformações que ocorrem entre a 4ª e 9ª semana do período embrionário, devido à falta de fusão dos processos maxilar e médio-nasal. É caracterizada pela presença de comunicação buco-nasal, em consequência da perfuração do palato (duro ou mole), na qual é possível observar o septo nasal, assim como as conchas inferiores (CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com esse estudo uma análise sistemática do perfil das anomalias congênitas do município de Mossoró e seus fatores associados. Com os dados obtidos a partir desta pesquisa será possível verificar os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos das anomalias congênitas relacionados a gestação no município de Mossoró e Região, bem como a caracterização das principais anomalias congênitas encontradas e a identificação de possíveis associações existente entre as variáveis maternas, neonatais e do parto com as anomalias congênitas.

REFERÊNCIAS

CAMPILLAY, Paloma Letelier; DELGADO, Susana Elena; BRESCOVICI, Silvana Maria. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de porto alegre. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 2010.

CATUSSO, Renata Lobo; CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. A resiliência e a imagem corporal de adolescentes e adultos com mielomeningocele. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 37-45, 2010.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha; DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25 n.1, 2016.

MENDES, Carolina Queiroz de Souza et al. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Enferm.**, v.15, n.1, p. 7-12, 2015.

NUNES, Luiz Maurício Nogueira; PEREIRA, Antonio Carlos; QUELUZ, Dagmar de Paula. Fissuras orais e sua notificação no sistema de informação: análise da Declaração de Nascido Vivo (DNV) em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 1999-2004. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 345-352, 2010.

NUNES, Maria Diniz. **Perfil epidemiológico das malformações congênitas em recém-nascidos no estado do Tocantins no período de 2004 a 2008**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília. 2010.

POLITA, Naiara Barros et al. Anomalias congênitas: internações em unidade pediátrica. **Rev. Paul Pediatr.**, v. 31, n. 2, p. 205-210, 2013.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva. Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas. **Rev. Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 490-496, 2011.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; MENDES, Taiana Alves Ribeiro. Prevalência de malformações congênitas no município do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2000 e 2006. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 364-368, 2011.

REIS, Lucimar de Lara Aires Silvestre dos. **Perfil epidemiológico das malformações congênitas no Município de Cáceres Mato Grosso no Período de 2004 a 2009**. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília. 2010.

SALA, Danila Cristina Paquier; ABRAHÃO, Anelise Riedel. Complicações obstétricas em gestações com feto portador de anomalia incompatível com a sobrevivência neonatal. **Rev. Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 614-618, 2010.

SOUZA, Ariadne Costa de. **A dificuldade de aceitação do aborto do anencéfalo**. 2012. 53f. Monografia (Monografia em direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Ciências Sociais. Brasília. 2012.

OS DESAFIOS DE SER CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE

Gessica Raquel Clemente Rodrigues¹⁰³

Ana Andréa Barbosa Maux¹⁰⁴

RESUMO

No Brasil o envelhecimento populacional vem crescendo consideravelmente, mas além de uma transição demográfica, o país tem passado também por uma transição epidemiológica, pois têm surgido nessa fase altos índices de doenças crônicas e perdas das mais variadas, que acabam levando a dependência funcional nos idosos. Quando a incapacidade funcional se instala, a família é que, muitas vezes, assume a tarefa do cuidado diário do idoso dependente. Diversas são as mudanças que ocorrem quando se assume esse papel de cuidador, o indivíduo como um todo é afetado, desde suas atividades diárias, interação social aos seus sentimentos. A função de cuidador gera também sobrecargas físicas, psicológicas e sociais, que podem por sua vez desencadear quadros de estresse intenso, depressão, causar alterações na vida conjugal e familiar, o que atinge e prejudica o cuidador, assim como aqueles de quem cuidam. Mediante a isso, fica nítido a importância e necessidade destes cuidadores receberem adequada atenção e suporte psicológico para que se sintam amparados para atuar nesse processo de cuidar. Neste sentido, este estudo busca compreender os desafios de ser um cuidador de idoso dependente. Para tanto, utilizou-se como embasamento os registros de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Mossoró/RN, sobre essa população, as vivências de uma residente multiprofissionais em atenção básica, Saúde da Família/comunidade, e literatura a respeito do tema. Espera-se portanto, que esse trabalho dar visibilidade os desafios vivenciados pelas pessoas que encontram-se na situação de ser um cuidador, como também, contribuir para que haja uma sensibilização para a criação e o aprimoramento de estratégias de cuidado para este público.

Palavras-chaves: Idoso, Cuidador, Cuidado, família.

Introdução

No Brasil o envelhecimento populacional vem sofrendo uma crescente, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 14,8 milhões em 1999 para aproximadamente 20,6 milhões em 2010 (11% da população). Além do processo de transição demográfica, o país tem passado também por uma transição epidemiológica, pois junto com o envelhecimento

¹⁰³ Psicóloga, Residente em Atenção Básica, saúde da Família/comunidade. Vinculada a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Endereço: Rua Cristiano de Moraes, nº 60, bairro Belo horizonte, Mossoró/RN; contato gessicarcr@gmail.com, (84) 988828-6113.

¹⁰⁴ Psicóloga, Vinculada a UNIFACEX Natal/RN, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Do Rio Grande do Norte.

populacional surgem altos índices de doenças crônicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, que causam dependência funcional nos idosos (RAMOS, 2003). Quando essa incapacidade funcional se instala, a família é quem muitas vezes assume a tarefa do cuidado diário do idoso, mesmo mediante suas limitações de recursos, suporte e conhecimento.

Assumir o papel de cuidador familiar pode ser um processo que vai ocorrendo gradualmente, mas pode surgir de forma abrupta, mediante o surgimento do diagnóstico de uma patologia, cuja sua evolução ou tratamento levam a uma situação de dependência de cuidados (COSTA & CASTRO, 2014). Assumir este lugar está também diretamente relacionado com o vínculo afetivo ou responsabilidade ligada ao grau de parentesco entre as pessoas. Por vezes, pelo fato da decisão de quem assumirá a função de cuidador ser algo que envolve todo um conjunto familiar, há uma influência ou até mesmo imposição de quem a família julga mais apta ou disponível para a tarefa. Em alguns casos, o familiar assume este papel de cuidador por ser a única opção dentro do núcleo familiar, ou até mesmo fora dele (BAPTISTA et. al., 2012).

Segundo Costa e Castro (2014) a mudança nas atividades cotidianas do cuidador, como o abandono do trabalho, que gera dificuldades econômicas, a diminuição da interação social e dos momentos de lazer, acrescido da realização dos cuidados do familiar dependente, como já apontado pelo Ministério da Saúde, gera sobrecarga desses cuidadores que apresentavam cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar, o que atinge e prejudica a eles mesmos, assim como aqueles de quem cuidam. Neste sentido, percebe-se que as alterações das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm gerado impactos negativos sobre a qualidade de vida do cuidador familiar.

Mediante a esse contexto, fica nítido que o familiar que exerce o papel de cuidador da pessoa idosa, pode adoecer em decorrência desta função. Isso aponta para a importância e necessidade destes cuidadores receberem adequados cuidados e suporte psicológico e emocional, para que se sintam amparados para atuar nesse processo de cuidar. Neste sentido, esse trabalho objetiva discutir os desafios de ser um cuidador familiar de idosos dependentes, visando contribuir no delineamento de modos de cuidado a este público.

Metodologia

Este trabalho trata-se de um relato de prática, que diz respeito à experiência de uma psicóloga residente multiprofissional em atenção básica, saúde da família/comunidade, no

:município de Mossoró/RN, com os cuidadores familiares de idosos presentes no território da Unidade Básica de Saúde (UBS), que a mesma reside. Como caminho metodológico utilizou-se literatura a respeito da temática, a qual foi levantada na Biblioteca Virtual em Saúde. Foi ainda consultado, os registros dos Agentes Comunitário de Saúde sobre idosos acamados no território, para uma identificação dos idosos e seus cuidadores; a posterior passou-se a realizar visitas às residências desses usuários, objetivando conhecer seus contextos e necessidades em saúde, tais visitas ocorrem sistematicamente por parte da psicologia, como forma de cuidado aos idosos e cuidadores. E atualmente, mediante a necessidade e as demandas de atenção já apontadas pela literatura e confirmadas na prática, que os cuidadores possuem, vem sendo estruturado um cuidado mais próximo a este público.

Resultados e discussão

A questão do surgimento das condições crônicas na terceira idade, sem o devido acompanhamento e controle, acaba por contribuir para aumentar do número de idosos com limitações funcionais, que necessitam de cuidados prolongados e permanentes, cuidados que não vem sendo realizado de forma satisfatória pelos serviços de saúde, e acaba assim sobrecarregando a família, tenha ela ou não conhecimentos e habilidades para cuidar do parente idoso (CAMARANO, 2010; MENDES, 2012).

Como aponta Polaro et. al. (2013) há uma tendência por parte das políticas de atenção ao idoso, em apontar o domicílio como o melhor local para ele viver o seu envelhecimento, sendo a favor da manutenção da autonomia/independência, identidade e dignidade. Essa afirmativa, é confirmada na minha prática de trabalho com essa população, pois tanto os relatos dos idosos, como dos próprios cuidadores, que apesar de enfrentarem desafios no exercício de sua atividade de cuidar, compreende o lar como sendo o melhor espaço para envelhecimento e para o cuidado das condições de saúde e doença dos idosos. Mas, a falta de apoio dos serviços sociais e de saúde para o autocuidado da família, principalmente daquelas com pessoas dependentes de cuidado prolongado, como no caso de idosos fragilizados ou em condições crônicas, torna-se uma situação que coloca em risco o bem-estar e a qualidade de vida, culminando em desequilíbrios biopsicossociais de toda a família (POLARO et. al., 2013).

Mediante a essa realidade, realizar os cuidados diários para o idoso passa a ser uma nova e desafiadora tarefa para a família como um todo, pois seus membros diversas vezes assumem o papel de cuidadores sem preparação, conhecimento, experiências ou suporte

adequado para o desempenho desta função, o que pode trazer prejuízos para a sua qualidade de vida e para a qualidade do cuidado dispensado (INOUYE, PEDRAZZANI & PAVARINI, 2008; GONÇALVES et. al., 2011). Tais colocações vão ao encontro das percepções que tenho identificado no território que atuo, conforme relatos e observações, é nítido que muitos cuidadores não tinha experiência a respeito da tarefa de cuidar de idosos dependentes, mas pelas circunstâncias foram aprendendo na prática e no compartilhamento de experiências com outros cuidadores.

O cuidador ao desempenhar as atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a enfrentar restrições em relação a própria vida, e isso contribui para o aparecimento de sobrecarga e de efeitos danosos para sua saúde (FERNANDES & GARCIA, 2009). As mudanças que ocorrem ao se assumir este papel de cuidador afetam o indivíduo como um todo, desde as atividades diárias aos seus sentimentos. Os familiares cuidadores acabam por se distanciar da vida social e familiar, e isto se agrava à medida que a doença do ser cuidado progride (BAPTISTA et. al., 2012).

Nesse contexto, o cuidador muitas vezes adia ou elimina atividades ou ocupações exercidas anteriormente, devido à necessidade de cuidar. Sendo comum que atividades cotidianas de autocuidado e as que geravam prazer, passem a ser substituídas pelas obrigações, ficando o tempo restrito ou inexistente para se dedicar a essas primeiras (LUZARDO, GORINI & SILVA, 2006). Como apontam Bauab e Emmel (2014), há também a geração de uma carga emocional profunda, em que surgem vários sentimentos, muitas vezes ambivalentes como: amor, impotência, pena, alívio, culpa e até mesmo revolta pela dependência de si e aquela que acaba por imprimir ao outro.

Segundo Costa e Castro (2014), há mudança nas atividades cotidianas, como o abandono do trabalho, que acaba gerando dificuldades econômicas, há também a diminuição da interação social e dos momentos de lazer. Acrescente-se, também, que a realização dos cuidados necessários ao familiar dependente, como já apontado pelo Ministério da Saúde, gera sobrecarga para esses cuidadores, que apresentaram, de acordo com os dados da pesquisa realizada por Costa e Castro (2014), cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar, o que atinge e prejudica a eles mesmo, assim como aqueles de quem cuidam. Neste sentido, percebe-se que as alterações das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm gerado impactos negativos sobre a qualidade de vida do cuidador familiar. Tais constatações mais uma vez convergem com a minha realidade de atuação, visto que é clara as mudanças nas rotinas, na organização da vida e das atividades dos cuidadores, que precisaram alguns mudar de casa, abandonar o emprego e até mesmo a cidade onde

residia, para assumir esse papel de cuidador de um idoso familiar. Tudo isso, nos alerta para a necessidade de um cuidado específico para essa população de cuidadores, que vem crescendo, devido ao envelhecimento e o adoecimento da população idosa.

Conclusão

Levando-se em consideração as discussões realizadas ao longo do texto, a respeito do desafio que representa a tarefa de ser um cuidador familiar de um idoso dependente, assim como as consequências biopsicossociais que o desempenho dessa tarefa pode desencadear, compreende-se que é necessária uma articulação das redes de suporte social e da saúde, para auxiliar no cuidado e atenção integral dessas famílias cuidadoras.

Nesse sentido, ressalta-se que é de suma importância que os profissionais nesses sistemas sociais e de saúde, busquem propiciar intervenções que visem a melhoria das condições de saúde dos idosos, bem como dos cuidadores familiares, que se engajam e se dedicam a essa prática de cuidar, que apesar de ser uma atividade que não é reconhecida formalmente, desencadeia uma série de questões de ordem sociais e da saúde como um todo. Por fim, salienta-se que os cuidadores familiares de idosos devem ter além da assistência a sua saúde, condições para que possam exercer o autocuidado, para que não entre em um ciclo tanto de auto-negligência, como de descuido por parte dos equipamentos sociais e de saúde, que podem assim desencadear complicações a saúde e comprometimento da sua tarefa de cuidador.

Referências

BAPTISTA, B.O. et. al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 147-156, 2012.

BAUAB, J.P; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Rev. Brs. Geriatria. Gerontol.**, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014.

CAMARANO, A.A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?. Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

COSTA, S.R.D.; CASTRO, E.A.B. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n.6, p. 979-86, 2014.

FERNANDES, M.G.M; GARCIA, T.R. Determinatives of Family caregiver's tension while caring the dependent elderly. **Rev Bras Enferm.**, V.62, n. 1, p.57-63, 2009.

GONÇALVES, L.H.T. et. al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev Latinoam Enferm.**, v.19, n. 3, p.458-66, 2011.

INOUYE, K; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto Enferm.**, V.17, n. 2, p.350-7, 2008.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C. SILVA ,A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um Serviço de Neurogeriatria. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 587-94, 2006.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

POLARO,S.H.I. ET. AL. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n.2, p. 228-33, 2013.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idoso residentes em centro urbano: projeto Epidos, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. V.19, p. 793-797,2003.

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Letícia Rodrigues Coelho da Silva¹⁰⁵

Isabela Goés dos Santos Soares¹⁰⁶

Joseline Pereira Lima¹⁰⁷

RESUMO

Atualmente, a mortalidade neonatal vem sendo responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir esses índices. Deste modo, esses cuidados requerem o acompanhamento dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, pois estes desenvolvem uma atuação muito importante no cuidado ao recém-nascido de alto risco na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Objetivou-se com esse estudo descrever a atuação da enfermagem na assistência ao recém-nascido de alto risco na UTIN. O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, a partir do ano de 2008. Os descritores foram utilizados de maneira isolada. Período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de março de 2016. De acordo com o levantamento de dados expostos no decorrer do artigo, a assistência de enfermagem ao recém-nascido de alto risco na UTIN constitui-se de um elemento primordial para diminuição da mortalidade neonatal. A atuação da enfermagem dentro da unidade de terapia neonatal consiste em promover a higiene e a proteção da pele, a profilaxia das infecções, ativar a circulação, proporcionar conforto e bem-estar do bebê. Visa a proporcionar um acesso venoso para a administração de fluidos e medicamentos, passagem de um cateter nasal ou oral, manuseio com ventilação mecânica, além de outras atividades administrativas e assistenciais. Este trabalho traz subsídios para o profissional enfermeiro pois este deve estar atento a todas as formas de assistência, tratamento e prevenção para com estes RN, diminuindo, assim, o índice de complicações e sequelas, acarretando em um maior benefício e qualidade de vida para o recém-nascido de alto risco.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Recém-Nascido; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

¹⁰⁵ Graduanda do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Pós-graduanda em Neonatologia pela FACENE/RN. Endereço: Rua Padre Afonso Lopes. Telefone para contato: (84)996086742. E-mail: letxita_rodrigues@hotmail.com

¹⁰⁶ Graduanda do 8º período da FACENE/RN. Pós-graduanda em Saúde e Segurança do Trabalhador pela FACENE/RN. E-mail: isabelagoes@hotmail.com

¹⁰⁷ Enfermeira Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e em Serviços de Saúde Pública pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento e docente da FACENE/RN. E-mail: josy_enf@facenemossoro.com.br

INTRODUÇÃO

O recém-nascido de risco apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade em consequência de distúrbios ou situações superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e ajustamento à existência extrauterina (SILVA; VIEIRA, 2008).

Atualmente, a mortalidade neonatal vem sendo responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. Deste modo, esses cuidados requerem o acompanhamento dos profissionais de saúde em todo o ciclo de gestação, desde o momento do nascimento, até os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011).

Devido as suas características fisiológicas imaturas, o recém-nascido pré-termo apresenta maior risco de óbito, pois a pele é altamente delicada, apresenta também uma imaturidade pulmonar onde a quantidade de produção de surfactante é insuficiente, podendo provocar à instabilidade alveolar com formação de atelectasias progressivas. Além de sucção e deglutição débil, o que torna mais susceptível a aspiração durante a alimentação, aumentando assim o risco de infecção (TAMEZ; SILVA, 2010).

Assim, os recém-nascidos apresentam um grande potencial para a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), local este repleto de tecnologias e procedimentos invasivos de alta complexidade, mas que são necessários para garantir a sua sobrevivência (PACHECO et al 2012).

O internamento na UTIN pode prejudicar os RN, alterando o seu desenvolvimento, quando os mesmos apresentam períodos prolongados de sono difuso, choro inconsolável, mudanças abruptas do fluxo sanguíneo devido às rotinas, mudanças de posicionamento, manipulação excessiva, procedimentos invasivos, tais como aspiração de secreções, ambiente ruidoso e luminoso, impossibilidade de mamar e diminuição de interação social e de cuidados parentais. Além provocar efeitos no cérebro, e/ou alguns danos irreversíveis ao neonato (SANTOS, 2011).

Portanto, durante o internamento em UTIN, é necessário o controle de dois fatores para não prejudicar o seu desenvolvimento: o ambiente físico e os recursos humanos para o cuidado. Ou seja, a equipe multiprofissional precisa estar atenta quanto aos níveis de ruídos, temperatura do ambiente e luminosidades, para que se estabeleça um vínculo agradável entre mãe e filho. Além de proporcionar estratégias para diminuir o número de manipulações

dolorosas e para o controle da dor, visando ampliar o desenvolvimento e o bem-estar do recém-nascido (RAMOS et al, 2010).

Inserido no contexto multidisciplinar da assistência na UTIN, a equipe de enfermagem e em especial, o enfermeiro, desenvolve uma atuação muito importante no cuidado ao recém-nascido e ao seu desenvolvimento (TAMEZ; SILVA, 2010).

Diante desse contexto faz-se o seguinte questionamento: Qual a atuação da enfermagem na assistência ao recém-nascido de alto risco na UTIN?

Sob esse prisma, a necessidade de pesquisar sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido (RN) de alto risco na UTIN surgiu a partir das vivências práticas pedagógicas na graduação de enfermagem, com o contato adquirido a partir das disciplinas cursadas e estágios curriculares. Foi verificado que a atuação da enfermagem é decisiva no processo de adaptação do RN ao meio extrauterino. Há necessidade de uma preparação que contemple o aperfeiçoamento de técnicas e conhecimentos para melhorar a assistência de enfermagem e garantir a integralidade na atenção a este RN. Assim, Objetivou-se com esse estudo analisar a literatura acerca da atuação da enfermagem na assistência ao recém-nascido de alto risco na UTIN.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, que consiste em um método que reúne os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre uma mesma temática, objetivando sintetizar e analisar os dados, a fim de desenvolver uma explicação mais abrangente de um determinado fenômeno e fornecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Esse tipo de revisão não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações e a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores (LEITE, 2015).

Para construção desse artigo optar-se-á por artigos de periódicos da saúde pública, já que essa vertente representa uma bibliografia valorizada e de mais fácil acesso. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*. Os descritores em ciências da saúde elencados para a captura dos artigos

nas diferentes bases de dados foram “Cuidados de Enfermagem”, “Recém-Nascido”, “Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico”.

. Os descritores foram utilizados de maneira isolada. Período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de março de 2016.

Os critérios de inclusão foram: os artigos encontrados nas bases de pesquisa deverão apresentar referencial teórico acerca da atuação da enfermagem na assistência ao recém-nascido de alto risco na UTIN, os artigos serem a partir de 2008 e apresentar o texto completo em PDF. Os critérios de exclusão subsidiaram os de inclusão.

Desta forma, foram capturados 26 artigos para compor, no primeiro momento, a leitura dos resumos. Após leitura e análise criteriosa foram selecionados 19 artigos para que os pesquisadores pudessem realizar a leitura na íntegra do material. Posteriormente a essa fase, foram utilizados no presente no estudo um total de 16 artigos. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas de acordo com os critérios de inclusão e deram origem aos resultados e discussão a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de transição o bebê precisa se adaptar as alterações fisiológicas repentinas e cruciais para o sistema corporal. Após o nascimento, o neonato precisa assumir suas funções vitais, as quais, durante a vida intrauterina, eram efetivadas pela placenta. Caso essas adaptações não evoluam satisfatoriamente, os bebês poderão necessitar de assistência especializada, incidindo em alguns casos a terapia intensiva (ROSETTO; PINTO; SILVA, 2011).

O período neonatal corresponde aos primeiros vinte e oito dias de vida do bebê. O recém-nascido a termo (RNT) é aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas e o recém-nascido pré-termo (RNPT) todo aquele que tem menos de 37 semanas. O período de risco é classificado quanto a sua idade gestacional (<37 semanas), baixo peso (< 2.500g) ou devido algum problema fisiopatológico. Esse período de risco envolve o crescimento e o desenvolvimento, desde o primeiro minuto de vida até os 28 dias após o nascimento. Durante esse período ocorre um alto índice de morbidade e mortalidade, e cerca de quase 70% das mortes neonatais são em decorrência de distúrbios ou circunstâncias superpostas ao curso normal, que ocorre entre o nascimento e o ajustamento da vida extrauterina (SILVA; VIEIRA, 2008).

Inseridos no cotidiano do atendimento em ambientes de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), os recém-nascidos de risco podem apresentar algumas características fisiológicas imaturas, como: pele delicada, com queratinização pouco desenvolvida, pouco tecido adiposo ou quase ausência, facilidade na perda de calor através das fontanelas e como consequência hipotermia, imaturidade pulmonar, onde a quantidade de produção de surfactante é insuficiente e tal deficiência resulta em aumento da tensão superficial e da força de retração elástica, levando à instabilidade alveolar com formação de atelectasias progressivas, necessitando possivelmente de surfactação. Também pode apresentar sucção e a deglutição é débil, o que torna o neonato mais susceptível a aspiração durante a alimentação (TAMEZ; SILVA, 2010; FRELLO; CARRARO, 2012).

Devido a estas características e outras existentes, os recém-nascidos que estão internados, apresentam um risco aumentado de infecções, que conseqüentemente pode prejudica-lo, alterando seu crescimento e desenvolvimento. Diante disso, o cuidado adequado para os neonatos tem sido um dos desafios para equipe de enfermagem, que trabalham na finalidade de reduzir tais índices (PACHECO et al, 2012).

Esse é um desafio relativamente recente para as equipes de saúde. Os progressos da neonatologia e a evolução das tecnologias de assistência e cuidado integral ao recém-nascido têm permitido que os bebês cada vez menores e mais frágeis sobrevivam, passando seus primeiros momentos de vida em unidades de terapia intensiva neonatal (SILVA; VIEIRA, 2008).

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento aos recém-nascidos graves ou de risco, com idade entre 0 e 28 dias. O ambiente é projetado para dar o máximo de suporte para um organismo imaturo, mas a avançada tecnologia, a restrição da presença da família, os sons de alarmes e a rotina da própria unidade acabam por tornar o ambiente pouco acolhedor e humanizado (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010). A UTIN é um local repleto de tecnologias e procedimentos invasivos de alta complexidade, mas que são necessários para garantir a sobrevivência baseados na assistência prestada pela equipe multiprofissional (SILVA; VIEIRA, 2008).

A equipe multiprofissional, deve ser legalmente credenciada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, contendo, no mínimo, os seguintes profissionais: um Médico diarista para cada dez leitos; fisioterapeutas com no mínimo um para cada dez leitos; técnicos de enfermagem: no mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; auxiliares administrativos: no mínimo um

exclusivo da unidade; funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno. Todos devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI. Além disso, todos os profissionais da UTI devem estar devidamente imunizados de acordo com a NR 32. Por fim, porém não menos importante, a equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada (BRASIL, 2010).

A assistência ocorre de forma ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, fármacos, recursos humanos especializados e que têm acesso a outras tecnologias destinadas à elaboração de diagnóstico e à implementação de terapêuticas (DELLAQUA; CARDOSO, 2012).

No caso dos neonatos que estão altamente vulneráveis, esse ambiente pode se constituir em um possível fator de risco, devido aos procedimentos excessivos, desde as privações de estímulos sensoriais, como também devido a estimulação desorganizada, como: aspiração, intubação, punção venosa, gasometria arterial, coleta para exames laboratoriais, além da manipulação para realização de sinais vitais e cuidados gerais. Aumentando assim, a probabilidade de ocorrência de efeitos negativos em seu desenvolvimento (BARBOSA; FORMIGA; LINHARES, 2008).

Desse modo, para obter um bom atendimento ao bebê a estrutura deve ser bem organizada, no intuito de atender à necessidade da população que está sujeita a riscos. Devem dispor não somente de recursos materiais, como também de um atendimento humanizado, capazes de garantir uma boa assistência, além de tratamentos adequados ao Recém-nascido, que apresenta doença capaz de ocasionar sua morte ou sequelas (SILVA; VIEIRA, 2008).

O cuidado com a saúde do recém-nascido de alto risco durante o período neonatal dentro da unidade de terapia intensiva tem papel fundamental para a redução da mortalidade infantil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida. A realização de análise das condições de nascimento é primordial para orientar as ações dos serviços de saúde e alcançar grandes conquistas para a população brasileira (BRASIL, 2011).

Portanto, acredita-se que o cuidado a ser implantado na Unidade de Terapia Intensiva neonatal precisa ser exercido e vivenciado em conjunto, na tentativa de realizar manuseios mínimos, evitando procedimento excessivos que possam vir a comprometer o bem-estar do bebê (BRASIL, 2013).

O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pelo cuidado voltado ao desenvolvimento físico, psíquico e social do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. Assim, o cuidado a ser implantado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

precisa ser exercido e em conjunto com a família auxiliando na recuperação do bebê, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam afetar o bem-estar do bebê provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais (SILVA; VIEIRA, 2008).

A atuação da enfermagem dentro da unidade de terapia neonatal consiste na admissão do RN que apresentar dificuldades para adaptar-se à vida extrauterina, lavar as mãos para prevenir infecções, preparar unidade com incubadora, respirador, monitores cardíacos, oxímetro de pulso, bombas de infusão, deixar preparado todo material para intubação. Realização de sinais vitais com o objetivo de detectar qualquer alteração no quadro clínico. Consiste também em promover a higiene e a proteção da pele, a profilaxia das infecções, ativar a circulação, proporcionar conforto e bem-estar do bebê. Visa a proporcionar um acesso venoso para a administração de fluidos e medicamentos, passagem de um cateter nasal ou oral (MONTONHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

No entanto, essa assistência não deve ser mecânica e sim baseada na humanização a esses RN, na qual é caracterizada como um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde, capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao RN de alto risco. A humanização do cuidado neonatal engloba várias ações, as quais estão voltadas para: o respeito às individualidades; a garantia de tecnologia que permita a segurança do RN, e o acolhimento do bebê e de sua família, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta (ROSSETTO; PINTO; SILVA, 2011).

Por fim, o enfermeiro desenvolve uma atuação muito importante no cuidado ao recém-nascido e ao seu desenvolvimento. Esse cuidado deve ser baseado numa assistência individualizada, respeitando as necessidades específicas que cada RN tem. Durante a sua assistência, o enfermeiro também planeja, prescreve e executa os cuidados de enfermagem, prepara e administra sangue e seus derivados, colabora com a equipe multiprofissional em procedimentos como intubação endotraqueal, cateterismo umbilical, aspiração, coordena a equipe de enfermagem no atendimento da parada cardiorrespiratória, executa punções venosas administração de medicações entre outros. Além de prestar assistência ao RN, o enfermeiro deve também prestar uma comunicação aberta com os pais e familiares do RN, avaliando o atendimento, suas preocupações, necessidades e descontentamentos (TAMEZ; SILVA, 2010; OLIVEIRA et al, 2013; GAIVA; SCOCH, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como citado no decorrer do artigo, é fundamental que ocorra um cuidado individualizado da enfermagem para com este RN, pois o período de internação é longo e o processo de recuperação é gradativo e lento, ou seja, o internamento durará meses, contudo será muito mais gratificante, se a enfermagem dedicar um maior tempo aos cuidados a esse RN de alto risco.

O recém-nascido de alto risco é muito frágil e totalmente dependente mais do que qualquer outro recém-nascido, obviamente não excluindo os cuidados aos outros. Se todos, principalmente a enfermagem se conscientizar em relação a isso, da sua fundamental importância na recuperação deste RN com certeza teremos ainda mais sucesso em relação à diminuição da mortalidade.

Portanto, este trabalho traz subsídios para o profissional enfermeiro que deve estar atento a todas as formas de assistência, tratamento e prevenção para com estes RN diminuindo assim o índice de complicações e sequelas, acarretando em um maior benefício e qualidade de vida para o recém-nascido de alto risco.

A temática abordada também aponta a necessidade de novos estudos, pois sempre está em constante transformação visto que na área da saúde sempre temos avanços tecnológicos, farmacêuticos e assistenciais e com isso poderemos ofertar um maior índice de sobrevivência ao recém-nascido de alto risco, baseado numa assistência de enfermagem qualificada e humanizada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, V. C.; FORMIGA, C. K. M. R.; LINHARES, M. B. M. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 275-281, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-nascido**: Guia para os Profissionais de Saúde, cuidados gerais. Brasília, 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/211311005/Atencao-Recem-Nascido-Guia-Profissionais-Saude-v1>. Acesso em: 06 Set. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências**. Brasília, 2010.

DELLAQUA, Denise Cordeiro; CARDOSO, Fabíola Schirr. Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro extremo. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v.2, n.4, p.2-18, 2012.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E., Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.3, p. 514-21, maio/jun. 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000300018&script. Acesso em: 10 Out. 2015.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev.Bras.Enf**, v. 1, 2009.

LEITE, Dante Moreira. **O que é revisão da literatura?** Universidade de São Paulo – USP, 2015. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>. Acesso em: 01/11/2015.

MONTANHOLI, Liciane Langona; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. P. Atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o impossível. **Rev.latino-Am.Enferm**, v. 3, n. 2, 2011.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de; et al. Assistência de enfermagem aos pais e ao recém-nascido de risco em uma UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Recife, v. 2, n. 1, 2013.

PACHECO, S. T. A. et al. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa, **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 306-11, jul/set, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3150/2874>. Acesso em: 06 Set. 2015.

RAMOS et al. Concepções de funcionários de UTIN sobre competências desenvolvimentais de recém nascidos , **Psicologia: Teoria e Prática**, v.12, n. 2, p. 144-157, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n2/v12n2a10.pdf>. Acesso em: 06 Fev. 2015.

ROSETTO, Maira; PINTO, Eder Campo; SILVA, L. A. Anacleto. Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem. **Vitalle**, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2011.

SANTOS, A. O.; NIDCAP®: Uma filosofia de cuidado. **Rev. Nascer e Crescer**, v. 20, n.1, p. 26-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>. Acesso em: 07 Fev. 2015.

SILVA, Natália D.; VIEIRA, Maria Rita R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq. Ciên. Saúde.**, 2008.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M. J.P. **Enfermagem na UTI neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan, 2010.

CUIDADOS NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA CÉLIA ANITA DE MEDEIROS¹⁰⁸

GÍVILLA BEZERRA MENDONÇA²

ISMAEL PEREIRA GALVÃO²

JOSEFINA DOROTÉA NUNES²

NIELLY DOS SANTOS NUNES²

AMÉLIA RESENDE LEITE³

RESUMO

INTRODUÇÃO: O uso terapêutico de plantas medicinais ao longo da história baseou-se no conhecimento intuitivo e especulativo que aprenderam a diferenciar as ervas benéficas das tóxicas à saúde. A prática da automedicação entre os idosos parece se sobressair. O uso simultâneo das plantas e fármacos pode acarretar interações medicamentosas, interferindo na eficácia do tratamento. **OBJETIVO:** Relatar experiências vivenciadas por discentes de Enfermagem em uma ação educativa com idosos acerca dos cuidados no uso de plantas medicinais. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência durante uma ação educativa, realizada no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires no dia 05 de abril de 2016. Participaram da ação 22 idosos e 16 discentes, foram desenvolvidas atividades gerais e de enfermagem. Sendo associado a um estudo bibliográfico. **RESULTADOS:** A palestra sobre o cuidado no uso das plantas medicinais enfatizou a importância do diagnóstico médico; identificação correta e espécie da planta; perigos da automedicação e dosagens incorretas; interações medicamentosas entre as plantas e alopáticos; controvérsias nas indicações terapêuticas e do cuidado no uso por pacientes idosos, e foi distribuído um folheto educativo, pois foi observado que os idosos fazem uso constante de plantas com a função curativa ou paliativa. Em seguida realizou-se a “Dinâmica dos Pássaros” tendo como objetivo observar a função cognitiva e funcional dos idosos. Após, foi realizado um bingo sendo entregues aos vencedores brindes oferecidos pela FACENE/RN, teve como objetivo a interação dos discentes com os idosos. Seguidamente foi oferecido um lanche saudável, na sequência houve forró terapia para os idosos e para finalizar foi realizada atividades práticas de Enfermagem pelos discentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Podemos perceber que o perfil do centro geriátrico é diversificado e com a falta de esclarecimento da população em não saber que existe uma delimitação de atendimento e o que ela pode ofertar interfere na qualidade do serviço.

DESCRITORES: Saúde do idoso; plantas medicinais; enfermagem.

¹ Relatora. Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Endereço: Rua Vereador José Fernandes da Rocha. Tel: (84) 99681-7000. Email: aninha_aj2011@hotmail.com.

² Acadêmicas (o) de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

INTRODUÇÃO

O uso terapêutico de plantas medicinais ao longo da história baseou-se, sobretudo, no conhecimento intuitivo e especulativo de homens e mulheres, que, com o passar do tempo, aprenderam a diferenciar as ervas benéficas daquelas tóxicas à saúde. A necessidade de curar e aliviar as dores continuam sendo a grande alavanca que impulsiona a humanidade. Desta forma, pode-se inferir que partes de plantas medicinais usadas no combate às doenças seja tão antiga quanto à própria humanidade. E diversos povos e civilizações trazem consigo conhecimentos ancestrais sobre a utilização das plantas medicinais (ELDIN; DUNFORD, 2001; OLIVEIRA; AKISUE, 2005; LEITE et al., 2009).

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) cerca de 80% da população mundial faz uso de planta medicinal ou fitoterápico, nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos. Dessa forma, a partir da década de 80, foi preconizado o estudo científico em todo o mundo, para uma maior segurança e eficácia no uso das plantas medicinais (OMS, 2002).

A população idosa no Brasil vem aumentando desde a metade do século passado, elevando também o número de demandas para a área da saúde. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), os idosos - pessoas com mais de 60 anos – somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, e entre 2009 e 2011, o grupo aumentou em mais 1,8 milhão de pessoas idosas (BRASIL, 2011). Uma das principais características deste grupo é apresentarem doenças crônicas e múltiplas. Sabendo que o acesso aos medicamentos e o alto custo dos mesmos constituem um novo problema para esta população, a escolha das ervas medicinais e o modo de preparo obedece à cultura transferida de geração em geração, e os idosos desempenham um papel importante neste sentido, por serem detentores desta cultura (PORTELA et al., 2012).

A terapêutica com plantas medicinais ou fitoterápico entre os idosos parece se sobressair, principalmente como a prática da automedicação, mesmo quando existem disponibilidade e acesso aos medicamentos industrializados (LIMA et al., 2012). E estas são frequentemente consumidas, concomitante à terapia medicamentosa alopática. O uso simultâneo das plantas e fármacos pelos idosos pode acarretar interações medicamentosas, interferindo na eficácia do tratamento. As plantas medicinais constituem um recurso terapêutico válido e muito empregado pelos pacientes da 3ª idade, que na maioria das vezes são detentores do conhecimento sobre sua utilização. Contudo, é necessário uma maior participação dos profissionais de saúde na orientação aos idosos, de modo a contribuir para a correta utilização das espécies vegetais (PORTELA et al., 2012).

No trabalho de Portela et al. (2012), é relatado o uso frequente do falso boldo, do capim santo e a camomila. Esta automedicação é perigosa, pois de acordo com Lorenzi e Matos (2012) e Nicoletti et al. (2007) o falso boldo (*Coleus barbatus* (Andr.) Benth.) pode elevar a pressão arterial; o capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf.) é hipotensor, e a camomila (*Matricaria recutita* L.) interage com anticoagulantes como Varfarina, aumentando o sangramento. De acordo com Meira, Manganotti e Martins (2010), as plantas medicinais não são uma indústria de medicamentos idealizados para tipos específicos de patologias, e sim um agrupamento de princípios ativos, capazes de exercer não só ação terapêutica, mas também ação tóxica sobre o organismo.

O desconhecimento, a falta de credibilidade no resultado e o pouco respaldo para estudar o assunto entre os profissionais de saúde, em especial a Enfermagem, fazem com que os mesmos não estimulem o uso de espécies medicinais aos pacientes, dificultando também o esclarecimento das dúvidas da população, sobre o uso correto das plantas medicinais (ARNOUS et al., 2005). De acordo com Silveira et al. (2008), é de extrema importância incluir os fitoterápicos nos Programas de Farmacovigilância, uma vez que muitas plantas medicinais possuem efeitos tóxicos e apresentam risco para o uso humano. Além disso, muitos destes pacientes fazem uso de plantas medicinais como complemento ao tratamento com medicamentos sintéticos e, em grande parte das vezes, não relatam este uso ao médico ou a outro profissional de saúde (OLIVEIRA; DALLA COSTA, 2004).

O objetivo deste trabalho é relatar as experiências vivenciada por discentes do 7º período do curso de Enfermagem em uma ação educativa com idosos acerca dos cuidados no uso de plantas medicinais.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo grupo durante uma ação educativa.

De acordo com a Bireme (2015) o relato de experiência é uma fonte de informação dedicada a coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema.

Este relato foi realizado durante uma ação educativa da disciplina de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires de Mossoró - RN, no dia 05 de abril de 2016.

Participaram da ação 22 idosos e os profissionais que trabalham na instituição, juntamente com a presença de 16 discentes do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN.

Foram desenvolvidas atividades gerais como: Palestra sobre fitoterapia acerca dos cuidados no seu uso e suas principais interações medicamentosas, nessa foram utilizados materiais visuais como banner e amostra de algumas plantas medicinais, realizamos também uma dinâmica divertida, bingo, forró terapia e para concluir atividades práticas de enfermagem como: Verificação da pressão arterial, teste de glicemia e orientações gerais.

Sendo o mesmo associado a um estudo bibliográfico no qual foram acessados bancos de dados bibliográficos e bases eletrônicas de dados: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Revista Brasileira de Farmacognosia e Scielo no período de 06 de abril a 08 de maio de 2016, com os seguintes descritores: Saúde do idoso, plantas medicinais, enfermagem.

RESULTADOS E DISCURSÕES

No dia 05 de Abril de 2016 foi realizada uma ação educativa pelos discentes do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires de Mossoró – RN, sendo iniciada com a execução de uma palestra sobre o cuidado no uso das plantas medicinais pela Ms. Bióloga Josefina Dorótea, especialista em plantas medicinais/fitoterapia, que também é discente do 7º período do curso de Enfermagem da FACENE/RN. A mesma enfatizou a importância do diagnóstico médico; a identificação correta e espécie de planta medicinal a ser usada; dos perigos da automedicação e das dosagens incorretas; das interações medicamentosas entre as plantas e entre as plantas e alopáticos; das controvérsias nas indicações terapêuticas e do cuidado no uso por pacientes idosos com doenças de base.

Ao final da palestra foi distribuído um folheto educativo para que os idosos se tornem agentes multiplicadores das informações sobre o uso correto das plantas medicinais/fitoterápicos. Foi observado que os idosos fazem uso constante dessas plantas com a função curativa ou paliativa para suas patologias, sendo muitas vezes sem um diagnóstico médico e/ou o acompanhamento de um profissional de saúde. Durante a palestra foi constatado que muitos dos idosos tinham conhecimentos sobre as plantas medicinais e houve uma troca de conhecimentos entre a plateia e os discentes, enquanto outros idosos tinham pouco conhecimento das interações medicamentosas e intoxicações que podem causar devido

ao uso das plantas medicinais/fitoterápicos.

Em seguida foi realizada uma dinâmica que tem como título “Dinâmica dos Pássaros” a mesma teve como objetivo observar a função cognitiva e funcional dos idosos, eles foram bastante colaborativos e participativos. Na sequência foi realizado um bingo e aos vencedores foram entregues brindes oferecidos pela FACENE/RN, que teve como objetivo a interação dos discentes com os idosos. Seguidamente foi dada a continuação da ação com um lanche saudável oferecido pelos discentes aos idosos, os mesmos degustaram os alimentos e ficaram muito agradecidos, logo após houve um momento de descontração com forró terapia e os idosos se divertiram muito dançando, e para finalizar a ação, foi realizada atividades práticas de Enfermagem como aferição da pressão arterial, teste de glicemia e orientações gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da ação educativa podemos perceber que o perfil do centro geriátrico é bem diversificado, e também as dificuldades que os pacientes idosos encontram por faltarem especialistas que tem um conhecimento adequado sobre a fitoterapia, assim como também os profissionais tem de oferecer um serviço de qualidade, sobre as interações medicamentosas com algumas plantas medicinais com os próprios remédios que utilizam.

Muitas vezes o paciente deixa de receber o tratamento adequado por falta de especialistas e falta de exames especializado. Com a falta de esclarecimento da população em não saber que existe uma delimitação em que a centro geriátrico atende e também o que ela pode ofertar também interfere na qualidade do serviço, e além de tudo a saúde é atingida por falta de políticas que priorizem a saúde como um todo, pois a falta de saneamento básico e a insegurança causada pela banalização das drogas interferem direta e indiretamente na situação da saúde em nosso país.

Portanto essa ação educativa foi de fundamental importância para a nossa vida acadêmica e pessoal, pois podemos ver como está a realidade dos centros geriátricos de Mossoró, a partir da realidade de uma, conseguimos entender as outras, vendo importância de ter um conhecimento prévio sobre o problema diante da saúde do idoso, como um a aconselhamento ideal para utilização das plantas medicinais.

REFERÊNCIAS

ARNOUS, A. H.; SANTOS, A. S.; BEINNER, R. P. C. Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.6, n.2, p.1-6, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v6n2/plantamedicinal.pdf>>. Acesso em: 14 Abr. 2016.

BIREME. BIREME define metodologia para “relato de experiências”. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&Itemid=73&lang=pt>. Acesso em: 24 Abr. 2016.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadossobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2016.

ELDIN, S., DUNFORD, A. **Fitoterapia na atenção primária a saúde**. São Paulo: Manole; 2001.

LEITE, J. P. V. Desenvolvimento da Fitoterapia. In: _____; RIBEIRO, A. Q.; TAGLIATI, C. A.; FÉRES, C. A. O.; VIGO, C. L. S.; MOURA, C. S.; MARTINS, E. R.; BRAGA, F. C.; ROCHA, L. M.; FIGUEIREDO, L. S.; FERREIRA, L. A.; MARQUES, L. C.; VENTRELLA, M. C.; VIEIRA, M. F. **Fitoterapia: bases científicas e tecnológicas**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 1, p. 3-20.

LORENZI, H.; MATOS, J. F. A. **Plantas Medicinais no Brasil - Nativas e Exóticas**. São Paulo: Instituto Plantarum, 2002. 512 p.

MEIRA, M. R.; MANGANOTTI, S. A. S.; MARTINS, E. R. Plantas medicinais, produção e cultivo da *Melissa officinalis* no Brasil. **Enciclopédia Biosfera**, 2010. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/plantas.pdf>>. Acesso em: 24 Abr. 2016.

NICOLETTI, M. A.; OLIVEIRA JUNIOR, M. A.; BERTASSO, C. C.; CAPOROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P. L. **Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos**. v. 19, n. 1, p. 32-40, 2007. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/10/infa09.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2016.

OLIVEIRA, A. E, DALLA COSTA T. Interações farmacocinéticas entre as plantas medicinais *Hypericum perforatum*, *Ginkgo biloba* e *Panax ginseng* e Fármacos Tradicionais. **Acta Farm Bonaer**. v. 23, n. 4, p. 567-78, 2004. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/23/4/LAJOP_23_4_8_2_B18FM4777E.pdf>. Acesso em: 16 Abr. 2016.

OLIVEIRA, F.; AKISUE, G. **Fundamentos de Farmacobotânica**. 2^a Ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 178 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002.

PORTELA, J. L. R.; MIONIS D., FIGUEIREDO E., TAVARES G., MANFREDINI V., FARIAS F. **Revisão sobre a utilização de plantas medicinais por Idosos no Brasil**. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. v. 4, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/540>>. Acesso em: 16 Abr. 2016.

SILVEIRA, P. F.; Bandeira, M. A. M.; Arrais, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. v. 18, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2008000400021&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 Abr. 2016.

ESTATUTO DO IDOSO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA MARIA FREITAS ROSA¹⁰⁹

BRUNO CLÉLIO DE SOUZA¹

JANETICLE BEZERRA DE MEDEIROS¹

RAYANNE KELLY DA FONSECA¹

VIVIANE LACERDA¹

AMÉLIA RESENDE LEITE¹¹⁰

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, traz um novo e compreensivo olhar em relação ao idoso, o qual passa a ser visto como sujeito de direitos. Está na hora de repensar as atitudes que infantilizam o idoso e o assistencialismo, que, principalmente nas camadas exploradas, trata-o como um fardo, transformando em esmola, ou favor, as poucas políticas públicas que amenizam essa fase da existência, em relação às quais se configuram direitos humanos estabelecidos como direitos sociais em diplomas legais. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada por discentes de Enfermagem em uma ação educativa com idosos acerca do Estatuto do Idoso. **METODOLOGIA:** O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo grupo durante uma ação educativa. o relato de experiência é uma fonte de informação dedicada à coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, este relato foi realizado durante uma ação educativa da disciplina de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires de Mossoró - RN, no dia 05 de abril de 2016, onde foram desenvolvidas atividades gerais como: palestra sobre fitoterapia e suas interações medicamentosas, dinâmica dos pássaros, bingo, forró terapia e para concluir atividades práticas de enfermagem como: verificação da pressão arterial, teste de glicemia e orientações gerais. **ANALISE DOS RESULTADOS:** Ao chegarmos no centro geriátrico fomos todos muito bem recepcionados e acolhido pela equipe, e nos deu toda a liberdade de interagirmos com os idosos, nos permitiu disseminar saberes que tínhamos e compartilhar um pouco com eles, somado a troca de conhecimentos pois recebemos um feed back positivo, cada idoso tem sua particularidade, uns gostam de ficar quietinhos, outros gostam de dançar, por isso que devemos respeitar sua singularidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Realmente é o que conseguimos perceber no dia da ação voltada para os idosos, direitos constitucionais assegurados ao idoso perante o estatuto do idoso são cumpridos no centro geriátrico, integrando-os em um contexto social, de lazer e de saúde, É de suma importância que possamos conhecer uma atenção que não é só voltada a prescrições de medicamentos, mas sim, que possa ofertar ao idoso uma atenção especial, voltada para as diversas doenças que ele possa ter doença esta não se referindo a patologia propriamente dita, mas sim aquela necessidade individual.

¹⁰⁹ Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Email: rayannek.fonseca@gmail.com 98821-9339 Rua Pastor João Gomes, 26 Bairro ilha bom jesus- Areia Branca-RN

¹¹⁰ Enfermeira. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

DESCRITORES: Idosos; Enfermagem; Responsabilidade Civil.

INTRODUÇÃO

O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, traz um novo e compreensivo olhar em relação ao idoso, o qual passa a ser visto como sujeito de direitos. Uma gama de preconceitos rodeia o envelhecimento em nosso país e a sociedade precisa ser educada para compreender o envelhecimento sobre esse novo prisma. Está na hora de repensar as atitudes que infantilizam o idoso e o assistencialismo, que, principalmente nas camadas exploradas, trata-o como um fardo, transformando em esmola, ou favor, as poucas políticas públicas que amenizam essa fase da existência, em relação às quais se configuram direitos humanos estabelecidos como direitos sociais em diplomas legais (Lei n. 10.741/2003) (WHITAKER, 2010).

Infelizmente casos de abandono, violência e maus tratos contra os idosos têm sido com frequência destaque na mídia, e também no âmbito judiciário, sendo que o mais chocante é que na maioria dos casos, quem agride são seus próprios filhos ou parentes próximos. Ser ignorado e esquecido provoca o sentimento de abandono, o idoso sente-se desvalorizado e excluído, se já não bastassem as dores físicas que normalmente fazem parte da rotina dos mesmos, há a dor da perda de seus afetos, a dor que culmina a alma, a dor que não tem remédio (BERTOLIN; VIECILI, 2014).

Pensando nesta perspectiva a atenção ao idoso, deve ser assegurada pelo estatuto do idoso ao modo de norteiar a atenção de saúde, descentralizar o modelo hospitalocêntrico de assistência, inserindo este idoso em programas de atenção que promovam seu bem estar, melhorando sua compreensão nos assuntos que lhes trazem dúvidas, buscando o apoio familiar. Inserindo-os em grupos de promoção a saúde, onde busca o bem estar proporcionado pela participação dos idosos, por interação entre equipe multidisciplinar e experiências vivenciadas pelos idosos (CARVALHO; TAHAN, 2010).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada por discentes de Enfermagem em uma ação educativa com idosos acerca do Estatuto do Idoso.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo grupo durante uma ação educativa.

De acordo com a Bireme (2015) o relato de experiência é uma fonte de informação dedicada à coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema.

Este relato foi realizado durante uma ação educativa da disciplina de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires de Mossoró - RN, no dia 05 de abril de 2016, onde foram desenvolvidas atividades gerais como: palestra sobre fitoterapia e suas interações medicamentosas, dinâmica dos pássaros, bingo, forró terapia e para concluir atividades práticas de enfermagem como: verificação da pressão arterial, teste de glicemia e orientações gerais.

Sendo o mesmo associado a um estudo bibliográfico no qual foram acessados bancos de dados bibliográficos e bases eletrônicas de dados: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes descritores: Idosos, Enfermagem, Responsabilidade Civil.

RESULTADOS

Ao chegarmos no centro geriátrico fomos todos muito bem recepcionados e acolhido pela equipe, e nos deu toda a liberdade de interagirmos com os idosos, nos permitiu disseminar saberes que tínhamos e compartilhar um pouco com eles, somado a troca de conhecimentos pois recebemos um feed back positivo, cada um somou diante das ações realizadas.

Cada idoso tem sua particularidade, uns gostam de ficar quietinhos, outros gostam de dançar, por isso que devemos respeitar sua singularidade. As ações ofertadas pensadas neles se baseou nesta perspectiva. Realizamos palestras sobre fitoterápicos transmitindo pra eles o conhecimento científico, envolvendo o conhecimento deles (empírico), tirando duvidas e trazendo novas informações.

Buscamos através da dinâmica dos pássaros mostrá-los que apesar da idade eles poderiam sim se alongar, ter sua flexibilidade e resposta cognitiva. Além de brincar de bingo e dança, o que nos permitiu um contato mais direto com eles, neste bingo foi sorteado brinde oferecidos pela Facene.

Promovemos testes rápidos de glicose, monitoramento de pressão arterial e em seguida ofertamos um lanche, no qual buscamos um cardápio super nutritivo, com frutas, bolos, sucos, iogurte, chás.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o Estatuto do Idoso lhe é assegurado a atenção integral a saúde , por intermédio do SUS , garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2013). O que nos remete a não pensar no idoso como um ser infantilizado, tampouco inútil, temos atualmente pessoas com idade cada vez mais avançada e que apesar da idade são ativos, trabalham, viajam, se divertem, vivendo uma vida relativamente normal .

A modalidade assistencial do centro geriátrico ao idoso visa um atendimento multiprofissional, desenvolvendo promoção e proteção de saúde, bem como incentivar a socialização de seus frequentadores. Sua vantagem maior é oferecer um local único, capaz de proporcionar consultas com especialistas e intervenções com para indivíduos com múltiplas necessidades (LEMOS et al, 2007).

Realmente é o que conseguimos perceber no dia da ação voltada para os idosos, direitos constitucionais assegurados ao idoso perante o estatuto do idoso são cumpridos no centro geriátrico, integrando-os em um contexto social, de lazer e de saúde.

É de suma importância que possamos conhecer uma atenção que não é só voltada a prescrições de medicamentos, mas sim, que possa ofertar ao idoso uma atenção especial, voltada para as diversas doenças que ele possa ter, doença esta não se referindo a patologia propriamente dita, mas sim aquela necessidade individual, podendo o remédio para esta doença ser uma simples conversa o que possibilita ao idoso além de uma atenção a sua saúde, uma atenção voltada no lazer, a socialização.

REFERÊNCIAS

WHITAKER. D. C. A. O IDOSO NA CONTEMPORANEIDADE: A necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 30, n. 81, p. 179-188, mai.-ago. 2010.

BERTOLIN, Giuliana; VIECILI, Mariza. Abandono Afetivo do Idoso: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas daUNIVALI. v. 5, n.1, p. 338-360, 1º Trimestre de 2014..

BRASIL.**Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde.3 ed.2 reimp. Brasília.2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf acesso em 03mai2016.

CARVALHO, A.C.D., TAHAN,J. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010

LEMOS etal. A modalidade de assistência centro-dia geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional.**Ciência & saúde coletiva**, 12(2):373-380,2007. disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a13v12n2.pdf> acesso em:03mai2016.

GT 6 – ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, PSICOLOGIA, GÊNERO E CUIDADOS
PALIATIVOS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA REVISÃO
DE LITERATURA

Francisca Sinthia Carvalho de Oliveira¹

Izamara Luana da Silva Santos²

Renata Costa Gonçalves²

Lucidio Clebeson de Oliveira³

RESUMO

A partir das duas últimas décadas, as entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reconhecem a violência contra a mulher como problema de saúde pública em função dos diversos agravos à saúde da mulher, como os distúrbios ginecológicos, gastrointestinais e psíquicos, abusos de drogas e álcool. A violência sexual é um crime subnotificado e constitui um grave problema de saúde pública diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina. Considerando os tipos de violência sofridos pela mulher, a violência sexual é uma das mais frequentes, com sérias implicações sobre a saúde física e mental. O enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher não seja causadora de sofrimento e angústia. Trata-se de uma revisão de literatura, que é considerada uma parte vital do processo de investigação. A opção metodológica está fundamentada em uma revisão de literatura, do tipo narrativa, objetivando sintetizar e analisar os dados. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, todos a partir do ano de 2010. O período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de outubro de 2015. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas e deram origem aos resultados e discussão. Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe, embasando-se cientificamente, é meta e desejo que os enfermeiros têm demonstrado, além disso, para caracterizar a qualidade da assistência prestada é importante levar em conta os passos do processo de enfermagem.

Palavras-Chave: Violência sexual, Enfermagem, Humanização, Cuidar.

1 INTRODUÇÃO

A partir das duas últimas décadas, as entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reconhecem a violência contra a mulher como problema de

saúde pública em função dos diversos agravos à saúde da mulher, como os distúrbios ginecológicos, gastrointestinais e psíquicos, abusos de drogas e álcool (REIS et al, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2012).

A violência sexual é um crime subnotificado e constitui um grave problema de saúde pública diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a mulher violentada sexualmente necessita de assistência humanizada na interação com o profissional nos serviços de saúde. No entanto, ao atender as mulheres vítimas de violência sexual, os profissionais de saúde frequentemente têm que lidar com sua própria angústia diante das limitações humanas e, de alguma maneira, se expor (REIS et al, 2010).

Considerando os tipos de violência sofridos pela mulher, a violência sexual é uma das mais frequentes, com sérias implicações sobre a saúde física e mental. Entretanto, tem sido ignorada e raramente compõe os programas de saúde sexual e reprodutiva, porém, nos últimos anos, tem merecido atenção de diversos setores sociais brasileiros, já que é questão histórica e cultural que afeta mulheres de todas as idades e estratos sociais (FACURI et al, 2013).

Portanto, fez-se necessário abordar a assistência da equipe de enfermagem a uma mulher que sofreu violência sexual, buscando esclarecer a importância de um atendimento humanizado e que vise a saúde, de forma íntegra, dessa mulher.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura. Segundo Bento (2012), a revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Aquela envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia relacionada com a sua área de estudo; é, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.

A opção metodológica está fundamentada em uma revisão de literatura, do tipo narrativa, objetivando sintetizar e analisar os dados. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, todos a partir do ano de 2010. O período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de outubro de 2015. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas e deram origem aos resultados e discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em algumas sociedades, a mulher ainda permanece submissa ao homem, onde a mesma fica exposta a abuso de seus direitos. A 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher reconhece o direito das mulheres de decidirem livremente sobre sua fertilidade e sexualidade, sem sofrer qualquer forma de coerção, discriminação ou violência. Dessa forma, a violência, seja ela de qualquer natureza, contra a mulher, se enquadra numa violação dos direitos das mesmas, o que representa uma total desigualdade de gênero (DREZETT et al, 2012).

No Brasil, a mulher tem sido alvo preferencial dessas formas de violência, as quais ao longo do séc. XX receberam diversas denominações: nos anos 50, como violência intrafamiliar, seguida de violência contra a mulher na década de 70, como violência doméstica em 1980, e a partir de 1990, como violência de gênero. Nesse sentido, a violência é entendida na perspectiva de gênero, porque os atos de agressões físicas, sexuais ou psicológicas que estão associados às relações de poder, de mando e de superioridade (BRASIL, 2012).

A desigualdade de gênero, traduzida muitas vezes por meio da violência sexual, e aqui enfatizada na mulher, é algo que vem acontecendo com frequência ao longo da história da sociedade, onde a mulher encontrava-se subordinada ao homem, por este apresentar voz altiva na família, expressando uma grande desigualdade entre homens e mulheres (DREZETT et al, 2012).

A violência possui efeitos devastadores nas áreas física e mental na vida de uma mulher e podem comprometer sua vida como um todo. Entre as consequências físicas imediatas estão a gravidez, infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em longo prazo, essas mulheres podem desenvolver distúrbios ginecológicos e na esfera da sexualidade. Também pode-se notar que a mulher que sofre violência sexual tem maior vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio, abuso e dependência de substâncias psicoativas. É importante ressaltar que, o simples fato da mulher procurar o serviço de saúde ou até a delegacia para registrar a agressão, já pode ser considerado um agravo para sua saúde (FACURI et al, 2013).

No nosso país, a violência contra a mulher se tornou um sério problema de saúde pública, pois traz consigo o significado de agravo e ameaça à vida, devido ao número de vítimas, do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez indesejada, das lesões físicas e danos psicológicos, como também, por representar uma violação de direitos humanos, expressa pela opressão, dominação, assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais, emocionais e outros (BRASIL, 2012).

Por ser reconhecido como um problema de saúde pública, deve ser oferecido serviços para a mulher que sofre violência, tanto sexual quanto psíquica. E estes serviços devem estar preparados para que esse atendimento seja ofertado de forma humanizada e de qualidade. Atribui-se à boa assistência prestada o aumento do número de mulheres que recorrem aos serviços imediatamente após a violência sexual. Para isso, tanto recursos humanos quanto físicos devem ser acolhedores, de forma que essa mulher sinta segura para fazer aquilo que é necessário. É fundamental que haja serviços que atendam a essa demanda de forma ágil, acolhedora, em bom ambiente e com capacidade de atuar nas preocupações imediatas, também psicológicas (FACURI et al, 2013).

As vítimas mais frequentes da violência sexual urbana são mulheres jovens, brancas, solteiras e com baixa escolaridade, geralmente abordadas por agressores desconhecidos em espaços públicos, durante atividades cotidianas (DREZETT et al, 2012).

Um estudo fenomenológico mostrou que o profissional se sente impotente. A sensação de não resolutividade pode levar a um sentimento de impotência, porque o profissional confunde os seus objetivos e limitações com o da pessoa que está sendo atendida. O impacto causado pelo atendimento a pessoas que sofrem violência sexual nos profissionais pode repercutir na qualidade da assistência prestada. Eles passam a compartilhar a experiência que gera o sentimento de impotência e a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos, além de não perceber os recursos e possibilidades dos sujeitos que sofreram a violência (REIS et al, 2010).

Um dos fatores para a humanização da assistência é a motivação pessoal, que dá origem à ação e se transforma, isto é, muda o agir, torna a ação do cuidar mais humanizada. Considerando a competência técnica e uma assistência humanizada, o acolhimento será um dispositivo que vai muito além da simples recepção do cliente em uma unidade de saúde, já que as intervenções em saúde geram resultados na vida dos usuários, principalmente em mulheres vítimas de violência, pois as mesmas buscam no serviço de saúde uma solução para seu atual problema (BRASIL, 2012).

O enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher não seja causadora de sofrimento e angústia. Ao prestar esses cuidados, o profissional certamente será confrontado com tensões emocionais complexas causadoras de conflitos pessoais internos. Contudo, o enfermeiro prossegue suas ações, uma vez que seu objetivo é atender à mulher. Realizar esse tipo de atendimento provoca sentimentos diversos de acordo com experiência pessoal e profissional de cada indivíduo. Acolher mulheres que sofreram violência gera sentimentos relacionados a vivências profissionais, pois requer interromper a atividade no momento para dedicar-se exclusivamente a elas, podendo não haver tempo suficiente para atender a outras clientes internadas que necessitam da mesma atenção. Assim, o desejo de não realizar esse atendimento pode estar relacionado à alteração da rotina diária. Outro possível fator é não se sentir preparado para esse tipo de assistência (REIS et al, 2010).

Quando um indivíduo se depara com uma situação perigosa sem estar preparado, o medo torna-se evidente. O medo é uma reação a uma situação de perigo ou a estímulos externos muito intensos que surpreendem o sujeito em um estado de despreparo do qual ele não é capaz de se proteger ou dominar. Entre pavor e angústia, a diferença está no fato de o primeiro se caracterizar pela não-preparação para o perigo, enquanto que na angústia há alguma coisa que protege contra o pavor. Os relatos a seguir mostram que os profissionais vivenciam esses sentimentos (DREZETT et al, 2012).

As mulheres que sofrem violência sexual anseiam mais que a simples aplicação de protocolos, elas esperam receber atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização, pois, ela precisa de apoio emocional, uma vez que sua autoestima e seu ego podem ter sido feridos com mais gravidade que qualquer lesão física que possa apresentar. Quando a mulher mantém vínculo com o pessoal da equipe, após o término do tratamento, isso revela que houve qualidade no acolhimento, indica que gostou do serviço e manifestou vontade de retornar, para tanto, se faz necessário que o profissional mostre simpatia e compreensão, disposição para escutar com respeito e interesse e preparo para dar apoio emocional no primeiro atendimento (BRASIL, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe, embasando-se cientificamente, é meta e desejo que os enfermeiros têm demonstrado, além disso, para caracterizar a qualidade da assistência

prestada é importante levar em conta os passos do processo de enfermagem, que compreende a anamnese, os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem (REIS et al, 2010).

O trabalho da equipe multidisciplinar que atende a uma mulher vítima de violência sexual deve estar voltado para uma melhora tanto no quadro biológico quanto psicológico dessa paciente. Para isso, se faz necessário a realização de um trabalho com seriedade, comprometido com a vida daquela paciente e que deve ser atuado em equipe, para que bons resultados possam ser alcançados.

REFERÊNCIAS

BENTO, Antônio V. **COMO FAZER UMA REVISÃO DA LITERATURA: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS**. Revista JA, nº 65, maio, 2012. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf> Acesso em 12 de abril de 2015.

BRASIL. **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES**. Ministério da Saúde, 3ª edição, Brasília – DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf Acesso em 11 de abril de 2015.

DREZETT, Jefferson. PEDROSO, Daniela. MEIRELLES, Alcina de Cássia. GEBRIM, Luiz Henrique. **A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar**. O mundo da Saúde, São Paulo, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/clinica_situacoes_abuso_sexual_aspectos.pdf Acesso em 11 de abril de 2015.

FACURI, Claudia de Oliveira. FERNANDES, Arlete Maria dos Santos. OLIVEIRA, Karina Diniz. Et al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, maio, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf> Acesso em 11 de abril de 2015.

REIS, Maria José dos. LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. HIGA, Rosângela et al. **Vivências de Enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual**. Rev. Saúde Pública, vol.44, n.2, São Paulo, Abril, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200013 Acesso em 10 de abril de 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Francisca Sinthia Carvalho de Oliveira¹

Izamara Luana da Silva Santos²

Renata Costa Gonçalves²

Lucidio Clebeson de Oliveira³

RESUMO

A partir das duas últimas décadas, as entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reconhecem a violência contra a mulher como problema de saúde pública em função dos diversos agravos à saúde da mulher, como os distúrbios ginecológicos, gastrointestinais e psíquicos, abusos de drogas e álcool. A violência sexual é um crime subnotificado e constitui um grave problema de saúde pública diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina. Considerando os tipos de violência sofridos pela mulher, a violência sexual é uma das mais frequentes, com sérias implicações sobre a saúde física e mental. O enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher não seja causadora de sofrimento e angústia. Trata-se de uma revisão de literatura, que é considerada uma parte vital do processo de investigação. A opção metodológica está fundamentada em uma revisão de literatura, do tipo narrativa, objetivando sintetizar e analisar os dados. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, todos a partir do ano de 2010. O período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de outubro de 2015. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas e deram origem aos resultados e discussão. Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe, embasando-se cientificamente, é meta e desejo que os enfermeiros têm demonstrado, além disso, para caracterizar a qualidade da assistência prestada é importante levar em conta os passos do processo de enfermagem.

Palavras-Chave: Violência sexual, Enfermagem, Humanização, Cuidar.

INTRODUÇÃO

A partir das duas últimas décadas, as entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reconhecem a violência contra a mulher como problema de saúde pública em função dos diversos agravos à saúde da mulher, como os distúrbios ginecológicos, gastrointestinais e psíquicos, abusos de drogas e álcool (REIS et al, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2012).

A violência sexual é um crime subnotificado e constitui um grave problema de saúde pública diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a mulher violentada sexualmente necessita de assistência humanizada na interação com o profissional nos serviços de saúde. No entanto, ao atender as mulheres vítimas de violência sexual, os profissionais de saúde frequentemente têm que lidar com sua própria angústia diante das limitações humanas e, de alguma maneira, se expor (REIS et al, 2010).

Considerando os tipos de violência sofridos pela mulher, a violência sexual é uma das mais frequentes, com sérias implicações sobre a saúde física e mental. Entretanto, tem sido ignorada e raramente compõe os programas de saúde sexual e reprodutiva, porém, nos últimos anos, tem merecido atenção de diversos setores sociais brasileiros, já que é questão histórica e cultural que afeta mulheres de todas as idades e estratos sociais (FACURI et al, 2013).

Portanto, fez-se necessário abordar a assistência da equipe de enfermagem a uma mulher que sofreu violência sexual, buscando esclarecer a importância de um atendimento humanizado e que vise a saúde, de forma íntegra, dessa mulher.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura. Segundo Bento (2012), a revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Aquela envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia relacionada com a sua área de estudo; é, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.

A opção metodológica está fundamentada em uma revisão de literatura, do tipo narrativa, objetivando sintetizar e analisar os dados. Foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a extração dos artigos publicados nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*,

todos a partir do ano de 2010. O período destinado para a apreensão dos artigos ocorreu durante o mês de outubro de 2015. As informações obtidas através da leitura dos artigos foram analisadas e deram origem aos resultados e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em algumas sociedades, a mulher ainda permanece submissa ao homem, onde a mesma fica exposta a abuso de seus direitos. A 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher¹ reconhece o direito das mulheres de decidirem livremente sobre sua fertilidade e sexualidade, sem sofrer qualquer forma de coerção, discriminação ou violência. Dessa forma, a violência, seja ela de qualquer natureza, contra a mulher, se enquadra numa violação dos direitos das mesmas, o que representa uma total desigualdade de gênero (DREZETT et al, 2012).

No Brasil, a mulher tem sido alvo preferencial dessas formas de violência, as quais ao longo do séc. XX receberam diversas denominações: nos anos 50, como violência intrafamiliar, seguida de violência contra a mulher na década de 70, como violência doméstica em 1980, e a partir de 1990, como violência de gênero. Nesse sentido, a violência é entendida na perspectiva de gênero, porque os atos de agressões físicas, sexuais ou psicológicas que estão associados às relações de poder, de mando e de superioridade (BRASIL, 2012).

A desigualdade de gênero, traduzida muitas vezes por meio da violência sexual, e aqui enfatizada na mulher, é algo que vem acontecendo com frequência ao longo da história da sociedade, onde a mulher encontrava-se subordinada ao homem, por este apresentar voz altiva na família, expressando uma grande desigualdade entre homens e mulheres (DREZETT et al, 2012).

A violência possui efeitos devastadores nas áreas física e mental na vida de uma mulher e podem comprometer sua vida como um todo. Entre as consequências físicas imediatas estão a gravidez, infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em longo prazo, essas mulheres podem desenvolver distúrbios ginecológicos e na esfera da sexualidade. Também pode-se notar que a mulher que sofre violência sexual tem maior vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio, abuso e dependência de substâncias psicoativas. É importante ressaltar que, o simples fato da mulher procurar o serviço de saúde ou até a delegacia para registrar a agressão, já pode ser considerado um agravo para sua saúde (FACURI et al, 2013).

No nosso país, a violência contra a mulher se tornou um sério problema de saúde pública, pois traz consigo o significado de agravo e ameaça à vida, devido ao número de vítimas, do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez indesejada, das lesões físicas e danos psicológicos, como também, por representar uma violação de direitos humanos, expressa pela opressão, dominação, assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais, emocionais e outros (BRASIL, 2012).

Por ser reconhecido como um problema de saúde pública, deve ser oferecido serviços para a mulher que sofre violência, tanto sexual quanto psíquica. E estes serviços devem estar preparados para que esse atendimento seja ofertado de forma humanizada e de qualidade. Atribui-se à boa assistência prestada o aumento do número de mulheres que recorrem aos serviços imediatamente após a violência sexual. Para isso, tanto recursos humanos quanto físicos devem ser acolhedores, de forma que essa mulher sinta segura para fazer aquilo que é necessário. É fundamental que haja serviços que atendam a essa demanda de forma ágil, acolhedora, em bom ambiente e com capacidade de atuar nas preocupações imediatas, também psicológicas (FACURI et al, 2013).

As vítimas mais frequentes da violência sexual urbana são mulheres jovens, brancas, solteiras e com baixa escolaridade, geralmente abordadas por agressores desconhecidos em espaços públicos, durante atividades cotidianas (DREZETT et al, 2012).

Um estudo fenomenológico mostrou que o profissional se sente impotente. A sensação de não resolutividade pode levar a um sentimento de impotência, porque o profissional confunde os seus objetivos e limitações com o da pessoa que está sendo atendida. O impacto causado pelo atendimento a pessoas que sofrem violência sexual nos profissionais pode repercutir na qualidade da assistência prestada. Eles passam a compartilhar a experiência que gera o sentimento de impotência e a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos, além de não perceber os recursos e possibilidades dos sujeitos que sofreram a violência (REIS et al, 2010).

Um dos fatores para a humanização da assistência é a motivação pessoal, que dá origem à ação e se transforma, isto é, muda o agir, torna a ação do cuidar mais humanizada. Considerando a competência técnica e uma assistência humanizada, o acolhimento será um dispositivo que vai muito além da simples recepção do cliente em uma unidade de saúde, já que as intervenções em saúde geram resultados na vida dos usuários, principalmente em mulheres vítimas de violência, pois as mesmas buscam no serviço de saúde uma solução para seu atual problema (BRASIL, 2012).

O enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher não seja causadora de sofrimento e angústia. Ao prestar esses cuidados, o profissional certamente será confrontado com tensões emocionais complexas causadoras de conflitos pessoais internos. Contudo, o enfermeiro prossegue suas ações, uma vez que seu objetivo é atender à mulher. Realizar esse tipo de atendimento provoca sentimentos diversos de acordo com experiência pessoal e profissional de cada indivíduo. Acolher mulheres que sofreram violência gera sentimentos relacionados a vivências profissionais, pois requer interromper a atividade no momento para dedicar-se exclusivamente a elas, podendo não haver tempo suficiente para atender a outras clientes internadas que necessitam da mesma atenção. Assim, o desejo de não realizar esse atendimento pode estar relacionado à alteração da rotina diária. Outro possível fator é não se sentir preparado para esse tipo de assistência (REIS et al, 2010).

Quando um indivíduo se depara com uma situação perigosa sem estar preparado, o medo torna-se evidente. O medo é uma reação a uma situação de perigo ou a estímulos externos muito intensos que surpreendem o sujeito em um estado de despreparo do qual ele não é capaz de se proteger ou dominar. Entre pavor e angústia, a diferença está no fato de o primeiro se caracterizar pela não-preparação para o perigo, enquanto que na angústia há alguma coisa que protege contra o pavor. Os relatos a seguir mostram que os profissionais vivenciam esses sentimentos (DREZETT et al, 2012).

As mulheres que sofrem violência sexual anseiam mais que a simples aplicação de protocolos, elas esperam receber atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização, pois, ela precisa de apoio emocional, uma vez que sua autoestima e seu ego podem ter sido feridos com mais gravidade que qualquer lesão física que possa apresentar. Quando a mulher mantém vínculo com o pessoal da equipe, após o término do tratamento, isso revela que houve qualidade no acolhimento, indica que gostou do serviço e manifestou vontade de retornar, para tanto, se faz necessário que o profissional mostre simpatia e compreensão, disposição para escutar com respeito e interesse e preparo para dar apoio emocional no primeiro atendimento (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe, embasando-se cientificamente, é meta e desejo que os

enfermeiros têm demonstrado, além disso, para caracterizar a qualidade da assistência prestada é importante levar em conta os passos do processo de enfermagem, que compreende a anamnese, os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem (REIS et al, 2010).

O trabalho da equipe multidisciplinar que atende a uma mulher vítima de violência sexual deve estar voltado para uma melhora tanto no quadro biológico quanto psicológico dessa paciente. Para isso, se faz necessário a realização de um trabalho com seriedade, comprometido com a vida daquela paciente e que deve ser atuado em equipe, para que bons resultados possam ser alcançados.

REFERÊNCIAS

BENTO, Antônio V. **COMO FAZER UMA REVISÃO DA LITERATURA: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS**. Revista JA, nº 65, maio, 2012. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf> Acesso em 12 de abril de 2015.

BRASIL. **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES**. Ministério da Saúde, 3ª edição, Brasília – DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf Acesso em 11 de abril de 2015.

DREZETT, Jefferson. PEDROSO, Daniela. MEIRELLES, Alcina de Cássia. GEBRIM, Luiz Henrique. **A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar**. O mundo da Saúde, São Paulo, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/clinica_situacoes_abuso_sexual_aspectos.pdf Acesso em 11 de abril de 2015.

FACURI, Claudia de Oliveira. FERNANDES, Arlete Maria dos Santos. OLIVEIRA, Karina Diniz. Et al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, maio, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf> Acesso em 11 de abril de 2015.

REIS, Maria José dos. LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. HIGA, Rosângela et al. **Vivências de Enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual**. Rev. Saúde Pública, vol.44, n.2, São Paulo, Abril, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200013 Acesso em 10 de abril de 2015.

APOIO PSICOLÓGICO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM AOS INDIVÍDUOS SOROPOSITIVOS

YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO¹¹¹

SANIA LUCIA FEITOSA LOBO¹¹²

ADRIANA DE OLIVEIRA ROCHA¹¹³

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA¹¹⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: O apoio psicológico na saúde consiste em uma reorganização dos serviços de saúde que visa ao acesso universal, à resolubilidade e ao atendimento humanizado. Baseia-se na escuta de todos os pacientes, no intuito de oferecer uma resposta positiva aos seus problemas de saúde. Além disso, visa à descentralização do atendimento, estendendo para toda a equipe. **OBJETIVO:** Relatar a importância do apoio psicológico dos profissionais de enfermagem aos indivíduos soropositivos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, realizado durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Clínica II, no Hospital Rafael Fernandes. Sendo associado a uma revisão bibliográfica a partir de artigos científicos que abordassem o tema das bases de dados SCIELO e do GOOGLE ACADÊMICO. Após leitura dos textos, foram selecionados 7 artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Em um cotidiano marcado pela presença da equipe de enfermagem, dimensões afetivas são identificáveis nas representações dos pacientes relacionadas aos cuidados de enfermagem, apontando-os como ponte entre o profissional e o paciente em um processo de envolvimento mútuo, formando um laço de amizade, entre profissionais e pacientes. É provável que este envolvimento afetivo, explícito nas representações, seja oriundo não apenas da maior e mais constante proximidade do profissional de enfermagem aos pacientes, quando comparado com outros profissionais, mas também pelas dimensões éticas e estéticas da profissão, assim como por seus alicerces filosóficos e doutrinários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É de fundamental importância o apoio psicológico, pois este favorece a adesão ao tratamento do paciente portador de HIV, e o profissional de saúde que o acolhe é uma fonte de informações e expectativas sobre a continuidade de sua vida, na medida em que pode favorecer a construção de uma estrutura afeto – cognitiva que mantenha uma esperança sobre si mesmo e o meio em que vive.

DESCRITORES: Vírus da AIDS. Enfermagem. Acolhimento.

¹¹¹Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. willyansjohnson@hotmail.com: (84) 3332-9026. Redonda- Areia Branca/RN.

¹¹²Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

¹¹³Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

¹¹⁴Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

1 INTRODUÇÃO

O afeto encontra lugar na interação entre os sujeitos cuidadores (de si e do outro), na qual a intersubjetividade se manifesta no cuidado. Desta forma, os pacientes portadores de HIV/AIDS reconhecem e legitimam a afetividade presente durante a atuação da enfermagem. O cuidado amoroso e a humanização caminham juntos, de forma a tornar possível a oferta assistencial que atenda às necessidades humanas destes indivíduos, respeitando sua dignidade, diminuindo o sofrimento e facilitando o alcance de seu projeto vital. Se o preconceito faz parte no dia a dia dos pacientes soropositivos é dever da equipe de enfermagem tomar posicionamento frente a esse tipo de preconceito trabalhando em equipe juntamente com a família e outros profissionais com políticas voltadas para os avanços no cuidado à saúde e na promoção do viver mais saudável (GOMES, et al 2012).

Ambas as possibilidades requerem intervenções de enfermagem, principalmente do enfermeiro enquanto líder da equipe, pois é evidenciada a necessidade de humanização, de respeito, de compreensão e de diálogo no cotidiano da atitude ética profissional de enfermagem, que constitui um resgate da vida, do humano e dos derives ecológicos. Implica a coesão de saberes técnico científico aos teórico-metodológicos e à empatia. Referindo principalmente ao cuidado humanizado ao paciente (GOMES, et al 2012).

A AIDS surgiu na década de 1980 e foi marcada com grande sofrimento relacionado ao fato de ser uma doença grave e fatal, associada ao contágio sexual e uso de drogas ilícitas, trazendo forte impacto psicológico ao portador da doença (FERREIRA, OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Poucas doenças têm suscitado questões tão complexas quanto a AIDS em todos os segmentos onde o soropositivo se encontra circunstanciado. Ao longo do desenvolvimento da doença ocorrem perdas significativas na vida do indivíduo afetado, tais como saúde, aparência física e família. Impõe-se a necessidade de hábitos em decorrência da doença, ingerir medicamentos, conviver com a ameaça do aparecimento de doenças oportunistas e da morte em vida. Essas alterações no cotidiano suscitam, na família e no paciente, reações de adaptação às demandas e mudam o relacionamento com a sociedade. Além disso, a HIV/AIDS tem um efeito desagregador na estrutura familiar, que não raro já se encontrava abalada por questões tais como drogadição, ausência de alguma figura parental, envolvimento criminal e outras atitudes tidas como “transgressoras” pela sociedade (SILVEIRA, et al 2002).

A palavra acolher consiste em: ato ou efeito de acolher; recepcionar, dar atenção, consideração, refúgio e abrigo. O apoio psicológico na saúde consiste em uma reorganização

dos serviços de saúde que visa ao acesso universal, à resolubilidade e ao atendimento humanizado. Baseia-se na escuta de todos os pacientes, no intuito de oferecer uma resposta positiva aos seus problemas de saúde. Além disso, visa à descentralização do atendimento, estendendo-o para toda a equipe (NASCIMENTO, 2008). A experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde possibilitaram aos portadores do vírus ter uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade (BRASIL, 2008).

O trabalho multidisciplinar no contexto hospitalar, quando realizado, possibilita múltiplos olhares e diferentes abordagens às demandas do paciente portador de HIV/AIDS. Representa uma das forças motrizes rumo à efetividade da terapêutica. Portanto, é imprescindível a desconstrução de centralidades hegemônicas e fragmentações do todo. É importante proporcionar ao indivíduo soropositivo para o HIV/AIDS as condições para participação ativa no gerenciamento do seu cuidar, posto que o cuidado seja concebido, planejado e organizado a partir do paciente e a ele é dirigido. A escuta e o acolhimento, no plano do cuidado, encontram caminhos na assistência a partir de verdadeira comunicação entre usuários e profissionais. Desta forma, nem os profissionais podem limitar-se à compreensão do dito – dispensando, aí, o não-dito – e serem limitados às suas competências técnicas, nem os usuários podem ser reduzidos a meros objetos dos detentores do saber absoluto, o que conferiria inautenticidade no encontro de cuidado, haja vista a impermeabilidade à expressividade neste caso (GOMES, et al 2012).

É possível perceber que os profissionais exercem cuidados com pacientes soropositivos e são reconhecidos pelo seu trabalho individual e em equipe, características notáveis através das palavras equipe, enfermagem, técnica e auxiliar (SILVEIRA, et al 2002).

É de fundamental importância o apoio psicológico, pois este favorece a adesão ao tratamento do paciente portador de HIV, e o profissional de saúde que o acolhe é uma fonte de informações e expectativas sobre a continuidade de sua vida, na medida em que pode favorecer a construção de uma estrutura afeto – cognitiva que mantenha uma esperança sobre si mesmo e o meio em que vive. O perfil do profissional da saúde, não deve permear somente as habilidades do raciocínio lógico, do domínio matemático, mas também a capacidade do indivíduo sentir, entender os sentimentos, controlá-los e modificar o seu estado emocional, bem como de outras pessoas que o cercam o envolvimento emocional é vital na relação com o cuidar do paciente (GOMES, et al 2012).

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar a importância do apoio psicológico dos profissionais de enfermagem aos indivíduos soropositivos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizando durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Clínica II. Sendo um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

Foi associado a uma revisão bibliográfica a partir de artigos científicos que abordassem o tema nas bases de dados SCIELO e do GOOGLE ACADÊMICO. Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios e inclusão: ter sido publicado no período de 2001 a 2012, estar escrito na língua portuguesa e abordar temas relacionados ao HIV/AIDS. Após leitura dos textos, foram selecionados 6 artigos que serão discutidos no presente estudo. Essa pesquisa foi realizada no período de abril a maio de 2016.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A literatura está cheia de relatos de dificuldades psicológicas de profissionais com relação às formas de interação envolvendo sentimentos como antipatia e desconforto perante as condições físicas e emocionais em que o paciente se encontra. São relatos que comprovam a necessidade de suporte ao próprio profissional e que representam uma barreira à realização de vínculos significantes para o atendimento equilibrado (FIGUEIREDO, 2001).

Mesmo tendo sido observado mudanças favoráveis de atitude de profissionais de saúde ao longo dos anos, muitas barreiras ainda são interpostas ao atendimento a esses pacientes. No âmbito do atendimento direto, o estigma representa uma primeira barreira que, aliadas ao medo, a ansiedade e a falta de informações relega o paciente muitas vezes a condições subumanas de assistência (FIGUEIREDO, 2001).

Todos os pacientes merecem uma atenção especial no momento da revelação do diagnóstico de HIV, devendo o resultado ser dado com cuidado e responsabilidade, levando-se em consideração a individualidade de cada um. A reação emocional ao resultado positivo para HIV depende da dinâmica psíquica do indivíduo, anterior ao diagnóstico. Geralmente é vivido pelas pessoas como uma sentença de morte com data marcada para muito breve. É como se estivesse ouvindo pela primeira vez que é um ser mortal, a crença inconsciente em

sua imortalidade torna-se ilusão, resta uma realidade paralisadora e angustiante (FERREIRA, et al 2012).

É possível perceber que os profissionais exercem cuidados com pacientes soropositivos e são reconhecidos pelo seu trabalho individual e em equipe, características notáveis através das palavras equipe, enfermagem, técnica e auxiliar. Em um cotidiano marcado pela presença da equipe de enfermagem, dimensões afetivas são identificáveis nas representações dos pacientes relacionadas aos cuidados de enfermagem, apontando-os como ponte entre o profissional e o paciente em um processo de envolvimento mútuo, formando um laço de amizade, entre profissionais e pacientes (GOMES, et al 2012).

É provável que este envolvimento afetivo, explícito nas representações, seja oriundo não apenas da maior e mais constante proximidade do profissional de enfermagem aos pacientes, quando comparado com outros profissionais, mas também pelas dimensões éticas e estéticas da profissão, assim como por seus alicerces filosóficos e doutrinários. O afeto encontra lugar na interação entre os sujeitos cuidadores (de si e do outro), na qual a intersubjetividade se manifesta no cuidado. Desta forma, os pacientes portadores de HIV/AIDS reconhecem e legitimam a afetividade presente durante a atuação da enfermagem. O cuidado amoroso e a humanização caminham juntos, de forma a tornar possível a oferta assistencial que atenda às necessidades humanas destes indivíduos, respeitando sua dignidade, diminuindo o sofrimento e facilitando o alcance de seu projeto vital (GOMES, et al 2012).

Se o preconceito faz parte no dia a dia dos pacientes soropositivos é dever da equipe de enfermagem tomar posicionamento frente a esse tipo de preconceito trabalhando em equipe juntamente com a família e outros profissionais com políticas voltadas para os avanços no cuidado à saúde e na promoção do viver mais saudável. Ambas as possibilidades requerem intervenções de enfermagem, principalmente do enfermeiro enquanto líder da equipe, pois é evidenciada a necessidade de humanização, de respeito, de compreensão e de diálogo no cotidiano da atitude ética profissional de enfermagem, que constitui um resgate da vida, do humano e dos derives ecológicos. Implica a coesão de saberes técnico científico aos teórico-metodológicos e à empatia. Referindo principalmente ao cuidado humanizado ao paciente (GOMES, et al 2012).

Surgem temores de discriminação, de abandono e de perdas sociais, devido à própria percepção da AIDS: é o medo de algo real. Vemos o paciente em um estado de desamparo e desorganização emocional, com sentimentos de culpa, raiva e pânico. Alguns se sentem imponentes e ficam paralisados em estado de choque. Outros ficam ansiosos e maníacos tentando correr contra o tempo. A confusão emocional e a ansiedade podem aparecer também

sob a forma de muitas perguntas, como tentativas de controlar a situação emergente, que precisam, sem dúvida, ser ouvidas e respondidas. É muito importante tentar perceber o estado emocional do paciente, saber o que ele pensa e sente naquele momento, que significado está sendo dada para esta nova realidade (FERREIRA, et al 2012).

O portador do HIV/AIDS não é o único a sofrer as consequências; seus familiares, amigos e parceiros sexuais também irão enfrentar junto com ele as dificuldades tais como preconceito e estigma. Nesse âmbito, a família pode ser definida como sendo um grupo formado por pessoas unidas por laços afetivos consanguíneos ou não, inseridas em um contexto social e temporal. O familiar passa, ainda, por fases da vivência da doença grave e preparo para a morte, que se sincronizam com aquelas vivenciadas pelo doente. Isso gera sofrimento e remete à necessidade da busca de suporte, o qual pode ser fornecido pelo serviço de saúde (CORONETTI, et al 2006).

A finalidade desse suporte é ajudar o familiar a permanecer ao lado do cliente. O profissional de saúde, porém, em geral, enfrenta diversas dificuldades internas e externas que influenciam no atendimento prestado. No exercício da profissão junto a essa clientela, temos percebido que tais dificuldades são vivenciadas por todos aqueles que realizam o atendimento e em especial pela enfermagem (CORONETTI, et al 2006).

O acolhimento dos profissionais de enfermagem é de grande importância para a adesão do portador do HIV/AIDS ao tratamento. Ter o HIV não significa ter a AIDS e sim que, no sangue, foram detectados anticorpos contra o vírus. Há muitas pessoas soropositivas que vivem durante anos sem desenvolver a doença. Contudo, podem transmitir aos outros o vírus que trazem consigo (BRASIL, 2008).

O medo do preconceito interfere no tratamento, já que muitos soropositivos não tomam os remédios na presença de outras pessoas, às vezes nem dos próprios familiares. Também são comuns, discriminação no trabalho, dificuldades nos relacionamentos e tendência ao isolamento. Há ainda aqueles que desistem dos seus sonhos que a popularização do uso do preservativo e a divulgação de evidências científicas, como a queda dos índices de mortalidade, devido o sucesso da terapia antirretroviral potente e das políticas públicas de saúde, a dissolução do conceito de grupo de risco, têm contribuído para vencer o preconceito do próprio portador do HIV/AIDS e da sociedade em geral (GOMES, et al 2012).

A qualidade de vida (QV) acompanha o tratamento dos pacientes com AIDS, juntamente com as inovações farmacológicas, que permitiram prolongar a vida do paciente e a manutenção de seu bem-estar (FERREIRA, et al 2012).

Anos atrás, receber o diagnóstico de HIV era quase uma sentença de morte. Atualmente, a AIDS pode ser considerada uma doença crônica, graças aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes. (BRASIL, 2008). A revelação do diagnóstico do HIV é um momento de impacto para o paciente, pois neste momento uma nova realidade é inserida em sua vida. O acolhimento visa à descentralização do atendimento, a um só profissional, estendendo-o para toda a equipe (GOMES, et al 2012).

Os pacientes com HIV/AIDS apresentam inúmeros sintomas relacionados à doença, e aos efeitos do tratamento. É importante que os profissionais de saúde compreendam as causas, os sinais e sintomas e as intervenções para estimular a qualidade de vida dos pacientes com HIV (BRASIL, 2008).

O perfil do profissional da saúde, não deve permear somente as habilidades do raciocínio lógico, do domínio matemático, mas também a capacidade do indivíduo sentir, entender os sentimentos, controlá-los e modificar o seu estado emocional, bem como de outras pessoas que o cercam o envolvimento emocional é vital na relação com o cuidar do paciente (FIGUEIREDO, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de fundamental importância o apoio psicológico, pois este favorece a adesão ao tratamento do paciente portador de HIV, e o profissional de saúde que o acolhe é uma fonte de informações e expectativas sobre a continuidade de sua vida, na medida em que pode favorecer a construção de uma estrutura afeto – cognitiva que mantenha uma esperança sobre si mesmo e o meio em que vive.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e de AIDS**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>. Acesso em 25.04.2016.

CORONETTI, Adriana; NASCIMENTO, ERP; BARRA, DCC; MARTINS, JJ. **O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador**. Arquivos catarinenses de medicina, 2006, v. 35, n.4, p. 38-41.

FIGUEIREDO, M. A. C. Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. *Jornal Brasileiro de Aids*, v.2, n.1, p.17-24, jan-março, 2001.

GOMES, AMT; SANTO, CCE; OLIVEIRA, DC; VALOIS, BRG; SANTOS, EI; PONTES, APM. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. Esc Anna Nery (impr.) 2012 jan-mar; 16 (1): 111-120

NASCIMENTO ,P.T.A. et al. **Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 4, de 2008.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA,I. M.; PANIAGO, A. M.M.M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. RevBrasEpidemiol 2012; 15(1): 75-84. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n1/07.pdf>. Acesso em: 26.04.16.

CAMINHOS EM SAÚDE MENTAL: PERFIL DE USUÁRIOS E VIVÊNCIAS EM GRUPO

Lorrainy Cruz Solano¹¹⁵

Ana Karollyne Queiroz de Lima¹¹⁶

Brena Miranda da Silva¹¹⁷

Natália Teixeira Fernandes¹¹⁸

Pammella Lyenne Barbosa de Carvalho¹¹⁹

Rafael Maia Morais¹²⁰

Resumo: A atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Pensar na atenção à saúde mental em nível primário é refletir no modo como estão sendo planejadas, executadas e avaliadas as ações individuais e coletivas nas UBS. O presente estudo objetiva caracterizar os usuários do serviço de assistência em saúde mental de uma UBS no município de Mossoró/RN, expondo uma vivência com grupo de apoio aos usuários como prática alternativa de cuidado a esses sujeitos. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem mista quantitativa com base em dados secundários, ou seja, a partir do livro de registros de saúde mental da UBS Dr José Holanda Cavalcante onde atua uma equipe da ESF, Mossoró/RN, descritiva por meio da observação participante da equipe nas vivências em um grupo de apoio emocional para usuários em sofrimento psíquico. Identificou-se que a maioria dos usuários registrados é do sexo feminino. No que se refere ao tipo de medicamento prescrito prevaleceram àqueles indicados para ansiedade e depressão. Através do relato dos usuários que participam do Espaço da Palavra, verificou-se a redução no uso de psicotrópicos, a partir da introdução de terapêuticas alternativas, como chás e fitoterápicos, e as vivências em grupo, que caracteriza-se também como um espaço de promoção e prevenção em saúde mental. O suporte oferecido por terapêuticas alternativas na Atenção Primária a Saúde potencializam o sujeito para enfrentar sua doença, previnem agravos e promovem o autocuidado. Além disso, os profissionais tornam-se co-participantes no processo saúde-doença do usuário.

Descritores: Atenção primária; Saúde mental; Grupo.

¹¹⁵ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRN. Prefeitura Municipal de Mossoró. (Orientadora)

¹¹⁶ Nutricionista. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹¹⁷ Assistente social. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹¹⁸ Enfermeira. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹¹⁹ Psicóloga. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

Endereço: Planalto 13 de maio, Mossoró/RN. Telefone: (84) 99856-9625. E-mail:

pammellacarvalho@hotmail.com.

¹²⁰ Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

Introdução

A atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). A atenção à saúde mental na rede básica é um terreno alicerçado pelo processo histórico de consolidação do Sistema Único de Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica é um movimento que objetiva desconstruir conceitos e práticas sustentadas no isolamento e na exclusão social do fenômeno da loucura. Esse novo olhar terapêutico procura deslocar o atendimento centrado no hospital para um atendimento centrado no hospital para um atendimento mais ampliado, que possa inserir a família, as relações sociais e os vínculos do sujeito que vivencia uma situação de sofrimento. Mais do que isso, que o sujeito possa ser acompanhado dentro do território onde vive, ou seja, na comunidade, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Nesse sentido, a ESF como tática permanente de reorientação do modelo de assistência à saúde situa-se nas Unidades Básicas de Saúde que são, ou deveriam ser, as portas de entrada da rede de atenção à saúde em nível primário (APS).

Poderia se conceituar a APS como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada de um sistema para todas as novas necessidades e demandas e fornece atenção à pessoa e não à enfermidade. Tem como meta garantir uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados que transcende o campo sanitário e inclui outros setores. É direcionado para a promoção, manutenção e melhora da saúde (ANTONACCI; PINHO, 2011). É bom lembrar que ainda não há uma cobertura plena da ESF na rede APS confluindo para um hiato assistencial.

Resultado de pesquisa recente aponta a Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipe de ESF apresentou melhor padrão de registros de dados, maior participação exclusiva de médicos em suas referências ao nível especializado, menor capacidade de retenção dos usuários, maiores taxas de abandono e menor percentual de contrarreferência pela equipe especializada (PESSOA JUNHO *et al*, 2012).

É fato que existem características que permeiam os distintos cenários locais e de elementos como perfil econômico, desenvolvimento urbano, grau de distribuição de riquezas,

condições sanitárias e infraestruturas desses espaços (NORDON *et al*, 2009). Tais diferenças geram impactos e indicadores que dependerão dos contextos, mas que tem elementos comuns.

Em saúde mental pela recente história de mudanças no campo prático e teórico são notórias as lacunas no processo terapêutico nas UBS's tendo em vista serem mudanças paradigmáticas que requerem permanentes estudos de quem já atua como trabalhador da saúde bem como do processo de formação da força de trabalho.

Emerge como nó crítico nesse campo a necessidade de encontrar as melhores alternativas para a prática do cuidado em saúde mental. Pensar na atenção à saúde mental em nível primário é refletir no modo como estão sendo planejadas, executadas e avaliadas as ações individuais e coletivas nas UBS's como também na utilização das informações geradas pelo processo de trabalho como indicadores da qualidade da assistência.

Nosso ponto de partida é identificar qual o perfil do usuário dos serviços de assistência em saúde mental de uma UBS no município de Mossoró, e apresentar outras terapêuticas que tem surgido para abordar os sujeitos em sofrimento psíquico, além da dispensação de psicotrópicos.

Objetivos

O presente estudo objetiva caracterizar os usuários do serviço de assistência em saúde mental de uma UBS no município de Mossoró/RN, expondo uma vivência com grupo de apoio aos usuários como prática alternativa de cuidado a esses sujeitos.

Referencial Teórico

A atenção básica tem o objetivo de oferecer uma atenção integral, abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, além disso busca desenvolver uma atenção que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde na década de 1980, um projeto de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado, conhecido como reforma psiquiátrica. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia (BRASIL, 2013).

As Unidades Básicas de Saúde cumprem uma importante função na composição da rede de assistência em saúde mental, uma vez que tanto a AP como a saúde mental buscam a construção de um modelo de saúde dinâmico, não reducionista, orientado para formas de cuidado e práticas integrais na área de saúde.

Os instrumentos de Intervenção Psicossocial na APS constituem-se em importante estratégia para produção do cuidado em Saúde, dentre esses instrumentos podemos citar os grupos. O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seriam alcançável em um atendimento individualizado (BRASIL, 2013).

A proposta de grupo apresentada neste relato tem como referencial teórico o Círculo de Cultura de Paulo Freire a partir da palavra geradora, e a Terapia Comunitária. A TC como ferramenta de cuidado em saúde mental visa trabalhar de forma horizontal e circular, ao propor que cada um que participe da vivência seja corresponsável no processo terapêutico, o grupo é um espaço aberto que possibilita a troca de experiências e o compartilhamento de vida.

A partir da apresentação das pessoas, exposição das regras da TC e da escolha do tema do dia, as pessoas relatam suas histórias pessoais e o grupo participa da discussão com perguntas e falas que objetivem a superação das dificuldades do dia-a-dia – tudo em um clima acolhedor e de empatia. O compartilhamento de vida produz a relação entre os sujeitos, que podem se reconhecer como uma rede de apoio (BRASIL, 2013, p. 142).

O Círculo de Cultura assume a experiência do diálogo de forma coletiva e solidária em todos os momentos do processo, o diálogo não se reduz a um instrumento metodológico, mas como forma de potencializar os saberes que se entrecruzam. A seleção da palavra geradora, ou palavra-ação, dá-se a partir da situação presente, do momento concreto vivido pelo grupo.

No círculo de cultura, o diálogo é assumido como “provocação”, intencionado. (...) O diálogo é assumido também como chamamento a favor da valorização da palavra e da escuta dos participantes do processo e, ainda, como provocador da ação pelas palavras que transformadas pela criticidade dialética e dialógica tornam-se palavra-ação, atividade humana de significação e transformação no mundo (LOUREIRO; FRANCO, 2012, p. 22).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem mista quantitativa com base em dados secundários, ou seja, a partir do livro de registros de saúde mental da UBS Dr José

Holanda Cavalcante onde atua uma equipe da ESF, Mossoró/RN. Qualitativa ancorada na compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores e representações culturais e históricas, bem como as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010).

A UBS faz parte das 64 equipes da ESF do município de Mossoró-RN. Estão cadastradas 638 famílias no território da equipe, composta por seis Agentes Comunitários de Saúde, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, um dentista, duas médicas, sendo que uma delas é residente do programa de Residência Médica em Saúde da Família, uma enfermeira, uma gerente, duas auxiliares de serviços gerais e duas agentes administrativos. A equipe conta, também, com cinco residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sendo uma enfermeira, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social e um fisioterapeuta.

A análise documental buscou identificar os usuários cadastrados até o mês de abril do ano de 2016 na UBS. Identificou-se as seguintes variáveis: sexo, idade, tipo de medicamento prescrito, quantidade de medicamentos por pessoa, e data do cadastro no programa de saúde mental do município. Destaca-se que a variável data do cadastro tornou-se inviável dada as irregularidades nos registros. Portanto, serão apresentadas as demais. Os dados foram analisados a partir de números absolutos, frequência e percentual, apresentados em forma de tabela.

A análise qualitativa deu-se por meio da observação participante da equipe nas vivências em um grupo de apoio emocional para usuários em sofrimento psíquico. A potência dessa experiência na saúde mental dos sujeitos será analisada a medida que os dados quantitativos forem apresentados.

Resultados

A maioria dos usuários registrados é do sexo feminino: 67,6%, dos 147 usuários identificados apenas 32,4% são do sexo masculino.

Tabela 1 – Caracterização quanto ao sexo dos usuários do serviço de assistência em saúde mental de uma unidade básica de saúde, Mossoró-RN, 2016.

Sexo	Total
-------------	--------------

Feminino	99
Masculino	48
Total	147

Fonte: Livro de Saúde Mental da UBS Dr. José Holanda.

No que se refere ao tipo de medicamento prescrito prevaleceram àqueles indicados para ansiedade e depressão, com alguns registros não contemplados pelo programa de saúde mental do município: alprazolam, bromazepam, citolopram, levomepromazina, lorazepam, paroxetina, risperidona, e venlafaxina. Os apontamentos sobre as concentrações prescritas eram insipientes não sendo possível identificar.

Tabela 2 – Medicamentos utilizados pelos usuários do serviço de assistência em saúde mental de uma unidade básica de saúde, Mossoró-RN, 2016.

Medicamento	Total
Alprazolam	05
Amitripilina	35
Biperideno	07
Bromazepam	02
Bupropiona	10
Carbamazepina	10
Citolopram	01
Clomipramina	01
Clonazepam	24
Clorpromazina	08
Diazepam	30
Fenobarbital	09
Fluoxetina	27
Haloperidol	03
Haldol	03
Levomepromazina	03
Lorazepam	01
Paroxetina	05

Risperidona	05
Rivotril	08
Valproato de Sódio	01
Venlafaxina	01

Fonte: Livro de Saúde Mental da UBS Dr. José Holanda.

Quanto a quantidade de psicotrópicos utilizadas por um único usuário evidenciou-se que 63,3% fazem uso de um tipo de medicação, 24,5% usam dois, e 12,2% três ou mais tipos. A data de cadastro no programa de saúde mental é importante para compreendermos de forma longitudinal o uso de psicotrópicos pelos sujeitos, verificou-se que a maioria dos usuários, 48,9%, faz uso de psicotrópicos há mais de cinco anos, o que nos leva a reflexão de que, apesar da maioria dos transtornos serem leves ou moderados, o uso da medicação, apenas, não leva superação do sofrimento mental.

Com base nessa evidência surgiu a proposta da criação de um espaço de apoio entre usuários de saúde mental e equipe, pautado numa relação dialógica e escuta qualificada. A vivência em grupo, o *Espaço da Palavra*, como é conhecido, tem possibilitado a troca de experiências, efetivando uma mudança de atitude diante das problemáticas cotidianas; o apoio emocional, fortalecendo o vínculo afetivo com o próprio sujeito, com o outro e a comunidade; e a redução de danos, diminuindo o uso de psicotrópicos.

Os usuários que participam do *Espaço da Palavra* reduziram o uso de psicotrópicos, a partir da introdução de terapêuticas alternativas, como chás e fitoterápicos, além disso, o grupo torna-se um espaço de promoção e prevenção em saúde mental, uma vez que outros sujeitos, que não fazem uso de psicotrópico, participam das vivências e afirmam a eficácia da terapêutica no sentido de encontrarem no grupo o suporte que necessitam para enfrentar seu sofrimento, sem a necessidade de medicação.

O grupo acontece semanalmente como forma de fortalecer o vínculo de confiança entre os profissionais e os usuários, garantindo a frequência e a permanência do usuário no grupo. A vivência em grupo inicia-se com um relaxamento por meio da respiração, depois a construção do diálogo com a palavra geradora, finaliza com uma experiência em roda para fortalecer o vínculo afetivo, mediada, na maioria das vezes, por uma música que remeta a palavra geradora. Após o encerramento do grupo é ofertado aos participantes chás, de erva cidreira, camomila, ou suco de maracujá com capim santo.

Os responsáveis pela condução do grupo são o profissional de Psicologia e um ACS da unidade. A equipe da UBS dá o suporte técnico no desmame do tratamento, nas intercorrências clínicas, avaliação antropométrica, entre outras ações.

Alguns desafios que se levantam para o desenvolvimento do projeto podem ser mencionados: a secretaria de saúde do município não disponibiliza recursos financeiros para manter as ações do grupo; a maioria dos usuários do serviço de atenção integral a saúde mental da UBS revelam um desinteresse pelas ações do grupo, sinalizando que a estratégia precisa ouvir os não participantes sobre as causas para a não adesão ao grupo. Causas essas que podem estar no estranhamento da temática saúde mental para a maioria da população.

Discussões

Os resultados apontam uma predominância de usuárias do sexo feminino em detrimento ao sexo masculino o que converge com o de outras pesquisas. Um estudo sobre os fatores associados ao uso de benzodiazepínicos (FIRMINO *et al*, 2011) afirma que as mulheres corresponderam a quase 75% dos pacientes, aspecto corroborado por vários estudos e atribuído a maior preocupação das mulheres com a própria saúde e a maior prevalência da ansiedade e depressão entre mulheres.

Concorda-se da existência de outros aspectos mais sutis que também devem ser considerados como determinantes da maior prescrição para mulheres. Sinalizam que o modo estereotipado como as mulheres são apresentadas na publicidade da indústria farmacêutica interfere na abordagem clínica fazendo com que os prescritores se tornem mais suscetíveis ao diagnóstico de quadros como ansiedade e depressão no gênero feminino. Assim, é provável que, mais que uma questão de gênero, os fatores socioculturais sejam determinantes importantes desse panorama (FIRMINO *et al*, 2011).

As características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária (NORDON *et al*, 2009) aponta que as mulheres são duas a três vezes mais do que homens usuárias desse psicotrópico, e esse número aumenta conforme a idade. Os resultados também refletem que na UBS as principais características dessas mulheres são serem de uma população de baixa renda e escolaridade, na qual um número mais de três vezes maior do que a literatura mundial relata é de consumidoras, sendo as principais da faixa etária de 50 a 69 anos, em relacionamento estável e analfabetas.

Dentre os participantes do grupo Espaço da Palavra, as mulheres também constituem a maioria do grupo, do recorte realizado no ano de 2016 conclui-se que 94% dos participantes

são mulheres. Nossa experiência tem revelado que a demanda pelos serviços de saúde na AP, incluindo a participação em grupos é predominantemente feminina, dados que corroboram com as pesquisas nacionais.

Quanto ao registro das medicações dos usuários há um destaque para a Amitriptilina e Fluoxetina com 31%, e o Diazepan com 15,1%, o primeiro com indicação para depressão, e o último para ansiedade.

A amitriptilina e a fluoxetina fazem parte da classe dos antidepressivos. São medicações de uso relativamente simples e seguro, e não produzem fenômenos de tolerância e dependência. Os estudos controlados duplo-cego comprovam que vários antidepressivos têm eficácia muito próxima ao placebo, agem sobre poucos sistemas de neurotransmissão, basicamente inibindo seletivamente a receptação da serotonina (BRASIL, 2013, p. 165). Entretanto, também está em jogo o efeito simbólico da medicação, a pessoa que usa pode aprisionar-se na posição de “doente mental”, com consequências nocivas para sua vida e relações com a equipe e comunidade.

Os benzodiazepínicos, como o Diazepan, são os tipos mais prescritos e utilizados no Brasil. Os BZD conseguiram se popularizar por terem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, entretanto, com o uso continuado seu efeito ansiolítico diminui, provocando necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos, além de causar dependência, provocando sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso (BRASIL, 2013). Evidências pesquisadas pelos autores mostram que os prescritores tendem a manter o medicamento se o paciente já o usa há muito tempo e não se conhecem exatamente as circunstâncias que levaram à indicação anterior.

O resultado de uma investigação sobre os efeitos colaterais do uso de psicotrópicos verificou que os principais efeitos colaterais encontrados estão relacionados a alterações de comportamento, de peso, urinárias e neurológicas. Estes dados revelam que por se tratarem de sujeitos em sofrimento psíquico, nos quais é de grande necessidade a utilização desses medicamentos é importante utilizar estratégias que favoreçam a diminuição de sua dosagem. Sendo uma responsabilidade da equipe multiprofissional, emergindo as figuras do enfermeiro, do nutricionista, do fisioterapeuta, por exemplo, nesse cuidado.

Os psicotrópicos são um recurso para o tratamento em Saúde Mental, entretanto, o seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta (BRASIL, 2013, p. 155). Faz-se necessário reavaliar a indicação e conseqüentemente a prescrição do usuário do serviço de assistência em saúde mental na ESF tendo em vista ser esse um cuidado contínuo

que prevê a longitudinalidade entre equipe e usuário numa perspectiva de integralidade da atenção prestada.

Nesse sentido, temos percebido a melhora na saúde psíquica dos participantes do *Espaço da Palavra*, suas falas expressam a importância do apoio emocional encontrado no grupo, o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário, bem como o desejo de diminuir a medicação psicotrópica.

Considerações finais

A complexidade e a especificidade do processo saúde/doença que levam ao desenvolvimento de transtornos mentais desafiam a capacidade dos profissionais de entendê-los, e provocam o questionamento de como lidar com eles na atenção básica. A medicalização tem sido o modo mais usual de tratamento para esse tipo de doença, entretanto, utilizada como única terapêutica não é eficaz para superação do sofrimento psíquico, uma vez que as pessoas que iniciam o tratamento medicamentoso tem receio em deixar o uso e os sintomas retornarem.

Frente a essa problemática vale refletir sobre os transtornos mentais e comportamentais como uma das muitas dimensões do processo de viver e que carece de espaços não excludentes e que possam problematizar demandas, necessidades e formar uma ação conjunta entre a saúde mental e a atenção básica. No enfrentamento desses desafios, algumas questões devem ser priorizadas, tais como: promover espaços de escuta e de ações coletivas para os usuários, e qualificar o atendimento dos profissionais, por meio de educação permanente e do suporte matricial.

São essas estratégias que estão sendo implementadas na UBS referida neste relato. A inquietação com a medicalização da vida e do sofrimento proporcionou a criação do grupo de apoio, no qual os usuários são acolhidos por meio de uma escuta atenta, e seu sofrimento ressignificado através do uso de metodologias participativas que promovem autonomia e responsabilização pelo cuidado individual e coletivo.

O suporte oferecido por terapêuticas alternativas na Atenção Primária a Saúde potencializam o sujeito para enfrentar sua doença, previnem agravos e promovem o autocuidado. Além disso, os profissionais tornam-se co-participantes no processo saúde-doença do usuário, compreendem que saúde não diz respeito apenas a ausência de sintomas, mas a qualidade de vida da comunidade em que está inserido, resultados que nos remetem a

alguns dos objetivos da AP: longitudinalidade, integralidade, responsabilização, e resolubilidade.

Referências

ANTONACCI, M.H.; PINHO, L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 1, mar: 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FIRMINO, K.F.; ABREU, M.H.N.G.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S.M.S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 6, jun: 2011.

LOUREIRO, C.F.B.; FRANCO, J.B. **Aspectos teóricos e metodológicos do círculo de cultura**: uma possibilidade pedagógica e dialógica em educação ambiental. *Ambiente e Educação*, v. 17, n. 1, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. Hucitec Editora: São Paulo, 2010.

NORDON, D.G.; AKAMINE, K.; NOVO, N.F.; HUBNER, C.V.K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**, v. 31, n. 3: 2009.

PESSOA JUNIOR, J.M.; NÓBREGA, V.K.M.; MIRANDA, F.A.N. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, jul-set: 2012.

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, n. 6, dez: 2000.

GT 7 – ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO PROCESSO PRODUTIVO

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS RISCOS
OCUPACIONAIS NA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO**

RÚBIA MARA MAIA FEITOSA
PERPÉTUA RENATA DA SILVA ARAUJO
TEREZA CRISTINA VIEIRA
YLAN JONATHAN ROCHA AMORIM
ANA PAULA GOMES VIANA
ROZIELLY ANANDA PINTO

RESUMO:

A pesquisa tem o objetivo de analisar, a partir da ótica dos profissionais de enfermagem da Central de Material Esterilizado, os riscos ocupacionais que estes estão submetidos no setor de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem exploratória descritiva. Esta pesquisa ocorreu em hospital público de referência do município de Mossoró/RN, particularmente no setor da Central de Material Esterilizado. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os 20 profissionais de enfermagem que trabalham na CME e que concordaram livremente em participar do estudo. Observa-se que a identificação dos riscos ocupacionais pelos profissionais da central de material esterilizado ainda está relacionada somente ao risco biológico, talvez por serem uns dos riscos que ocorre com maior frequência e por ser mais evidente. Há a necessidade de criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os profissionais possam desenvolver suas atividades com segurança, compreendendo a gravidade dos riscos a que estão submetidos na Central de Material Esterilizado.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde. Trabalho

INTRODUÇÃO

O trabalho em unidades hospitalares tem sido associado à sobrecarga e desgaste do profissional, especialmente nos hospitais públicos, caracterizados pela elevada demanda. Sabe-se que a organização do trabalho e as condições em que o mesmo se realiza podem provocar, também, doenças e acidentes do trabalho. Estes, últimos, são os agravos à saúde do profissional mais registrados em todos os países, mesmo considerando o alto índice de subnotificação do acidente (MONTEIRO, et. al., 2009). Um ambiente laboral seguro, no qual os profissionais de saúde estão protegidos dos riscos ocupacionais, ocorrem menos acidentes e, conseqüentemente, menos afastamentos, licenças, indenizações, entre outros danos decorrentes de acidentes (FIUZA, 2010).

No Brasil, durante o ano de 2011, segundo os dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, tem-se que os profissionais de saúde sofreram 52.063 acidentes de trabalho. Neste contexto, os profissionais de enfermagem atuam em condições de trabalho específicas que determinam uma maior vulnerabilidade aos riscos e agravos oriundos dos diversos setores hospitalares, tais como o Centro de Material e Esterilização. Estes riscos se apresentam de forma multifatorial, podendo a equipe de enfermagem estar exposta a riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (AQUINO et al., 2014).

A Central de Material e Esterilização (CME) é um ambiente que tornam os trabalhadores de enfermagem mais vulneráveis aos acidentes ocupacionais, pelo fato destes realizarem o processamento de artigos médico-hospitalares contaminados, mantendo contato com fluidos orgânicos, calor, substâncias químicas para realização da desinfecção e esterilização dos materiais, além de serem atividades desenvolvidas em ambientes confinados, com forte presença de rotinas monótonas e/ou exaustivas (ESPINDOLA, 2012).

Em um estudo com objetivo de analisar os riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um Centro de Material e Esterilização, verificou-se 82,15% das causas de morbidade estavam ligadas ao desenvolvimento de tarefas na CME, como por exemplo, posturas inadequadas, manipulação de produtos químicos e materiais contaminados por material biológico (ESPINDOLA, 2012).

Outros fatores de riscos existentes na CME estão relacionados a forte presença de repetição de atividades manuais que podem gerar lesão por esforço repetitivo e o estresse aos profissionais do setor por se tratar de uma atividade muito complexa que necessita de atenção redobrada para que não ocorram falhas no processamento dos artigos.

As ações preventivas em saúde do trabalhador deve ser uma atribuição constante das redes hospitalares, ofertando melhorias nas condições de trabalho, bem como estimular a ampliação do conhecimento dos riscos, favorecendo a redução do índice de doenças e acidentes. Os profissionais de enfermagem necessitam conhecer os riscos ocupacionais advindos do local em que trabalham, na perspectiva de criarem estratégias, individuais e coletivas, de segurança à saúde. A ausência desse conhecimento deve ser suprida com programas de educação continuada e capacitação dos profissionais para prevenção de acidentes na CME, tendo em vista que a principal causa de acidentes nessa área, além da organização do trabalho é, ainda, a negligência do próprio indivíduo em usar os equipamentos de proteção individual recomendados. (BARBOSA et al., 2009).

Diante disto, algumas indagações passaram a guiar a elaboração da pesquisa: Qual o conhecimento que os profissionais de enfermagem da CME têm acerca dos riscos ocupacionais e, que medidas preventivas são adotadas no setor?

Nesta perspectiva a pesquisa tem o objetivo de analisar, a partir da ótica dos profissionais de enfermagem da Central de Material Esterilizado, os riscos ocupacionais que estes estão submetidos no setor de trabalho. O estudo torna-se relevante, pois a avaliação dos riscos ocupacionais deve ser uma ação dinâmica, contínua, acompanhando as intensas modificações das condições em que o trabalho na CME é executado.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem exploratória descritiva. Esta pesquisa ocorreu em hospital público de referência do município de Mossoró/RN, particularmente no setor da Central de Material Esterilizado.

O referido município possui quatro hospitais públicos que fornecem atendimento à população das regiões Alto Oeste e Vale do Açu. A unidade pesquisada possui dois anos de funcionamento, sendo referência no atendimento materno-infantil e ambulatório para o pré-natal de alto risco, disponibilizando trinta e seis leitos para ginecologia obstetrícia, dez leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sete leitos de cuidados intermediários do recém-nascido de médio risco e, por fim, nove leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

É um hospital que possui uma elevada demanda de processamento de materiais médico-hospitalares a ser executado na Central de Material Esterilizado. Foi em virtude desta caracterização que o hospital foi escolhido para constituir-se enquanto local da pesquisa.

No que concerne ao setor de CME do hospital pesquisado trabalham vinte profissionais de enfermagem, distribuídos conforme escala de trabalho nos turnos da manhã, tarde e noite. A equipe é composta por 17 (dezessete) técnicos de enfermagem e 03 (três) enfermeiros de nível superior. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os 20 profissionais de enfermagem que trabalham na CME e que concordaram livremente em participar do estudo.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais efetivos e que estivessem trabalhando há mais de três meses no setor. Os critérios de exclusão foram: profissionais de enfermagem que não concordassem em participar voluntariamente da pesquisa, não estivessem em condições físicas ou psíquicas de

participarem da pesquisa, ou ainda aqueles que estivessem de licença, férias ou afastados do trabalho no momento da realização da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado à entrevista semiestruturada, segundo Severino (2007, p.125) esse tipo de entrevista favorece a obtenção de informações de forma mais livre, sem condicionar as respostas a padrões pré-estabelecidos.

Deste modo, as entrevistas semiestruturada permitiu as pesquisadoras colherem informações do sujeito a partir do seu discurso livre. O entrevistador manteve-se a escuta atenta, registrando todas as informações e só interviu discretamente para, eventualmente, estimular o depoente. De preferência, praticou-se um diálogo livre de pré-julgamentos, deixando o informante à vontade para expressar sem constrangimento suas representações.

As questões para a realização das entrevistas foram elaboradas pelos pesquisadores, de modo que abrangeram desde o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os riscos ocupacionais no ambiente da Central de Material Esterilizado, às medidas preventivas utilizadas pelos mesmos durante a execução das suas atividades, os desafios que enfrentam para minimizar os riscos e agravos.

Para a interpretação dos nossos dados foi realizado o método de análise de conteúdo. Com relação a esta Bardin (2006) menciona que “trata-se de se compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das manifestações, sendo esta realizada através da análise de informações”.

Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado por uma palavra, uma frase ou um resumo (BARDIN, 2006).

A análise de conteúdo compõe três fases: pré-análise é a organização do material, onde se faz uma leitura flutuante das entrevistas, assim como também de outros materiais que podem ajudar a entender melhor o estudo. Posteriormente seguimos com a categorização ou recorte de conteúdo, o material passou por uma decomposição para em seguida se recompor, isto é realizado para otimizar as palavras dos entrevistando deixando apenas o que interessa o pesquisador na entrevista, sendo cada recorte separado por categoria. Por fim, a inferência, é a fase final onde se articulou-se as falas que foram separadas nas categorias com o referencial teórico, confrontando-os (BARDIN, 2006).

A pesquisa teve como base de seus aspectos éticos a Resolução nº 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 2012 que trata das

diretrizes e normas de pesquisas que envolvam seres humanos. Desta forma por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (CEP/UNP), respaldado por essa resolução. Nº do parecer de aprovação 907.461.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Do total de 20 pessoas entrevistadas, 18 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino, a idade dos participantes variou de 20 a 59 anos. Quanto ao tempo de experiência na CME da unidade hospitalar pesquisada, percebe-se que há um certo equilíbrio, mesclando desde profissionais menos experientes, exercendo pela primeira vez atividade neste ambiente, alegando ainda estarem em processo de adaptação, como aqueles que possuem uma intensa vivência na área.

Os profissionais trabalham no setor em função da escala de plantão estabelecida pela gerência de enfermagem. Os motivos que levaram essas pessoas a trabalharem na CME foram por diversas causas: desde remanejamento de setor, inadequação as funções de outros setores, adesão via concurso público, transferência entre instituições hospitalares e aqueles que foram alocados para suprir uma demanda de profissionais na CME (SOUZA, 2010).

Compreensão dos profissionais de enfermagem sobre risco ocupacional na Central de Material Esterilizado

No que concerne ao conhecimento sobre o que venha a ser risco ocupacional na CME pelos profissionais de enfermagem, 02 entrevistados descreveram que se tratavam de riscos que estão expostos os profissionais em seu exercício laboral, como denotam as falas a baixo:

São aqueles riscos a que estão expostos trabalhando no seu exercício ocupacional, seja ele risco biológico, risco ergonômico, risco químico e físico (entrevistado 01).

É tudo aquilo que expõe o profissional a acidentes de trabalho e também a invalidez pela questão da ergonomia (entrevistado 02).

Desse modo, Silva (2012, p.810) descreve risco como “elemento ou circunstância existente num dado processo ou ambiente de trabalho que possa causar danos à saúde, seja por meio de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores”.

Pode-se dizer também que os acidentes são agravos frequentes no exercício da enfermagem, sendo que este pode tem como contribuição a diversidade e a simultaneidade de cargas de trabalho, estando presente tanto nos cuidados diretos como nos indiretos, caracterizando a CME (ESPINDOLA, 2012).

Já alguns entrevistados trazem outras concepções acerca do que venha a ser risco ocupacional:

São riscos que temos sobre o material, podendo está contaminado ou não e você não sabe de que paciente veio, então tem que tomar cuidado com o material (entrevistado 03)

Se contaminar com materiais contaminados, perfuro cortantes (entrevistado 04).

Se cortar, se furar (entrevistado 05).

Observamos nestas falas a compreensão dos riscos que estão submetidos, remetendo-se apenas ao manuseio de materiais contaminados, talvez estas tenham esta concepção, por se tratar de um risco de maior intensidade, pelo fato da CME se caracterizar como um local de risco para acidentes com materiais biológicos, pela natureza do trabalho realizado, incluindo a limpeza de materiais, perfuro cortante ou não, potencialmente contaminados (CRUZ et al., 2009).

Já em outra fala, observa-se, que embora não expresse necessariamente um conceito do que venha a ser risco ocupacional, esta traz as consequências dos riscos que os trabalhadores estão submetidos na CME: pressão alta, queimaduras, cortes, calor, traumas neurológicos e como estas circunstâncias podem influencia e ou potencializar a sua condição psíquica.

O maior risco que passei aqui foi o calor, autoclaves quentes sem circulação, sem central de ar condicionado. Colegas ficaram com pressão alta, problemas de coluna, traumas neurológicos, colegas que chegou até ir para a psiquiatria, pois não suportaram o calor. Isso foi durante quase um mês (entrevistado 06).

Assim, observa-se que mesmo alguns entrevistados não expressando o conceito sobre risco ocupacional, aproximaram-se e falaram a respeito do risco, descrevendo em uma das falas, “que querendo ou não a gente corre esse risco, por mais que a gente se previna, acidentes podem ocorrer” (entrevistado 07). Daí a importância da prevenção frente aos riscos, já que estes são dinâmicos, podendo existir em maior e/ou menor intensidade.

Como os Profissionais de enfermagem identificam os riscos ocupacionais presentes na Central de Material Esterilizado

Para os profissionais, há a identificação de quase todos os riscos, sendo o biológico mais evidente para alguns profissionais. As falas a seguir, esclarecem:

Risco de se furar, pois as vezes vem agulhas nas caixas do centro cirúrgico (Entrevistado 01).

Risco de contaminação com material perfuro cortante (Entrevistado 02).

Risco biológico (entrevistado 03).

Nessa perspectiva, observamos que a identificação dos riscos ocupacionais pelos profissionais da central de material esterilizado ainda está relacionada somente ao risco biológico, talvez por serem uns dos riscos que ocorre com maior frequência e por ser mais evidente, justificando-se isto, Cruz et al., (2009, p. 7) nos fala que “anualmente ocorrem cerca de 400 mil exposições ocupacionais por instrumentos perfuro cortantes em trabalhadores de saúde, uma média de mil acidentes percutâneos ao dia”.

Já em outras falas observa-se que além de referir o risco biológico, estes referem risco físico de queimaduras:

Físico, queimaduras e biológico (entrevistado 04).

Se furar com material na lavagem e se queimar na autoclave (entrevistado 05).

Sendo assim, a exposição aos riscos físicos, representada pelas queimaduras na autoclave foi prevalente nestas respostas, apresentando intensidade moderada e/ou elevada, visto que o manuseio com autoclaves pode ser gerador destes.

Segundo estudos, há uma confirmação que a precariedade dos meios e instrumentos da organização do trabalho, contribui para os acidentes de trabalho decorrentes das cargas físicas, como nos remetemos às queimaduras, que tem como causa a inexistência ou falta de EPI's adequados para o manuseio de autoclaves (ESPÍNDOLA, 2012).

Além destes riscos ocupacionais, uma entrevistada referiu o risco ergonômico na fala a seguir:

Ergonomia, porque passa muito tempo em pé lavando material (entrevistado 06).

Gallas; Fontana (2010, p. 503) nos fala que: “para a ergonomia, as condições de trabalho são representadas por um conjunto de fatores interdependentes, que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho.

Desse modo, estudos mostram que a maior parte das instituições não dá uma atenção qualificada aos possíveis agravos que o risco ergonômico pode trazer, deixando o trabalho da enfermagem ainda mais insalubre.

Ainda remetendo-se aos riscos que se pode identificar, sob a ótica dos profissionais alguns relataram:

Todos os riscos (Entrevistado 07)

Todos (Entrevistado 08)

Ao falarmos da identificação de riscos, não podemos deixar de lado a ocorrência de acidentes com os profissionais, sendo que estes, em sua grande maioria nunca sofreram acidentes de trabalho, mas já presenciou colegas que sofreram, como seguem as falas a seguir:

Não. Mas já presenciei colegas que sofreram quedas e se contaminaram com material cirúrgico (entrevistado 09).

Não. Mas conheço colegas que já sofreram (entrevistado 10).

Não, mas já vi colegas (entrevistado 11).

Estes profissionais não deixaram claro em que locais ocorreram os acidentes e, como se procedeu diante do risco, para tanto se torna imprescindível uma boa orientação com relação aos acidentes de trabalhos, pelo fato destes acarretarem diversas consequências ao profissional.

Uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais de enfermagem na CME

Os entrevistados em sua maioria disseram utilizar alguns EPI's que o serviço disponibiliza, podendo ser conferido pelas falas a seguir:

Utilizo máscara, gorro, propé, mas no momento alguns estão em falta (entrevistado 01).

Utilizo sim, máscara, luva de procedimento, gorro, propé, capote, óculos de proteção e protetor auricular (entrevistado 02).

Luvas de borracha, óculos de proteção, touca, propé, capote (entrevistado 03).

Nestas falas pode-se observar que os profissionais que compõem a força de trabalho na central de material, não têm seus setores específicos, pela observância que certos EPI's mencionados acima, devem ser usados somente no expurgo, como a luva de borracha, por exemplo, como confirma Tipple (2007, p. 443) “os EPIs recomendados para o expurgo são: luvas grossas de borracha antiderrapante e de cano longo, avental impermeável, gorro, máscara e óculos, botas impermeáveis e protetor auditivo”. Desse modo, eles não deixaram claros os EPI's que usam de acordo com o setor que atuam, dando ênfase em parte ao setor do expurgo.

Já outra entrevistada mencionou que só usa os EPI's quando tem caso de HIV e Hepatite, como segue na fala abaixo:

Só uso quando sei que é um paciente com HIV ou hepatite (entrevistado 04).

Observou-se que a entrevistada demonstra confiança, que sempre alguém irá avisar-lhe se o material é de paciente com HIV ou hepatite, remetendo-se assim, que a segurança na

realização das tarefas pode tornar-se um ato traiçoeiro, já que o excesso de confiança pode levar a banalização dos riscos existentes, contribuindo assim, para aumentar a exposição do profissional aos riscos, pelo fato dos acidentes serem imprevisíveis e dinâmicos (TALHAFERRO, 2008).

Percebe-se também que os profissionais não usam sempre os mesmos EPI's, alguns dizem usar luva de borracha, já outros, luvas de procedimento, talvez isto ocorra devido as faltas de EPI's neste setor, sendo que se deveria ter luvas especiais para desempenhar suas atividades no setor do expurgo, visto que este é um setor de grande periculosidade.

Na fala a seguir é possível observar que não são suficientes os EPI's e não há disponibilidade de materiais corretos para o desempenho das atividades.

Não são suficientes os EPI's, nós não temos uma roupa adequada para lavar os materiais e acabamos molhando os braços, a gente sempre acaba se molhando por conta dos vazamentos das pias, mesmo a gente estando calçada, por o sapato não ser totalmente fechado ele acaba molhando nossos pes. Mas eu amarro saco plástico. Vez ou outra a manutenção ajeita, mas volta a ter vazamento (entrevistado 05).

Os EPI's que trabalhamos não são suficientes e corretos para o setor do expurgo (entrevistado 06)

Tipple (2007, p. 442), ressalta que “o uso dos EPI's é uma medida imprescindível, tanto à segurança dos trabalhadores quanto à dos pacientes”. Assim, observamos que a insuficiência de EPI's e o uso de EPI's que não são corretos para o desempenho das funções podem ser prejudiciais a saúde do trabalhador, uma vez que é primordial a utilização de EPI's corretos para cada área, pois o bom desempenho das tarefas depende da segurança do funcionário para executa-la.

Ao falarmos da insuficiência de EPI's no setor, nos remetemos a providencia destes, e ao serem interrogados sobre o tempo que levam para serem providenciados, os entrevistados em sua maioria disseram que sempre que faltam, mas logo são providenciados, como denotam as falas a seguir:

Sempre falta equipamentos, mas a gente providencia, não de imediato, mas a gente arranja de outros hospitais e de outros setores (entrevistado 07).

Não, mas quando faltam logo são providenciados (entrevistado 08).

Sempre falta, mas logo é providenciado (entrevistado 09).

Podemos observar a força de vontade em desempenhar as suas atividades, mesmo sem os EPI's corretos, eles tentam de alguma forma providenciar os EPI's essenciais.

Capacitações para o desenvolvimento das atividades na CME

A maior parte dos trabalhadores ao serem questionados sobre a participações em capacitações mencionaram que participavam, como denotam as falas a seguir:

Costumo participar de cursos de capacitação (entrevistado 01).

Participo de capacitação sempre que posso (entrevistado 02).

Sim, participo sempre que pessoas se dispões a dar cursos aqui (entrevistado 03).

As capacitações funcionam como educação permanente em saúde, funcionando como uma proposta para mudanças e aperfeiçoamentos no processo de trabalho e suas relações no setor, oferecendo assim, um correto desempenhar de tarefas nos cuidados indiretos, visto que a força de trabalho em enfermagem no setor da CME é bastante complexa, pelo fato, de acumular características técnico-assistenciais, atividades privativas do setor, manuseio de novas tecnologias, dentre outros (OURIQUES; MACHADO, 2013).

Assim, a comunicação e a colaboração tornam-se fundamentais, para o desenvolvimento de práticas seguras, com foco na minimização de riscos ocupacionais. Para tanto, além das capacitações, outros instrumentos auxiliam na maior destreza e segurança no desenvolvimento de suas tarefas, como a existência de um mapa de risco no setor, sendo este inexistente nesta CME, como confirmam as falas dos profissionais ao serem interrogados sobre a existência de mapa de risco:

Não tem mapa de risco (entrevistado 04).

Não tem (entrevistado 05).

Não (entrevistado 06)

O mapa de risco funciona, segundo como Hokerberg et al., (2006, p. 505) como “uma metodologia descritiva e qualitativa de investigação territorial de riscos”. Desse modo, é uma ferramenta fundamental para os profissionais conhecerem os riscos presentes no território de atuação.

Somente uma entrevistada disse que tinha mapa de risco, pois associou a algumas cores (verde e vermelho) utilizadas no mapa de risco, porém ao nos mostrar, detectamos que este tratava-se de um manual de manuseio da autoclave, na fala a baixo é possível observar:

Tem mapa de risco, tá aqui ó, deixa eu pegar para vocês verem (entrevistado 07).

Nesta fala podemos observar o desconhecimento do se trata mapa de risco, uma vez que se deveria haver uma socialização do que venha ser um mapa de risco e a necessidade de implantação deste no setor.

Para a construção deste faz-se necessário à participação do trabalhador na elaboração do mesmo, pois se torna ineficaz a colocação de um mapa de risco padronizado, sem ao menos haver uma análise se há todos aqueles riscos que o mapa diz ter nos locais definidos (SILVA, 2012). Além disto, este deve ser afixado em locais visíveis e, é importante trabalhar junto ao profissional a compreensão do mapa de risco.

Desse modo a existência do mapa de risco contribui para uma reflexão do processo de trabalho, constituindo assim, um referencial prescrito não apenas para ser comprimido como planejado, mas para causar mudança sobre os riscos e servir como mudança para novos conhecimentos (HOKERBERG, 2006).

Por fim, podemos apontar o papel do enfermeiro com gerente da CME, sendo que este deve observar a necessidade dos seus técnicos, visando o repasse de conhecimentos para estes, pois não basta somente realizar as tarefas, deve-se explicar que a realização de determinadas tarefas, podem vir a causar adoecimentos se não realizadas da forma correta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo-se que o trabalho de enfermagem no setor hospitalar é de alta complexidade, o presente trabalho, teve por objetivo o reconhecimento dos riscos ocupacionais aos quais se encontram expostos esses trabalhadores no âmbito da CME.

Dentre os acidentes de trabalho levantados, os mais citados pelos entrevistados foram as lesões com perfuro cortantes e as queimaduras por autoclave. Dessa forma, observa-se a importância de novas pesquisas, para proporcionar o aprimoramento e a funcionalidade na gestão de riscos ocupacionais na CME. Ressalta-se a necessidade da realização de estudos sobre o conhecimento dos profissionais acerca da utilização dos EPIs, visto que os trabalhadores os utilizam de forma parcial ou inapropriada.

Ao perceber os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem na execução de suas atribuições, constata-se a necessidade de reiterar a questão educativa como desenvolvimento pessoal e profissional, visando a melhoria da qualidade da prática profissional. Há a necessidade de criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os profissionais possam desenvolver suas atividades com segurança, compreendendo a gravidade dos riscos a que estão submetidos. É a partir dessas considerações que o mapa de risco se institui como ferramenta fundamental em ambiente hospitalar, dando enfoque na prevenção quanto aos riscos existentes nos locais de trabalho aos quais os trabalhadores poderão estar expostos.

Desse modo, valorizar a qualidade de vida dos profissionais de saúde, bem como fortalecer os vínculos destes com a educação permanente e continuada, é imperativo na garantia da saúde dos envolvidos.

REFERENCIAS

AQUINO, JM, BARROS, LPB, BRITO, SA, FERREIRA, EB, MEDEIROS, SEG, SANTOS, ER. **Centro de material e esterilização: acidentes de trabalho e riscos ocupacionais**. Rev. SOBECC, 2014; 19(3): 148-154.

BARBOSA, DC, MIRANDA, MC, SANTOS, LPC, SOUSA, AMM, CRUZ, DJL. **Riscos de acidentes laborais no ambiente da central de material e esterilização: revisão de literatura**. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01909.pdf.

BARDIN, L. (2006). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

CRUZ, EDA, RONCONI, RB, SARQUIS, LM, CANINI, SRMS, GIR, E. **Comportamento Preventivo do Risco Ocupacional Biológico em Centro de Material e Esterilização.** *Rev. Cient., Ciênc. Biol. Saúde.* 2009;11(4):5-8.

ESPINDOLA, MCG; FONTANA, RT. **Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização.** *Rev Gaúcha Enferm.,* 2012; 33(1):116-23.

FIUZA, Carolina Carvalho. **Avaliação do nível de conhecimento dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Municipal de Paracatu – MG acerca dos riscos ocupacionais.** Paracatu - Minas Gerais: Faculdade TECSOMA - FATEC, 2010.60f.

GALLAS SR, FONTANA, RT. **Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador.** *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(5):786-92.

MONTEIRO, Claudia Maria et. al. **Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 2009; 17(1): 101-107.

SILVA, CDL; PINTO, WM. **Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem.** *Rev. Saúde Coletiva em Debate;* 2012, 2(1), 62-29.

SEVERINO, AJ. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, Paulo Cesar de. **Análise das condições de trabalho na Central de Materiais Esterilizados do hospital municipal de Barra do Bugres – MT.** São Carlos, SP, Brasil, 2010.

TALHAFERRO, B; et al. **Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem.** *Rev. Ciênc. Méd.,* 2008, 17(3-6):157-166.

TIPPLE, AFV; SOUSA, ACS; ALMEIDA, ANG; SOUSA, SB; SIQUEIRA KM. **Acidente com material biológico entre trabalhadores da área de expurgo em centros de material e esterilização.** *Rev. Acta Sci Health Sci.* 2007; 26(2):271-8.

OURIQUES, CM; MACHADO, ME. **Enfermagem no processo de esterilização de materiais.** *Rev. Texto contexto - enferm.* 2013;.22(3): 695-703.

QUALIDADE DE VIDA X QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Adriana Alves de Lima¹²¹

Alcione Vieira¹²²

Jane Caroline Oliveira¹²³

Milena Gabriela Miranda¹²⁴

Philomena Barroso¹²⁵

RESUMO

A finalidade deste artigo é definir qualidade de vida em si e qualidade de vida no trabalho. Foi utilizado o método de pesquisa, com levantamento bibliográfico, extraído da internet através de artigos científicos, no que nos possibilitou concentrar as pesquisas para obter conclusões a partir do tema de nosso interesse. Ao identificarmos os estudos que fariam parte desta pesquisa, a qualidade de vida das pessoas e principalmente dos trabalhadores, em seu ambiente de trabalho levando em consideração o seu bem-estar e a participação nas decisões e problemas envolvidos com o trabalho. Tivemos como objetivo conhecer os benefícios que uma boa QV pode proporcionar de positivo na vida das pessoas e os principais fatores que interferem na motivação dos funcionários no ambiente de trabalho e alteram a QV. A introdução da Gestão de Qualidade de Vida em uma empresa é uma ferramenta necessária para identificar a importância dos funcionários para uma organização. Os programas de QVT têm como finalidade proporcionar ambientes de trabalhos mais agradáveis, condições melhores nos aspectos: saúde, físico, emocional, social; além de tornar equipes mais comunicativas, integração dos setores com seus superiores, entre outras vantagens favoráveis a satisfação de todos aqueles inseridos na organização.

PALAVRAS- CHAVES: Qualidade de Vida e suas expectativas, Qualidade de vida no trabalho.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje a sociedade encontra-se em mudanças constantes principalmente na questão qualidade de vida. A preocupação com o bem estar passa a ser um ativo de importância para as pessoas não só em suas vidas particulares, mas também profissionais. A escolha da

¹²¹ Discente do 4º período curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

¹²² Discente do 4º período curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

¹²³ Discente do 4º período curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

¹²⁴ Discente do 4º período curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

¹²⁵ Orientadora, docente da disciplina de Administração Aplicada a Enfermagem da Faculdade Nova Esperança Mossoró

profissão, cultura, valores, infraestrutura familiar, relações interpessoais são fatores essenciais para a Qualidade de Vida no Trabalho. O conceito Qualidade de Vida inclui tanto o aspecto físico e ambiental, como os aspectos psicológicos do ambiente de trabalho.

A qualidade de vida implica em criar, manter e melhorar o ambiente de trabalho seja em suas condições físicas, psicológicas e sociais. Isso resulta em um ambiente de trabalho agradável, amigável e melhora substancialmente a qualidade de vida das pessoas na organização.(Chiavenato ,2008).

Com o mercado em ampla concorrência, as empresas passam a se preocupar mais com o lucro e colocações diante de seus concorrentes, exigindo dos funcionários mais horas trabalhadas e altos índices de resultados em prazos cada vez mais curtos. Existem empresas que não se preocupam com a saúde física e mental de seus funcionários e não promovem Qualidade de Vida. A solução básica para essa questão, é desenvolver e oferecer um ambiente de trabalho bom, não só para a saúde econômica da empresa, mas também para a saúde das pessoas que ali trabalham e fazem parte daquele contexto diário.

CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Conceituamos que a Qualidade de Vida é a junção de diversos fatores que ocasionam equilíbrio e bem estar ao ser humano. Nos aspectos, emocional, físico e mental. Além da integração social com familiares e amigos. “Qualidade de Vida no Trabalho pode ser vista como uma estratégia, cujo intuito é aliar os interesses individuais ao da organização para atingir um bem comum.”(Fernandes,1996).

Segundo a OMS, Qualidade de Vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Mediante a esse conceito podemos dizer que a Qualidade de Vida pode variar de acordo com a cultura da pessoa, e que irá variar para cada um, dependendo de seus objetivos e suas expectativas.

Com isso observamos, que não existe um padrão de qualidade de vida que possa ser suficiente a todos, pois cada indivíduo tem uma necessidade diferente, assim como sua cultura. O que se precisa é ter uma boa gestão de qualidade de vida dentro da empresa para minimizar ao máximo as necessidades do grupo, tornando o ambiente de trabalho mais produtivo e sucessivamente trazendo vantagem competitiva a empresa.

ORIGEM DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

O movimento QVT surgiu em meados da década de 50, na Inglaterra, através de um psicólogo chamado Eric Trist, que na época se destacava na área de Desenvolvimento Organizacional. Juntamente com seus colaboradores realizou estudos que compreendessem a relação existente entre trabalhador e organização. Um dos aspectos fundamentais de sua pesquisa foram os fatores que levavam o indivíduo a realizar suas atividades, satisfatoriamente, dentro da empresa. Na década de 60, o movimento QVT passou ter mais força, já que os trabalhadores estavam mais interessados no seu próprio bem estar e as empresas buscavam formas de diminuir os efeitos negativos quanto à saúde física e mental de seus funcionários. Mas, apenas no início da década de 70, o tema “Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)” tornou-se discussão nos centros de estudos dos Estados Unidos da América, através do professor Louis Davis (UCLA, Los Angeles), enquanto desenvolvia sua pesquisa sobre o delineamento de cargos. Logo, o movimento tornou-se conhecido mundialmente e a preocupação com a saúde e bem estar do trabalhador se intensificou. (Larissa e Lídia, 2015)

A meta principal do programa de QVT é melhorar a satisfação do trabalhador dando o devido valor a seu colaborador, incentivando-o no seu trabalho. A QVT envolve toda a empresa e, principalmente, a qualidade de vida, pois o que mais se deseja na vida é a felicidade, constituindo-se em uma busca antiga do homem. Porém, para ser feliz, é necessário ter saúde, satisfação consigo próprio e com seu trabalho, e tudo isso compreende a qualidade de vida. (RODRIGUES, 1999)

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A qualidade de vida no trabalho (QVT) é um assunto que vem ganhado destaque cada vez mais no mundo dos negócios. Trata-se de um programa que visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador durante o desenvolvimento de suas atividades no ambiente de trabalho. Tendo como aspecto principal, o fato de que a motivação das pessoas no trabalho está inteiramente ligada a sua satisfação com a empresa. A QVT parte do princípio de que o comprometimento e a motivação do trabalhador ocorre de maneira mais natural em ambientes em que eles tenham a liberdade de inter-relacionarem-se com as decisões da empresa e participarem de atividades propostas que transmitam prazer e satisfação.

A QVT hoje pode ser definida como uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organizações, onde se destacam dois aspectos importantes: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e a participação dos trabalhadores nas

decisões e problemas do trabalho. Muito se tem falado sobre a qualidade de vida no trabalho. Mas a satisfação no trabalho não pode estar isolada da vida do indivíduo como um todo. Segundo Rodrigues (1994, p.93), “Os empregados que possuem uma vida familiar insatisfatória tem o trabalho como o único ou maior meio para obter a satisfação de muitas de suas necessidades, principalmente, as sociais”. Assim, o trabalho assume dimensões enormes na vida do homem.

A MOTIVAÇÃO DO EMPREGADO

Criar um ambiente onde as pessoas possam se sentir bem com a gerência, com elas mesmas e entre seus colegas de trabalho, e estar confiantes na satisfação das próprias necessidades, ao mesmo tempo em que colaboram com o grupo. As pessoas podem ser motivadas para o bem ou para o mal, fazendo aparecer o melhor ou o pior do que elas têm. Se as pessoas não estão motivadas a fazer alguma coisa ou alcançar uma meta, pode-se convencê-las a fazer algo que elas preferiram não fazer, mas a menos que estejam prontos a assumir as atitudes e os valores do motivador, os comportamentos não será permanente. Alguns fatores motivacionais segundo(WATSON,1973) são:

- 1 - **Compensação justa e adequada:** mensura a adequação entre a remuneração do colaborador com suas atividades laborais; avalia e compara, também, a remuneração entre os vários cargos e funções dentro da empresa; compara a remuneração do funcionário com outros profissionais no mercado de trabalho.
- 2 - **Condições de trabalho:** avalia a jornada laboral e o ambiente de trabalho, com vista a determinar que não sejam perigosos ou que tragam malefícios à saúde do colaborador
- 3 - **Uso e desenvolvimento de capacidades:** refere-se à possibilidade do funcionário fazer uso, na prática, de todo seu conhecimento e destreza.
- 4 - **Oportunidade de crescimento e segurança:** verifica se a organização oferece oportunidade e possibilidade para crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.
- 5 - **Integração social na organização:** refere se à presença de respeito, ambiente harmônico, apoio mútuo e ausência de preconceitos e diferenças hierárquicas na instituição.
- 6 - **Constitucionalismo:** verifica se a instituição possui normas e regras e se a mesma segue a legislação trabalhista.
- 7 - **O trabalho e espaço total de vida:** verifica se há equilíbrio entre a vida laboral e a vida pessoal.

8 - Relevância social da vida no trabalho: objetiva verificar o desempenho da empresa na sociedade e responsabilidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que a qualidade de vida é avaliado de forma integral, pois o que pode ser qualidade de vida para um pode não ser para o outro. Embora seja explícito que para se ter uma boa qualidade de vida a pessoa deve viver em um ambiente limpo, ter uma alimentação saudável, sono preservado, praticar exercícios físicos como também a questão social, econômica e religiosa, tudo isso pode contribuir ou não para um indivíduo ter uma qualidade de vida, seja no seu lar como no ambiente de trabalho, onde muitos passam a maior parte do tempo convivendo com diferentes tipos de pessoas. Visto que muitas vezes o lugar que poderia proporcionar um bem-estar ao trabalhador pode afetar o seu psicológico.

REFERENCIAS

Qualidade de vida no trabalho e fatores motivacionais dos colaboradores nas organizações, Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/gestao_foco/artigos/ano2013/setembro/qualidade_e_motivacao.pdf> Acesso em: 05 de maio de 2016.

Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional, Disponível em: <http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf> Acesso em: 05 de maio de 2016.

O que é qualidade de vida? podemos medi-la. Disponível em: <<http://www.ricardomassola.com.br/o-que-e-qualidade-de-vida-podemos-medi-la>>, Acesso em: 05 de maio 2016

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
RELAÇÃO A ESTRESSE E SOBRECARGA: FATORES QUE PODEM INTERFERIR
NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

IASKARA SAMARA BENTO DA SILVA¹

ANA LUCIA MENEZES BEZERRA²

CAMILLA XAVIER CUNHA²

MARIA GIOCLEIDE CUNHA²

SANIA LUCIA FEITOSA LOBO²

PHILOMENA SIMONETT³

RESUMO

INTRODUÇÃO: O conceito de qualidade de vida vem sendo utilizado constantemente nos campos da saúde e do trabalho com o objetivo de identificar indicadores que possam ser modificados através da implementação das políticas de saúde ou das estratégias de gestão empresarial. Muitos são os fatores que afetam a qualidade de vida do homem moderno, entre eles o meio ambiente físico, o seu psíquico e as relações sociais, podendo ser mais bem identificados, como: as condições ambientais, a família, a saúde, a cultura, o lazer, a educação, as políticas governamentais, o próprio indivíduo e o trabalho. **OBJETIVO:** Identificar os fatores que influenciam a assistência de enfermagem, tais como: estresse e grandes jornadas de trabalho. **METODOLOGIA:** O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica de Revisão de Literatura sobre Qualidade de Vida no Trabalho. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Respectiva à enfermagem, o estresse está presente no seu cotidiano desde tempos remotos. Uma das características marcantes da profissão foi a divisão social do trabalho. Desta forma, há uma cisão entre os momentos de concepção e execução do cuidado. O ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos como à excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento duradouro, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por causa da sobrecarga dos profissionais de enfermagem o estresse faz com que muitos eles tenha uma qualidade de vida precária de alto índice de estresse e de transtornos psicológicos e muitas vezes também afetando uma boa assistência ao pacientes.

DESCRITORES: Enfermagem; Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida vem sendo utilizado constantemente nos campos da saúde e do trabalho com o objetivo de identificar indicadores que possam ser modificados através da implementação das políticas de saúde ou das estratégias de gestão empresarial. Muitos são os fatores que afetam a qualidade de vida do homem moderno, entre eles o meio ambiente físico, o seu psíquico e as relações sociais, podendo ser mais bem identificados, como: as condições ambientais, a família, a saúde, a cultura, o lazer, a educação, as políticas governamentais, o próprio indivíduo e o trabalho (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015).

Nesse sentido, o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No entanto, não há um consenso quanto à definição da qualidade de vida no trabalho, mas podemos entendê-la como um programa que visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização, tendo como idéia básica o fato de que as pessoas são mais produtivas quanto mais estiverem satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015).

Ao longo da sua história, a enfermagem tem sofrido modificações na dimensão do seu processo de trabalho, vivenciando uma rotina de trabalho estressante sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas o que tem ocasionado desgaste, cansaço e sobrecarga, principalmente devido muitas vezes este profissional ter uma longa jornada de trabalho. Segundo alguns autores referem, o processo de trabalho é o modo como o ser humano produz e reproduz sua existência. Portanto, o modo como o enfermeiro realiza o seu trabalho cotidiano, depende do seu existir. Nós somos seres que estamos em constante construção, visto que estamos abertos a transformações decorrentes de valores do nosso ambiente interno como também do ambiente externo onde desenvolvemos nossas ações. Desse modo, o agir do enfermeiro, em realidades concretas pode-se apreender as condições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudanças da realidade. Em face das crescentes mudanças no mundo e, particularmente, na profissão, o enfermeiro tem buscado a especialização como forma de abrir espaços para atuar ao mesmo tempo em diversas instituições e empresas (SILVA, et al, 2006).

Qualidade de vida tem sido objeto de pesquisa em vários campos, principalmente nos estudos associados às condições de trabalho. É por meio do trabalho que a pessoa consegue sua identidade pessoal e reconhecimento social, ou seja, o trabalho é entendido como parte integrante e essencial da vida numa sociedade produtiva. Assim o trabalho passou a ocupar

um lugar central na vida do homem e, dependendo da forma como está sendo executado e organizado, podem ser geradores de fatores desgastantes e potencializadores dos processos saúde-doença, levando o trabalhador ao adoecimento e a morte (OLER, et al, 2005).

Não há consenso quanto à definição de qualidade de vida no trabalho e o termo, freqüentemente, é associado à melhoria das condições físicas do trabalhador, programas de lazer, estilo de vida, instalações adequadas, atendimento das reivindicações e ampliação dos benefícios (GUERREIRO, [2007?]).

Entretanto, o atendimento a essas necessidades, envolve custos adicionais, o que pode ser obstáculo à implantação de programas para a qualidade de vida no trabalho, embora tenha impacto positivo no trabalho realizado pelos profissionais (GUERREIRO, [2007?]).

Contudo, este trabalho tem como finalidade mostrar como o estresse e a sobrecarga pode interferir na qualidade de vida no trabalho e conseqüentemente na assistência ao paciente.

2 OBJETIVO

Objetivo Geral:

Identificar os fatores que influenciam a assistência de enfermagem.

Objetivo Específico:

1) Certificasse se o estresse e a grandes jornadas de trabalho interfere na qualidade da assistência ao paciente/cliente e na qualidade de vida do profissional enfermeiro.

2) Propor estratégias passíveis que possa contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente/cliente e na qualidade de vida do profissional enfermeiro.

3 METODOLIGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica de Revisão de Literatura sobre Qualidade de Vida no Trabalho. Segundo SANTOS (2012), “a revisão da literatura, também chamada revisão bibliográfica, estado de arte ou estado de conhecimento, visa a demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores”.

Foram pesquisadas nas principais fontes teóricas de literatura, através de livros, artigos, material da internet (SciELO, Google acadêmico) e fontes secundárias da OMS (Organização Mundial da Saúde).

Utilizando referências no período entre 2006 a 2015. Os principais descritores para pesquisas foram: Enfermagem; Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador.

Essa pesquisa foi realizada no período de 27/abril/2016 a 04/maio/2016. Utilizando num total de 10 referências.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Respectiva à enfermagem, o estresse está presente no seu cotidiano desde tempos remotos. Uma das características marcantes da profissão foi a divisão social do trabalho. Na maioria das vezes, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento do cuidado e da unidade e, os técnicos e auxiliares de enfermagem pelo cuidado direto ao cliente. Desta forma, há uma cisão entre os momentos de concepção e execução do cuidado (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

O ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos como à excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento duradouro, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam suas integridades física e psíquica (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Os trabalhadores de enfermagem apresentaram freqüentemente sintoma de dor, sendo as mais frequentes dores de cabeça por tensão ou dor muscular no pescoço e membros justificando estar relacionado ao desgaste característico aos quais os trabalhadores de enfermagem estão expostos, pois as cargas de trabalho podem ser tanto de materialidade externa como interna, estando à primeira relacionada a cargas físicas e biológicas, químicas e mecânicas. Já a segunda diz respeito às cargas fisiológicas e psíquicas dos trabalhadores de enfermagem. Uma vez que estas cargas estão presentes no ambiente hospitalar, podem desencadear desgastes irreversíveis, que geram desde dor e acidentes até mesmo doenças e mortes prematuras. (OLER, et al, 2005).

É neste encontro de correrias e desencontros que os eventos estressantes permeiam os hospitais e levam os enfermeiros, bem como os demais profissionais, ao esgotamento, gerador de profissionais indiferentes, apáticos e cansados, dominados por estresse e desmotivação, com conseqüentes conflitos e insatisfações. Perante este quadro surgem questionamentos a respeito do hospital como ambiente de trabalho, pois por ser este um ambiente onde são tratados problemas de saúde da população, deveriam existir condições adequadas para o exercício profissional. No entanto, consoante se observa, estas são organizações exigentes, competitivas e burocratizadas, que massacram os trabalhadores, e provocam repercussões na qualidade da assistência, ou seja, no cliente. (SILVA, et al, 2006).

4.1 Fatores que Influenciam na Assistência de Enfermagem

Diante os vários fatores que influenciam a assistência de enfermagem, citaremos a seguir, os quatro mais importantes que afetam os profissionais na qualidade de vida no trabalho, são eles: (SILVA, et al, 2006)

- **Motivação que leva o profissional a ter mais de um emprego:** Tem sua origem no interior do indivíduo. Diversos motivos ou causas são importantes para mover tal comportamento, como a má remuneração aliada a outras condições diárias de trabalho, induzindo o profissional a buscar por outro emprego.
- **Sobrecarga de trabalho:** No Brasil ainda não existem dados segundo os quais se definam os custos que as pessoas estressadas representam para as instituições e tão pouco a parcela da população com alterações da saúde decorrentes do estresse. No entanto, o que tem ocorrido normalmente entre estes profissionais, em virtude da sobrecarga de trabalho, é a falta de tempo para descansar, refletir, organizar, aprender. Isto, para muitos enfermeiros, acaba usando desgaste físico e emocional.
- **Qualidade da assistência:** É uma palavra constante do dia-a-dia e desempenha papel importante em todos os aspectos. É o melhor que se pode fazer padrão mais elevado de desempenho em qualquer campo de atuação. Trabalhar de forma planejada demonstra cientificidade no desenvolver de atividades, gerando assistência de qualidade. O planejamento é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro a organizar, executar e avaliar as ações de enfermagem de forma a alcançar racionalmente os seus objetivos e obter melhor desempenho e maior

produtividade no seu trabalho. Dessa forma, para prestar uma assistência com qualidade, é indispensável atender de modo eficaz as necessidades do cliente, promovendo a participação ativa deste no seu cuidado, de acordo com sua individualidade, e ter uma visão holística do ser humano.

- **Qualidade de vida:** Forma como é feito o planejamento dos profissionais para que tenham uma qualidade de vida melhor, uma vez que o trabalho, muito mais do que uma forma de sobrevivência, deve ser também uma forma de se buscar prazer. Por isso, a realização profissional, o bom desenvolvimento das atividades, estar feliz com o trabalho é de fundamental importância para a motivação do profissional e satisfação do cliente alvo do serviço.

4.2 Integração Social na Instituição

Para os profissionais de enfermagem, a integração social na instituição é um determinante para obtenção de qualidade de vida no trabalho, o que proporcionaria a integração dos profissionais, gerando coesão nas ações, passando então o trabalho a ser desenvolvido de forma integrada.

“É de primordial interesse para o trabalhador a existência de integração social na organização de trabalho; aponta, ainda, sob seu ponto de vista, a ausência de preconceito de cor, raça, sexo, religião, nacionalidade, estilo de vida e aparência física, como fatores que possibilitariam melhor êxito neste quesito. Ressalta que a ausência de estratificação e a mobilidade social ocasionariam um senso de comunidade nas organizações” (RODRIGUES, 1999).

O que ocorre é que, no contexto social e histórico contemporâneo globalizado, o individualismo é cada vez mais acirrado na sociedade e entre os trabalhadores de enfermagem (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

“O trabalho em saúde é de cooperação. Enfatiza que dentro do processo de trabalho o simples contato social entre os membros da equipe pode estimular os profissionais, o que aumenta a capacidade de realização de cada um, ampliando a potencialidade do ambiente de trabalho como produtor de conhecimentos. Neste sentido, havendo cooperação, desenvolve-se o significado coletivo da expressão do trabalho” (VAZ, 1999).

Reconhece-se que o trabalhador é despossuído do seu corpo físico, pela exploração da sua força máxima de trabalho. Existe a contradição fundamental do desejo de trabalhar e a

vontade do empregador. A partir daí, surgem a carga psíquica e as relações interpessoais que podem se tornar conflituosas (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

Apontam, ainda, que quando o rearranjo da organização do trabalho é bloqueado, o sofrimento se inicia a energia pulsional se acumula no aparelho psíquico e ocasiona um sentimento de desprazer e tensão muito forte (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

Destaca-se que essas qualidades nem sempre são bem vistas por parte das pessoas; essa distorção resulta da crença de que quem vale é o esperto, fruto de pensamento arraigado de preconceito que acaba por culminar em baixa qualidade de vida no trabalho (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

4.3 Comunicação Interprofissional

Uma categoria que poderia estar sendo alvo de investimentos na instituição, cujo retorno, seria de grande valia. Assim, poder-se-ia discutir, além das questões da rotina diária de trabalho, os programas e serviços, fomentando uma gestão participativa que redundaria em menos tensão e desprazer entre os membros da equipe de enfermagem (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

O espaço para discussão efetiva de questões relativas ao trabalho é primordial, fomentando-se, assim, a resolução de problemas e proposta democrática da possibilidade de sugestões por parte do trabalhador. Sem dúvida, este fator contribuiria para qualidade de vida no trabalho, tornando a vida laboral menos fatigante e estressante no contexto da enfermagem (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

Assim, a comunicação eficaz possibilita uma reestruturação efetiva dos padrões implementados no processo de trabalho, que redundam em reorganização do trabalho vigente, possibilitando o aprimoramento do mesmo (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

4.4 Condições e Organização do Trabalho

Nesta linha de raciocínio, RODRIGUES (1999) destaca, “como a saúde e a segurança laboral, a necessidade de condições físicas na organização com o intuito de reduzir o risco de acidentes e doenças. Refere ainda à importância do planejamento do trabalho e sua implementação, pois as atividades laborativas têm sido fortemente controladas e fracionadas. Portanto, investir nessas categorias traria retornos incomensuráveis”. Assim, pensar no

trabalho de enfermagem com qualidade de vida, no contexto de inúmeras carências, significa comprometer-se com trabalho digno e decente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por causa da sobrecarga dos profissionais de enfermagem o estresse faz com que muitos eles tenha uma qualidade de vida precária de alto índice de estresse e de transtornos psicológicos e muitas vezes também afetando uma boa assistência ao pacientes. Exige-se, porém, uma força sobre-humana para tal desempenho, o que tem levado este profissional a uma vida estressante, em decorrência da longa jornada de trabalho. Mesmo assim, muitos profissionais ainda conseguem administrar o tempo, planejam-se e buscam desenvolver suas atribuições.

Para se alcançar esta meta, entretanto, é indispensável estarem estes profissionais unidos na luta por seus ideais. Dessa forma, tais estratégias poderão tornar-se realidade para todos os profissionais enfermeiros.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, J. F.; RIBEIRO, J. P.; PAIXÃO, D. X. **Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa**, 2015. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/19158/pdf_64. Acesso em: 04 maio. 2016.
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. **A Relação Entre o Trabalho, a Saúde e as Condições de Vida: Negatividade e Positividade no Trabalho das Profissionais de Enfermagem de um Hospital Escola**. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 14, n.04. p. 517-525, 2006.
- FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. **A Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem**, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a14.pdf. Acesso em: 04 maio. 2016.
- GUERREIRO, I. C. **Qualidade de Vida no Trabalho dos Trabalhadores de Enfermagem – Revisão Sistemática da Literatura**, [2007?]. Disponível em: www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/amiente_cap15.pdf. Acesso em: 04 maio. 2016.
- MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. **Estresse: Fatores de Risco no Trabalho do Enfermeiro Hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 6, p. 661-665, 2006.

OLER, F. G. J. *et al.* **Qualidade de Vida da Equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico**, 2005. Disponível em: http://repositorio-racsfamaerp.br/racs_ol/Vol-12-2/8.pdf. Acesso em: 27 abr. 2016.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. 6ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes; p. 206. 1999.

SANTOS, V. **O Que é e Como Fazer “Revisão da Literatura” na Pesquisa Teológica**. Fides Reformata, v. 17, n. 1, p. 89-104, 2012.

SILVA, B. M. *et al.* **Jornada de Trabalho: Fator que Interfere na Qualidade da Assistência de Enfermagem**, 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a08. Acesso em: 04 maio. 2016.

VAZ, M. R. C. **Trabalho em Saúde – Expressão Viva da Vida Social**. In: Leopardi/MT, organizador. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis/SC: UFSC/Papa-livros; p. 176. 1999.

NÍVEL DE ESTRESSE NO TRABALHO

SILVANA COSTA SILVA

PHILOMENA BARROSO SIMONETTI.

1. INTRODUÇÃO

O estresse é considerado um dos maiores males da atualidade. Com o aumento da competitividade as empresas têm que continuar mudando para se adaptar a novas tendências e não perder espaço no mercado e assim cobram mais de seus funcionários. O tempo gasto no serviço também aumentou. Profissionais em posições mais altas chegam há trabalhar 65 horas por semana. Essas situações em muito contribuem a um aumento do estresse. Trata-se de uma doença e a pessoa afetada tem grandes chances de ficar convalescida e falecer antes do tempo (TEIXEIRA, 2014).

O estresse no trabalho é decorrente da inserção do indivíduo nesse contexto, pois o “trabalho, além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação” (BATISTA, 2006). Sendo assim, o trabalho deve ser algo prazeroso, com os requisitos mínimos para a atuação e para a qualidade de vida dos indivíduos. Ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho o homem, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença (BATISTA, 2006).

O profissional de saúde pública é um exemplo de categoria que parece estar submetida à influência de estressores, pois, além de conviver com inúmeros problemas estruturais, tais como falta de infraestrutura e material básico para o trabalho, forte demanda imposta pelos órgãos competentes etc., precisam constantemente estar atentos a seus papéis e ao papel da instituição pública frente ao usuário, na tentativa de atender aos desafios decorrentes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como: universalização, regionalização, hierarquização dos serviços, dentre outros (BORGES et al., 2002).

Assim, o estudo abordará algumas das situações de estresse, mais comuns vivenciadas pelos profissionais, bem como os aspectos técnicos e relacionais do trabalho destes, por se tratar de um assunto de grande interesse para o profissional.

2. OBJETIVO GERAL

- 1) Identificar quais as principais causas de estresse no ambiente de trabalho.
- 2) Conhecer quais profissionais são mais sujeitos ao estresse no trabalho

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura através de artigos com abordagem quantitativa. Para seleção dos artigos utilizou-se como fonte de pesquisa a Biblioteca Virtual com ênfase em Estresse no Trabalho (ET), buscando artigos, textos, revistas e sites disponíveis para análise no período de 1993 (World Health Organization WHOQOL), e de 2002 a 2014, indexados nas seguintes bases de dados: SciELO e revista Inesuleducação, cujo artigos ou textos abordavam: Estresse e Estresse no Trabalho.

A pesquisa é de natureza quantitativa por coletar os dados encontrados na literatura, e cataloga-los em tabela, a fim de evidenciar os principais tipos de estresse sofridos pelos profissionais.

Foram excluídos artigo ou textos que não se enquadravam com o assunto principal da pesquisa e os escritos em outros idiomas fora do país das pesquisadoras. Como os descritores “Estresse e Estresse no Trabalho” foram encontrados 05 artigos e um texto que contemplavam o objetivo da pesquisa.

Após leitura dos artigos e textos os dados encontrados serão catalogados em tabela com forma de evidenciar os principais fatores de estresse no trabalho, facilitando a compreensão e destacando esses fatores.

4. RESULTADOS E DISCURSÕES

A TABELA I aborda as principais causas de estresse no trabalho. Foram evidenciadas onze causas, onde, o desencontro de informações e problemas com prioridade de tarefas tiveram a maior pontuação (52% e 51%). O desencontro de informações sempre causa conflitos entre os profissionais, podendo leva-los a executar atos não éticos, já a prioridade de tarefas é considerada ato falho quando se trabalha com vida humana.

Durante a leitura dos artigos observamos que um dos maiores motivos atuais dos estresses é a individualidade entre os seres humanos, a falta de força de vontade da equipe

(37%) (Tabela I), se enquadra nessa individualidade por não demonstrar o respeito e o sentimento de ajuda para com o outro.

A satisfação do ser humano estar em executar atividades que lhe causam prazer. Quando o indivíduo é forçado a exercer tarefas que não estão de acordo com seu parâmetro de conhecimento, sofre estresse e executa sua tarefa não adequadamente, definida como distorção de funções (43%).

Na tabela II: enfocamos quais as profissões que mais sofre estresse no desenvolvimento profissional. A escolha correta de uma profissão é definitiva para o crescimento do profissional.

Observamos que o profissional médico se encontra no maior grau de estresse por ter como instrumento de trabalho a vida humana, e saber que sua decisão envolve vidas.

Na sequência a tabela II as apresenta outras profissões que trabalham com risco da vida própria e risco de vida das pessoas assistidas por eles, tais como os pilotos de companhias aéreas, policiais e bombeiros.

Assim como os médicos, os enfermeiros também lidam com vidas e, tem uma sobrecarga de trabalho elevada e são bastante exigidos no desempenho de suas tarefas, levando-as a desenvolver estresse no seu cotidiano.

TABELA I: PRINCIPAIS CAUSAS DO ESTRESSE NO TRABALHO

CAUSAS DO ESTRESSE NO TRABALHO	PORCENTAGEM DOS ESTREVISTADOS
1. Desencontro de informações	52%
2. Problemas com prioridade de tarefas	51%
3. Metas irreais	49%
4. Mudanças de prazos	47%
5. Liderança confusa	44%
6. Atribuição de tarefas pouco claras	44%
7. Distorção de funções	43%
8. Falta de colaboração e coordenação	42%
9. Falta de força de vontade da equipe	37%
10. Pouco envolvimento de patrocinadores	28%
11. Incerteza sobre o próprio papel no projeto	24%

Fonte: <http://exame.abril.com.br/carreira/noticias/as-11-maiores-causas-de-estresse-no-trabalho>

Na segunda tabela podemos observar em ordem decrescente quais profissões são considerados mais e menos estressados.

**TABELA II: PROFISSÕES QUE MAIS SOFRE ESTRESSE NO DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL**

PROFISSÕES MAIS ESTRESSANTES	PROFISSÕES MENOS ESTRESSANTES
1. Médico	1. Médico ultrassonografista
2. Militar alistado	2. Professor universitário (titular)
3. Piloto de companhia aérea	3. Técnico de registros médicos
4. Policial	4. Técnico de laboratório médico
5. Bombeiro	5. Nutricionista
6. Enfermeiro	6. Joalheiro
7. Técnico de Enfermagem	7. Bibliotecário
8. Engenheiro	8. Artista Multimídia
9. Professor	9. Costureiro
10. Gerente Financeiro	10. Hair stylist

Fonte: <http://exame.abril.com.br/carreira/noticias/as-11-maiores-causas-de-estresse-no-trabalho>

5. CONCLUSÃO

A atividade de um profissional por si só, lhe impõe situações de tensão, apreensão, e até medo, de acordo com sua área, levando a uma sobrecarga física e mental, tendo como consequência, prejuízo da qualidade de vida dos mesmos, estressando-os e provocando danos a curto, médio e longos prazos, em função, inclusive, da grande demanda.

Fica clara a importância do bem-estar e a saúde do indivíduo no trabalho, pois é no trabalho que se passa a maior parte do tempo. A qualidade de vida está diretamente relacionada com as necessidades e expectativas humanas e com a respectiva satisfação desta. Corresponde ao bem-estar do indivíduo, no ambiente de trabalho, expresso através de relações saudáveis e harmônicas.

Desta forma, concluímos que as cobranças constantes que ocorrem no ambiente de trabalho, faz com que o profissional apresente o estresse quando seu desempenho profissional passa a ser insuficiente, levando-a a insatisfação com a sua atividade.

6. REFERÊNCIAS

BATISTA, Karla de Melo. BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estresse do enfermeiro em unidade de emergência**. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400010,. Acesso em: 09/05/16

CARVALHO, Liliane. MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. **Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde**. Disponível em:

<<http://www.revispsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>>. Acesso em: 05/05/16

GUEBUR, Lucimeri Schotka. **ESTRESSE OCUPACIONAL**. Disponível em:

<<http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2012/05/ESTRESSE-OCUPACIONAL-E-A-SINDROME-DE-BURNOUT-NA-VIDA-PROFISSIONAL-DAS-MULHERES.pdf>>. Acesso em: 05/05/16

Karla de Melo Batista, Estela Regina Ferraz Bianchi. **ESTRESSE DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf>>. Acesso em: 04/05/16

SEGANTIN, Benedita. MAIA, ELIANA. **ESTRESSE VIVENCIADO PELOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA SAÚDE**. Disponível em:

<https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_5_1247866839.pdf>. Acesso em: 04/05/16

VITAL WORK: QUALIDADE DE VIDA. Disponível em:

<http://www.vitalwork.com.br/index.aspx?secao=noticia/noticia=o_estresse_no_ambiente_de_trabalho_em_1993>. Acesso em: 05/05/16

GT 8 – ATUAÇÃO À SAÚDE EM SAÚDE DA MULHER

ASPECTOS CLÍNICOS DE MIOMA UTERINO¹²⁶LEITE, Amélia Rezende¹²⁷**FIGUEIREDO, Raquel Costa**¹²⁸SILVA, Luanna Kaddigynna Argemiro de Oliveira¹²⁹**RESUMO**

O trabalho tem como objetivo geral analisar informações sobre miomas uterinos, seus sintomas e tratamento, tendo como objetivos específicos compreender os tipos de miomas uterinos; identificar os sinais e sintomas da doença e conhecer os tipos de tratamento. O presente estudo trata de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa e exploratória, referente aos tipos de miomas uterinos no qual, foram utilizados como critérios de inclusão da amostra: estudos realizados por pesquisadores disponíveis nas bases de dados GOOGLE ACADEMICO, SCIELO E BIBLIOTECA SANTANA, no período entre 2007 a 2014. Os MU são tumores pélvicos sólidos benignos mais frequentes em mulheres em idade reprodutiva. Estas neo-formações, habitualmente de natureza benignas, bem circunscritas e não infiltrativas tem origem na camada muscular lisa de miométrio. Os seus constituintes são músculo liso e matriz extracelular (colágeno, proteoglicano e fibronetina). Nenhum gene específico foi identificado como responsável pelo surgimento dos miomas. Os MU caracterizam-se de acordo com a sua localização anatômica: a maioria surge no corpo do útero e a minoria ao nível do colo uterino ou ligamento largo. As localizações dos miomas relativamente à camada muscular do útero determinam a sua classificação em subserosas, intramurais ou submucosa. O diagnóstico é baseado na história clínica, toque vaginal bimanual e na ultrassonografia. O tratamento pode ser com medicamentos e/ou através de cirurgias. Ao termino desta revisão de literatura foi possível observar e determinar a importância de obter conhecimento sobre o mioma uterino. No âmbito da enfermagem espera-se que esse estudo possa contribuir para a prática profissional do enfermeiro junto à saúde da mulher.

DESCRITORES: Mioma Uterino. Tratamento. Saúde Da Mulher

¹²⁶ Artigo apresentado na IV semana científica e de extensão da FACENE/RN.

¹²⁷ Professora Universitária. Graduada em Enfermagem e Especialista em Enfermagem com Ênfase no Campo de Saúde do Trabalhador, no contexto do SUS e Enfermagem e UTI Neo – Pediátrica. (Orientadora).

¹²⁸ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Pós-graduanda em UTI e Cardiologia. Endereço de email: raquelcosta020193@hotmail.com, (84) 988778179 Areia Branca/RN.

¹²⁹ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN endereço de email: kaddigynna@hotmail.com, (84) 996127703 Upanema/RN.

INTRODUÇÃO

Os miomas uterinos (MU), conhecido também como, miomatose, leiomiomas ou fibroides, são neoplasias benignas monoclonais, que surgem no miométrio contendo quantidade variável de tecido conjuntivo fibroso, de crescimento lento que se desenvolvem em diversas localizações do útero. São considerados os tumores mais comuns no sistema reprodutor feminino. Estudos realizados nos Estados Unidos (EUA) têm sugerido que 70 a 80 % das mulheres entre 40 e 50 apresenta MU; entretanto, quase a metade desses tumores não chega a ser diagnosticados, e não necessitam de tratamento, por não apresentarem sinais e sintomas clínicos (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013).

O leiomioma uterino é o mais comum dentre os tumores sólidos pélvicos do trato genital feminino. Acomete entre 20 a 30% das mulheres em idade fértil e mais de 40 % das mulheres acima de 40 anos de idade. Pode ser assintomático ou provocar sangramento, dor, compressão e infertilidade. São tumores estrogênio-dependente e apresentam crescimento durante a gestação, em até 50 % dos casos (MELO et al, 2012).

Segundo Nunes; Retrão; Macedo (2014), os MU apresenta-se em exame de rotina em cerca de 2 a 3% das gestações e em cerca de 10% dos casos podem apresentar complicações ao longo do ciclo gravídico puerperal, tais com abortamento espontâneo, parto pré-termo, rotura prematura de membranas, sangramento anti parto, descolamento prematuro da placenta, apresentação anômala e maiores taxas de parto cesáreo.

Apesar de raramente associados à malignização ou a mortalidade, os MU podem ter impacto significativo na qualidade de vida de mulheres em idade reprodutiva. Dependendo de sua posição anatômica, quantidade e tamanho, esses tumores podem ocasionar sangramento uterino excessivo ou período menstrual prolongado, sensação de pressão pélvica, aumento de volume abdominal, dor em relação sexual e continência urinária. Os MU podem ter ainda impacto desfavorável na função reprodutiva, associando-se a infertilidade e a desfechos gestacionais adversos, como aborto espontâneo, anomalias fetais (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013).

No Brasil, há escassos dados epidemiológicos sobre os MU. Até o momento foi identificado apenas um estudo realizado com população de baixa renda atendida em posto de saúde de São Paulo. Neste estudo, foram encontradas ocorrência de MU em 23 % das mulheres brancas e 42 % das mulheres negras. A ocorrência de histerectomia por MU também

variou entre os grupos, sendo 4 % entre branca e 16 % entre mulheres negras (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013).

Devido à ocorrência destas diversas razões indicam a necessidade de conhecer melhor as características da mulher brasileira. Há um grande impacto negativo dos MU na saúde da mulher, seja pela diminuição da qualidade de vida de número significativo de mulheres jovens, em idade reprodutiva, ou pelo aumento e número de cirurgias mutiladoras; não menos importante. Há diferenças entre os contextos brasileiros e norte americano, principalmente no que diz respeito às relações de cor/raça e suas interfaces com demais característica demográficas e socioeconômicas (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013).

Segundo Boclin; Faerstein, (2013) a escassez de evidências, há um crescente com espaço para reflexões e políticas sociais voltadas para as mulheres em geral e, especificamente para a população negra brasileira.

O trabalho tem como objetivo geral analisar informações sobre miomas uterinos, seus sintomas e tratamento, tendo como objetivos específicos compreender os tipos de miomas uterinos; identificar os sinais e sintomas da doença e conhecer os tipos de tratamento.

MÉTODOS

O presente estudo trata de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa e exploratória, referente aos tipos de miomas uterinos no qual, foram utilizados como critérios de inclusão da amostra: estudos realizados por pesquisadores disponíveis nas bases de dados GOOGLE ACADEMICO, SCIELO E BIBLIOTECA SANTANA, no período entre 2007 a 2014.

DISCUSSÃO

Os MU são tumores pélvicos sólidos benignos mais frequentes em mulheres em idade reprodutiva. Estas neo-formações, habitualmente de natureza benignas, bem circunscritas e não infiltrativas tem origem na camada muscular lisa de miométrio. Os seus constituintes são músculo liso e matriz extracelular (colágeno, proteoglicano e fibronetina). Nenhum gene específico foi identificado como responsável pelo surgimento dos miomas (FARIA; GODINHO; RODRIGUES, 2008).

Segundo Freitas et al, (2011) a maioria das mulheres com miomas sintomáticos está na 3ª e 4ª década da vida, sendo clinicamente aparente em 20% das mulheres em idade

reprodutiva. Os MU ocorrem raramente em adolescentes, são mais comuns em mulheres nulíparas, obesas, de raça negra e com história familiar de miomatose. O fato de os miomas aparecerem durante a fase reprodutiva, aumentarem durante a gestação e regredem após a menopausa, sugere que a sua dependência é através dos hormônios ovarianos. Um estudo realizado avaliando o crescimento de miomas em mulheres brancas e negras demonstrou que a taxa de crescimento em ambas até os 35 é semelhante. No entanto, após esse período, há um declínio significativo do crescimento entre as mulheres brancas, porque justifica os sintomas mais intensos entre as mulheres negras.

Os MU caracterizam-se de acordo com a sua localização anatômica: a maioria surge no corpo do útero e a minoria ao nível do colo uterino ou ligamento largo. As localizações dos miomas relativamente à camada muscular do útero determinam a sua classificação em subserosas, intramurais ou submucosa (FARIA; GODINHO; RODRIGUES, 2008).

Situam-se imediatamente abaixo da serosa e pode estar ligados ao corpo uterino em uma base larga ou estreita. Tende a causar sintomas compressivos e distorção anatômica dos órgãos adjacentes (FREITAS et al, 2011).

Encontra-se predominantemente na espessura do miométrio, podendo distorcer a cavidade uterina ou o contorno exterior do útero. Causando sangramento e dismenorreia (FREITAS et al, 2011).

É localizado abaixo do endométrio também e pode ligar ao restante do útero por uma base larga ou estreita. Produzem frequentes sangramentos irregulares e estão associados à disfunção reprodutiva e aborto espontâneo (FREITAS et al, 2011).

A maioria das mulheres com miomatose é assintomática, mas algumas apresentam sintomas que interfere no seu bem-estar. Os sintomas associados à miomatose são sangramentos anormais que são as queixas mais comuns, podendo levar a anemia, à falta ao trabalho e a constrangimento, aumento da frequência urinária, sensação de peso, desconforto no baixo ventre e Dismenorreia. Os sintomas são relacionados diretamente ao tamanho, ao número e localização dos leiomiomas (FREITAS, et al 2011).

O diagnóstico é baseado na história clínica, toque vaginal bimanual e na ultrassonografia. Ao exame ginecológico rotineiro, palpa-se útero aumentado de volume com consistência firme, superfície lisa, regular ou não. Os exames de imagens são importantes quando existem dúvidas de diagnóstico, para diferenciar de outras massas anixiais e para definir a localização do mioma. A ultrassonografia abdominal pélvica é utilizada nas grandes massas pélvicas, e a transvaginal nos úteros menos (FREITAS et al, 2011).

Mulheres com miomatose assintomática não necessita de tratamento; apenas de acompanhamento e exames ginecológico de rotinas, exceto aquelas com miomas muito volumosos ou que provoca compressão uretral. No tratamento dos miomas sintomático, deve ser considerada a paciente, desejo de gestação e sintomas provocados pelo tamanho e localização dos miomas (FREITAS et al, 2011).

O objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas e tem como vantagens permitir a conservação do útero e evitar os riscos inerentes a cirurgias.

Em função de seu baixo custo e facilidade de administração, são utilizados no tratamento dos distúrbios menstruais disfuncionais, muitas vezes concomitantes à miomatose. Os derivados da 19-norprogesterona apresentam maior efeito antiestrogênico e menor efeito androgênico, trazendo melhora no caso da menometrorragia, tanto quando usados na segunda fase do ciclo, como de forma contínua. Os progestágenos não são utilizados para diminuir o volume dos miomas. Existem evidências, inclusive, de haver aumento no número e tamanho dos miomas com esta medicação (CORLETA et al, 2007).

Este medicamento antagonizam o efeito dos progestágenos nos seus receptores, diminuem o volume dos miomas de forma similar à dos agonistas do GnRH12. Em trabalho recente de Eisinger et al.¹³, o mifepristone, em doses de 5 a 10 mg/dia durante um ano, reduziu em aproximadamente 50% o volume uterino total e, diferentemente de outras drogas, a redução se manteve em 42% após cinco meses da suspensão do tratamento (FREITAS, et al 2011).

São medicações efetivas no tratamento clínico, levando à redução de 35-60% do volume dos miomas em três meses. Normalmente, são utilizados no preparo cirúrgico das pacientes, pois, em função dos efeitos colaterais, como perda de massa óssea, distúrbio do perfil lipídico e sintomas climatéricos, não devem ser usados por mais de seis meses. Caso não seja realizada a cirurgia, a interrupção do tratamento com análogos leva ao reaparecimento da doença; por isto, os análogos do GnRH são utilizados primariamente para temporizar e permitir a recuperação do hematócrito antes da cirurgia. (CORLETA et al, 2007).

Os leiomiomas são principal indicação de histerectomia, perfazendo 30% das indicações em mulheres brancas e 50% das mulheres negras.

Segundo CORLETA et al, (2007) as pacientes que optam pela histerectomia relatam melhora na qualidade de vida e têm índices de satisfação melhores do que em outros tratamentos. Recente revisão da biblioteca Cochrane avaliou as diferentes formas de histerectomia realizadas para tratamento de doença benigna do útero, sendo histerectomia

abdominal (HA), histerectomia vaginal (HV) e histerectomia videolaparoscópica (VLPC) que pode ser realizada totalmente pela via laparoscópica ou ser assistida pela via vaginal. Como resultado, a HV, em comparação à HA, demonstrou ter menor tempo de internação hospitalar, menor tempo para retorno às atividades laborais e menor incidência de infecções. Outra discussão ainda remanescente é da histerectomia total versus subtotal. Esta última, por deixar o colo uterino, é muito mais rápida e têm significativamente menos complicações. Na década de 80, esta técnica ganhou muitos adeptos, após a publicação, que demonstrou menores taxas de dispareunia após a histerectomia subtotal em comparação à total. Em 2002, ensaio clínico randomizado avaliou que as duas técnicas tinham resultados similares quanto a toda a função pélvica. A histerectomia subtotal apresentou melhor recuperação em curto prazo e menos intercorrências febris de curto prazo; entretanto, mais sangramento (devido a endométrio residual). Acreditamos que a prevalência de carcinoma de colo uterino e a baixa cobertura do rastreamento em nosso país devam ser levadas em consideração na tomada de decisão quanto à histerectomia total ou subtotal (CORLETA et al, 2007).

A indicação de miomectomia dependerá do desejo da paciente de manter a fertilidade e o útero. É importante ressaltar que a recorrência de miomas é estimada entre 15-30%, sendo que 10% das mulheres necessitam uma nova intervenção. A miomectomia pode ser laparotômica, por via vaginal, laparoscópica ou histeroscópica, dependendo da localização, do tamanho e do número de miomas a serem retirados (CORLETA et al, 2007).

A embolização da artéria uterina (EAU) tem sido utilizada para tratar uma série de problemas hemorrágicos em ginecologia e obstetrícia, sendo também uma opção conservadora para pacientes com miomas sintomáticos que têm contra-indicação ou não desejam se submeter aos riscos cirúrgicos. A embolização da artéria uterina causa infarto do mioma, reduzindo seu tamanho em 50% e a sintomatologia em 85% dos casos (CORLETA et al, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao termino desta revisão de literatura foi possível observar e determinar a importância de obter conhecimento sobre o mioma uterino. No âmbito da enfermagem espera-se que esse estudo possa contribuir para a prática profissional do enfermeiro junto à saúde da mulher.

Além disso, proporcionar as mulheres mais informações sobre essa doença, onde apesar de ser frequentes na população feminina, ainda é pouco explicado para elas que o mioma apesar de ser tumor benigno a probabilidade de se torna maligno é pequena. Pois

sabemos, que pode assusta as mulheres, é que este tipo de tumor possa desenvolver um câncer.

Ao finalizar este estudo, percebe-se a importância das mulheres fazerem periodicamente seus exames ginecológicos e mais ainda a necessidade da política de saúde da mulher na atenção primária, podendo assim prevenir e ou tratar o mioma uterino.

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCLIN, K.L.S; FAERSTEIN, E. Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde. **Rev Bras Epidemiol.** v. 16, n. 2, p 313-319, 2013.

FARIA, J. GODINHO, C. RODRIGUES, M. Miomas uterinos – revisão da literatura. **Acta Obstet Ginecol Port.** v. 2, n. 3, p. 131-142, 2008.

FREITAS, F et al. **Rotinas em ginecologia.**6.ed.Porto Alegre: artmed, 2011.

NUNES, J.T; RETRÃO, H.S; MACEDO, L.C. Mioma uterino e gravidez: relato de caso desfavorável. **Revista e Medicina e Saúde de Brasília.** v. 6, n. 2, p. 123- 128, 2014.

MELO, M. M. G et al. Mioma uterino CORLETA, H. V et al. Tratamento atual dos miomas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 29, n. 6, p. 334-338, 2007.
mimetizando neoplasia do trato genital com miomectomia anteparto b,em sucedida. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med.** v. 10, n. 2, p. 158-62, 2012.

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR
NA UBS ANTONIO CAMILO**

IZAMARA LUANA DA SILVA SANTOS¹

ANTÔNIA LARISSA DE MACEDO VALE²

DAIANE COSTA SIQUEIRA ROCHA²

MÁRCIA JAQUELINE DE LIMA³

ANA CRISTINA ARRAIS⁴

RESUMO

O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta. Sendo assim, é primordial que a formação profissional proporcione o desenvolvimento de habilidades para a oferta de informação adequada, de modo a atender as necessidades dos clientes, sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, o programa de Planejamento Familiar tem como objetivo ampliar o acesso das mulheres, homens e casais às informações sobre os métodos anticoncepcionais e a técnica de utilização dos mesmos, além de prevenir a gravidez indesejada. Durante o estágio foi percebido a necessidade da implementação do programa planejamento familiar, pois na maioria das vezes as usuárias vão à unidade apenas para receber a medicação, sem passar por nenhuma avaliação médica ou de enfermagem, já que o planejamento familiar constitui um conjunto de ações educativas sobre a sexualidade, e homens e mulheres podem ser beneficiados quanto aos serviços. A primeira estratégia de ação foi realizar a captação das usuárias até a unidade básica, onde foi realizada uma ação no dia 08 de março, dia internacional da mulher. Contamos com a ajuda dos ACS para divulgar a nova programação do planejamento familiar, que acontece de segunda a quinta-feira, no período da tarde, pois é o turno que possui uma menor demanda para a enfermagem, o que facilita a participação da enfermeira no planejamento da mulher. Apesar do planejamento familiar ser voltado tanto para o homem quanto para a mulher, é importante enfatizar que a mulher está mais presente na rotina de atendimento da unidade de saúde, criando e mantendo esse vínculo com a equipe. O projeto teve os seus objetivos atingidos, pois durante o período de estágio, conseguimos atingir nosso público alvo que era as mulheres da UBS Antônio Camilo.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Estratégias. Planejamento Familiar.

1. INTRODUÇÃO

O ECS VIII, que acontece na Unidade Básica de Saúde Antônio Camilo, localizada no bairro Ilha de Santa Luzia, proporciona ao aluno concluinte da graduação de enfermagem colocar as práticas dos programas da atenção básica, aprimorando assim o conhecimento adquirido durante toda a vida acadêmica, ajudando assim o serviço tornar-se cada vez mais eficiente na busca de uma melhor qualidade de vida da população.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde.

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 2013).

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Isso exige uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade, lembrando que, no contexto atual, onde o modelo de família não é mais aquele há um tempo atrás (BRASIL, 2013).

Observa-se, na maioria das vezes, que a abordagem realizada no âmbito da saúde sexual é voltada apenas para a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2013).

Durante o estágio foi percebido a necessidade da implementação do programa planejamento familiar, pois na maioria das vezes as usuárias vão à unidade apenas para receber a medicação, sem passar por nenhuma avaliação médica ou de enfermagem, já que o planejamento familiar constitui um conjunto de ações educativas sobre a sexualidade, e homens e mulheres podem ser beneficiados quanto aos serviços. Também foi percebido que qualquer membro da unidade realizava a entrega da droga sem nenhum tipo de orientação à usuária.

Diante dessa percepção questionou-se a importância da implementação do planejamento familiar como estratégia de saúde da família, pois o planejamento familiar é de grande importância não somente para evitar gravidez indesejada, mas também no combate as doenças sexualmente transmissíveis.

A escolha do projeto surgiu diante da vivência das práticas integradoras do estágio curricular supervisionado VIII, onde foi notado a necessidade da implementação do Planejamento familiar. Sendo assim, esse estudo irá contribuir para ampliar os diversos

conhecimentos na área da saúde sexual e reprodutiva, tornando-se de grande relevância, para que se possa garantir a implementação do mesmo na estratégia de saúde da família, permitindo que os profissionais e estudantes possam ter uma noção mais ampla do tema.

2. OBJETIVOS

A intervenção foi criada para que os seguintes objetivos sejam obtidos, sendo eles: planejar a vinda de um filho; diminuir o risco de aborto; conscientizar as mulheres sobre o uso do contraceptivo; diminuir o risco de câncer; orientar sobre os efeitos que a medicação pode causar; diminuir o risco de microcefalia, devido a uma gravidez não desejada; orientar sobre os riscos do fumo associado ao anticoncepcional; e obter controle da demanda das mulheres usuárias do programa.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta. Segundo a lei, cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção. Sendo assim, é primordial que a formação profissional proporcione o desenvolvimento de habilidades para a oferta de informação adequada, de modo a atender as necessidades dos clientes, sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos (PEIRRE; CLAPIS, 2010).

Segundo BRASIL (2013), a sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada por Freud de libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar às pessoas, ao prazer/ desprazer, aos desejos, às necessidades, à vida. A sexualidade envolve, além do corpo, os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura. Portanto, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

Nesse sentido, o programa de Planejamento Familiar tem como objetivo ampliar o acesso das mulheres, homens e casais às informações sobre os métodos anticoncepcionais e a técnica de utilização dos mesmos, além de prevenir a gravidez indesejada. Este programa também garante a liberdade de opção, a utilização voluntária e responsável de métodos anticoncepcionais por parte do casal, conforme orientações do Ministério da Saúde. O programa

também busca garantir, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e riscos à vida da mulher ou do futuro concepto (BRASIL, 2002).

Desta forma, entende-se que esta é uma estratégia direcionada para adultos e adolescentes (mulheres e homens) e atualmente apresenta-se em formato de programa, devendo ser desenvolvida por profissionais das Unidades Básicas de Saúde, incluindo os integrantes das Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), uma vez que esses profissionais exercem suas atividades tendo como foco a família e baseado no vínculo com a comunidade (FERREIRA, 2009).

4. METODOLOGIA

O primeiro alvo para a explicação do planejamento familiar foram os profissionais que fazem parte da unidade de saúde. Foi realizada uma reunião na qual nós, acadêmicos, explicamos a toda a equipe da unidade, a importância da implementação do programa, também realizamos palestras, orientações e ações educativas. A implementação do projeto de intervenção durou em torno de 1 mês, no período de manhã e tarde na UBS.

A primeira estratégia de ação foi realizar a captação das usuárias até a unidade básica, onde foi realizada uma ação no dia 08 de março, dia internacional da mulher. Na oportunidade foi abordado e explicado sobre a importância do planejamento familiar. Em seguida realizou-se conscientização dos profissionais mostrando a importância do programa, onde iremos utilizar banner, vídeos, slides, mesa redonda, dinâmica, esperamos atingir nossos objetivos.

5. ANALISE DOS RESULTADOS

Apesar do planejamento familiar ser voltado tanto para o homem quanto para a mulher, é importante enfatizar que a mulher está mais presente na rotina de atendimento da unidade de saúde, criando e mantendo esse vínculo com a equipe. Dessa forma, a equipe de acadêmicas de enfermagem pensou numa forma de atrair cada vez mais essa mulher a unidade, onde a mesma encontre na equipe um apoio para garantir cada vez mais qualidade de vida, pois é no planejamento familiar que será discutido sobre sua sexualidade com o profissional médico ou da enfermagem.

O projeto teve os seus objetivos atingidos, pois durante o período de estágio, conseguimos atingir nosso público alvo que era as mulheres da UBS Antônio Camilo. Fomos inserindo aos poucos a intervenção do planejamento familiar, onde por muitas vezes havia muita resistência

das mulheres, mas logo foi aceito pelas mesmas. A implementação foi de acordo com o cronograma de atendimento da unidade de saúde.

As usuárias chegavam à unidade em busca do medicamento no qual era entregue pela assistente social, sem haver nenhuma orientação por parte do enfermeiro a essa paciente, era apenas entregue; e com a implantação do projeto estabeleceu-se um horário para a entrega da medicação, que era no período vespertino. Durante essa entrega era feita uma orientação por parte de nós alunas, orientando sobre a importância do uso correto da medicação, sobre a substituição por um outro medicamento após um ano de uso contínuo, além da importância sobre a atualização do exame Papanicolau.

Contamos com a ajuda dos ACS para divulgar a nova programação do planejamento familiar, que acontece de segunda a quinta-feira, no período da tarde, pois é o turno que possui uma menor demanda para a enfermagem, o que facilita a participação da enfermeira no planejamento familiar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar a prática no campo de estágio é um desafio para os acadêmicos, onde estes são chamados a pôr em prática aquilo que foi aprendido no âmbito da sala de aula. A Atenção Primária, considerada como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, possui programas que devem ser executadas para que a qualidade de vida da população seja garantida. O planejamento familiar, como parte desses programas é de suma importância na saúde de homens e mulheres que buscam essa qualidade de vida.

Assim, ao término do estágio, após a implementação do projeto de intervenção a partir da vivência do programa Planejamento Familiar da ESF, foi percebido uma participação maior das mulheres na unidade. Enfatizando também, a importância do trabalho do enfermeiro como parte integrante e atuante da equipe de saúde na busca da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministérios da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília – DF, 2013.

Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996. Regula Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1996.

FERREIRA, Josmara Carmem de Lima. **Planejamento familiar na unidade básica de saúde de queimadas, horizonte (ce): proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção.** 2009. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família. Fortaleza, 2009.

Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção À Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, 2010.

MODIFICAÇÕES CORPORAIS E SENSORIAIS NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹³⁰

LEITE, Amélia Resende¹³¹

VALE, Micherlânia de Medeiros³

OLIVEIRA, Luana Kaddigynna Argemiro⁴

VALE, Antonia Larissa de Macedo⁵

ROCHA, Daiane Costa Siqueira¹³²

RESUMO

Na perspectiva conceitual da extensão acadêmica ligada a educação e a divulgação do saber torna-se imprescindível tomá-la como prática essencial para se trabalhar a educação em saúde, pois possibilita uma articulação entre a educação e o trabalho no SUS. Nos últimos anos, visualizamos mudanças na perspectiva do cuidado a saúde da mulher, especialmente no tocante ao pré – natal, parto e puerpério, o que ocasionou a queda da mortalidade materno – infantil. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de um encontro entre discentes e gestantes do projeto Mãe Mossoroense sobre as principais modificações corporais e sensoriais que ocorrem durante a gestação. Trata-se de um relato de experiência com 3 gestantes de um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN. Foi desenvolvido por 4 discentes e 1 docente da instituição mencionada. O assunto abordado foi As alterações corporais e sensoriais ocorridas durante a gravidez, pois as mesmas podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo. Foram utilizados recursos didáticos como: Suporte de soro; Balança; Fita métrica; Sonar Doppler portátil; álcool em gel; Tensímetro; Esfigmomanômetro; Cuba; 1 caixa de luvas de procedimento; Maca; 2 lençóis; Mesa; Cadeiras; Notebook; Projetor multimídia em slide e vídeo educativo; Caixa de som e Fichas de identificação. Primeiramente, para iniciar a ação utilizamos uma dinâmica integrativa, em seguida abordamos o assunto modificações corporais e sensoriais na gravidez e ao término realizamos o exame físico e anamnese das gestantes e um lanche saudável. Durante a educação em saúde observamos o olhar atento das gestantes e o interesse na participação da ação, pois várias dúvidas das gestantes foram surgindo no decorrer das explicações, como: as manchas de pele saem depois da gravidez? É por causa dessa “bexiga baixa” que eu faço *xixi* direto? O grupo de gestantes também constituiu- se num espaço de socialização de vivências, sendo uma oportunidade para a gestante expressar seus medos, ansiedades e sentimentos,

¹³⁰ Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão FACENE/RN.

¹³¹ Professora universitária. Graduada em Enfermagem e especialista em Enfermagem do Trabalho com ênfase no campo de Saúde do Trabalhador no contexto do SUS e Enfermagem e UTI Neo-Pediátrica. (Orientadora)

¹³² **Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN. Pós graduanda em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Cardiologia. Endereço de email: micherlaniamedeiros@hotmail.com, (83) 99618-0893, Upanema/RN.**

⁴ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN.

⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN.

⁶ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN.

como também para relacionar-se com outras pessoas que estão experimentando o mesmo processo, bem como para a formação do discente enquanto enfermeiro comprometido com a saúde da mulher gestante.

DESCRITORES: Gravidez; Extensão Universitária; Educação em saúde; Mudanças corporais Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. Ele traz as motivações ou metodologias para as ações tomadas na situação e as considerações/impressões que a vivência trouxe àquele que a viveu. O relato é feito de modo contextualizado, com objetividade e aporte teórico. Em outras palavras, não é uma narração emotiva e subjetiva, nem uma mera divagação pessoal e aleatória (ESCRITA ACADÊMICA, 2016).

Os conceitos sobre universidade baseiam-se principalmente na associação entre ensino, pesquisa e extensão. Essas definições estão embasadas em diretrizes propostas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, que conceitua a universidade como instituição pluridisciplinar, onde o ensino está relacionado ao acesso privilegiado aos campos da cultura universal e das ciências; a pesquisa relacionada a produção do saber e com o desenvolvimento da pós graduação; e a extensão com as atividades de divulgação do saber e da extensão de serviços a comunidade (MEC, 1996).

Na perspectiva conceitual da extensão ligada a educação e a divulgação do saber torna-se imprescindível tomá-la como prática essencial para se trabalhar a educação em saúde, pois possibilita uma articulação entre a educação e o trabalho no SUS, provocando mudanças na produção de processos e de práticas de desenvolvimento nos locais de serviço, nas práticas de formação e de saúde e nos currículos das unidades formadoras, tendo em vista a integralidade e a humanização da atenção à saúde, que são princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

A ciência que estuda a reprodução feminina e investiga a gestação, o parto e o pós-parto nos seus aspectos patológicos e fisiológicos é a Obstetrícia. Vem da palavra latina "*obstetrix*", que é derivada do verbo "*obstare*" (ficar ao lado). Investiga a fisiologia, a patologia e as intercorrências, além de ditar as regras de sua assistência em todas estas circunstâncias (BARBOSA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2008).

A Obstetrícia diz respeito à gravidez, parto e puerpério em condições normais e anormais. A enfermeira obstetra não deve voltar sua atenção somente a sala de parto, e sim, acompanhar a gestante no pré natal, pré parto, parto e puerpério, incentivando quanto aos cuidados necessários nessa nova etapa (SILVA; CUNHA; OKASAKI; 2001).

A mulher é acompanhada através dos programas de saúde desde a infância até a velhice, em meia a estas fases tem o período da reprodução onde a mesma tem a honra de gerar em seu ventre uma vida, também conhecida como gravidez que faz com que ocorra diversas modificações em seu corpo (fenômenos fisiológicos). A mulher vivencia nesta fase as maiores mudanças que um corpo pode sofrer, tanto na forma psicológica quanto física (COSTA et al, 2010).

Nos últimos anos, visualizamos mudanças na perspectiva do cuidado a saúde da mulher, especialmente no tocante ao pré – natal, parto e puerpério. Estas mudanças são altamente pertinentes, pois a partir de medidas instituídas através de pactos e novas políticas, visualizamos que a mortalidade materno – infantil vêm caindo com o passar dos anos. Porém, o que chama atenção é que embora o acesso ao pré- natal seja universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória.

Assim, as ações de educação em saúde pautadas na política nacional de humanização do parto e nascimento, na política nacional de atenção integral a saúde da mulher e adotando a rede cegonha enquanto estratégia são importantes para aumentar o conhecimento das gestantes sobre o processo pelo qual estão passando e ajudá-las no cuidado com o seu bebê e consigo mesma.

Assim, o primeiro encontro do Projeto Mãe Mossoroense: Práticas Educativas de apoio ao pré- natal, parto e puerpério abordou as principais modificações corporais e sensoriais na gestação, pois muitas gestantes cadastradas eram mães de primeira viagem.

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo. É importante que esses sentimentos sejam compartilhados com um profissional de saúde, mais especificamente, com o enfermeiro no momento da assistência pré-natal. Desta forma, cabe ao enfermeiro orientar a clientela específica acerca das mudanças inevitáveis que se desenvolverão durante o período gravídico, a fim de que o mesmo seja encarado da forma mais natural possível, atenuando seus medos e ansiedades (COSTA Et al, 2010)

A partir do aporte teórico, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de um encontro entre discentes e gestantes do projeto Mãe Mossoroense sobre as principais modificações corporais e sensoriais que ocorrem durante a gestação.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo grupo durante uma ação educativa.

De acordo com a Bireme (2015) o relato de experiência é uma fonte de informação dedicada a coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema

A ação desenvolvida faz parte do Projeto de Extensão Mãe Mossoroense, desenvolvido por discentes da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, localizado na Avenida Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, em Mossoró/RN, as 15:00 horas, na última quinta-feira de cada mês do ano, e tem como público-alvo as gestantes provenientes da comunidade local, onde montamos toda a estrutura para realizar a ação.

Para as gestantes participarem deste projeto, alguns critérios foram estabelecidos: prioridade para gestantes carentes; Preferencialmente as gestantes precisam estar no 1º trimestre da gestação; O grupo inicial foi composto por 3 gestantes, do Município de Mossoró/RN e que são cadastradas em Unidades Básicas de Saúde; todas as gestantes foram cadastradas no projeto e participam por livre iniciativa. Ao fim do ciclo de aprendizagem e acompanhamento serão distribuídos enxovais para as gestantes que comparecerem a no mínimo 6 encontros do Projeto Mãe Mossoroense. Em cada encontro é feita uma dinâmica de interação grupal, em seguida a troca de experiências e conhecimentos sobre a temática escolhida, consulta de pré-natal e um lanche.

Neste encontro, para favorecer o processo de ensino-aprendizagem foram utilizados recursos didáticos como: Suporte de soro; Balança; Fita métrica; Sonar Doppler portátil; álcool em gel; Tensiómetro; Esfigmomanômetro; Cuba; 1 caixa de luvas de procedimento; Maca; 2 lençóis; Mesa; Cadeiras; Notebook; Projetor multimídia em slide e vídeo educativo; Caixa de som e Fichas de identificação.

Inicialmente, as gestantes foram acolhidas pelas acadêmicas e realizado uma dinâmica, em seguida um membro do grupo abria o Encontro de Extensão com um diálogo informal, direcionando a ação pedagógica para o tema previamente selecionado em reunião anterior,

utilizando uma linguagem acessível e clara, permitindo que a gestante se aproprie do conhecimento técnico sem descaracterizar o conhecimento popular.

No primeiro dia compareceram 3 gestantes, sendo que uma delas apresenta hipertensão arterial pulmonar e anticorpo anti fosfolípido, sendo considerada uma gestação de risco e é acompanhada por obstetra e hematologista. As demais estão sendo acompanhadas por enfermeiras e obstetras.

O encontro foi organizado pelas Acadêmicas de Enfermagem do 8º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, bem como a professora/coordenadora do projeto, que é Enfermeira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por diante, foi realizado uma educação em saúde, intitulado por “As mudanças corporais no corpo da gestante e o novo arranjo familiar”, contendo os seguintes tópicos: chegada de um novo membro; responsabilidades; postura; deambulação; sistema cardiovascular; sistema urinário; sistema respiratório; sistema digestório; sistema tegumentar e a famosa linha negra; estrias e por fim as modificações dos órgãos femininos e sistema nervoso e sensorial.

Durante a educação em saúde observamos o olhar atento das gestantes e o interesse na participação da ação, pois várias dúvidas das gestantes foram surgindo no decorrer das explicações, como: as manchas de pele saem depois da gravidez? É por causa dessa “bexiga baixa” que eu faço *xixi* direto?

Após a apresentação, foi passado um vídeo auto reflexivo para que elas percebam a importância de gerar uma vida, o que gerou um momento de emoção muito forte, pois uma das gestantes consideradas de risco ainda estava muito insegura devido ao seu problema de saúde e relatou um pouco sobre a sua trajetória de vida.

Ao final da educação em saúde, foi feito as medidas antropométricas (peso, altura), sinais vitais (Frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura) bem como a ausculta cardiófetal, altura uterina, orientações em relação à higiene; alimentação; vacina; cuidados em domicílio e com o *Aedes Egypti*; anamnese, exame físico, realizado registros de enfermagem e observação da caderneta de saúde da gestante. Não pudemos auscultar os batimentos cardiófetais, pois elas ainda estavam nas primeiras semanas de gestação.

Para finalizar, foi dado sugestões para o próximo encontro e houve um momento de socialização com um lanche saudável com frutas, sanduíche natural e sucos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível elucidar a importância das atividades com as gestantes, descrevendo a prática, associado ao desenvolvimento educacional teórico/prático e à evolução profissional e humana.

Este encontro foi de fundamental importância para o aprimoramento da formação das discentes, de modo que a participação neste tipo de atividade deva ser cada vez mais incentivada, visando desenvolver as habilidades acadêmicas.

Percebeu-se também que as gestantes ficaram a vontade para esclarecerem as principais dúvidas sobre as modificações corporais e sensoriais na gravidez, o que nos faz refletir sobre a importância do compartilhamento de informações durante as consultas de pré-natal. Faz-se assim, necessário sensibilizar os profissionais de enfermagem que realizam as consultas de pré-natal sobre a importância de esclarecer e orientar as gestantes sobre as alterações gravídicas, a fim de que estas sejam vivenciadas da forma mais tênue possível, objetivando a diminuição dos níveis de ansiedade e temor que geralmente ocorrem nesses momentos.

O grupo de gestantes também constituiu-se num espaço de socialização de vivências, sendo uma oportunidade para a gestante expressar seus medos, ansiedades e sentimentos, como também para relacionar-se com outras pessoas que estão experienciando o mesmo processo, o que possibilita um melhor enfrentamento das mudanças e situações que envolvem a gestação.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Priscila Gonçalves; CARVALHO, Geraldo Mota; OLIVEIRA, Laércio Ruela. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2008. Acesso em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/07_Enfermagem_baixa.pdf>. Acesso em: 18 abril 2016.

BIREME. BIREME define metodologia para “relato de experiências”. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&Itemid=73&lang=pt>. Acesso em: 24 Abr. 2016.

COSTA, Edina Silva et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.

ESCRITA ACADÊMICA. Copyright, 2016. Disponível em: <
<http://www.escritaacademica.com/topicos/generos-academicos/o-relato-de-experiencia/>>.
Acesso em: 30 abr 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Educação em Saúde Diretrizes. **Funasa**. Brasília: DF, 2007.

QUEIROZ, Marcel Robledo. **O que é Obstetrícia?** Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo, 2014.

SCHEIDEMANTEL, Sheila Elisa; KLEIN, Ralf; TEIXEIRA, Lúcia Inês. A Importância da Extensão Universitária: o Projeto Construir. In: Área Temática de Direitos Humanos, Belo Horizonte, 2004. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte**. Belo Horizonte: 2004

SILVA, Andréa Soares; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; OKASAKI, Egle de Lourdes Jardim. Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. **Rev Enferm UNISA**, 2001.

SILVA, Ezequiel Theodoro. **O ato de ler: fundamentos psicológicos para uma nova pedagogia da leitura**. São Paulo: Autores Associados, 1996.

DOENÇA HIPERTENSÃO ESPECIFICA DA GESTAÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA¹³³

LEITE, Amélia Rezende¹³⁴

SILVA, Luanna Kaddigynna Argemiro de Oliveira¹³⁵

FIGUEIREDO, Raquel Costa.¹³⁶

RESUMO

Este estudo tem como objetivos identificar as formas clínicas, analisar os fatores de riscos encontrados na doença, possíveis complicações da DHEG, detectar o diagnóstico e conhecer o método de tratamento. O estudo consiste em uma revisão de literatura bibliográfica, a fim de expor informações sobre a DHEG. O local de pesquisa foi realizado na biblioteca Sant'Ana da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE-RN, através de livros, artigos de revistas científica e em sites como o Google acadêmico, Scielo e BVS. A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a março de 2015, que obedeceram aos critérios de avaliação com ano de publicação, desde 2001 até 2012. A DHEG é uma doença muito predominante, que acomete, mas as mulheres primigestas e multíparas nas 20 semanas de gestação, no parto e no puerpério. Seu diagnóstico é clínico e laboratorial, vários fatores como genética, imunológicos e ambientais que determinam o seu desenvolvimento. A mesma se classifica em pré-eclâmpsia leve, grave e eclampsia, cada uma com determinados sintomas característicos tais como edema, P.A elevada, proteinúria e convulsões. Se não diagnosticadas e tratadas no tempo certo, iram progredir para varias complicações que afeta o sistema orgânico, dentre elas uma muito difícil de ser diagnosticada que é a síndrome de HELLP, podendo acarretar hemorragia dentre outras, cerebral, hepática e no parto. O tratamento definitivo é a indução do parto quando possível ou ainda a base de terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo. Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica para esta patologia. Sobretudo porque a pré-eclâmpsia e eclampsia se constituem a primeira causa de mortalidade materna atualmente.

DESCRITORES: Doença hipertensiva específica da gestação. Complicações. Tratamento.

¹³³ Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão da FACENE/RN

¹³⁴ Professora Universitária. Graduada em Enfermagem e Especialista em Enfermagem com Ênfase no Campo de Saúde do Trabalhador, no contexto do SUS e Enfermagem e UTI Neo – Pediátrica. (Orientadora).

¹³⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN endereço de email: kaddigynna@hotmail.com, (84) 996127703 Upanema/RN.

¹³⁶ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Pós-graduanda em UTI e Cardiologia. Endereço de email: raquelcosta020193@hotmail.com, (84) 988778179 Areia Branca/RN.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, podem sofrer algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2012).

Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde (BRASIL, 2012).

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum na gestação. O diagnóstico da DHEG se faz por volta da 24^a (vigésima quarta) semana de gestação. Esta patologia caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados de tríade da DHEG. Com isso, pode-se classificar a DHEG em duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcado pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação) e eclâmpsia, que é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (ANGONESI E POLATO, 2007).

Na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede na gravidez daquela que é condição específica da mesma. Na primeira a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno a gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados. O impacto dessas duas condições, sobre mãe e feto, é bem diferente, assim como seu controle (ANGONESI E POLATO, 2007).

A DHEG com suas complicações é a mais frequente ocorrida na gestação. Onde constitui no Brasil a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instalam nas formas mais graves como a eclâmpsia e a síndrome de HELLP. A mesma representa a entidade clínica mais obituária no perinatal, acarretando ainda, substancialmente o número de neonatos vitimados, porém, quando sobrevivem aos danos da hipóxia perinatal (BENZECRY, 2001).

Este estudo tem como objetivos identificar as formas clínicas, analisar os fatores de riscos encontrados na doença, possíveis complicações da DHEG, detectar o diagnóstico e conhecer o método de tratamento.

METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão de literatura bibliográfica, a fim de expor informações sobre a DHEG. O local de pesquisa: biblioteca Sant'Ana da Faculdade de Enfermagem de Mossoró-FACENE-RN, através de livros, artigos de revistas científica e em sites como o Google acadêmico, Scielo e BVS, que trás as possíveis complicações, fatores de risco para o desenvolvimento da DHEG, identificar as formas clínicas e o método de tratamento da doença.

A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a março de 2015, que obedeceram aos critérios de avaliação com ano de publicação, desde 2001 até 2012 e, relatar as suas complicações, fatores de risco, identificar as formas clínicas e o método de tratamento da doença para desenvolver a revisão. Os dados foram coletados por meio de uma análise dos livros e artigos de escolha, e organizados no Microsoft Word na versão 2013.

Inicialmente, foi uma leitura profunda dos artigos e de outros materiais bibliográficos, depois da leitura foi construída a análise do conteúdo.

DISCUSSÃO

Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional) permanece desconhecida. Acredita-se haver combinação de fatores de genético, imunológicos e ambientais que determinam defeito na invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas. Este defeito causa redução na pressão de perfusão uteroplacentária, com consequente isquemia/hipóxia da placenta no decorrer da gestação (PERAÇOLI, PARPINELLI, 2005).

A isquemia placentária libera citocinas pró-inflamatórias, que iniciam a cascata de eventos celulares e moleculares, determinando a disfunção endotelial, com aumento da resistência vascular. A pré-eclâmpsia compromete todos os órgãos e sistemas maternos e, com maior intensidade, os sistemas vascular, hepático, renal e cerebral (PERAÇOLI, PARPINELLI, 2005).

A pré-eclâmpsia é hoje considerada uma doença em dois estágios. O primeiro é a invasão superficial da decídua pelo citotrofoblasto extravilositário, resultando na placenta defeituosa e conseqüente hipóxia placentária. Essa placenta hipóxia libera inúmeros fatores solúveis e radicais livres de oxigênio na circulação materna que causa a disfunção endotelial sistêmica. No segundo estágio da doença (a síndrome materna) manifesta-se a hipertensão e proteinúria, os sinais clínicos da pré-eclâmpsia (REZENDE, 2008).

Definimos pré-eclâmpsia como o desenvolvimento de hipertensão, com proteinúria e/ou edema de mãos ou face. Ocorre após a 20ª semana de gravidez, ou anteriormente a esse período na moléstia trofoblástica gestacional. A pré-eclâmpsia é predominantemente uma patologia da primigesta (BENZECRY, 2001).

Segundo BRASIL, (2012) a pré-eclâmpsia é classificada em leve e grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando apresenta um ou mais dos seguintes critérios; pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg; proteinúria igual/maior que 2,0g em 24horas ou 2+ em fita urinária; oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml por hora); níveis séricos de creatinas maior que 1,2mg/dl; sinais de encefalopatia hipertensiva(cefaléia de distúrbios visuais); Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito; evidência clinica e/ou laboratorial de coagulopatia; plaquetopenia ($<100.000/mm^3$); aumento de enzimas(AST ou TGO,ALT ou TGP,DHL)e de biliburrinas; presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico, outros sinais que podem sugerir o diagnostico são: acidente vascular cerebral; sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose; presença de RCIU(restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio.

Na pré-eclâmpsia leve se verifica hipertensão, acompanhada ou não de proteinúria e edema, podendo a gestante ser acompanhada por uma assistência pré-natal; se houver necessidade, esta gestante pode ficar internada (CUNHA, OLIVEIRA, NERY 2007).

As gestantes com pré-eclâmpsia leve, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo (BRASIL, 2012).

A eclampsia é a causa mais comum de convulsões associada com a hipertensão arterial e proteinúria na gravidez, sendo definida como a manifestação de convulsões e/ou coma não relacionados a outras condições cerebrais, durante o ciclo gravídico-puerperal, em pacientes com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, podendo ocorrer na gestação (50%), no trabalho de parto (25%) e no puerpério (25%). No puerpério a eclampsia se manifesta nas primeiras 24 horas, porém, em casos excepcionais, podem ocorrer convulsões uma semana ou mais após o parto (BENZECRY, 2001).

Vários fatores de riscos ocorrem para o desenvolvimento da DHEG, sendo a incidência maior quando apresenta em situações como obesidade, idade extrema da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hiperssódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropisia fetal e neoplasia trofoblástica. Nesse contexto, o Ministério da Saúde ressalta que a DHEG acomete mais as primigestas e mulheres com história pessoal e/ou familiar de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, com gestação gemelar, doença cardiovascular pré-existente, hipertensão, nefropatia, lúpus e diabetes, o que corresponde aos principais fatores de risco para a doença (MOURA, 2010).

Condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais. Trabalho realizado com portadores de hipertensão constatou a inter-relação de situações estressantes e de emoções fortes com hipertensão arterial, sendo os principais estressores as condições financeiras precárias (MOURA, 2010).

Antecedente pessoal de hipertensão crônica, nefropatia e diabetes foram associações mórbidas presentes no histórico de 12 (30%), 6 (15%) e 3 (7,5%) das gestantes, respectivamente. A respeito desses resultados, afirma-se que a hipertensão e a doença renal crônica, assim como a diabetes, são fatores de risco associados ao desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos na gestação (MOURA, 2010).

Diante disso, as complicações da DHEG afetam muitos sistemas orgânicos, como os sistemas cardiovasculares, renal, hematológico, neurológico, hepático e uteroplacentário; tais como: descolamento da placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a Síndrome de HELLP (ANGONESI E POLATO, 2007).

Portanto a síndrome de HELLP (SH) se desenvolve em geral repentinamente durante a gravidez (27-37 semanas) ou no pós-parto imediato (REZENDE, 2008).

A associação entre hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática com eclâmpsia foi relatada na literatura na década de cinquenta. Em 1982, Weinstein reuniu estas alterações sob o acrônimo de HELLP, significando H (hemólise), EL (aumento de enzimas hepáticas) e LP (plaquetopenia), e denominou-as de síndrome HELLP. Identificou esta síndrome como uma

complicação da pré-eclâmpsia grave/eclampsia, sem estabelecer os padrões bioquímicos e hematológicos para o diagnóstico (PERAÇOLI, PARPINELLI, 2005).

Com isso a anemia hemolítica microangiopática é o marco da síndrome HELLP. É atribuída à deformidade (esquizócitos) e destruição das hemácias na microcirculação, secundárias ao dano endotelial, com subsequente vaso espasmo e deposição de fibrina nas paredes vasculares, que também conduzem à ativação, agregação e ao maior consumo periférico das plaquetas (plaquetopenia). Estas alterações são comuns à fisiopatologia da pré-eclâmpsia (PERAÇOLI, PARPINELLI, 2005).

A lesão hepática é representada pela necrose parenquimatosa focal ou Peri portal, com depósitos de material hialino nos sinusóides hepáticos. Estas alterações podem ser responsáveis pela elevação de enzimas hepáticas e pela dor no quadrante superior direito do abdome, frequentemente identificadas nas mulheres com esta síndrome. Em raras ocasiões pode ocorrer hemorragia intra-hepática com formação de hematoma subcapsular, complicação de elevada morbimortalidade, principalmente se ocorrer ruptura (PERAÇOLI, PARPINELLI, 2005).

Segundo REZENDE, (2008) nas pacientes com pré-eclâmpsia grave ou eclampsia, a hipertensão pode exacerbar e há risco de edema agudo de pulmão como resultado da administração vigorosa de líquidos na tentativa de expandir o volume sanguíneo a níveis pré-gravídicos.

Onde a circulação uteroplacentária está reduzida na DHEG, de cerca de 40-60%, o que explica a incidência expressiva de grandes infartos placentários (>3 cm), crescimento retardado da placenta e seu deslocamento prematuro, determinantes do sofrimento fetal crônico e do elevado obituário perinatal. É fatores adjuvantes a diminuição de 50% do consumo de oxigênio, e a duas vezes mais elevada resistência circulatória (REZENDE, 2008).

O desenvolvimento de trombocitopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$) é sinal ominoso de síndrome HELLP, podendo acarretar hemorragia cerebral e hepática subcapsular, assim como sangramento excessivo no parto, especialmente no cesáreo. A causa de trombocitopenia parece ser a deposição de acentuada de plaquetas nos locais de lesão endotelial (REZENDE, 2008).

Todavia, pacientes que são examinadas desde a primeira metade da gestação, e apresentam normotensas, o diagnóstico é sugerido ao aparecer hipertensão após a 20ª semana da prenhez. Se, ao invés, a gestante vista desenvolver apenas depois desse período, há possibilidade de outros distúrbios hipertensivos não-toxêmicos, e o diagnóstico clínico torna-se muito dificultado. Por vezes impossíveis (REZENDE, 2008).

Segundo REZENDE, (2008) são exames complementares valiosos, Exame de fundo dos olhos, Biopsia renal, Doppler e DILA.

Exame do fundo dos olhos traduz, pelo geral, apenas o espasmo arteriolar. “Nos casos mais graves há edema de papila exsudatos em” Flocos de algodão”, hemorragias em “ Chama de vela” e edema sub-retiniano que pode levar ao descolamento da retina (REZENDE, 2008).

Biopsia renal autentica o diagnóstico ao documentar a lesão glomerular toxêmica, que seria patogênica da afecção. Tem inexpressiva aplicação na prática clínica (REZENDE, 2008).

Doppler na verdade o doppler das artérias uterinas, mais que sinal de diagnóstico é indicador preditivo de toxemia. A presença de incisão bilateral no início da diástole, na gestação de 23ª semana de gravidez, associada à relação de A/B média das uterinas $> 2,6$ ou $RI > 0,58$ é sinal indicativo de toxemia, com bom valor preditivo (REZENDE, 2008).

DILA a dilatação fluxo mediado da artéria braquial menos que 10-15% é indicativo de disfunção endotelial, alteração que caracteriza o segundo estágio da toxemia (REZENDE, 2008).

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez se baseia na classificação. Em algumas situações outras investigações devem ser realizadas para contribuir para um maior esclarecimento (BRASIL, 2012).

Realizar precocemente na gravidez para comparação posterior: hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, creatinina, ácido úrico. A presença de proteinúria 1+ ou mais em amostra única de urina deve ser seguida de uma determinação da proteinúria de 24 horas e cálculo do clearance de creatinina. Nestas gestantes também deve ser realizada uma datação acurada da idade gestacional, de preferência com ultrassonografia precoce. Deve-se realizar ainda um exame de ultrassonografia adicional com 25 – 28 semanas para avaliação do crescimento fetal (BRASIL, 2012).

A melhor terapêutica para essa síndrome em diversos momentos do ciclo gravídico-puerperal deve ser individualizada, visando sempre à redução dos altos índices de morbimortalidade materna e fetal por prevenção de complicações, particularmente durante o puerpério (AMORIM, NORONHA, SOUZA, 2010).

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto. Dependendo de fatores como idade gestacional, gravidade, bem-estar fetal e presença ou não de complicações, a interrupção da gravidez está indicada. Entretanto, a instalação precoce da doença aumenta a chance de prematuridade com subsequente incremento da morbimortalidade perinatal. Assim, na tentativa de prevenir complicações perinatais, várias condutas têm sido propostas enquanto

não é possível ou recomendável interromper a gravidez, como corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, expansão do volume plasmático, hospitalização com repouso materno, terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo (AMORIM, NORONHA, SOUZA, 2010).

A hipertensão arterial gestacional afeta múltiplos sistemas do corpo exige uma abordagem multidisciplinar. Profissionais de saúde médicos e enfermagem concentram-se na administração de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial e para evitar complicações potenciais. Pode ser necessário uma consulta com a nutricionista para promover mudança do estilo de vida. Se a cliente tiver pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, neurologista ou nefrologista podem também ser necessário. O serviço social pode ser consultado para encaminhamento para avaliação e acompanhamento domiciliar (AZEVEDO, 2007).

Medidas para interromper a progressão do distúrbio e garantir a sobrevivência do feto; a indução imediata do trabalho de parto, em especial se a cliente tiver próxima do termo (38 semanas de gestação; recomendada por alguns médicos); nutrição adequada limitação de cafeína e dieta hipossódica, se indicado; repouso total no leito de preferência em decúbito lateral esquerdo; anti-hipertensivos; sulfato de magnésio; ocitocina, se indicado; oxigênio e possível cesariana (AZEVEDO, 2007).

A conduta obstétrica visa à estabilização do quadro materno, à avaliação das condições de bem-estar fetal e a antecipação do parto, em qualquer idade gestacional. Após a estabilização do quadro, iniciar os preparativos para interrupção da gestação (BRASIL, 2012).

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizado nas seguintes situações: Gestantes com eclâmpsia; Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas, Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação; Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente) (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao termino desta revisão de literatura pode-se observa a importância da atuação da enfermagem frente à Unidade Básica de Saúde, pois com um bom acompanhamento durante o pré-natal e o puerpério, é possível detectar de forma precoce esta doença, evitando assim as

varias complicações que a mesma pode desencadear com a sua progressão podendo chegar até ao óbito materno-fetal.

Este estudo mostrou-se, pois, relevante para os profissionais de saúde, mulheres, famílias e comunidade em geral, uma vez que descreve múltiplos aspectos da pré-eclâmpsia que devem ser compartilhados e interpretados por todos os autores envolvidos na atenção ao processo saúde-doença. Os resultados sinalizam para a importância da abordagem histórica da gestante, centrada na prevenção e controle DHEG pela adoção de medidas intersetoriais.

Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica para esta patologia. Sobretudo porque a pré-eclâmpsia e eclâmpsia se constituem primeira causa da mortalidade materna, e, por serem preveníveis, não se admite mais nos dias atuais deixar essa clientela sem uma assistência prestada por enfermeiras qualificadas para tal doença.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R; NORONHA N, C; SOUZA, A. S. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Recife, vol. 32, p.459-68, 2010.

ANGONESI, J; POLATO, A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **RBAC**, Paraná, vol.39, p. 243-245, 2007.

AZEVEDO, M. F. **Enfermagem materna neonatal**. Rio de janeiro: Guanabara koogan, 2007.

BENZECRY, R; OLIVEIRA, H.C; LEMGRUBER, I. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BRASIL. **Gestação de alta risco manual técnico**.5.ed. Brasília: MS, 2012.

CUNHA, K.J.B; OLIVEIRA, J.O; NERY, I.S. assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Esc Anna Nery R Enferm**. v2, p254- 60, jun, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO **Obstetrícia fundamenta**. 11.ed. Rio de janeiro: Guanabara koogan, 2008.

MOURA, E. R. F et al. fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **cogitare enferm**, Fortaleza, v 2, p.250-255, abr/jun. 2010.

PERAÇOLI, J.C; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, vol. 27, p. 627-34, 2005.

DIABETES GESTACIONAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Wiliane Pereira da Silva¹³⁷

Jamile Rodrigues Cosme Holanda¹³⁸

Maria Pamyla Michelle Alves¹³⁹

Evilamilton Gomes de Paula¹⁴⁰

Kalidia Felipe de Lima Costa¹⁴¹

RESUMO

A Diabetes Mellitus ocorre devido às alterações metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia, ocasionada pela deficiência de insulina, na excreção da mesma ou nos dois casos, tudo isso dificulta a entrada da glicose nas células. Em relação à diabetes gestacional esse grau de intolerância a glicose, é acometida pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto, podendo ser provocados pelos hormônios placentários, que ocasionam um aumento do açúcar no sangue em um nível que pode afetar o crescimento e o bem-estar do bebê. Essas complicações tem alto risco de morbimortalidade materna e fetal, que podem ser minimizados através de um planejamento ou rastreamento. A mesma tem como principal tratamento o controle glicêmico. Este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre diabetes gestacional. Trata-se de uma revisão bibliográfica que descreve aspectos sobre a diabetes gestacional, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde e em bases de dados do Ministério da Saúde, no período de 01/Abril/2016 a 11/Abril/2016, utilizando como descritores: Enfermagem, Diabetes, Gestação, Diabetes gestacional. A busca executada através das palavras chaves somou-se um total de 110 trabalhos científicos, sendo que destes, apenas 12 artigos estavam disponíveis em português e apenas 7 constava com os anos de 2010 a 2016, porém destes 7 tinha 3 que estava repetido, restando apenas 4 artigos para serem analisados e discutidos neste estudo. A construção deste trabalho possibilitou o aprofundamento dos artigos publicados a cerca de diabetes gestacional, dessa forma evidenciando o objetivo geral e os principais resultados de cada um. Entretanto o restrito número de artigos na língua nacional sobre a temática em questão demonstra que possam existir lacunas na assistência prestada as mulheres com DG, devido ao baixo número de pesquisas nacionais publicadas.

Palavras-Chave: Enfermagem. Diabetes. Gestação. Diabetes Gestacional.

¹³⁷ Discentes do 7º Período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Francisco de Assis fonte, 160, alto do Sumaré, 9966-2281, email: willianepersi@hotmail.com.

¹³⁸ Discentes do 8º Período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, email: jamileholanda40@gmail.com.

¹³⁹ Discentes do 7º Período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, email: pamynhamichelle@hotmail.com

¹⁴⁰ Enfermeiro especialista em Enfermagem e Nefrologia e Docente da disciplina de Unidade de Terapia Intensiva em Enfermagem do Curso de Enfermagem – FACENE/RN, email: evigdepaula@gmail.com.

¹⁴¹ Enfermeira mestra em ambiente tecnologia e sociedade formada pela UFERSA e Docente da disciplina de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva do Curso de Enfermagem – FACENE/RN, email: kalidiefelipe@facenemossoro.com.br.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus ocorre devido às alterações metabólicas caracterizada pela hiperglicemia, desse modo uma grande quantidade de açúcar está percorrendo a corrente sanguínea, ocasionada pela deficiência de insulina, na excreção da mesma ou nos dois casos, tudo isso dificulta a entrada da glicose nas células, age de forma silenciosa e depois de instalada provoca dificuldades no organismo, com sintomatologia como fome desenfreada, sede, poliúria, peso diminuído (SOUZA, 2012).

Em relação à diabetes gestacional (DG) esse grau de intolerância à glicose, é acometida pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto, sabendo que quando uma mulher que já é diabética pretende engravidar, há uma atenção redobrada dos profissionais, começando do nível de atenção básica, havendo referências para os centros de atenção secundária ou terciária (BRASIL, 2012).

No Brasil, em torno de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional, podendo ocorrer no início da gravidez, de forma habitual seu diagnóstico é feito através da procura constante desse distúrbio pelos exames laboratoriais que desde a primeira consulta de pré-natal são solicitados permitindo assim um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno (WEINERT, 2011).

Podendo ser acometido em qualquer mulher, mas existem evidências de que algumas mulheres têm maior risco de aderi-la dependendo dos fatores associados como: idade superior a 25 anos, histórico familiar de diabetes, diabetes gestacional anterior, bebês de gestações anteriores que nasceram com mais de 4 kg, gestações anteriores com bebê natimorto inexplicável, tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada (níveis de açúcar no sangue altos, mas não o suficiente para ser diabetes), aumento do líquido amniótico (uma condição chamada de polidrâmnio), excesso de peso antes da gravidez, ganho excessivo de peso na gravidez, raças negra, hispânica, indígena ou asiática (PENARIOL, 2010).

Na DG, os hormônios placentários provocam um aumento do açúcar no sangue em um nível que pode afetar o crescimento e o bem-estar do bebê. Geralmente ocorre na segunda metade da gravidez. A macrosomia é uma das complicações mais recorrentes em crianças com mães com DG, ocasionando alterações no metabolismo do RN como exemplo a hipoglicemia, hiperglicemia, hipocalcemia e policitemia. Podem ocorrer complicações tardias como nefropatia, retinopatia e neuropatia (REZENDE, 2008)

De acordo com Abi-Abib et al (2014) essas complicações, tem alto risco de morbimortalidade materna e fetal. Esses riscos podem ser minimizados através de um

planejamento, rastreamento da diabetes mellitus, com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Além do mais as gestantes com diabetes pre-gestacional pode apresenta graves complicações microvasculares e no controle da glicose com o desenvolvimento da obesidade as mulheres em idade fértil pode desenvolver a diabetes tipo 2.

O principal tratamento consiste no controle glicêmico, realizado pelos exames laboratoriais feito com glicemias em jejum e pós-prandiais semanais, como também o teste feito pelo glicosímetro feito mais de uma vez por dia, levando em consideração os valores de referencia maiores ou iguais a 95mg/dl (jejum) e 140mg/dl (1 hora após as refeições). Uma observação se a gestante estiver com os valores alterados com uma dieta balanceada indica-se a insulinoterapia.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre diabetes gestacional.

METODOLOGIA:

A pesquisa constitui de uma revisão bibliográfica que descreve aspectos sobre a diabetes gestacional. Segundo SANTOS (2012), a revisão de literatura, também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores.

Trata-se de um olhar qualitativo, que aborda uma pesquisa a partir dos métodos descritivos e exploratório, onde apresenta uma reflexão sobre as ações no âmbito profissional de interesse da comunidade acadêmica e/ou científica. Desta forma, apresentará sua abordagem de forma descritiva, mostrando a finalidade de impor as complicações e implicações no processo ensino aprendizagem.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e em bases de dados do Ministério da Saúde, no período de 01/Abril/2016 a 11/Abril/2016. Para seleção das produções foram utilizados os descritores: Enfermagem, Diabetes, Gestação, Diabetes gestacional.

RESULTADOS

A partir da metodologia relatada, a busca executada através das palavras chaves somou-se um total de 110 trabalhos científicos, sendo que destes, apenas 12 artigos estavam disponíveis em português e apenas 7 constava com os anos de 2010 a 2016, porém destes 7 tinha 3 que estava repetido, restando apenas 4 artigos para serem analisados e discutidos neste estudo. Entre os artigos que não foram selecionados para o estudo alguns tinham sido publicados há mais de 10 anos e não se enquadraram nas palavras chaves.

Para permitir uma melhor compreensão os artigos selecionados foram dispostos em um quadro e identificados com ano de publicação, o título, o nome dos autores, o nome do periódico e revista.

Quadro 1: Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Ano de publicação do artigo	Título do artigo	Autores	Nome do Periódico/Revista
2013	A1. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas.	Márcio Flávio Moura Araújo; Sarah Maria Fraxe Pessoa; Marta Maria Coelho Damasceno; Maria Lúcia Zanetti.	Rev.bras.enferm.vol.66 no.2 Brasília Mar./Apr.
2014	A2. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional.	Francisca Adriele Vieira Neta, Vicente Lima Crisóstomo, Régia Christina Moura Barbosa Castro, Sarah Maria Fraxe Pessoa, Maria Marly Santos Aragão, Cinthia Gondim Pereira Calou.	Rev Rene. set-out.
2015	A3. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabete melito gestacional.	Joice Moreira Schmalfussi; Ana Lucia de Lourenzi Bonilha.	Rev enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jan/fev;
2010	A4. Perfil das mães de	Patrícia de Freitas,	Rev. Esc.

	neonatos com controle glicêmico nas primeiras horas de vida.	Caroline Valichelli de Matos, Amélia Fumiko Kimura.	Enferm.USP.
--	--	---	-------------

FONTE: Do autor.

Após a seleção de cada estudo coletado serão descritas as informações necessárias para compreensão da temática e da abordagem de cada estudo, de forma a possibilitar sucessivamente uma discussão. Para isso, foi extraído de cada artigo os objetivos do estudo, os termos e expressões referentes a diabetes gestacional e os resultados do estudo relevantes para a Enfermagem.

Quadro 2: Síntese dos resumos e principais resultados identificados na revisão integrativa.

Artigo	Objetivo	Termos e expressões relacionadas a (tema da revisão)	Principais resultados do estudo
A1	Objetivo compreender o significado das experiências vivenciadas por mulheres com diabetes mellitus gestacional.	Diabetes Gestacional; Complicações na Gravidez; Saúde Materno-Infantil; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.	Os resultados evidenciaram dois temas: 1 Vivenciando experiências que trazem felicidade e bem-estar e 2 Vivenciando experiências que provocam sofrimento. Este estudo fenomenológico, ao possibilitar apreender a experiência das mulheres com diabetes mellitus gestacional, contribui para o planejamento e a implementação de programas de intervenção baseados em um modelo de saúde participativo, com vistas a priorizar os aspectos subjetivos envolvidos na gravidez de risco.
A2	Objetivou identificar o	Diabetes	Diante do exposto, observa-se a

	<p>perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico, bem como os cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Estudo transversal realizado com 50 mulheres, em uma maternidade pública de Fortaleza, CE, Brasil, de novembro de 2012 a setembro de 2013</p>	<p>Gestacional; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem Obstétrica.</p>	<p>importância do diagnóstico precoce dessa patologia em virtude das complicações, como a descompensação metabólica, passível de evoluir para cetoacidose, as infecções urinárias de repetição com o risco de pielonefrite aguda, o aparecimento concomitante da doença hipertensiva, risco para abortamento, parto prematuro, distócias e malformações congênitas. Com a finalidade de contribuir para assistência prestada a esse grupo de gestantes, propôs-se desenvolver o presente estudo.</p>
A3	<p>Objetivou conhecer as implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabetes melito gestacional.</p>	<p>Diabetes gestacional; gravidez de alto risco; cuidado pré-natal; dieta para diabéticos.</p>	<p>As mulheres apresentam dificuldades em seguir o plano alimentar prescrito, fato que provoca implicações negativas nas suas vidas diárias. A orientação nutricional deve ser flexível e respeitar a condição social de cada gestante. Há necessidade de elaboração de estratégias e propostas de cuidados que auxiliem essas mulheres no enfrentamento dos obstáculos relacionados à dieta alimentar.</p>
A4	<p>Objetivou descrever as características sócio-demográficas e obstétricas de mães de neonatos com controle de glicemia capilar nas</p>	<p>Recém-nascido. Hipoglicemia. Glicemia. Enfermagem neonatal.</p>	<p>Estudos correlacionais analisando variáveis maternas e ocorrência de hipoglicemia neonatal devem ser realizados, objetivando identificar os fatores preditores desta morbidade neonatal.</p>

	primeiras 24 horas de vida, internadas em Alojamento Conjunto de um Hospital Amigo da Criança.		
--	--	--	--

FONTE: Do autor.

DISCUSSÃO

No que se refere à prevalência e incidência, observou-se em todos os artigos que a mesma normalmente acomete na primeira gestação, crescendo em proporções parecidas com a Diabetes Mellitus II (DM II) e com estimativa de prevalência no Brasil de 2,4% à 7,2%, o que a caracteriza não só como uma intercorrência da gestação, como também um problema de saúde pública. Além de que seu controle inadequado aumenta os riscos, as complicações e os efeitos adversos para o binômio mãe-bebê, tanto no período pré-natal quanto no neonatal.

As principais intercorrências que podem acometer esse binômio são para a mãe a possibilidade de desenvolver DMII após o parto, e em cada gestação aumenta essa chance; e as sérias, por sua vez, desencadeiam sérias repercussões no estado emocional das gestantes acometidas, agravadas pela obrigatoriedade da internação. Dessa forma visando evitar prejuízos que possam vir ocasionar. Sendo o principal fator de acometimento a obesidade, portanto desta forma adotar cuidados como: controle glicêmico, atividade física, acompanhamento ambulatorial com profissionais habilitados para atender gestantes de alto Risco, juntamente à realização de dieta alimentar.

Outro ponto em comum entre eles é em relação à dieta como medida de auto cuidado. Pois sem essa prevenção, por ser uma patologia metabólica e silenciosa, têm-se que a condição de gestante de alto risco requer orientação de profissionais com abordagens diversificadas para mudança de comportamento em relação ao estilo de vida. As abordagens requerem estratégias como a educação em saúde para melhor compreensão das gestantes diabéticas acerca da patologia, aumentando o nível de confiança e motivação para o autocuidado. Entretanto há relatos de dificuldade de adaptação dos novos alimentos e o tempo para preparar a dieta, já que muitas quando estão no horário de trabalho, pelo fato de nem sempre ter acesso à alimentação adequada. Outro fator que influencia ao não cumprimento da

dieta está relacionado a questão financeira, pois nem sempre todas tem acesso a dieta apropriada.

Nos artigos A1 e A4 também é evidenciado as formas de comunicação e que as mesmas são efetivas durante o pré-natal e pós-gestação, devendo o profissional orientar a gestante de forma clara e objetiva a fim da mesma absorver tais informações para prevenir complicações. Durante a hospitalização há relatos que por meio das expressões e linguagem verbal, elas vão compartilhando os medos, expectativas e alegrias com os profissionais que estabelecem esse vínculo de segurança com os profissionais e auxiliando umas as outras a enfrentar as mudanças na sua vida e no enfrentamento do diagnóstico da patologia levando a uma maior aceitação da nova dieta alimentar e tratamentos.

Ambos evidenciam que é imprescindível considerar essa mulheres gestante em toda sua totalidade, junto ao feto, e não supervisionar apenas os riscos associados à condição patológica que ela encontra-se no momento. Trata-se de uma situação extremamente complexa, tanto do ponto de vista individual como social, sendo influenciada por vários fatores que interagem de forma complexa. Daí os profissionais devem estar sensibilizados e preparados para tal assistência, não só das cidadãs mas como de seus familiares, criando possibilidades de acolhimento que contemplem a totalidade do ser humano, de modo a favorecer a integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho possibilitou o aprofundamento dos artigos publicados a cerca de diabetes gestacional, dessa forma evidenciando o objetivo geral e os principais resultados de cada um. Entretanto o restrito número de artigos na língua nacional sobre a temática em questão demonstra que possam existir lacunas na assistência prestada as mulheres com DG, devido ao baixo número de pesquisas nacionais publicadas. O qual deveria ser diferente visto que existem altos índices de mulheres acometidas por essa patologia.

Considerando que cada gestante vivencia a gravidez e o diagnóstico de formas distintas, faz-se necessário promover um cuidado que contemplem ambos os aspectos da gestação e da patologia, certificando-se que as informações sejam passadas de forma simples e clara estejam sendo absorvidas pelas gestantes, a fim de contribuir para o tratamento.

Dessa forma faz-se necessário promover uma capacitação tanto para profissionais quanto acadêmicos, a fim de incentivar as pesquisas nessa temática, atentando para a

realidade e a necessidade de cada gestante, ocasionando uma assistência mais adequada, e consequentemente diminuindo as intercorrências ocasionadas por tal patologia.

REFERÊNCIAS

ABI-ABIB, Raquel C et al. Diabetes na gestação. **Revista Hospital universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v.13, n.3. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=494. Acesso em: 04 maio 2016.

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.66, n.2, mar./apr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011. Acesso em: 11 maio 2016.

FREITAS, P. MATOS, C. V. KIMURA, A. F. Perfil das mães de neonatos com controle glicêmico nas primeiras horas de vida. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3 p. 636-41, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/12.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

NETA, Francisca Adrielle Vieira et al, Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Rev Rene**, v. 15, n.5, p.823-31, 2014 set-out, 2015. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1781/pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

REZENDE, M.F. **Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SAÚDE, Brasil Ministério. Pré-natal de alto risco (Manual técnico). **Brasil: Ministério da Saúde**; 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publica>Acesso em: 04 maio 2016.

SCHMALFUSSI, Joice Moreira; BONILHAI, Ana Lucia de Lourenzi. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabete melito gestacional. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 1 p. 39-44, jan/fev, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a07.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

SOUZA, Elisson Da Cruz Souza. **Diabetes Mellitus e suas complicações: Revisão de Literatura**. Piauí- monografia (Bacharelado em Enfermagem), Apes Christus Faculdade do Piauí, 2012. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos3/diabetes-mellitus-complicacoes-revisao-literatura/diabetes-mellitus-complicacoes->. Acesso em: 02 maio 2016.

WEINERT, Letícia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.55, n.7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>. Acesso em: 02 maio 2016.

**PROJETO GESTANDO AMOR: EXPERIÊNCIA EM ATENDIMENTO
COMPARTILHADO EM CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**

Lorrainny da Cruz Solano¹⁴²

Ana Karollyne Queiroz de Lima¹⁴³

Brena Miranda da Silva¹⁴⁴

Natália Teixeira Fernandes¹⁴⁵

Pammella Lyenne Barbosa de Carvalho¹⁴⁶

Rafael Maia Morais¹⁴⁷

RESUMO

O período gestacional é constituído por 40 semanas, sendo heterogêneo em seus aspectos fisiológicos, metabólicos e funcionais (VITOLLO, 2008). De acordo com Melo *et al* (2008), existem alguns fatores de risco associados ao comprometimento do resultado da gestação, dentre estes fatores pode-se citar a idade materna, o período interpartal e a presença de obesidade ou desnutrição na gestação. Segundo Novaes et al (2006), a biomecânica corporal na gestante sofre consideráveis transformações, o crescimento contínuo do útero, alterações hormonais, ganho ponderal e crescimento fetal são responsáveis pelas principais mudanças estáticas e dinâmicas do sistema musculoesquelético, afetando a marcha, postura e o conforto da gestante. O objetivo deste trabalho é, fazer o acolhimento das gestantes, realizando orientações através da consulta compartilhada nas searas de nutrição e fisioterapia, com as usuárias acompanhadas pelo serviço de pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família. O “Projeto Gestando Amor” é desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. José Holanda no bairro Dom Jaime, na cidade de Mossoró/RN. A captação das pacientes que receberam o atendimento é feito através do agendamento das mesmas para o acompanhamento de pré-natal da Unidade. Neste momento estão sendo acompanhadas 18 gestantes, destas, 3 são adolescentes, 10 estão na faixa etária de 20 a 25 anos, e 5 gestantes com 26 anos ou mais. Sendo a idade máxima de 33 anos, a abordagem multiprofissional

¹⁴² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Prefeitura Municipal de Mossoró. (Orientadora)

¹⁴³ Nutricionista. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹⁴⁴ Assistente social. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹⁴⁵ Enfermeira. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹⁴⁶ Psicóloga. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

¹⁴⁷ Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família/Comunidade. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

transmite gestante a sensação de maior acolhimento, preparando-a para abraçar com mais propriedade e segurança esse período tão complexo.

Descritores: Gestação; Acolhimento; Humanização da Assistência

1. Introdução

A gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce (MALDONADO, 1997). O período gestacional é constituído por 40 semanas, sendo heterogêneo em seus aspectos fisiológicos, metabólicos e funcionais (VITOLLO, 2008).

Segundo Picciano *et al* e Paolli & Pérez contidos em Bertin *et al*, durante a gestação os níveis de nutrientes nos tecidos e líquidos disponíveis para sua manutenção estão modificados por alterações fisiológicas (expansão do volume sanguíneo, alterações cardiovasculares, distúrbios gastrintestinais e variação da função renal) e por alterações químicas (modificações nas proteínas totais, lipídios plasmáticos, ferro sérico e componentes do metabolismo do cálcio). Por tais motivos faz-se necessária uma adequação na alimentação da gestante, visto que seu estado nutricional pode afetar o resultado da gravidez.

De acordo com Melo *et al* (2008), existem alguns fatores de risco associados ao comprometimento do resultado da gestação, dentre estes fatores pode-se citar a idade materna, o período interpartal e a presença de obesidade ou desnutrição na gestação. As complicações na gravidez também estão relacionadas a fatores de risco, sabe-se que doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias e anemia podem prejudicar tanto a saúde da mãe quanto do feto (FREIRE *et al*, 2005).

Por isso, a avaliação do consumo alimentar e da suplementação durante o processo gravídico são importantes para detectar déficits nutricionais e hábitos inadequados, com vista a adequar as necessidades de nutrientes nesse período e a evitar alterações no estado nutricional, permitindo um prognóstico favorável à saúde da mãe e filho (ANDRADE, *et al*, 2015).

Sendo assim, A vigilância clínica durante o período gestacional é fundamental para promover, proteger e recuperar a saúde da gestante e do concepto (MALFATTI *et al*, 2006).

Segundo Novaes *et al* (2006), a biomecânica corporal na gestante sofre consideráveis transformações, o crescimento contínuo do útero, alterações hormonais, ganho ponderal e crescimento fetal são responsáveis pelas principais mudanças estáticas e dinâmicas do sistema musculoesquelético, afetando a marcha, postura e o conforto da gestante.

Souza (2007) afirma que as alterações posturais ficam mais evidentes na 20ª semana gestacional, sendo o crescimento abdominal, diminuição do arco plantar, hiperextensão de joelhos, anteriorização pélvica e aumento da lordose lombar as principais, gerando tensionamento da musculatura paravertebral na adoção de posturas inadequadas.

As principais regiões acometidas pelo quadro algico são: lombar, abdominal baixa e a pelve, justamente pelo crescimento abdominal. (DUMAS et al 2010). A dificuldade de retorno venoso gera edema nos membros inferiores, aparecimento de varizes e dores nas pernas (LEDUC, 2007).

2. Objetivo

O objetivo deste trabalho é, fazer o acolhimento das gestantes, realizando orientações através da consulta compartilhada nas searas de nutrição e fisioterapia, com as usuárias acompanhadas pelo serviço de pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família.

3. Referencial Teórico

3.1 Projeto Gestando Amor

3.1.1 Clínica Ampliada

A complexidade da clínica em alguns momentos provoca sensação de desamparo no profissional, que não sabe como lidar com essa complexidade. O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários. Ou seja, por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009).

A proposta de Clínica Ampliada está direcionada a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde em sua prática de atenção aos usuários (CUNHA, 2005).

É importante destacar que toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ela vai buscar construir sínteses singulares, tencionando os limites

de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais (BRASIL, 2010a).

3.1.2 Aspectos nutricionais na gestação

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais. Seja em termos de micro ou macronutrientes, o inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição entre a mãe e o feto, limitando a disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal. Portanto, a literatura é consensual ao reconhecer que o estado nutricional materno é indicador de saúde e qualidade de vida tanto para a mulher quanto para o crescimento do seu filho, sobretudo no peso ao nascer, uma vez que a única fonte de nutrientes do concepto é constituída pelas reservas nutricionais e ingestão alimentar materna (MELO et al., 2007).

A gestação é o período de maior demanda nutricional do ciclo de vida da mulher, uma vez que envolve rápida divisão celular e desenvolvimento de novos tecidos e órgãos. Os complexos processos que ocorrem no organismo durante a gestação demandam uma oferta maior de energia, proteínas, vitaminas e minerais para suprir as necessidades básicas e formar reservas energéticas para mãe e feto (VITOLLO, 2008).

As náuseas e vômitos são frequentes no primeiro trimestre, e tendem a parar na décima terceira a décima quarta semana de gestação. Orientações dietéticas como aumentar o fracionamento das refeições e diminuir o volume, bem como ingerir alimentos secos, os carboidratos simples de fácil digestão podem reduzir o desconforto. Normalmente as gorduras não são bem toleradas, preferir alimentos com baixo teor de gordura. O consumo de biscoito salgado e gengibre tendem a auxiliar. O ideal é que a gestante ingira os alimentos nutritivos nos períodos que não apresente náuseas para que tenha o suporte de macro e micronutrientes necessários e requeridos pela gestação (SILVA et al., 2007).

A pirose é um sintoma predominante que costuma piorar a medida que avança a gravidez. A regurgitação também ocorre praticamente na mesma frequência que a pirose (CASTRO, 1967). Algumas orientações nutricionais são importantes para a diminuição do sintoma, como aumentar o fracionamento das refeições e diminuir o volume de alimentos, comer devagar, mastigar bem os alimentos, evitar estresse durante a refeição, não ingerir água com as refeições, somente nos intervalos, não ingerir grande quantidade de alimentos antes de deitar. Não é necessária a restrição de alimentos ácidos (VITOLLO, 2008).

A constipação é um problema digestivo muito comum, sendo bastante frequente no período gestacional. Considera-se constipado o paciente que apresenta dois ou mais desses sintomas por um período mínimo de três meses ao longo do ano (WILLIAMS, 2001).

Para evitar a constipação, o ideal é a ingestão de 28g de fibras diárias. Deve-se orientar a gestante a ingerir grãos integrais, verduras e legumes, frutas, bem como frutas secas como ameixas, damascos e figos secos, e aumentando a ingestão hídrica (INSTITUTE OF MEDICINE - IOM, 2005).

O leite materno é o alimento mais completo e adequado para crianças até os seis meses de idade. Nele, todos os nutrientes necessários ao seu desenvolvimento estão na quantidade e forma certas, adequados à imaturidade de seu sistema gastrointestinal. Não há leite artificial que o substitua e não há necessidade de complementá-lo com chás, suco ou água, mesmo em dias muito quentes (BRASIL, 2015).

3.1.3 Aspectos fisioterapêuticos na gestação

Na gestação ocorrem diversas alterações fisiológicas em todos os sistemas do corpo, neste período, o organismo feminino sofre extensas adaptações para acomodar o feto, elas são detectadas nos sistemas reprodutor, endócrino, renal, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, dermatológico e musculoesquelético, apresentando sinais e sintomas comuns nas gestantes. (Stephenson e O'Conoor, 2004; Burti et al., 2006)

O sistema endócrino sofre alterações e promove uma série de mudanças no organismo feminino, dada principalmente pela secreção dos hormônios progesterona, estrógeno e relaxina, aumentando a permeabilidade da parede vascular sanguínea (Burti et al., 2006). A função renal é aumentada, pela demanda de fluxo sanguíneo, conseqüentemente gera maior produção de urina. O coração é submetido a um aumento na sua carga de trabalho, com aumento na frequência e débito cardíaco, em função de um maior volume sanguíneo e da pressão nas veias (Bamigboye e Smyth, 2007).

O sistema respiratório sofre importantes alterações anatômicas, além de aumento no volume/minuto, gerando queixas iniciais de dispneia, ocorre a elevação do diafragma, à medida que o útero vai crescendo. A alteração dermatológica mais evidente é a hiperpigmentação (Stephenson e O'Conoor, 2004; Burti et al., 2006). No sistema musculoesquelético há um remanejamento do cálcio materno para feto e a embebição gravídica favorece alterações posturais, dor lombar e entorses (Stephenson e O'Conoor, 2004; Burti et al., 2006).

3.1.4 O pré-natal

O pré-natal tem como finalidade básica garantir uma saúde materna e fetal durante todo o período gestacional e no momento do parto. Portanto o cuidado de pré-natal busca

desenvolver assistência com a intenção de verificar fatores de risco para a gestação e a prevenção da mortalidade materna (CORRÊA ARANTES e LIMA, 2013).

4. Metodologia

O “Projeto Gestando Amor” é desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. José Holanda no bairro Dom Jaime, na cidade de Mossoró/RN. A captação das pacientes que receberam o atendimento é feito através do agendamento das mesmas para o acompanhamento de pré-natal da Unidade. É importante citar que cada uma das consultas compartilhadas acontece bimensalmente, isso porque, esse atendimento se dá apenas quando a consulta de pré-natal for realizada pela enfermagem que se dá a cada dois meses, já que as usuárias consultam-se um mês com a enfermeira e no mês seguinte com a médica, voltando a fazer o acompanhamento da gestação com a enfermeira no mês posterior, seguindo esta lógica durante os nove meses de gestação.

Antes de a paciente ser atendida pela enfermeira ela é acolhida e “preparada” para o atendimento pela profissional nutricionista e pelo fisioterapeuta, ambos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica Saúde da Família e Comunidade, desenvolvida através de parceria entre a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e a Prefeitura de Mossoró/RN.

Nessa etapa de “preparação” são aferidas as medidas antropométricas e também a pressão arterial da paciente. Após este momento dá-se início ao atendimento compartilhado da usuária. Durante o atendimento os dois profissionais e a gestante ficam no mesmo ambiente, através de uma escuta qualificada são detectadas as principais queixas relacionadas a gestação, que a incomodam no seu dia-a-dia, não apenas no momento da consulta. A partir daí cada profissional

Fornecer as orientações específicas de sua área de atuação.

Para nortear os atendimentos, os profissionais estruturaram tabelas que apontam as principais questões inerentes de cada trimestre da gestação, então essas orientações são repassadas, assim como também são sanadas as dúvidas que a paciente possa apresentar com relação a questões nutricionais e a temas que são específicos da fisioterapia.

As tabelas 1 e 2 abaixo mostram os tópicos que são usados como nortes durante os atendimentos compartilhados.

Tabela 1: Principais questões nutricionais por trimestre de gestação

Trimestre de Gestação	Principais Questões	Principais Orientações
1º trimestre	Enjoos	Fracionamento das refeições; Diminuição do volume das refeições; Ingestão de alimentos secos; Utilizar um pouco de gengibre
	Azia	Fracionamento das refeições; Diminuição do volume das refeições; Mastigar bem os alimentos; Não ingerir líquidos durante as refeições; Não deitar logo após comer.
	Constipação	Aumentar a ingestão de líquidos; Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras; Praticar exercícios de acordo com recomendação médica. Orientações sobre melhores escolhas alimentares;
2º trimestre	Ganho de Peso	Calculo de IMC; Orientações sobre o ganho de peso adequado para o trimestre.
	Sal e açúcar	É reforçada a necessidade de se observar a ingestão destes, com vista a prevenir problemas na gestação.
	Ganho de peso	Acompanhamento do ganho de peso; Reforço das orientações

3º trimestre		nutricionais.
	Amamentação	Sensibilização sobre a importância da amamentação; Formas/posições para amamentar; Preparação dos seios para a amamentação.

Fonte: dos autores

Como forma de conhecer o hábito alimentar da gestante e assim poder avaliar de forma mais correta os riscos nutricionais aos quais pode estar exposta, usa-se a ficha de Marcadores de Consumo Alimentar formulada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), esta ficha será apresentada no Anexo 1 deste artigo.

A cada primeiro encontro é aplicado o questionário, sendo reaplicado a cada mudança de trimestre com o objetivo de avaliar a manutenção ou alteração de hábitos previamente declarados.

Trimestre de Gestação	Principais Queixas	Principais Orientações
1º trimestre	Atividades físicas	Sensibilização sobre a importância das atividades físicas na gestação, melhora da circulação sanguínea, disposição para realizar as AVD's, exercícios de membros superiores, como preparo para a fase de amamentação
	Alongamentos	O alongamento proporciona aumento da flexibilidade e relaxamento muscular, facilitando a expansão abdominal e diminuindo as dores abdominais e lombares

2º trimestre	Analgesia	Utilização de compressas mornas ou frias na região lombar e abdominal para alívio das dores
	Edema	Exercícios miolinfocinéticos e elevação de membros inferiores,
	Postura	Orientações acerca da manutenção postural correta, correções na sedestação, bipedestação, marcha, e decúbito.
3º trimestre	Preparação para o parto	Orientações gerais sobre o padrão respiratório no parto, cuidados com o bebê, postura na amamentação
	Exercício do assoalho pélvico	Fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, prevenindo a incontinência urinária, facilitando o trabalho de parto e a reabilitação pós-parto

Fonte:

5. Resultados e Discussões

Neste momento estão sendo acompanhadas 18 gestantes, destas, 3 são adolescentes, 10 estão na faixa etária de 20 a 25 anos, e 5 gestantes com 26 anos ou mais. Sendo a idade máxima de 33 anos, fica evidente o grande número de gestantes jovens, que nos permite associar esse fato a ausência de políticas de planejamento familiar mais efetivas no território. Com relação ao período gestacional em qual se enquadram temos: 5 gestantes no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 11 no último trimestre gestacional.

Com relação às principais queixas que as gestantes apresentam pode-se citar, algias nas regiões lombar, porção inferior abdominal e pélvica. Além da presença de edemas nos

pés, câimbras em membros inferiores e apneia, e ainda alguns relatos de incontinência urinária, estes dados corroboram com a maioria dos achados na literatura.

As usuárias apresentam também com bastante frequência, queixas de enjoos durante o primeiro trimestre, azia e constipação durante todo o período gestacional, mas principalmente relatam muitas dúvidas com relação a escolhas alimentares adequadas e sobre a quantidade de alimentos que devem ser ingeridos.

6. Considerações Finais

Dadas às várias mudanças tanto físicas, quanto emocionais e também sociais que envolve todo o processo da gestação, é de suma importância que estas mulheres recebam dos serviços de saúde um acompanhamento humanizado e que seja capaz de abranger todos esses aspectos, a abordagem multiprofissional proporciona um olhar clínico mais preciso, além de transmitir a gestante a sensação de maior acolhimento, preparando-a para abraçar com mais propriedade e segurança esse período tão complexo.

Referências

- ANDRADE, BD; SILVA, ACP; SANTOS, MTM; CAMPOS, TC; LUQUETTI, SCPD; CÂNDIDO, APC; OLIVEIRA, RMS; NEMER, ASAN; NETTO, MPN. Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora, Rev. Med. Minas Gerais 2015; 25(3): 344-352
- BRASIL, Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília – DF, 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.
- BRASIL. Senado Federal. Orientações Nutricionais: da gestação à primeira infância. Brasília – DF, 2015
- BURTI, J.S. *et al* Adaptações fisiológicas no período gestacional. Rev. Fisioterapia Brasil, 2006; 7(5):375-80
- CASTRO, LP. Reflux esophagitis as the cause of heartburn in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1967;98:1-10.
- CORRÊA, ACP; ARANTES, RB; LIMA, AP. Análise da atenção pré-natal no município de Cuiabá – Mato Grosso segundo dados do sisprenatal. Rev Pesq Cuidado Fundam Online .2013 abr-jun;5(2):3740-8. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1993>. Acesso em: maio de 2015

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

FREIRE, T.M.; MACHADO, J.C.; MELO, EV; MELO, D.G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(7):376-81.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids (macronutrients). Washington, DC: National Academic Press, 2005.

LEDUC, A. Drenagem linfática: teoria e prática; tradução Marcos Ikeda; 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2007

MALFATTI C.R.M; ASSUNÇÃO NA; MOURA, R; BURGOS MS; EHLE, LD. Perfil das gestantes cadastradas nas equipes de saúde da família da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3):458-63.

MALDONADO, M. T. P. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.

MELO, A.S.O; ASSUNÇÃO, PL; AMORIM, MMR; CARDOSO, MAA. Determinantes do crescimento fetal e sua repercussão sobre o peso ao nascer. *Femina*. 2008; 36(11):683-9.

MELO, ASO *et al* . Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Revista Brasileira Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 2, jun. 2007.

NOVAES, F.S.; SHIMO, A.K.K.; LOPES, M.H.M. Lombalgia na Gestação. *Rev. Latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, SP, v. 14, n.4, Ju/Ago. 2006

SILVA, LSV. *et al*. Micronutrientes na gestação e lactação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, n. 3, p. 237-244, 2007

SOUZA, E.L.B.L. *Fisioterapia aplicada a obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Médica e Científica LTDA, 547 p. 2007

STEPHENSON, R.G; O'CONNOR, L.J. *Fisioterapia aplicada a ginecologia e obstetrícia*. Editora Manole, 2004

VITTOLO, M.R. Avaliação nutricional da gestante. In: VITTOLO, M. R. (Eds.). *Nutrição da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008, p. 57-65.

WILLIAMS, S. R. *Nutrição durante a gravidez e lactação*. In: WILLIAMS, S. R. *Fundamentos de nutrição e dietoterapia*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

GT 9 – PESQUISAS E PRÁTICAS EM BIOMEDICINA, FARMÁCIA E PROCESSOS
FISIOLÓGICOS

FISIOLOGIA E SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO¹⁴⁸

Eunizete Cabral de Moura¹⁴⁹

Ítalo Vinícius Rodrigues Soares²

Leandra Eufrásio Sousa do Vale²

Midian de Sousa Rosa²

Andreza Dayanne França Freire³

Kalidia Felipe de Lima Costa³

Resumo

Trata-se de um estudo de revisão de literatura que buscou conhecer as publicações científicas sobre as temáticas que envolvem a fisiologia, a enfermagem e a saúde. A busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde e após análise dos critérios de inclusão e exclusão foi definido uma amostra de cinco estudos. Os estudos selecionados abordaram temáticas relacionadas a dor, sono, atividade física, estado nutricional, entre outros. A pesquisa permitiu pensar em diversas questões que envolvem o contexto profissional do enfermeiro e os possíveis temas relacionados a fisiologia e a saúde no campo da enfermagem e saúde.

Palavras-chave: Fisiologia; Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Na Fisiologia humana, nossa preocupação é com as características e os mecanismos específicos do corpo humano que fazem dele um ser vivo. O simples fato de permanecermos vivos está quase fora do nosso próprio controle, pois a fome nos faz procurar alimento e o medo nos faz procurar abrigo. As sensações de frio nos fazem produzir calor, e outras forças fazem com o que busquemos companhia e nos reproduzamos. Dessa forma o ser humano é na realidade um autômato, e o fato de sermos sensíveis, termos sentimentos e conhecimento é parte dessa sequência automática da vida; esses atributos especiais nos permitem existir sob condições extremamente variáveis que, de outra forma, tornariam a vida impossível (GUYTON e HALL, 1998).

¹⁴⁸ Artigo de revisão produzido na disciplina Introdução à Produção do Conhecimento Científico, ministrada no 2º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

¹⁴⁹ Discentes do 2º período do curso de Enfermagem da FACENE/RN.

Através da fisiologia, é possível que os profissionais de saúde médicos, enfermeiros e outros profissionais desta área, possam conhecer a fisiologia do corpo humano e através desse conhecimento identificar problemas de saúde e então informar ao paciente a possível cura ou tratamento para aquele ou qualquer outro problema relacionado ao corpo.

OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura abordando a produção científica sobre a fisiologia e a saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão bibliográfica que, segundo Gil (2010, pág. 50) corresponde uma pesquisa “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

A busca dos artigos foi realizada na base de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) utilizando as palavras Fisiologia, Saúde e Enfermagem. A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2016.

A seleção dos artigos foi realizada a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão, utilizou-se: artigos originais ou de pesquisa, em português, que estejam em formato completo e disponíveis online, publicados no período de 2010 à 2015 e que abordem a temática do estudo. Como critérios de exclusão: artigos de revisão em formato incompletos, que não estejam disponíveis online, anteriores a 2010 e que não abordem a temática do estudo.

RESULTADOS

Com as palavras Fisiologia, Saúde e Enfermagem, foram encontradas 2.104 produções. Após filtrar de acordo com os critérios de Inclusão e exclusão, restaram 54 artigos em português e destes, apenas 31 com texto completo. Destes foram retirados 5 artigos entre os anos 2010 e 2015.

As informações obtidas na revisão dos artigos foram descritas nos quadros 1 e 2. No Quadro 1, levou-se em conta o ano de publicação dos artigos, título do artigo, autores e nome da revista ou periódico onde os mesmos foram publicados.

Quadro 1. Identificação dos artigos incluídos na revisão narrativa

ANO DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	NOME DO PERIÓDICO/REVISTA
2010	1. Aspiração traqueal e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado.	Marcelle C. Araújo Maria Aparecida de L. Nascimento Marialda M. Christoffel Joice Cristina P. Antunes Aline Verônica de O. Gomes	Ciência, cuidado e saúde.
2013	2. Análise das funções cognitivas e sono da equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno.	Beatriz de Oliveira Milva Maria F. Martino	Revista Gaúcha de Enfermagem
2014	3. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco.	Cícero Beto Freire Ricardo Freitas Dias Paulo Adriano Schwingel Eduardo Eriko T. de França	Revista Brasileira de enfermagem

		Flávio Maciel D. de Andrade Emília Chagas Costa	
2015	4. Crescimento de lactentes atendidos na consulta de enfermagem em puericultura.	Grazielle Cavalcante de S. carneiro Lívia Maria C. de Moraes	Revista Gaúcha de Enfermagem
2015	5. Cochilos durante o trabalho noturno em equipes de enfermagem: possíveis benefícios à saúde dos trabalhadores.	Aline Silva Costa Lúcia Rotenberg Rosane Härter Griep Frida Marina Fischer	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Após a identificação dos estudos coletados serão descritas as informações necessárias para compreensão da temática e da abordagem de cada estudo. Para isso, foi extraído de cada artigo os objetivos do estudo, os termos e expressões referentes a fisiologia e saúde e os principais resultados de cada um.

Quadro 2. Principais informações referentes aos artigos revisados

ARTIGO	OBJETIVO	TERMOS E EXPRESSÕES RELACIONADAS A FISIOLOGIA E A SAÚDE	PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO
1º	Este estudo teve como objetivo	Recém-nascido prematuro. Cuidados	Os resultados indicaram que os RNs apresentavam dor durante o

	<p>avaliar a presença da dor nos RNs pré-termo submetidos à aspiração da cânula orotraqueal a partir da escala do perfil de dor do prematuro (PIPP).</p>	<p>de enfermagem. Dor. Terapia intensiva neonatal.</p>	<p>procedimento de aspiração da cânula orotraqueal, identificada a partir de reações comportamentais e fisiológicas como testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial aprofundado, alteração da frequência cardíaca e da saturação de oxigênio. Em apenas 20% dos procedimentos os enfermeiros utilizaram medidas não farmacológicas para o alívio da dor. Durante esse procedimento os profissionais de saúde devem ser capazes de decodificar a dor compreendendo a sua fisiologia e os métodos de avaliação, para que possam promover ações em seu cuidar que minimizem sua ocorrência e seus efeitos a longo prazo nos RNs.</p>
2°	<p>Este artigo teve como objetivo analisar a memória de curto prazo, a atenção e o padrão do sono na equipe de enfermagem nos turnos diurnos e noturnos.</p>	<p>Sono. Memória. Atenção. Trabalho em turnos. Enfermagem</p>	<p>Os resultados para a medida da qualidade do sono dos sujeitos do turno noturno apresentou diferença significativa ($p < 0,0001$) ANOVA. Os sujeitos do turno diurno tiveram melhor desempenho no Subteste de Digit Symbol, com diferença significativa ($p = 0,0008$), pelo teste Mann-Whitney.</p>
3°	<p>o objetivo deste estudo foi</p>	<p>Atividade Física. Estresse Profissional.</p>	<p>Resultados: estavam ativos 50,85% de 59 profissionais, sendo os</p>

	avaliar o nível de atividade física (NAF) e a qualidade de vida (QV) dos profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	Humanização da Assistência Hospitalar. Qualidade de Vida. Sedentarismo. Unidade de Terapia Intensiva.	técnicos de enfermagem considerados os mais ativos (60,6%). A QV dos profissionais ativos foi melhor quando comparados aos inativos, com diferenças estatísticas para os domínios limitação por aspectos físicos, aspecto social e saúde mental. A jornada de trabalho estava acima do recomendado, sendo a dos médicos maiores que as dos fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem ($p = 0,04$).
4°	Estudo que objetivou descrever o crescimento durante a introdução da alimentação complementar em lactentes atendidos na consulta de Enfermagem em puericultura.	Suplementação complementar. Estado nutricional. Lactente. Crescimento. Enfermagem pediátrica.	Verificou-se que 33% das crianças introduziram a alimentação complementar aos seis meses. Dessas, 88,2%, 69,2% e 57,1% apresentaram as curvas de peso por idade ascendentes, e 88,2%, 66,7% e 71,4% tiveram curvas de comprimento por idade ascendentes aos seis, sete e oito meses, respectivamente. Crianças com introdução correta da alimentação complementar apresentaram curvas de crescimento ascendentes e estado nutricional adequado.
5°	Caracterizar o cochilo durante plantões noturnos em	Enfermagem. Sono. Trabalho noturno. Saúde.	87% das participantes cochilaram todas as noites de trabalho, com duração média de 136 (DP = 39,8) minutos. Maior duração do cochilo

	termos da duração, eficiência, alocação e qualidade entre trabalhadores de enfermagem.		foi encontrada entre as que cochilaram entre 00h00min-03h00min, quando comparadas àquelas que cochilaram entre 03h00min-06h00min. A eficiência do sono no trabalho foi semelhante a do sono noturno em casa na folga.
--	--	--	---

CONCLUSÃO

A presente investigação permitiu visualizar estudos que contemplam pesquisas sobre assuntos que envolvem fisiologia e saúde. No qual, percebemos as inquietações dos pesquisadores diante de assuntos relacionados a problemas de saúde, as atividades humanas e suas implicações para o funcionamento do corpo.

O que ficou claro, nesse estudo, foi que a pesquisa na área da enfermagem é primordial para sanar e responder questões que envolvem o trabalho do enfermeiro, a qualidade de vida desses profissionais e da população no geral.

Desse modo, essa pesquisa inicial, nos fez pensar em diversas questões que envolvem o contexto profissional do enfermeiro e as possíveis temas relacionados a fisiologia e a saúde no campo da enfermagem.

REFERÊNCIAS

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUYTON, Arthur C. e HALL, John E. Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2008.

“DESENVOLVIMENTO DE UM BIOCSENSOR PARA PRÁTICAS CLÍNICAS EM DECORRÊNCIA DO AVCI E DOENÇAS CORONARIANAS POR PROTEÍNA C REATIVA E TESTES IMUNOTUÉDRICO.”

Milla Siqueira RAYANE¹⁵⁰

Oscar Inacio de Mendonça BISNETO¹⁵¹

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente conhecido como derrame, é uma das principais causas de morte e de sequelas no mundo e no Brasil. A doença cerebrovascular atinge 16 milhões de pessoas ao redor do globo a cada ano. Dessas, seis milhões morrem. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de medidas urgentes para a prevenção e tratamento da doença. O seguinte projeto teve como objetivo propor uma alternativa para conter e amenizar o número de mortes causado pelo AVCI e doenças cardiovasculares. Foi realizado um estudo bibliográfico sobre o assunto, em seguida o grupo elaborou um plano de trabalho que foi utilizado na pesquisa. O objetivo deste estudo é identificar mutações deletérias nos coágulos de sangue humano. Mais especificamente, neste estudo vamos utilizar a PCR como um exemplo e focado na codificação de (Anti PCR) que afetam um dos quatros domínios funcionais da (PCR). A (PCR) é responsável por 65% dos AVCI (AVC ISQUÉMICOS). Estudos Anteriores sugerem que as mutações tais como (PCR) e (Anti PCR) poderia interromper as funções da proteína e levar a risco elevado de AVCI. A partir de relatos e pesquisas, podemos perceber que o AVCI e doenças coronarianas são as principais causas de morte em nossa comunidade, com esta realidade surgiu a ideia de desenvolver um biossensor que pudesse detectar o AVCI e doenças coronarianas antes dos seus sintomas através de materiais eletrônicos. Foram utilizados para a confecção desta pesquisa, 33 artigos – entre artigos originais e revisão – e dois livros. Na primeira parte dos resultados foi mostrada que o biossensor desenvolvido teve resultados inferiores aos exames convencionais existentes, após ajustes e estudos o biossensor teve resultados satisfatórios comparados aos parâmetros existentes na atualidade.

Palavras chave: Acidente Vascular Cerebral. Isquemia Miocárdica. Diagnóstico diferencial.

INTRODUÇÃO

¹⁵⁰Oscar Inacio De Mendonça BISNETO (Rua dos poetas, 415. 084-99867-4886 - oscarnetoneto3@gmail.com.)
Discente do 1º período do curso de Biomedicina na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró

¹⁵¹ Milla Rayane SIQUEIRA (Rua Lourival Caetano, 823 – 084-99642-5352 – millasiqueira123@hotmail.com)
Discente do 1º período do curso de Biomedicina na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como um déficit neurológico de instalação súbita, não convulsiva e focal persistente por mais de 24 horas (FOLKES et al., 1988). Acidente vascular cerebral (AVC), ou ainda acidente vascular encefálico (AVE), pode ser definido como disfunção cerebral focal de início agudo e duração superior a 24 horas levando à morte, sem causa aparente que não de origem vascular (Gomes, 1998). No mundo, segundo a OMS, é a segunda causa mais comum de morte em países de média e alta renda, e, segundo o DATASUS, a principal causa de morte no Brasil. Atualmente se tem conhecimento de vários fatores de risco para AVC, dentre eles os fatores modificáveis e os não modificáveis. Os principais fatores em cada categoria são: 1. Modificáveis - hipertensão, principal fator de risco no Brasil; um estudo mostrou que 85% dos pacientes com AVC são hipertensos (Charles, 2000), diabetes mellitus, importante fator de risco, principalmente para infarto cerebral aterotromboembólico (Charles, 2000), fumo tem efeito sinérgico ao da hipertensão e do diabetes e efeito causal direto na aterosclerose, fibrilação atrial (FA), risco aumentado de quatro a cinco vezes; 2. não modificáveis: raça e fatores socioeconômicos, é difícil dimensionar a influência individual de cada um desses dois fatores, embora tenha-se visto que, tanto incidência, quanto mortalidade por AVC, foram maiores em negros, do que em brancos e em pessoas com história familiar, principalmente para hemorragia subaracnóidea (Charles, 2000). O AVC pode ser categorizado em dois grandes grupos: atóxico- isquêmicos (AVCi) - resultado da falência vascular para suprir adequadamente o tecido cerebral com oxigênio e substratos - e hemorrágicos (AVCh) - resultado do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central (Charles, 2000). No Brasil, estudo realizado numa população de idosos mostrou que 62,2% dos AVC foram isquêmicos, 9,8% hemorrágicos, e 28% não especificado (Pereira, 2009). Num outro estudo, realizado com pacientes atendidos consecutivamente num Hospital de emergência, mostrou que 74,7% dos pacientes tiveram AVCi, e 25,3%, AVCh (Martins, 2007). Nos Estados Unidos, 87% dos AVC são isquêmicos ou de causas não definidas, e os 13% restantes, são hemorrágicos (Yew, 2009). Os AVCi se devem a uma diminuição ou bloqueio completo do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em dano cerebral (Caplan, 2009). Várias são as causas possíveis de desenvolvimento de um AVCi, e se costuma classificar isquemia cerebral em três principais subtipos, cujo tratamento e desfecho são diferentes, a saber: trombose, que de forma geral se refere a uma obstrução arterial local gerada in situ, como aterosclerose; embolismo, refere-se a uma obstrução arterial local gerada à distância, como um trombo gerado no coração de um paciente com Fibrilação atrial e hipoperfusão sistêmica (Caplan, 2012). A trombose pode ser devida à obstrução de grandes

vasos, podendo ser extracranial, como uma aterosclerose na carótida interna ou intracranial. A obstrução de pequenos vasos intracraniais pode se dar por dois mecanismos: lipohialinose (principalmente em pacientes hipertensos) e degeneração fibrinóide; ou formação de ateroma na origem arterial, ou na artéria que a origina (Caplan, 2012). Pesquisas apontam que o maior causador de AVC isquêmico é causado pela PCR (Proteína C Reativa). A proteína C reativa é uma proteína de fase aguda, liberada em processos inflamatórios. Estudos epidemiológicos demonstraram associação entre o risco de eventos cardiovasculares e concentrações crescentes da PCR [5 - 7]. A PCR está sendo considerada como marcador padrão-ouro para inflamação e para doenças cardiovasculares. Evidências indicam que a aterosclerose é uma doença inflamatória imune-mediada [8]. A associação da PCR às síndromes coronarianas consiste em sua função no desenvolvimento de processos inflamatórios na aterosclerose, como: indução da expressão de moléculas de adesão, redução da produção de óxido nítrico pelas células endoteliais [9] e aumento da captura de lipoproteína de baixa densidade (LDL) pelos macrófagos [7], fatores que contribuem para o desenvolvimento e progressão da placa aterosclerótica. Observa-se a possibilidade de estratificação de categorias de risco cardiovascular, de acordo com a concentração detectada de PCR (Figura 1). Concentrações abaixo de 1 mg/L são associadas a baixo risco, entre 1 e 3 mg/L são indicativas de risco moderado e acima de 3 mg/L demonstram alto risco. Valores acima de 10 mg/L são considerados sugestivos de alterações e possível resposta de fase aguda [7, 10].

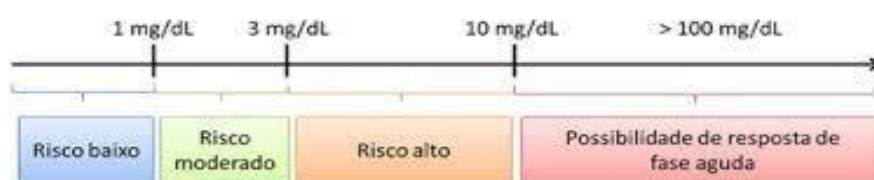


Figura 1. Fonte: Sociedade Brasileira das Doenças Cerebrovasculares.

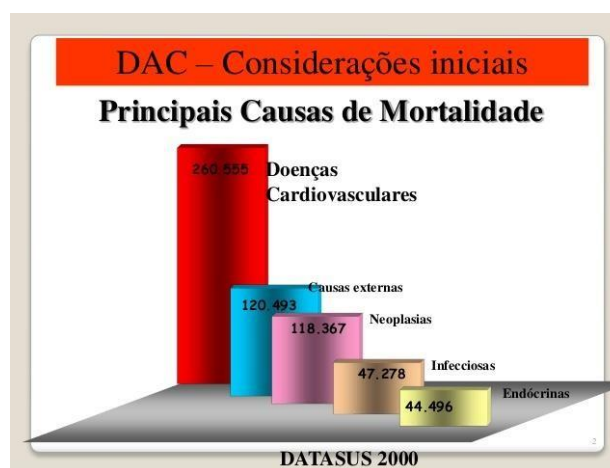


Gráfico 1 – Estatísticas Nacionais: óbitos por cardiopatias. Fonte: DATASUS 2000

A ideia do projeto veio a partir de uma entrevista do jornal local do estado do Pará

(<http://g1.globo.com/pa/para/>). Percebemos o grande problema que acontecia em nossa comunidade causada pelo AVCi e doenças Coronárias. O projeto teve início no mês de Fevereiro, pesquisas e depoimentos, nos motivaram a criar o biossensor que poderá salvar vidas em todo o planeta.

OBJETIVO

O diagnóstico precoce de AVCi e doenças coronarianas tem importância fundamental no desfecho e no tratamento do paciente. O objetivo principal deste estudo é o desenvolvimento de um biossensor para a detecção do AVC, onde a análise qualitativa seja observados a olho nu, baixo custo no desenvolvimento da nova técnica, e que os resultados sejam mais rápidos comparados aos diagnósticos existentes hoje.

METODOLOGIA

Para a confecção do biossensor, foram utilizados 3 principais ferramentas; Impressora 3d - Eletrodo de Ouro – Ressonância magnética de plasma de superfície. A quantificação da proteína C reativa foi realizada por teste imunoturbidimétrico, com concentração de 224 µg. ml⁻¹ para o paciente positivo, acometido por infarto do miocárdio, com alteração de PCR e concentração de 5 µg.ml⁻¹ para o paciente negativo, sem alterações relacionadas à síndrome coronariana isquêmica. Foram utilizados 100 microlitros de anticorpo (anti PCR) e 100 microlitros de antígeno (soro de pacientes acometidos por infarto do miocárdio). Utilizou-se solução de caseína para bloquear a superfície de ouro e as lavagens foram realizadas com tampão fosfato entre as fases de imobilização, bloqueio da superfície e adição de soro. Foi confeccionado um biossensor, feito sobre a superfície do eletrodo de ouro em eletro analítico onde o mesmo oferece grandes vantagens em função de suas propriedades, como por exemplo, a possibilidade de se obter uma estrutura molecular ordenada especificamente orientada, faz com que seja possível otimizar processos de complexação e/ou transferência de elétrons que são fundamentais no desenvolvimento de sensores químicos. O eletrodo de ouro em contato com a PCR passa para o biossensor a sensibilidade de detectar altas quantidades da proteína em sangue. E sobre a ressonância do plasma da superfície que é basicamente: uma técnica de que baseia-se nas propriedades ópticas e pode ser empregada para estudos de fenômenos de superfície, monitorando a

medida da mudança do índice de refração devido, por exemplo, a ligação de uma camada orgânica à superfície do metal. O efeito de ressonância de plasma de superfície é uma oscilação da densidade de carga longitudinal, ao longo da interface de dois meios com constantes dielétricas de sinais opostos, onde um é metal e outro, um dielétrico. A escolha do metal a ser usado é crítica, pois o metal deve exibir comportamento de elétrons livres. Os metais mais adequados são prata, ouro, cobre e alumínio, dentre os quais a prata e o ouro são os mais empregados. O princípio de desenvolvimento do sensor a partir da SPR envolve um feixe luminoso que atravessa um prisma e alcança uma superfície de ouro, de forma a excitar os plasmons de superfície. As alterações nas proximidades da interface metal/ambiente proporcionam nas condições de ressonância do sistema, sendo assim, ocorre um deslocamento no ângulo. As propriedades ópticas do sistema, como as constantes dielétricas do metal, do prisma e da matriz, provocam mudanças no ângulo de ressonância, o que possibilita o monitoramento de alterações na superfície do sensor, a partir do acompanhamento do ângulo de ressonância em função do tempo. Sendo assim, o monitoramento do índice de refração nas proximidades da superfície do sensor torna possível a aplicação da técnica de SPR para obter informações em tempo real. Além disso, é possível monitorar a refletividade em função da variação do comprimento de onda. O biosensor foi desenvolvido sobre a superfície do eletrodo de ouro.

Fase 1: Purificação

Coleta de amostra de sangue uma amostra de 5 mililitros de sangue é colhida do paciente. Em seguida, vem à purificação do material coletado que é isolada a proteína presente no sangue.

Fase 2: Leitura do Biossensor

Leitor de reação eletroquímica. Uma gota da amostra processada é colocada no biossensor, que é inserido em um leitor de reação eletroquímica, similar ao usado atualmente em testes de glicose.

Fase 3: Análise e resultados

O biossensor informa se a amostra está em quantidades suficiente, se a proteína está adequadamente purificada para ser analisado e, por fim, faz o teste e aponta se o paciente

tem ou não risco de desenvolver um AVCI.



Figura 4. Fonte: PsMania

3.3 Locais de realização dos testes

A realização dos testes foi em laboratórios da UFRN (Biotecnologia). A escolha para a realização dos testes foi o laboratório de Biotecnologia do Professor Rodrigo Juliane Siqueira (Orientador).

3.4 Procedimentos adotados para realização dos testes e coleta de dados.

A seguir são destacados os procedimentos para os referidos testes em função da aplicação do estudo.

- Comparecer ao laboratório e definir os métodos a ser seguidos.
- Com os aparelhos disponíveis e locais definidos, realizar medidas para acoplamento do biossensor e verificar a sua interligação.
- No total devem ser realizados 25 testes com o biossensor. Todos os valores devem ser anotados em planilha e os resultados devem ser digitados em planilha no Excel posteriormente para análise dos dados.
- Durante a realização dos testes, todos os envolvidos na pesquisa devem utilizar câmeras ou celulares para fotografar os resultados.
- Após a realização dos testes, devem ser realizadas análises matemáticas e estatísticas dos dados coletados.

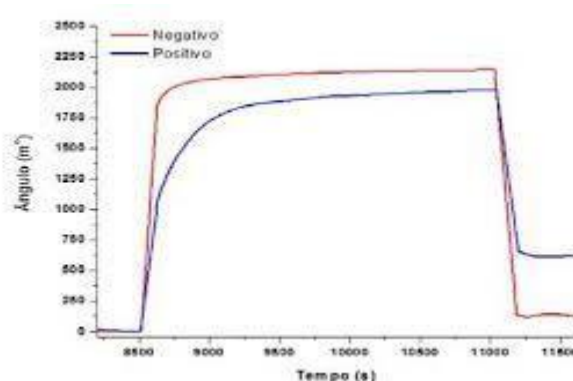
3.3 Delimitações do Estudo

Esta pesquisa na área de Engenharia Biomédica, está voltada para a busca de recursos instrumentais simples e eficientes capazes de ajudar a comunidade em questão do AVC. Prioriza-se pelo desenvolvimento de um biossensor capaz de detectar doenças cerebrovasculares e cardiovasculares em específico o AVCI (Acidente Vascular Cerebral

Isquêmico) antes dos sintomas. Neste sentido, a metodologia da pesquisa permite medir a quantidade de (PCR) presente no sangue e diagnosticar um futuro AVCI e cardiopatias.

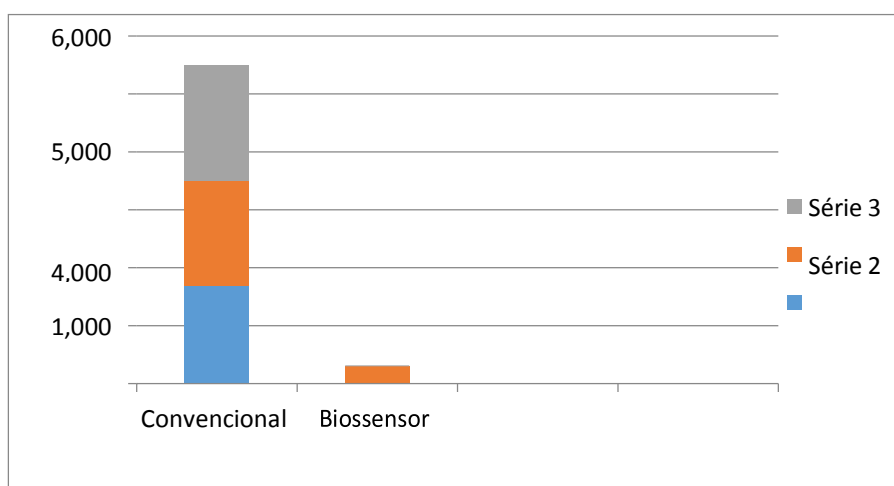
RESULTADOS

O resultado obtido nos testes de SPR apresentados na figura 9 demonstra que houve discriminação angular entre os soros positivos e negativos, o valor angular do paciente positivo foi de 657,42 m° e do paciente negativo foi de 130,16 m°. O desenvolvimento do sensor para a detecção do AVC através da PCR é relevante para práticas clínicas. O sensor de teve resultados relevantes comparados aos diagnósticos existentes hoje, pois ele é 1.700



vezes mais barato, 000,1% taxa de falsos negativos, fácil de manusear, sensível, resultados em 15 minutos (3.590 vezes mais rápidos que os exames existentes hoje) , decisão precoce do tratamento necessário

Figura 9: Discriminação dos soros positivo e negativo para proteína C reativa.



Comparação de valores dos diagnósticos. Fonte: Pessoal

Para validar o sistema, testes em triplicatas foram realizados para cada tipo de soro positivo e negativo, conforme demonstrado na Figura 5. As médias e desvios padrões dos valores angulares dos soros testados de pacientes foram: $690,59 \pm 82,92$ mo para o paciente positivo e $111,55 \pm 58,06$ mo para o paciente negativo.

CONCLUSÃO

O Avci e doenças cardíacas, como uma das mais importantes causas de morbimortalidade no mundo, tem sido extensamente estudado e debatido, tem sido produzido quantidade de material científico ao seu respeito, nas últimas décadas. Apesar dos avanços, algumas questões, principalmente as relacionados com o tratamento de AVCI devem ser revistas. A partir do biossensor, o diagnóstico das doenças passaram a ser mais rápidas, baratas, sensível e baixos níveis de falsos negativos, ajudando a comunidade a tomar medidas de tratamento antes dos seus sintomas, com isso o índice de óbitos causado pelo AVCI e por doenças coronarianas irá diminuir poupando assim várias vidas.

REFERÊNCIAS

- E, Zipes DP, Libby P. Tratado de Medicina Cardiovascular. 6 ed., 1. São Paulo: Roca, 2003.
- Pereira, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama et al . Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009
- Martins Jr, Antonio N.N. et al . Frequency of stroke types at an emergency hospital in Natal, Brazil. Arq. Neuro-Psiquiatr. São Paulo, v. 65, n. 4b, Dez. 2007.
- Yew, Kenneth S, Cheng, Eric. Acute Stroke Diagnosis American Family Physician www.aafp.org/afp v 80, n 1: 33-40, Julho 2009.
- Gomes, Marleide Da Mota et al . Emergency physician's diagnosis of stroke subtype: an accuracy study. Arq. Neuro-Psiquiatr. São Paulo, v. 56, n. 3B, Sept. 1998.
- Caplan LR. Basic pathology, anatomy, and pathophysiology of stroke. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach, 4th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.22.
- Caplan, Louis R., et al. Etiology and classification of stroke. Uptodate – Dezembro de 2012.

Sociedade Brasileira De Doencas Cerebrovasculares (SBDC). Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Arq. NeuroPsiquiatr, São Paulo, v. 59, n. 4, Dec. 2001

Martins, SCO et al . Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 70, n. 11, Nov. 2012.

Lutsep, Helmi L.. Current Status of Hemorrhagic Stroke and Acute Nonthrombolytic Ischemic Stroke Treatment. Stroke. 2004 Nov; 35 (11 Suppl 1):2746-7.

Hand, Peter J., et al. Distinguishing Between Stroke and Mimic at the Bedside - The Brain Attack Study. Stroke. 2006;37:769-775

APLICABILIDADES NA ÁREA DA FARMÁCIA VETERINÁRIA

Francisco Francélio dos Santos SILVA¹⁵²

Brenda Aparecida Morais FILGUEIRA²

Milena de Souza PRAXEDES²

Andreza Rochelle do Vale MORAIS³

RESUMO

Entre as diversas áreas de atuação do farmacêutico, a farmácia veterinária vem ganhando espaço na atualidade. Desde que os animais passaram a ser domesticados e tratados como “membros da família”, foi então que se percebeu a necessidade de cada vez mais cuidados para com o animal. Diante disso esse Artigo foi baseado em revisões de literaturas, pesquisas de artigos acadêmicos, e sites de busca. Os produtos destinados ao animal vão desde materiais de higiene e beleza até medicamentos complexos para enfermidades. E apesar do destaque que a área farmacêutica veterinária recebe a carência de profissional ainda é muito grande. Os animais, assim como os seres humanos, também sofrem de várias patologias, eles têm doenças de pele, de pêlos, infecções e outras doenças bem semelhantes às do homem, e para proporcionar a cura, o profissional mais indicado para o cargo é o farmacêutico voltado para a veterinária. Este profissional deverá aprofundar os estudos na animália, uma vez que o organismo e a doença do animal diferem dos humanos. O hospital veterinário possui as mesmas necessidades quanto ao controle de estoque, manipulação do medicamento e preparação de doses individuais. O farmacêutico que atua na farmácia veterinária tem o dever de, não muito diferente do farmacêutico hospitalar, manipular o medicamento e indicar a dosagem certa para cada tipo de indivíduo, só que desta vez os receptores são animais de variadas espécies. A prescrição dos medicamentos só deve ser realizada após o diagnóstico preciso da enfermidade que acomete o animal, para que não seja feito o uso irracional medicamentoso, trazendo riscos que comprometem a saúde do mesmo no futuro, sendo assim, a necessidade de um profissional habilitado é indispensável.

PALAVRAS-CHAVE: Farmácia, farmacêuticos, animais.

INTRODUÇÃO

Para o desenvolvimento do artigo, com o tema Aplicabilidades na Área da Farmácia Veterinária, primeiramente expomos os principais percursores da farmacologia, como Dióscórides, Galeno e Samuel Hahnemann, e suas contribuições nesse meio. O estudo proposto relata a importância dos profissionais farmacêuticos veterinários, explicando que há

¹⁵² Graduandos do 1º período do curso de Farmácia da FACENE/RN

Email: brendamoraisf@hotmail.com; francelio25@gmail.com; milepraxedes@gmail.com

Cel: 84 999843395; 88 993316649; 84 998805509

² Graduandos do 1º período do curso de Farmácia da FACENE/RN

a necessidade da existência do mesmo pela falta de medicamentos apropriados para o animal “A falta de formas farmacêuticas veterinárias adequadas para cada espécie, principalmente nos animais de companhia obrigam a uma maior utilização de medicamentos humanos”. (BARBOSA, 2010, p. 54); teoria baseada em Barbosa, 2010, como um dos desafios da farmácia veterinária. Foi exposto também as legislações referente à essa profissão, para que se tenha a compreensão de como deve ser a ética e a segurança do profissional atuando. Ao decorrer do referencial teórico, exibiremos o conceito, histórico e aplicabilidades dessa área.

METODOLOGIA

O artigo trata-se de uma revisão de literatura, onde descreverá o conteúdo abordado como requisito da disciplina de Introdução à Farmácia.

Foram utilizados as bases de dados do SCIELO e descritores como: Farmácia, farmacêuticos, animais. Como critérios de inclusão foram usados artigos na língua portuguesa que abordassem o assunto e não desviasse da ideia proposta. E como critérios de exclusão: artigos publicados na língua inglesa e que não fossem condizentes com o tema.

Após a leitura de diversos trabalhos acadêmicos, o artigo mais utilizado foi Manipulação De Produtos Veterinários: Aplicabilidade, Legislação E Atuação Dos Profissionais Da Saúde, dos autores Marielle Camargos Dias e Roberto Carlos Rocha de Moura, devido estra dentro dos critérios de inclusão e exclusão.

REFERENCIAL TEÓRICO

A farmacologia como outras áreas possuem seus conhecimentos através dos primórdios da humanidade. No entanto pode-se dizer que a farmacologia teve início a partir:

- Papiro de Ébers: menciona substancias químicas usadas pela antiga civilização egípcia como, por exemplo, metais pesados e extratos de plantas.
- Dioscórides: escreveu uma obra com mais de 600 plantas medicinais.
- Galeno: considerado o pai da farmácia escreveu mais de 400 tratados de medicina com o uso de extratos de plantas e outros produtos naturais.
- Paracelso: foi o primeiro a combater o galinismo, em que introduziu novos medicamentos.
- Samuel Hahnemann: médico criador da homeopatia.

Então, a descoberta do papiro de Kahoun no Egito, no ano de 1980, relata fatos de curas de animais há 4000 a.C. destacando diagnósticos, sintomas e tratamentos para várias patologias em espécies animais.

“É evidente que o uso racional dos medicamentos, que é o objetivo da farmacologia aplicada, só pode ser conseguido com o diagnóstico preciso da enfermidade que acomete o animal. Neste contexto, os conhecimentos de farmacologia fundamentam o tratamento medicamentoso a ser instituído, otimizando os seus efeitos. O conhecimento tanto qualitativo como quantitativo da ação (local de ação – receptor) do medicamento e também do efeito (consequência da atuação no local de ação) no organismo animal fundamenta a indicação da posologia.” (SPINOZA et al, 2011, p. 4)

Segundo o autor o uso da farmacologia só é ocasionado de forma adequada devido um diagnóstico clínico realizado pelo profissional veterinário para descobrir a patologia que está causando problemas ao animal. Todavia, com a descoberta da patologia fica mais fácil para o profissional o medicamento correto para tratar a doença. (SPINOZA et al, 2011, p. 4)

OS DESAFIOS DA FARMÁCIA VETERINÁRIA

A farmácia veterinária visa produtos e medicamentos para animais de mesma espécie ou para espécies diferentes visando o bem-estar e amenizando suas dores. Os medicamentos utilizados para tratar tais patologias devem obedecer às doses e formas farmacêuticas para melhores resultados.

Além disso, as doenças que acometem os animais são semelhantes com as dos humanos, menos para os reptéis e anfíbios que possuem organismos diferentes e precisam do meio externo para aquecer o corpo, já os mamíferos são mais semelhantes porque não necessitam dessas fontes. No entanto ambas possuem doenças em comum tais como obesidade, pneumonia, hipertensão, diarreia, problemas cardiovasculares, cânceres, infecções etc.

A falta de farmacêuticos nessa área é decorrente por não existir muitas farmácias veterinárias no Brasil, e por haver pouca exploração e conhecimento desse mercado entre os profissionais. No entanto já podemos notar um crescimento e interesse dos empresários em investimentos para mesma, tendo como uma base o alto índice de animais domésticos e pela preocupação dos donos com o cuidado em alimentação, saúde etc.

A farmacodinâmica está diretamente ligada às características anatômicas e fisiológicas dos animais. Essas características variam não só entre iguais espécies, apesar de minimizada,

mas principalmente e com maior intensidade entre espécies diferentes e até mesmo raças. Isso nos leva a concluir que as doses e formas farmacêuticas a serem utilizadas variam de acordo com essas peculiaridades (BARBOSA, 2010).

O profissional médico veterinário encontra dificuldades em encontrar medicamentos específicos para animais, pois existem poucas amostras e acaba prescrevendo medicamentos de uso humanos. “A falta de formas farmacêuticas veterinárias adequadas para cada espécie, principalmente nos animais de companhia obrigam a uma maior utilização de medicamentos humanos”. (BARBOSA, 2010, p. 54).

Como foi dito, não existem muitos medicamentos adequados para combater as patologias dos animais, acarretando o profissional médico veterinário a usar medicamentos usados para realizar os tratamentos. É importante ressaltar que é necessário incentivo em pesquisas de medicamentos de acordo com a espécie estudada, ou seja, um medicamento em humano pode gerar problemas em um animal.

Com os diversos avanços da tecnologia juntamente com a medicina, os animais merecem.

Outra situação em que as farmácias veterinárias se tornam uma opção vantajosa é quando o medicamento necessitado não existe no mercado ou não está disponível. Isso pode acontecer, por exemplo, quando uma Indústria farmacêutica deixa de produzir o produto ou a dosagem necessária. Nesse caso, a farmácia de manipulação poderá atender a prescrição evitando a interrupção do tratamento o que poderia ser grave para o paciente (ANFARMAG, 2012)

está prejudicada pela falta de investimento no desenvolvimento de medicamentos destinados ao uso próprio em animais.

LEGISLAÇÃO

O Decreto 5053 de 2004 regulamenta o Decreto-lei 467/69. Esse decreto aprova o Regulamento de Fiscalização de Produtos de Uso Veterinário e dos Estabelecimentos que os Fabriquem ou Comerciem, incluindo os de manipulação (BRASIL, 2004)

Artigo 4º - É competência do farmacêutico que atua na fabricação de produto veterinário de natureza farmacêutica:

4.1) Seguir e manter, nos termos estabelecidos, as BPF e manter sempre atualizados os Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e a documentação de produção que garanta que a fabricação de produtos esteja dentro dos padrões de qualidade requeridos.

4.2) Avaliar toda a infraestrutura industrial e promover por meio de treinamentos os ajustes necessários à adequação de instalações e equipamentos, ajustar os serviços, avaliar e implantar a correta utilização dos materiais, recipientes e dos rótulos, e ainda avaliar o correto armazenamento e transporte dos produtos veterinários de natureza farmacêutica.

4.3) Adotar os procedimentos adequados de sanitização e limpeza em todas as fases da produção.

4.4) Investigar, identificar as causas e corrigir, qualquer indício de desvio da qualidade do produto.

4.5) Assegurar que a fabricação dos produtos seja efetuada em conformidade com os registros dos mesmos perante o órgão sanitário competente.

4.6) Definir as responsabilidades de seus subordinados, conferindo-lhes a autoridade necessária para o correto desempenho de suas funções, conforme organograma.

4.7) Monitorar o programa de calibração e verificação periódica de instrumentos e equipamentos.

4.8) Participar, juntamente com o setor de garantia da qualidade, das seguintes etapas da qualificação de equipamentos:

- elaboração dos requerimentos do usuário;
- especificações de projeto e funcionais;
- Qualificação de Projeto (QP);
- Qualificação de Instalação (QI);
- Qualificação de Operação (QO);
- Qualificação de Desempenho (QD).

4.9) Participar, juntamente com o setor de garantia da qualidade, das validações de limpeza, de processo e de sistemas computadorizados.

4.10) Adotar, juntamente com o setor de garantia da qualidade, as seguintes providências:

- aprovar e monitorar os fornecedores de materiais, prestadores de serviços e os fabricantes contratados;
- especificar e monitorar as condições de armazenamento de materiais e produtos;
- arquivar os documentos e registros obtidos;
- Inspeccionar, investigar e acompanhar todas as etapas de fabricação, para o cumprimento BPF.

- 4.11) Promover o treinamento sistemático de seus colaboradores, visando à correta aplicação das BPF.
- 4.12) Fazer cumprir rígida conduta de higiene pessoal e encaminhar ao setor competente todo e qualquer empregado/servidor envolvido nas atividades, com enfermidade, que possa colocar em risco a qualidade do produto.
- 4.13) Avaliar as instalações industriais quanto à localização, projeto, construção e adequação das atividades industriais desenvolvidas, visando a melhor limpeza e manutenção, evitando a possibilidade de contaminação-cruzada e a correta utilização das áreas, considerando o tipo de produtos e suas características sensibilizantes.
- 4.14) Obedecer as condições dos materiais quanto ao status de quarentena, aprovado ou rejeitado, como também a ordem de entrada e vencimento dos materiais.
- 4.15) Efetuar a guarda de todos os produtos em condições de semi elaborados, como também o fluxo dos materiais em toda a área produtiva.
- 4.16) Assumir a responsabilidade pelo correto preenchimento de toda a documentação de fabricação, garantindo assim a sua reconciliação e rastreabilidade de lotes.
- 4.17) Responder pela checagem de todos os materiais utilizados na produção de um lote, baseado na fórmula-mestra / fórmula padrão, conferindo a quantidade de cada um deles; fazer toda a reconciliação dos materiais em cada fase do processo e calcular o rendimento final do processo, acusando os desvios em relação ao teórico e quais as explicações para a ocorrência dos mesmos. Por fim, elaborar os relatórios de desvios de qualidade com justificativa para os mesmos.
- 4.18) Auxiliar na qualificação de fornecedores de matérias primas, materiais de embalagem necessários para a produção de medicamentos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização do trabalho proposto, foi analisada toda a importância da farmácia veterinária no o descobrimento de curas para as doenças dos animais; verificamos também o histórico da farmácia veterinária, os principais autores e as suas teorias, desafios e legislações decorrentes dessa área. Então, diante do estudo desenvolvido, vê-se a importância do farmacêutico nessa área, já que sem ele, a falta de medicamentos exclusivos para os animais impossibilitaria o tratamento dos mesmos. Desempenhado totalmente de maneira clara e

objetiva, através desse artigo foi possível compreender melhor essa área, melhorando-a e incentivando-a.

REFERÊNCIAS

Disponível em: <<https://farmaceuticort.wordpress.com/2015/07/29/o-guia-definitivo-da-farmacia-veterinaria/>> Acesso em: 22 abr. 16

DIAS, Marielle Camargos; MOURA, Roberto Carlos Rocha de. **MANIPULAÇÃO DE PRODUTOS VETERINÁRIOS: APLICABILIDADE, LEGISLAÇÃO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**. Minas Gerais, 2005. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/MANIPULA%C3%87%C3%83O%20DE%20PRODUTOS%20VETERIN%C3%81RIOS%20APLICABILIDADE,%20LEGISLA%C3%87%C3%83O%20E%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DOS%20PROFISSIONAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf>> Acesso em: 22 abr. 16

OLIVEIRA, Cláudia Borges Dias de; OLIVEIRA, Carlos Roberto de. **A nova realidade do marketing farmacêutico veterinário: uma estratégia B2B para o sucesso da linha pet**. Revista Eletrônica de Gestão de Negócios - eGesta, Bauru, v. 3, n. 2, p.23-43, abr. 2007.

BARBOSA, Catarina. **Novas formas farmacêuticas para uso veterinário**. 2010. 62 f. (Monografia licenciatura em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2010.

BRASIL. Decreto 5.053, 22 de abril de 2004. **Aprova o Regulamento de Fiscalização de Produtos de Uso Veterinário e dos Estabelecimentos que os Fabriquem ou Comerciem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 23 abr. 2004. Seção 1, p. 1.

Disponível em: <<http://pfarma.com.br/forum/topic/4008-farmaceutico-na-industria-veterinaria/>> Acesso em: 22 abr. 16

Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/526.pdf> Acesso em: 22 abr. 16

Disponível em: Livro: FARMACOLOGIA APLICADA À MEDICINA VETERINÁRIA 5ª EDIÇÃO, SPINOZA et all, 2011.

CALARGE, Felipe Araújo; SATOLO, Eduardo Guilherme; SATOLO, Luiz Fernando. **Aplicação do sistema de gestão da qualidade BPF (boas práticas de fabricação) na indústria de produtos farmacêuticos veterinários**. Gest. Prod. vol.14 no.2 São Carlos, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2007000200014&lang=pt> Acesso em : 11 mai. 2016.

SINDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDES: REVISÃO DE LITERATURA

153

LEITE, Amélia Rezende¹⁵⁴**SILVA, Luanna Kaddigynna Argemiro de Oliveira**¹⁵⁵FIGUEIREDO, Raquel Costa.¹⁵⁶**RESUMO**

A síndrome do anticorpo antifosfolípide é uma doença autoimune adquirida que consiste em eventos tromboembólicos e eventos obstétricos na presença de anticorpos antifosfolípidos circulantes no plasma. A trombose pode ser tanto venosa quanto arterial, sua classificação ocorre em três tipos de apresentações: primária, secundária e catastrófica. Para diagnosticar a SAF é necessário analisar a presença de critérios como: trombose venosa, arterial, perda fetal, um critério clínico e um laboratorial para a confirmação, o tratamento é baseado em anticoagulantes como heparina, aspirina de baixo. As gestantes mesmo sem histórico familiar de trombose, parto pré-maturo dentre outras patologias pode desenvolver a SAF e com isto complicações obstétricas dando ênfase ao aborto recorrente. O objetivo geral: revisar as evidências disponíveis na literatura acerca das situações clínicas e complicações que podem ocorrer durante o período gestacional de pacientes com a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, e específicos avaliar a incidência de alterações trombolíticas congênitas ou adquiridas em mulheres com abortos recorrentes; analisar foras clínicas da SAF, identificar o diagnóstico e tratamento da patologia. Métodos: O estudo consiste em uma revisão de literatura bibliográfica, a fim de expor informações sobre a SAF, local de pesquisa: biblioteca Sant'Ana da Faculdade de Enfermagem de Mossoró-FACENE-RN, através de artigos de revistas científica e em sites como o Google acadêmico, Scielo e BVS. Conclusão: É necessário um amplo conhecimento sobre essa patologia, para que seu diagnóstico seja realizado com mais frequência, possibilitando melhor compreensão sobre perdas fetais inexplicáveis e outras complicações existentes, neste contexto, torna-se extremamente relevante o conhecimento acerca da SAF e com isto o reconhecimento da morbidade gestacional associada à mesma, desta forma os resultados iram contribuir consideravelmente para o sucesso em gestações futuras.

DESCRITORES: A síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, Gestantes. Complicações

¹⁵³ Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão da FACENE/RN

¹⁵⁴ Professora Universitária. Graduada em Enfermagem e Especialista em Enfermagem com Ênfase no Campo de Saúde do Trabalhador, no contexto do SUS e Enfermagem e UTI Neo – Pediátrica. (Orientadora).

¹⁵⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN endereço de email: kaddigynna@hotmail.com, (84) 996127703 Upanema/RN.

¹⁵⁶ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Pós-graduanda em UTI e Cardiologia. Endereço de email: raquelcosta020193@hotmail.com, (84) 988778179 Areia Branca/RN.

INTRODUÇÃO

No ano de 1983 a síndrome anticorpo antifosfolípide (SAF) foi descrita pela primeira vez pelo por Hughes. Posteriormente Hughes e sua equipe realizaram diversos trabalhos voltados para esta síndrome, que pode ocasionar trombose venosa ou trombose arterial, coombs direto positivo, trombocitopenia, livedo reticular e complicações obstétricas, com ênfase no óbito fetal no segundo trimestre da gestação, ligada a presença de no mínimo um anticorpo antifosfolípides (BAUER, 2005).

Anticorpos antifosfolípides (AAF) consiste em um grupo de muitas formas de auto anticorpos. Estes anticorpos têm predisposição por fosfolípide e cofatores fosfolipídicos de membranas celulares, dando preferência as de plaquetas e de células endoteliais (FAGUNDES et al, 2005).

A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF), muitas vezes estar associada as doenças autoimune com manifestações clinicas extensas e abundante, e é associada com frequência a lúpus eritematoso sistêmico (LES). O diagnóstico ocorre através de critérios clínicos estabelecidos (BITTENCOURT et al, 2009).

Em pacientes com anticorpo antifosfolípides, os casos de trombose ocorrem em 30% destes em média, com incidência de 2,5% pacientes/ano. Foram descritos dois tipos de anticorpo antifosfolípides: anticorpo anticardiopina (aCL) e anticoagulante lúpico (LA) (MANGERONA, 2007).

A SAF é a principal causa da hipercoagulabilidade adquirida, nos casos de LES está frequentemente ligada a morbidade e mortalidade. Não existe um marcador genético conhecido por isto ela é considerada adquirida no que há diferencia das trombofilias congênitas (BAUER, 2005).

Ainda o de acordo com MANGERONA (2007) são detectados anticorpos antifosfolípides em até 5% dos indivíduos saudáveis, estes números aumentam com a idade e com doenças crônicas coexistentes. Esta ocorre frequentemente em jovens de meia idade e nos adultos, mais pode ocorrer também em crianças e idosos. A SAF dispõe de alta prevalência nos casos de LES entre 12% e 30% aCL e 15% a34% para AL, o que nos permite identificar que os casos de aCL aparecem com mais frequência que os de AL, cerca de 5 vezes a mais.

Para diagnosticar a SAF é necessário analisar a presença de critérios como: um ou mais episódios de trombose venosa, arterial ou de pequenos vasos podendo ser ainda perda fetal, no mínimo um critério clínico e um laboratorial para a confirmação, fazendo necessário o uso de imagem ou evidencias histopatológicas que comprovem, mais de três perdas fetais,

deve ter ocorrido por causa inexplicável em feto morfológicamente normal e que tenha gestação acima de 10 semanas. Os critérios laboratoriais devem conter a presença isolada ou combinadas dos APL em duas ou mais ocasiões separadas por 12 semanas, AL positivo e outros (BITTENCOURT et al, 2009).

O trabalho tem como objetivo geral revisar as evidências disponíveis na literatura acerca das situações clínicas e complicações que podem ocorrer durante o período gestacional de pacientes com a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF), e específicos avaliar a incidência de alterações trombolíticas congênitas ou adquiridas em mulheres com abortos recorrentes; analisar foras clínicas da SAF, identificar o diagnóstico e tratamento da patologia.

METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão de literatura bibliográfica, a fim de expor informações sobre a SAF. O local de pesquisa: biblioteca Sant'Ana da Faculdade de Enfermagem de Mossoró-FACENE-RN, através de artigos de revistas científica e em sites como o Google acadêmico, Scielo e BVS, que traz as possíveis complicações, fatores de risco para o desenvolvimento da SAF, identificar as formas clínicas, fatores de riscos, enfermagem e o suporte ofertado a gestante com a SAF, diagnóstico e o método de tratamento da doença.

A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a março a abril de 2016, que obedeceram aos critérios de inclusão ano de publicação, desde 2000 até 2016, após a leitura minuciosa, o material foi analisado através de uma leitura crítica e qualitativa relatando suas complicações, fatores de risco, identificar as formas clínicas e o método de tratamento da doença para desenvolver a revisão. Os dados foram coletados por meio de uma análise dos artigos, monografias e teses de escolha, e organizados no Microsoft Word na versão 2013.

Segundo Taylor e Procter (2001) definem revisão de literatura como uma tomada de contas sobre o que foi publicado a cerca de um tópico específico. De tal modo que, uma abordagem qualitativa de um problema pode ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativo.

COMPREENDENDO A SAF E SUAS COMPLICAÇÕES

A SAF é uma patologia autoimune adquirida que acarreta em eventos tromboembólicos ou ainda em complicações obstétricas, em decorrência da presença de anticorpos antifosfolípidos (AFLs) que circulam no plasma como: (anticorpo anticardiolípina

{aCLI}; anticoagulante lúpico {LAC} e anti- β 2 glicoproteína I {anti- β 2GPI}) (SILVA; CARVALHO, 2015).

De acordo com a literatura os primeiros anticorpos antifosfolípide (AFL) foram diagnosticados em pacientes que realizaram testes para sífilis e receberam um resultado falso positivo sem possíveis sinais de infecções, posteriormente Conley e Hartmann descobriram a presença de um anticoagulante em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, um pouco mais tarde foi percebido o envolvimento dos anticoagulantes em pacientes com LES e eventos tromboembólicos. Anticoagulante lúpico foi o nome indicado para este anticoagulante que circulava em pacientes com lúpus. Foi em 1975 que foi descrito a associação entre o anticoagulante lúpico com abortos espontâneos e constantes, mais somente em 1985 Hughes registrou a ligação entre anticorpos antifosfolípides (aPL), trombose venosa e arterial, atualmente a mesma é reconhecida como Síndrome Antifosfolípide (SAF) (MANGERONA, 2007).

Os autores Sato et al (2005), afirmam que os fatores de riscos para desenvolver a SAF são: a auto-imunidade, AAFs representam uma resposta a antígenos da membrana interna (por exemplo, fosfoserina) que são expostos por células não eliminadas da circulação devido à sobrecarga ou defeito no sistema de limpeza. AAFs podem também ser anticorpos de reação cruzada induzidos por antígenos exógenos de microrganismos infecciosos (por exemplo, virais ou bacterianos).

A manifestação clínica mais comum da SAF é a trombose, podendo afetar vasos arteriais e venosos de qualquer órgão. A trombose venosa, particularmente em membros inferiores, ocorre em mais de 55% dos pacientes com SAF. Outros locais acometidos incluem as veias renais, retinianas e hepáticas. A trombose arterial envolve o cérebro em mais de 50% dos casos, causando acidentes isquêmicos transitórios (AIT) e acidentes vasculares cerebrais (AVC); aproximadamente 90% dos pacientes abaixo de 50 anos com AIT apresentam anticorpos antifosfolípides positivos. Outros locais de trombose arterial incluem o coração, olhos, rins e artérias periféricas. Na SAF os episódios de trombose podem ocorrer em leitos vasculares infrequentemente afetados por outros estados pró-trombóticos (SATO et al, 2005).

A SAF se classifica em três tipos de apresentações: primária, secundária e catastrófica. Na primeira forma ela não está associada a nem uma outra doença, já na segunda forma ela está presente em pacientes com outras doenças autoimunes, neoplasias ou infecções onde se destaca em portadores de LES, na última forma dita a cima como forma catastrófica ocorre manifestações clínicas agudas caracterizadas pelo tamponamento vascular em múltiplos

órgãos e sistemas, com presença de púrpura trombótica e trombocitopenia (BITTENCOURT et al, 2009).

No Brasil existe poucas pesquisas relacionadas a SAF e com isto poucos trabalhos com a população brasileira. A trombose arterial é mais constante em pacientes com SAF primária do que nos casos secundários, já a forma catastrófica ocorre através da presença de anticoagulante lúcido associados a eventos de tromboembolismos microvasculares e embolia pulmonar. Mediante sua evolução clínica e comprometimento de no mínimo três sistemas orgânicos em dias ou semanas, é reconhecida como Síndrome antifosfolípide catastrófica (BAUER, 2005).

Segundo Fagundes et al, (2005), em ambas as formas se caracterizam pela forma aguda e difusa da síndrome, com grave comprometimento visceral em decorrência da trombose de pequenos e grandes vasos. A síndrome de HELLP no pós-parto foi associada a presença de AAF. Em todas as formas as trombozes venosas profundas (TVPs) de membros inferiores predominam com 54% dos casos, a oclusão arterial cerebral com 44%, e a morbidade gestacional com 34%. Todos os eventos trombóticos vistos na SAF podem ocorrer tanto a nível vasos arteriais como venosos nos tamanhos mais variados.

Quase todos os componentes do sistema de coagulação parecem estar envolvidos na sua patogenia, dando ênfase na própria cascata de coagulação, a ativação de agregação plaquetárias. Ainda não se sabe como estes anticorpos produzem esta mudança na homeostasia do sistema de coagulação, fazendo com que ocorra a formação de trombos (SANTOS et al, 2008).

Pacientes com diagnósticos de prévios da SAF ou ainda com valores altos de AAF devem evitar os anticoncepcionais que contem estrogênios para prevenir novos episódios de trombóticos (FAGUNDES et al, 2005).

A indicação para o tratamento de trombozes venosas e arteriais agudas, é baseada em anticoagulantes como heparina 5.000 UI, duas vezes ao dia a cada 12 horas SC ou ainda heparina de baixo peso molecular 5.000 UI ao dia SC e Ácido **Assentiu** Salicílico 100 mg/dia VO. Para a profilaxia de recorrência deve-se usar warfarin na dose inicial de 5mg/dia VO e regular a dose para tratamento de anticoagulação de intensidade moderada intermediária com INR(International Normalized Ratio) de 2,0 a 2,9 ou ainda de alta intensidade com ajuste do INR acima de 3,0 (NOVAES, 2003).

A ENFERMAGEM E O SUPORTE OFERTADO A GESTANTE COM SAF

Durante o percurso da gestação algumas intercorrências podem acontecer e interferir na progressão da vida tanto da mãe quanto da criança, representando situações que requer uma certa urgência ou ainda emergências. A gestante apresenta diversas mudanças fisiológicas e anatômicas que muitas vezes interferem na avaliação da gestante, conseqüentemente é fundamental que o profissional de saúde tenha o conhecimento necessário para realiza uma assistência de qualidade (BATISTA; SOUA, 2008?).

Os AAF estão presentes em 2% das mulheres grávidas consideradas normais e em 20% das mulheres com história de perdas fetais. As gestantes mesmo sem histórico familiar de trombose, parto pré-maturo em decorrência de pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária secundária a trombose vasos espiralados placentários podem desenvolver a SAF e com isto complicações obstétricas dando ênfase ao aborto recorrente (TÓFANO,2008).

A gestantes com SAF podem desenvolver ainda a síndrome de HELLP, podendo acontecer ainda mais cedo do que em outros casos, sendo ocasionada no segundo trimestre da gestação (SILVA; RIBEIRO,2015).

. Ainda de acordo com Silva; Ribeiro (2015), Os critérios de classificação para SAF obstétrica são: uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais em ou além da 10a semana de gestação; um ou mais partos prematuros de neonatos morfológicamente normais antes da 34a semana de gestação por causa de eclampsia ou pré-eclâmpsia grave, ou características reconhecidas de insuficiência placentária e três ou mais abortos espontâneos consecutivos inexplicáveis antes da 10a semana de gestação, com anormalidades maternas anatômicas ou hormonais e causas cromossômicas paternas e maternas excluídas.

Na gestante com SAF a interrupção da gestação ocorre durante o segundo e o terceiro trimestre da mesma, é o evento mais relatado, e quando isto ocorre é fundamental que se descubra a cauda, servindo como resposta para os pais como também para auxiliar na prevenção de complicações em uma futura gestação. Mesmo com protocolos para a investigação das causas das mortes, muitas vezes estas não são feitas, aproximadamente 12-50% dos casos acabam classificados como causas indeterminadas (QUEIROZ et al, 2000).

Ainda de acordo com Queiroz et al (2000), a fisiopatologia da SAF durante o processo do aborto envolve a ação dos anticorpos nas células endoteliais que desenvolverá uma lesão placentária, trombose, infartos placentários e conseqüentemente redução da oxigenação do feto.

A maior parte dos eventos trombóticos vivenciados em pacientes com a SAF está ligado a gestação ou ainda em uso dos contraceptivos orais. Gestantes com a SAF tem

aproximadamente 50% a 75% de chance de perda fetal. Este risco intimamente ligado ao anticorpo anticardiolipina, reagente em IgG (NOVAES, 2003).

Através da abordagem de uma equipe multidisciplinar o prognóstico da gravidez em gestante com SAF tem melhorado significativamente nos últimos anos, pois a mesma trabalha com base prevenção dos agravos (SILVA; RIBEIRO,2015).

Em gestante que não realizam o tratamento profilático, os abortos ou perdas fetais é superior a 80%. Além dos abortamentos no início da gestação e perda fetais no segundo e no trimestre da gestação os anticorpos antifosfolipide estão relacionados a crescimento intrauterino retardado, oligohidrâmnia, baixo peso fetal e insuficiência placentária (BAUER, 2005).

As gestantes com a SAF podem fazer uso de medicamentos como aspirina e heparina de baixo peso molecular, para a prevenção das possíveis complicações. A imunoglobulina intravenosa (IVIG) geralmente associada a aspirina e heparina de baixa dose também pode ser usada, especialmente em mulheres que já tiveram complicações obstétricas anteriores ou ainda que tiveram perdas fetais recorrentes e que fazem o tratamento com heparina. Existem autores que recomendam a continuação do tratamento durante o parto, no entanto deve-se estar atento para o risco hemorragia (SILVA; RIBEIRO, 2015).

Ainda de acordo com Silva, Ribeiro (2015), o tratamento da SAF está voltado para reduzir ou ainda erradicar os riscos de eventos como tromboembolismos, que diminuirá as complicações obstétricas. Diagnosticar possíveis forma previa os fatores de riscos como trombose, aborto, doenças crônicas, idade materna, como também a parte clínica LES ou outras doenças autoimunes.

CONCLUSÃO

Desta forma observou se que a SAF é uma das principais causas de trombofilias adquirida. O diagnóstico destes anticorpos está relacionado a eventos tromboembólicos em vários sistemas do organismo. Os profissionais da saúde deveriam realizar mais pesquisas relacionadas a patologia, para que os pacientes acometidos por esta obtenham um melhor diagnóstico e tratamento, diminuindo as complicações acarretadas por esta.

É necessário um amplo conhecimento sobre essa patologia, para que seu diagnóstico seja realizado com mais frequência, possibilitando melhor compreensão sobre perdas fetais inexplicáveis, trombose venosa de repetição e evolução grave de doenças autoimunes e autoinflamatórias. Essa perspectiva diagnóstica poderá promover terapêutica mais adequada e

precoce, que, apesar das suas limitações atuais, traz melhor controle e qualidade de vida para os pacientes

Neste contexto, torna-se extrema relevante o conhecimento acerca da SAF e com isto o reconhecimento da morbidade gestacional associada à mesma, desta forma os resultados iram contribuir consideravelmente para o sucesso em gestações futuras.

REFERÊNCIAS

- ALIANI, N. A et al. Síndrome do anticorpo Antifosfolípide: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Med. Minas Gerais.** v. 19, n. 4, p. 69-74, 2009. Disponível em > <file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/v19n4s3a16.pdf> Acesso em 20 de Abril de 2016.
- BATISTA, C. S. D; SOUZA, D. F. **Avaliação em enfermagem: Uma análise os registros dos cuidados prestados à gestante de alto risco.** p. 1- 16, 2002. Disponível em > <file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/Trabalho%20Segerenf.pdf> Acesso em 20 de abril de 2016.
- BAUER, R. N. **Síndrome Antifodfolípide: Estudo contemporâneo de um tema relacionada a diversas especialidades.** 69f. Monografia (Graduação em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2005. Disponível em > <file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/FOSFOLIDE%20manografia%2001.pdf> Acesso de 20 de Abril de 2016.
- CECATTI, J. G. Anticorpos Anticardiolipina entre Gestantes com Óbitos Fetal. **RBGO.** v. 22, n. 2, p. 101-106, 2000. Disponível em > <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v22n2/12149.pdf> Acesso em 20 de abril de 2016.
- FAGUNTES, I et al. Síndrome Antifosfolipídica e morbidade gestacional. **Scientia Medica.** v. 15, n. 3, p. 179-185, 2005. Disponível em > <file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/SINDROME%20antifosfolipídica%20e%20morbidade%20gestacional%20FAGUNDES.pdf> Acesso em 20 de abril de 2016.
- HANGERONA, L. R. **Trombofilias e abortos recorrentes.** 86f. Dissertação (Mestrado em medicina) – UNESP, São Paulo, 2007. Disponível em > <file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/manografia%2002.pdf> Acesso em 20 de abril de 2016.
- NOVAES, G. S. Síndrome Antifosfolípide. **Rev. Fac. Ciênc. Med. Sorocaba.** v. 5, n. 1, p. 12-17, 2003. Disponível em > <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/116/60> Acesso em 20 de Abril de 2016.
- SILVA, F. S; CARVALHO, J. F. Intensidade da anticoagulação no tratamento da trombose na síndrome antifosfólipide: meta- análise. **Rev. Bras. Reumatol.** v. 55, n. 2, p. 159- 166, 2015. Disponível em > <file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/Trabalho%20Segerenf.pdf> Acesso em 20 de Abril de 2016.
- TOFANO, V. A. C. **Avaliação clínica e ultrassonografia tardia de pacientes com trombose venosa profunda, portadores de trombofilia.** 144f. Tese (Doutorado em medicina)- UNESP, São Paulo, 2008. Disponível em > file:///C:/Users/CASASB~1/AppData/Local/Temp/tofano_vac_dr_botfm%202008.pdf Acesso em 20 de abril de 2016.

A INCLUSÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NO SISTEMA DE SAÚDE

Isabelle Rayanne de Melo SOUZA¹

Raissa Rebouças de MEDEIROS²

Nathanael Monteiro MARQUES²

Andreza Rochelle do Vale MORAIS³

RESUMO

A Farmácia Clínica baseia-se no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, buscando a obtenção de resultados terapêuticos desejados por meio da resolução dos problemas farmacoterapêuticos, procurando-se definir uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos. O medicamento, quando bem utilizado, mostra-se como o recurso terapêutico de maior custo efetividade, seu uso inadequado configura um problema de saúde pública mundial. Por um lado, tem-se o acesso deficitário pelas populações menos favorecidas economicamente, implicado na lógica do mercado que visa ao lucro e, por outro lado, o seu uso irracional. Vale lembrar que a ausência de serviço de farmácia adequado, que zele pelo uso racional de medicamentos em parceria com os demais serviços e profissionais do sistema de saúde, constitui um problema importante de saúde pública. Dentro desta lógica, o serviço de farmácia deve assumir papel complementar ao serviço médico na atenção à saúde. Diante disso, o objetivo deste artigo foi abordar a atuação deste profissional, bem como demonstrar as possibilidades de contribuição do farmacêutico clínico para a melhoria da utilização de medicamentos pela sociedade. A metodologia utilizada baseou-se na busca e leitura de materiais bibliográficos utilizando o Scielo e o Google acadêmico como base de dados. Os resultados mostraram a relevância da inclusão do farmacêutico clínico no sistema de saúde, uma vez que o mesmo vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente através da Atenção Farmacêutica, já que o farmacêutico está em contato direto com o mesmo, avaliando e orientando em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico por meio da análise das suas reais necessidades relacionada aos medicamentos e a prevenção de efeitos farmacológicos adversos provocados por esses.

PALAVRA-CHAVE: Farmácia clínica, Assistência farmacêutica, Farmacoterapêuticos.

INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica sempre acompanhou a humanidade, pois o homem em todo o tempo conviveu com doenças (DEL CORRAL, et al. 2009). E, por muito tempo, o ofício do farmacêutico foi o de preparar medicamentos na sua farmácia. Entretanto, com a ascensão da indústria farmacêutica, na primeira metade do século XX, surge uma crise de identidade profissional, pois o farmacêutico se vê deslocado do seu principal ofício até então, a manipulação de medicamentos. Para resgatar o papel social da Farmácia, surgem algumas propostas como a Farmácia Clínica com base na Atenção Farmacêutica. A partir disto, o conceito de Farmácia Clínica tem evoluído até incluir todas as atividades relacionadas ao uso

racional do medicamento. O farmacêutico assumiu novas responsabilidades centradas no paciente com a finalidade de auxiliar e orientar na farmacoterapia das necessidades farmacológicas mediante a prevenção e detecção e resolução de situações clínicas de forma continuada e sistematizada junto à equipe multidisciplinar do sistema de saúde, com o fim de alcançar resultados concretos, visando à melhoria do processo saúde doença do paciente (HADDAD & THERRIEN, 2009).

O farmacêutico é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas, ocupando assim um papel-chave na assistência farmacêutica, porém sua inclusão ocorre de forma gradativa e heterogênea, encontrando-se, hoje, muito além das necessidades, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo. Mundialmente, evidencia-se o papel do farmacêutico como profissional da área da saúde, cujas funções devem ser voltadas para o uso racional de medicamentos, visando o bem-estar da população e a redução dos gastos desnecessários (CORADI, 2012).

O medicamento, quando bem utilizado, mostra-se como o recurso terapêutico de maior custo efetividade, seu uso inadequado configura um problema de saúde pública mundial. Por um lado, tem-se o acesso deficitário pelas populações menos favorecidas economicamente, implicado na lógica do mercado que visa ao lucro e, por outro lado, o seu uso irracional (BARROS, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), entre as intervenções fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos está a educação da população a respeito dos medicamentos, a qual pode estar associada à Atenção Farmacêutica.

A Atenção Farmacêutica é uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento. Para tanto, o farmacêutico atende o paciente diretamente, avalia e orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico (FURTADO, 2001), por meio da análise das suas necessidades relacionadas aos medicamentos e detectando problemas relacionados a medicamentos (PRMs). Deste modo, consolida a relação existente entre a prática e o conhecimento teórico na atuação farmacêutica, promovendo, sobremaneira, saúde, segurança e eficácia (PERETTA & CICCIA, 2000).

Vale lembrar que a ausência de serviço de farmácia adequado, que zele pelo uso racional de medicamentos em parceria com os demais serviços e profissionais do sistema de saúde, constitui um problema importante de saúde pública. Dentro desta lógica, o serviço de farmácia deve assumir papel complementar ao serviço médico na atenção à saúde. O paciente que sai do consultório com uma receita terá maior resolução de seus problemas se tiver acesso

ao tratamento prescrito e se a prescrição atender à racionalidade terapêutica. Além disso, é necessário avaliar os fatores que potencialmente podem interferir em seu tratamento, como: hábitos alimentares, tabagismo, histórico de reações alérgicas, uso de outros medicamentos ou drogas, outras doenças, etc. ou até mesmo a falta de adesão. Esta avaliação, com a possibilidade de intervenção visando à efetividade terapêutica, pode ser alcançada com a implantação das farmácias clínicas (VIEIRA, 2007).

No entanto, mesmo com os progressos na Assistência Farmacêutica, muitos problemas persistem e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e a racionalidade do uso. ARAÚJO, et al. (2008) enfatizam que, nos dias de hoje, ainda permanece o vínculo do serviço farmacêutico com o modelo curativo, centrado na consulta médica e no pronto-atendimento, de tal forma que a farmácia apenas atende a essas demandas, tornando-se quase impraticável a atividade de orientação aos usuários.

A Assistência Farmacêutica tem ainda um grande caminho a percorrer. A necessidade de tratar esse tema com a devida responsabilidade pelos gestores de saúde é imprescindível. Para isso, a qualificação do profissional farmacêutico, assumindo suas funções de gestor do ciclo da assistência farmacêutica, assim como seu papel na farmácia clínica, é determinante (CORADI, 2012).

Desta forma, considerando a importância do tema e a escassez de informações sobre a atuação do farmacêutico clínico, o objetivo deste artigo foi abordar a atuação deste profissional, bem como demonstrar as possibilidades de contribuição do farmacêutico clínico para a melhoria da utilização de medicamentos pela sociedade.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada baseou-se na busca e leitura de materiais bibliográficos. As bases de dados Scielo e Google acadêmico foram consultadas, utilizando as seguintes palavras-chave: farmácia clínica, assistência farmacêutica, atenção farmacêutica, inserção do farmacêutico clínico no SUS. Entretanto, diante da dificuldade em encontrar materiais em quantidade suficiente que permitisse uma abordagem mais completa sobre os farmacêuticos clínicos, outros materiais, em formato eletrônico, voltados para a temática proposta, foram incluídos neste trabalho (sites).

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo HEPLER & STRAND (1990) a definição de Atenção Farmacêutica é um modelo de prática profissional que atende especificamente as necessidades oriundas da farmacoterapia aplicada ao paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou esse conceito, incluindo não apenas as preocupações do farmacêutico com uso racional de medicamentos, mas prevenção de doenças e promoção da saúde em âmbito comunitário.

RAMALHO (1993) afirma que a Atenção Farmacêutica é a melhor alternativa para se aplicar o conhecimento do farmacêutico em prol de uma causa que o comprometa com a sociedade: a relação da morbimortalidade relacionada com o uso de medicamentos. É essa, portanto, a concepção de Atenção Farmacêutica adotada: um modelo que envolve a relação face a face do farmacêutico com o paciente, em que o profissional farmacêutico se responsabiliza pelos avanços farmacoterapêuticos do paciente, garantindo que toda a terapia medicamentosa deste seja apropriadamente indicada para tratar seus problemas de saúde e que os medicamentos sejam os mais seguros possíveis e que o paciente seja capaz e disposto a utilizá-los como recomendado, guiado por uma filosofia de prática profissional embasado por um processo de cuidado específico e respaldado por um sistema de prática definida.

Outro aspecto importante dessa abordagem é a compreensão do indivíduo como um todo, em uma visão holística, o que inclui considerar o contexto no qual ele vive e a sua influência na tomada de decisões sobre a saúde. Como observado por RAMALHO (1993), o paciente deseja ser ouvido, ser reconhecido e ter um tratamento individualizado. A preocupação do farmacêutico clínico com o paciente e o interesse pela experiência pessoal desse ser humano faz com que ele assuma um papel mais humano no processo de atenção à saúde. Compreender essa experiência contribui para que o tratamento farmacológico prescrito ou recomendado seja compatível com as prioridades do paciente que o recebe. O comportamento do farmacêutico clínico nessa abordagem deve incluir, portanto, além de um suporte técnico-diagnóstico, sensibilidade para compreender a perspectiva do paciente, ouvir suas queixas e encontrar junto com ele, alternativas que melhor se adaptem à sua condição de saúde, influenciando positivamente a sua relação com os medicamentos.

Cuidar, na Atenção Farmacêutica é ajudar o outro a cuidar de si mesmo. Essencialmente, a relação terapêutica une farmacêutico clínico e paciente em um relacionamento colaborativo em que juntos, trabalham na resolução e prevenção do tratamento com os medicamentos. Propõe ainda, ultrapassar o modelo informativo nas relações terapêuticas, em que o profissional age como provedor de informações técnico-científico para o paciente. Além disso, oferece a possibilidade de uma interação bidirecional,

estabelecendo uma relação empática e participativa na orientação do tratamento farmacoterapêutico do paciente.

O Ministério da Saúde propõe a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica (AF), a partir da Política Nacional de Medicamentos tendo como fundamentos: a descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; a otimização e eficácia na distribuição no setor público; e estímulo a iniciativas que conduzam a redução nos preços dos produtos. Além destas diretrizes, destacam-se ainda como prioridades: a adoção da RENAME (Relação Nacional dos Medicamentos), regulamentação sanitária de medicamentos, promoção da produção de medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos permitindo acesso à informação e educação continuada. Além do mais, os riscos com medicamentos e suas consequências negativas constituem um grave problema de saúde em que é necessária a presença do farmacêutico, em que são notórios os benefícios da segurança do uso de medicamentos, prevenção de efeitos farmacológicos adversos e otimização de patologias (ZUCKERMANN & NUNES 2012).

Desta forma a atuação do farmacêutico, além de promover o uso racional de medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade, proporcionará meios para que os custos relacionados com a farmacoterapia sejam os menores possíveis para a sociedade.

Diante disso, o farmacêutico clínico passa a ocupar um lugar no novo modelo de saúde na atenção primária, atuando conjuntamente aos demais profissionais de saúde para melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos. Ele ocupa papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na orientação e intervenção farmacológica e farmacoterapêutica. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas. Na visão de PEREIRA & FREITAS (2008), a nova política de saúde do Brasil abriu as portas para que o farmacêutico passasse a integrar a equipe multiprofissional na atenção primária, pois já é peça fundamental para promover saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

O farmacêutico clínico inseriu-se na atenção primária buscando contribuir com seu fazer multiprofissional. Sua atuação retira do foco o medicamento passando a valorização do indivíduo e seu contexto familiar e social. A interação com outras categorias profissionais possibilitou uma atenção integral ao indivíduo, viabilizando a desmedicamentação que leva ao agravo social.

A inserção do farmacêutico clínico nas farmácias, ambulatórios, UPAS, UBS ou hospitais garante ao paciente ou usuário uma atenção integral, que vai desde o gerenciamento

a assistência e atenção farmacêutica para o tratamento farmacoterapêutico, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Contudo, inúmeros obstáculos erguem-se á frente da classe farmacêutica no trilhar desse caminho por meio da realização plena da Atenção Farmacêutica, entre eles: A execução da Proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que enfocam a atuação como profissional da saúde e exige do farmacêutico um nível de aperfeiçoamento interdisciplinar, pois é necessário uma atualização constante do farmacêutico clínico na Atenção Farmacêutica, tendo como necessidade e estímulo aos recém formados e formados, além de perspectivas de aceitação por parte da administração geral de estabelecimentos farmacêuticos, promovendo uma admissão e entendimento da real necessidade do programa. Embora o Ministério da Saúde destine uma quantidade de dinheiro para a Assistência Farmacêutica de cada estado, é imprescindível que esse dinheiro seja empregado e distribuído corretamente. Outra questão que limita a não execução desse campo de atuação farmacêutica é a falta da implantação de cursos de pós-graduação em Farmácia Clínica em pequenas universidades (IVAMA, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi analisada a importância da inserção do farmacêutico clínico no sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente através da Atenção Farmacêutica, uma vez que o farmacêutico está em contato diretamente com o mesmo, avaliando e orientando em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico por meio da análise das suas reais necessidades relacionada aos medicamentos e a prevenção de efeitos farmacológicos adversos provocados por esses.

Deste modo, cria-se um sistema com um trabalho em conjunto entre médico, paciente e farmacêutico, garantindo um melhor tratamento com ênfase na equipe multidisciplinar e uma orientação farmacoterapêutica adequada.

Em prol de iniciativas de projetos de Atenção Farmacêutica, existe a regência de normatizações legais, especialmente a RDC 357/01, a qual exige sua realização exclusiva pelo profissional farmacêutico, talhado para tal função, devido à formação voltada ao fármaco e ao medicamento em todas as abrangências, ampliada pelo conhecimento analítico, administrativo, social e biológico com ênfase clínico-patológica, mas apesar de alguns obstáculos, existem várias implantações da Farmácia Clínica como o Projeto Piloto de Cuidado a Assistência Farmacêutica implantado em Curitiba pelo Ministério da Saúde, e no

Hospital Onofre Lopes (HUOL) em Natal-RN, que foi um dos pioneiros em Farmácia Clínica no Brasil. Embora seja uma área ainda pouco executada em alguns estados, acredita-se que a importância da inserção do farmacêutico clínico seja reconhecida e implantada no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P. A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*, 2014;35(3):347-354

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Coletiva*, 2008; 13(Sup):611-700.

BARROS, J. A. C. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses de saúde? Brasília: Unesco, 2004.
Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf. Acesso em: 21 Abril 2016.

CORADI, A. E. P. A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.37, n. 2, Maio/Ago 2012, p. 62-64.

DEL CORRAL, D. F. S.; SOUZA, M. L. A.; NEGRÃO, O. L. Do boticário ao farmacêutico: o ensino de Farmácia na Bahia de 1815 a 1949. Salvador: EDUFBA; 2009.

FURTADO, G. R. Noções Básicas sobre Atenção Farmacêutica. Curitiba: Editora UFPR, 2001. p 23.

HADDAD, C. V. S.; THERRIEN, S. M. N. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma Estratégia de Qualificação. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, v.33, n. 2, p. 211-220. 2009.

HEPLER, C. D.; STRAND, L.M. Oportunidades e responsabilidades na assistência farmacêutica. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.47, n.3, 1990, p.533-543.

IVAMA, A. M. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 24p.

MELO, O. F. et al. Conhecimentos e práticas do farmacêutico na residência multiprofissional em saúde da família, Sobral – Ce. *Sanare, Sobral*, v.8, n.2, jul./dez.2009, p.16-25.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 4, out./dez., 2008.

PERETTA, M.; CICCIA, G. Reengenharia farmacêutica - guia para implantar atenção farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, 2000. p. 45-64.

RAMALHO, S. M. R. Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 1993.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2): 149–56.

ZUCKMAAN, S. J. E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina-Pernambuco. *Arq Bras Ciên Saúde*. 2012;37(2):65-9.

FARMACÊUTICO SEM FRONTEIRA- VOLUNTARIANDO PELO MUNDO

Jacqueline Leite Caminha

Maria Lucilene Fernandes Martins

Andreza Rochelle Vale Moraes

RESUMO

Diante de pouca atuação governamental as equipes de Médico Sem Fronteira e entidades de algumas cidades no Brasil estão agindo com atendimento voluntário, que dentre outras profissões temos os Farmacêuticos que oferecem cuidados básicos e especializados de saúde, atuando tanto na prevenção de doenças - conduzindo campanhas de vacinação, realizando serviços de saneamento básico e suprimento de água limpa e atividades de conscientização - quanto com seu tratamento, malária, HIV/Aids, tuberculose, cólera, sarampo e meningite são algumas das doenças mais comumente tratadas pela organização, que também presta assistência a vítimas de violência, inclusive sexual, oferecendo apoio psicológico e cirurgia, conflitos armados, catástrofes naturais e situações que envolvem refugiados e deslocados internos e onde as populações sofrem com a falta de acesso à assistência, trabalham para assistência pessoas que necessitam onde, quando e como atuar um projeto pode ser desencadeado pela existência de uma situação de crise que requer uma resposta humanitária emergencial, quando a atuação se dá em resposta a uma emergência repentina, como uma catástrofe natural, ela pode ser viabilizada entre 48 e 72 horas. Por trás da agilidade de MSF, está um sistema de logística extremamente eficiente que envolve a padronização dos métodos de trabalho, a manutenção de estoques permanentes e a experiência dos profissionais. Observou-se desta forma que o trabalho desses profissionais, são de suma importância dentro e fora do país, agindo tanto em causas menores como situações de maior magnitude.

INTRODUÇÃO

Este artigo aborda o nascimento do trabalho voluntário, o crescimento das ações e organização Humanitária sendo ela o -Médico sem fronteira, Voluntariado de algumas cidades no Brasil .O Médico sem fronteira que é uma iniciativa independente de governos e mantida, em grande parte, por contribuições privadas, fato que lhe confere autonomia e agilidade para oferecer ajuda humanitária onde for preciso. O Médicos Sem Fronteiras foi criado em 1971, na França, por jovens médicos e jornalistas, que atuaram como voluntários no final dos anos 60 em Biafra, na Nigéria. Enquanto a equipe médica socorria vítimas em uma brutal guerra civil, o grupo percebeu as limitações da ajuda humanitária internacional: a dificuldade de acesso ao local e os entraves burocráticos e políticos faziam com que muitos se calassem frente aos fatos testemunhados. MSF surge como uma organização médico-humanitária que associa socorro médico e testemunho em favor das populações em risco. A organização trabalha com determinados eixos de atuação. São eles: conflitos armados,

epidemias, fome e desnutrição, desastres naturais e exclusão de cuidados médicos. Chegou no Brasil em 1991, para combater uma epidemia e cólera na Amazônia. Em 1993 atuou em áreas urbanas com um projeto de assistência a crianças em situação de rua, realizados ao todo 15 projetos de MSF no Brasil, efetivando sua sede no Rio de Janeiro em 2006. Introduzindo e treinando profissionais de diversas Áreas para atuarem juntos dentre eles são :Farmacêuticos, Médicos Cirurgião,Anestegista, Ginecologista ,Enfermeiro Pediatra,Dentista,Epidemiologista,Enfermeiro Pediatra ,Responsável por laboratório, Administrador financeiro,Logística,Especialista em água e saneamento,Fisioterapeuta,Psicologo,Psiquiatra.

O Farmacêutico atua desde o controle de qualidade a orientação e acompanhamento medicamentoso.

Atualmente temos outras organizações voluntarias de Farmacêutico no Brasil, além do MSF,Fiocruz, organizações nas cidades Goiania,São Paulo, Paraná em menores atuações ,porém com importância social enorme. Objetivando atentar para tal importância que é o voluntariado,mostrar a necessidade de corações humanitários, que possam dispor do seu tempo para assistência pessoas que necessitam de cuidados especiais, em lugares em que há pouca ou falta assistência médica.Com muita força de vontade, idealismo, disposição em enfrentar riscos e paixão em ajudar quem mais precisa

1-O MEDICO SEM FRONTEIRA E SUA REVOLUÇÃO HISTÓRICA

A organização foi criada em 1971 por jovens médicos e jornalistas franceses, liderados pelo médico francês Bernard Kouchner, que tinham ido a Biafra com a Cruz Vermelha para tentar ajudar a população. No grupo de fundadores estavam, entre outros:

Dr Marcel Delcourt, médico generalista,Dr Max Récamier, Otorrinolaringologista,Dr Gérard Pigeon, coronel médico do corpo de bombeiros,Dr Bernard Kouchner, médico e político, Raymond Borel, jornalista da revista Tonus,Dr Jean Cabrol, cirurgião,Dr Vladan Radoman, cirurgião,Dr Jean-Michel Wild, cirurgião,Dr Pascal Greletty-Bosviel, médico generalista,Dr Jacques Bérès, cirurgião ortopedista,Dr Gérard Illouz, cirurgião plástico,Philippe Bernier, jornalista da revista Tonus.

Ao retornarem à França, estimaram que a política de neutralidade e de reserva da Cruz Vermelha havia sido um erro, e que era necessário criar uma associação que aliasse ajuda humanitária e ações de sensibilização junto à mídia e às instituições políticas.

Durante a operação "Un bateau pour le Vietnam " (Um barco para o Vietnã), em 1979, o fundador mais conhecido do público, Bernard Kouchner, defendeu a ideia de alugar um barco para que médicos e jornalistas pudessem presenciar e testemunhar as violações dos Direitos Humanos naquele país. Houve então uma violenta discussão com a direção da MSF, que considerou a operação mediatizada demais. O que se seguiu foi uma cisão do movimento e a criação da Médicos do Mundo, em 1980.

1.1 AÇÃO

Em 1972, MSF fez sua primeira intervenção, na Nicarágua, após um terremoto que devastou o país. Hoje, mais de 22 mil profissionais trabalham com Médicos Sem Fronteiras em mais de 70 países, principalmente do Terceiro mundo, assim como aqueles em estado de guerra. MSF frequentemente protesta junto às Nações Unidas contra atrocidades cometidas contra comunidades sem representação oficial, como os povos da Chechênia e do Kosovo. A organização é composta de voluntários e de um corpo de empregados permanente, sendo financiada por contribuições do grande público, de organizações sem fins lucrativos, corporações e governos. Sua assistência à saúde não é estritamente médica mas abrange ações nas áreas de nutrição, prevenção, formação de profissionais na área da saúde, água e saneamento, revitalização de hospitais e postos de saúde. Desde 1999 a organização promove a Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais, visando chamar a atenção para doenças negligenciadas, como a malária, doença de Chagas e a doença do sono, que matam milhões de pessoas a cada ano. Além disso, a Campanha também visa proporcionar o acesso a medicamentos para tratamento da AIDS nos países mais atingidos. Chade. Campo de refugiados de Darfur. Em 2008, a organização lançou a sua 11ª lista de conflitos esquecidos pela mídia - especialmente na Somália, no Sudão e na República Democrática do Congo - além de se manifestar sobre outros problemas médicos emergentes como a desnutrição infantil e a co-infecção HIV-TB. No Zimbábue, onde atua desde 2000 e mantém mais de 500 profissionais trabalhando, MSF abriu dezenas de Centros de Tratamento de Cólera. A doença, endêmica no campo, era rara em áreas rurais, mas já atinge a capital do país. Em Fevereiro de 2009, dois profissionais de MSF, Riaz Ahmad, de 24 anos, e Nasar Ali, de 27, foram mortos em Swat, no Paquistão, quando viajavam em ambulâncias. Um terceiro profissional ficou ferido.[3] MSF é também cofundadora e financiadora da Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (Drugs for Neglected Diseases Initiative - DNDi), organização internacional

não governamental com fins científicos que, no Brasil, atua na pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para malária e doença de Chagas.

Em 31 de dezembro de 2011, havia 6.573 pessoas trabalhando na organização, sendo: 409 trabalhadores permanentes, nas sedes; 601 expatriados e 5.563 empregados nacionais. Depois de operar durante os últimos dois anos com superávit, MSF fechou o ano de 2011 com um déficit de 9,3 milhões de euros. MSF arrecadou 221,2 milhões e teve despesas da ordem de 230 milhões de euros. Para cada 100 euros gastos em 2011, 89,9 euros foram destinados a missões sociais; 4,6 euros destinaram-se à busca de fundos e 5,5 euros para o funcionamento da própria estrutura.

2- -MÉDICO SEM FRONTEIRAS NO BRASIL

MSF está presente no Brasil desde 1991. Dedicar-se à vigilância epidemiológica e ao diagnóstico da doença de Chagas, assim como ao acesso universal ao tratamento de AIDS e formação de pessoal nas áreas de especialidade da organização.

No Rio de Janeiro, em 2003, MSF implantou um Centro de Saúde na comunidade de Marçílio Dias, no Complexo da Maré. Em outubro de 2007, MSF criou, também no Rio, uma Unidade de Emergência no Complexo de Favelas do Alemão, uma das áreas mais violentas do Brasil, conhecida como a "Faixa de Gaza" do Rio, e habitada por cerca de 150 mil pessoas. Em 2008, foram realizados 15.000 atendimentos na área. Em 2008, MSF realizou treinamento de profissionais em diagnóstico para a doença de Chagas em nove estados da Amazônia. Há uma significativa participação de brasileiros na organização. Somente em 2008, 40 profissionais da saúde juntaram-se às equipes internacionais de MSF. Médicos sem Fronteiras durante os ataques à Faixa de Gaza, 2008-2009 Durante os ataques à faixa de Gaza em 2008-2009, MSF não obteve autorização para usar a passagem de Kerem Shalom, por onde passavam suprimentos, e teve que expor suas equipes a situações de risco, para atender a população de Gaza, conseguindo entregar 21 toneladas de suprimentos médicos e um hospital móvel com duas salas de cirurgia e UTI com dez leitos. Em 17 de janeiro de 2009, seis profissionais de MSF conseguiram entrar em Gaza.

3- MÉDICO SEM FRONTEIRA TEM POSTO DE EMERGÊNCIA NO COMPLEXO DO

Instituição mantém unidade no interior da favela, dos 40 funcionários, metade é de moradores do local. Colômbia, Costa do Marfim, Serra Leoa, Moçambique e conjunto de

favelas do Alemão. Depois de ver e ajudar de perto vítimas de guerrilhas mundo afora, o economista Alberto Cristina, de 37 anos, se empenhou para trazer uma unidade de emergência do Médico Sem Fronteiras (MSF) no centro do conflito entre polícia e traficantes no Rio. Desde outubro de 2007, o MSF aportou na Fazendinha, no conjunto de favelas do Alemão, no subúrbio carioca, para fazer atendimentos médicos e psicológicos. A ideia surgiu depois da série de confrontos na área no início do ano passado. De maio de 2007 a abril deste ano, foram, segundo a Secretaria estadual de Saúde, 232 mortos e 790 feridos.

A primeira avaliação da Organização Não-Governamental no Brasil, depois de seis meses em atividade, é positiva. De lá para cá, são cerca de 300 atendimentos médicos por semana e 10 psicológicos por dia. Os atendimentos mais graves são transferidos para hospitais públicos, Transporte é chave do MSF “Fora o MSF, não existe uma ambulância que entre hoje no Alemão. Os bombeiros só conseguem chegar na entrada. Na hora do tiroteio, fazemos a diferença. Aquelas pessoas só têm kombis e mototáxi”, explica Alberto. Mais do que balas perdidas ou estilhaços de granadas, ele conta que a maior parte dos atendimentos são em virtude de doenças crônicas, diabetes, e hipertensão, além de vítimas de violência doméstica.

Sudão é mais tranquilo que o Brasil, diz mineiro no Médicos Sem Fronteiras Moradores são pacientes e funcionários Dos 40 funcionários, 50% são moradores do Alemão, o que ajudou não só a divulgação e a dar credibilidade do MSF no local, mas também permitiu aos estrangeiros no projeto conhecer melhor a geografia do local.

“Quando uma pessoa muda de contexto, tem uma curiosidade e um interesse cultural que tornam mais fácil se sensibilizar com as necessidades da população local”, disse ele.

O “postinho”, como é conhecida a unidade, funciona todos os dias das 8h às 18h. Quando o paciente não tem condições de ser atendido lá, é encaminhado para algum hospital público, geralmente o Getúlio Vargas ou o Geral de Bonsucesso, no subúrbio.

Depois do MSF Financiado quase que totalmente por doações de pessoas físicas ao redor do mundo, o MSF implementa um prazo para suas missões, que costuma ser de 2 ou 3 anos, renováveis de acordo com a necessidade de cada local. Segundo Alberto, é comum que, ao deixar um país, a estrutura montada pela instituição seja assumida pelo governo, como aconteceu no Haiti e em Cali, na Colômbia. Acontece também de uma outra ONG passar a tocar o trabalho. “Toda maneira de oferecer serviços para que aquele mundo, quase exilado, não fique fechado é válido”, resume ele, que já identificou no Rio outros locais carentes desse tipo de atenção, como o conjunto de favelas da Penha, no subúrbio, e a Cidade de Deus, em Jacarepaguá, na

Zona Oeste.

4-VOLUNTÁRIADO

O trabalho voluntário começa a despontar no Brasil, no início do século XX, a partir da necessidade de amparo e auxílio aos mais necessitados, sobretudo em razão das epidemias e de diversas doenças que acometiam a população mais carente. De início este trabalho foi predominantemente realizado por mulheres, geralmente por damas da sociedade ligadas à igreja católica (Centro de Voluntariado de São Paulo, 2001). Aos poucos esse trabalho foi adquirindo outras dimensões e deixou de ser voltado exclusivamente ao assistencialismo. A partir daí, começaram a surgir ações voltadas ao desenvolvimento da cidadania, com a realização de trabalhos de caráter educativo, de cultura e de lazer. A partir dos anos 80, com o envolvimento maior da sociedade, surgem as ONG's –Organizações não Governamentais que vieram fortalecer ainda mais esse trabalho. Em decorrência, começa a haver um fortalecimento na diversificação do trabalho voluntário no Brasil, com destaque para a proteção ao meio ambiente. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 exerceu um papel importante, pois, não apenas enfatizou a responsabilidade social como premissa a ser observada pela sociedade, como também destacou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos do Estado Democrático de Direito. A Lei Maior também consagrou como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social; a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Esses enfoques, viabilizaram a iniciativa e o incremento do voluntariado. O meio ambiente também passou a ganhar destaque como compromisso social a ser observado, não apenas pela importância consignada pela legislação interna, mas também pela mobilização mundial, simbolizada, sobretudo, pelo Protocolo de Quioto. Toda essa mobilização em torno de questões humanitárias levou diversas empresas de médio e grande porte a investir em ações de responsabilidade social, em especial nas comunidades mais próximas. Nos anos 90 o voluntariado se consolidou, notadamente graças ao incentivo de medidas governamentais e de iniciativas privadas. Houve uma grande expansão desse trabalho, com a mobilização da sociedade que passou a dedicar tempo, trabalho e talento de forma espontânea em prol dos necessitados e menos favorecidos, objetivando uma vida mais digna a milhares de pessoas. Mesmo correndo o risco de o voluntariado ser confundido com oportunismo, notadamente quando empresas ou empresários investem bastante na divulgação das campanhas assistenciais que promovem. Não há dúvidas de que o incremento desse tipo

de ação social 3 tem crescido em proporções significativas e se revelado de fundamental importância para a sociedade.

O outro risco sempre presente é de o trabalho social ser confundido com assistencialismo.

A sociedade percebeu a necessidade de fazer a sua parte e não simplesmente esperar pelas entidades governamentais. A mídia em geral colabora muito para a conscientização das pessoas, ao divulgar os trabalhos realizados e os resultados alcançados. Mas não se pode confundir trabalho voluntário com obra de caridade, pois na caridade há a simples doação, sem nada em troca. É puro assistencialismo. No trabalho voluntário há a doação de um trabalho que necessita ser feito, cujo resultado representa uma troca de satisfação interior, manifestada pelo amor ao próximo. Por outro lado, há que se registrar o aumento da experiência profissional do voluntário: trabalho em equipe, integração, flexibilidade, visão de futuro, otimismo e outras importantes nuances que podem ser vividas e aplicadas no desenvolvimento pessoal e profissional, segundo Corrullón e Medeiros Filho (2002).

5- ONG FARMACÊUTICO

Movimento Farmacêuticos Sem Fronteiras uma ONG de origem Francesa que tem atuação no Brasil, como missão de promover campanhas de doação de medicamentos e manter um estoque permanente, destes para as pessoas de baixa renda e necessitados que não tenham condições de adquirir seus medicamentos;

Maior prazo de pagamento para as pessoas que fazem uso de medicamentos regularmente;

Tornar a ONG FARMACÊUTICA uma fonte de referência para consumidores e laboratórios farmacêuticos se algum produto apresentar problema;

Capacitar pessoas interessadas em aprender a profissão de balconista e atendentes de Farmácia;

Orientar à população a qual profissional de saúde procurar;

Participar de campanhas de vacinação entre outras;

Busca e pesquisa de medicamentos além de outros produtos farmacêuticos de difícil acesso.

Esta ONG é uma entidade sem fins lucrativos composta por pessoas que querem propiciar melhores condições para todos aqueles que fazem uso de medicamentos, seja regularmente ou não facilitando o acesso de todos ao mesmo, e entre outros objetivos podemos citar: ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL FARMACÊUTICA.

6-FARMACÊUTICO NA PRAÇA

CRF-SP promoveu uma campanha voluntária para atendimento farmacêutico gratuito ao público. A campanha que levou o nome de “Farmacêutico na Praça” atendeu cerca de 10 mil pessoas em todo Estado. Ao todo 22 cidades receberam simultaneamente a ação Farmacêutico na Praça na cidade de São Paulo o atendimento farmacêutico ao público aconteceu no Parque Villa Lobos. Centenas de farmacêuticos se mobilizaram em todo estado e foram voluntários na campanha promovida por este Conselho. A ação contou também com o apoio de acadêmicos de farmácia.

A iniciativa teve como objetivo levar orientação e serviços farmacêuticos de forma gratuita para a população em locais de grande circulação. A campanha faz parte das comemorações pelo Dia Internacional do Farmacêutico (celebrado em 25 de setembro).

Em cada local foram instaladas tendas de atendimento com toda a estrutura para que os farmacêuticos pudessem receber o público e, por meio de sua atuação, despertar na população a importância da prevenção, acompanhamento e controle de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, além de alertar da importância do farmacêutico como profissional de saúde

Na capital, o evento aconteceu no Parque Villa Lobos localizado na zona oeste da cidade. Apesar do tempo frio e chuvoso do dia foram realizados cerca de 800 atendimentos somente neste local. O público atendido recebeu as seguintes orientações:

Uso correto de medicamentos

Serviços de aferição de glicemia capilar e de pressão arterial

Auriculoterapia com sementes

Avaliação de exames laboratoriais

Recolhimento de medicamentos vencidos ou sobras

Teste e orientações sobre hepatite C

Orientação farmacêutica sobre armazenamento de medicamentos

Orientação farmacêutica sobre câncer de pele, colesterol, homeopatia, medicamentos gratuitos, plantas medicinais, pesquisa clínica e riscos da obesidade.

7- CAMPANHA "SEJA UM FARMACÊUTICO VOLUNTARIO"

O Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná (CRF-PR) recruta estudantes e

farmacêuticos voluntários que queiram participar das ações realizadas pelo Conselho de orientação para a população.

O objetivo é fazer um Banco Farmacêutico” onde os interessados farão um cadastro e quando a ação for programada o CRF-PR entrará em contato com estes profissionais e acadêmicos de Farmácia para verificar a disponibilidade de participem do evento. O objetivo principal desta iniciativa é aproximar o Farmacêutico da população e divulgar a profissão. Nestes eventos os voluntários também serão os responsáveis pela prestação de serviços como aferição de pressão, dosagem de glicemia, orientação técnica, entre outros. O primeiro recrutamento acontecerá para o evento do próximo dia 03 de maio, em alusão ao Dia Nacional do Uso Racional de Medicamentos que acontecerá em Curitiba na “Boca Maldita”, a partir das 09h com previsão de término às 16h. Os voluntários poderão escolher os turnos para participarem. Intitulado “Farmacêutico na Praça” o evento é uma campanha que procura despertar na população a importância da prevenção, acompanhamento e controle de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial, além de fortalecer a imagem do farmacêutico como profissional de saúde junto à população.

Nesta data, quem passar pelo local também receberá orientação farmacêutica sobre a diferença entre medicamentos genéricos, similares e de referência e sobre a necessidade do uso racional de medicamentos. Exerça a sua cidadania e participe conosco desta ação, pela profissão e pela saúde!!!Para ser um voluntário ou organizar um grupo para colaborarem de forma conjunta, inscreva-se!

O sucesso do projeto está nas mãos de todos nós!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o voluntariado teve um crescimento significativo ao longo dos anos, não bastante para erradicar os males das causas defendidas, mas trazendo alívio aos atingidos e mostrando a um número crescente de pessoas o qual importante é cada um fazer sua parte, seja direta ou indiretamente. As redes sociais vem expandindo muito essas causas, trazendo conhecimento aos que desconhecem e facilitando aos que querem abraçar essa causa. Existe diversas entidades serias e comprometidas, cabe a cada um tomar ciência e participar, fazer sua parte.

REFERENCIAS

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Médicos sem Fronteiras](https://pt.wikipedia.org/wiki/Médicos_sem_Fronteiras)

<http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL487761-5606,00-MEDICOS+SEM+FRONTEIRAS+TEM+POSTO+DE+EMERGENCIA+NO+COMPLEXO+DO+ALEMAO.html>

<http://portal.crfsp.org.br/index.php/component/content/article.html?id=3452:revista-106-farmaceutico-na-praca>

<http://ongfarmaceutica.com.br/>

<http://www.crf-pr.org.br/site/home/pagina/id/115/Campanha-Seja-um-Farmaceutico-Voluntario>

DOHME, Vania DAngelo. Voluntariado: equipes produtivas: como liderar ou fazer parte de uma delas. São Paulo: Editora Mackenzie,2001.

INTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA COM O CUIDADO DA SAUDE: GESTAO DO USO DE MEDICAMENTOS

Alana Maria Pontes Borges¹⁵⁷

Thiciane Janete¹⁵⁸

Vinícius Dantas Saraiva¹⁵⁹

Andreza Rochelle Vale Morais¹⁶⁰

Resumo

Este artigo tem por objetivo desenvolver algumas considerações sobre a Importância da Assistência Farmacêutica no controle de qualidade dos medicamentos especificamente no que se refere às suas aplicações desde a aquisição à distribuição dos medicamentos. Como se sabe, o farmacêutico é o profissional responsável pelo controle de qualidade do medicamento desde a sua produção até a caixa de remédio que chega às casas dos pacientes e usuários de medicamentos. Tendo contato e conhecimento direto do medicamento, o farmacêutico seria o profissional mais instruído para auxiliar uma pessoa em um tratamento uma vez que o farmacêutico tem conhecimento desde a produção do remédio até a ação dele no organismo, o farmacêutico é a informação viva do medicamento, tem como vista ajudar, tirando dúvidas, e fornecendo informações aos pacientes, ele trabalha como um guia no uso de medicamentos, tornando-se um mediador. O primeiro ponto tratado é relativo às relações adquiridas pelo farmacêutico em certas proporções do controle de qualidade, referente às possibilidades de gerenciamento, financiamento, a sistemática de informações dos recursos humanos, armazenamento e distribuição. Na sequência, enfatizar que no ciclo da Assistência Farmacêutica, o resultado de uma atividade encadeia para outra e a ausência ou a execução de forma imprópria de uma delas, acaba impedindo o correto funcionamento de todo o ciclo. O medicamento é a principal ferramenta terapêutica para a recuperação ou manutenção das condições de saúde da população. A forma que são simbolicamente revestidos e o uso dos mesmos pela sociedade têm propiciado o aparecimento de eventos adversos, elevando os impactos sobre a saúde e custos dos sistemas.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacêutico, medicamento, assistência farmacêutica.

Introdução

A assistência de saúde é o que envolve todos os profissionais na área da saúde com um conjunto de práticas voltadas à saúde individual e coletiva e que tem como principal objetivo o bem estar do paciente, ou seja, o paciente é o foco. Dentre esses profissionais da saúde encontramos, o enfermeiro, por exemplo, que se dedica a promover, a manter e a restabelecer a saúde das pessoas também é responsável pela higiene, alimentação, administração de

¹⁵⁷ Aluna do primeiro período do curso de Farmácia na instituição FACENE/Mossoró-RN.

¹⁵⁸ Aluna do primeiro período do curso de Farmácia na instituição FACENE/Mossoró-RN.

¹⁵⁹ Aluno do primeiro período do curso de Farmácia na instituição FACENE/Mossoró-RN.

¹⁶⁰ Docente no curso de farmácia na instituição FACENE/Mossoró-RN.

remédios e pelos curativos, podemos citar também o médico que investiga a natureza e as causas das doenças humanas, procurando sua cura e prevenção, pede exames, faz diagnósticos, realiza cirurgias e prescreve medicamentos, o farmacêutico que estuda a composição de medicamentos e outras coisas. Vendo que a área da saúde engloba vários profissionais, temos o médico que prescreve o medicamento, mas os farmacêuticos é quem são os responsáveis por prestar o conhecimento para o paciente do uso de medicamentos de forma racional, pois são os farmacêuticos que estão em contato com o medicamento e sua ação no organismo do usuário, o profissional de farmácia é o mediador entre o medicamento e o paciente, acarretando um uso adequado e seguro.

Metodologia

O trabalho contou com uma pesquisa bibliográfica aplicada na utilização de conceitos da área farmacêutica associada à gestão do uso de medicamentos, em sites de internet e artigos disponibilizados. A principal ferramenta de pesquisa foi o Google Escola que faz buscas em artigos de pesquisa como monografias, artigos, livros, teses de mestrado e doutorado. Para colaboração do aprendizado, destacam-se algumas citações de autores farmacêuticos.

“A assistência farmacêutica caracteriza-se como um conjunto de ações relacionadas à dispensação de medicamentos, enfatizando a orientação com o objetivo de contribuir para o sucesso da terapêutica.” Ricardo P. Basile - Farmacêutico-Bioquímico.

Resultado

Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população **(Resolução SES/MG Nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008)**.

Portanto, a inserção do profissional farmacêutico passa a ser uma necessidade e o seu papel, como profissional responsável pelo uso racional e resolutivo dos medicamentos, assume caráter fundamental para a atenção à saúde, entendida em toda

a extensão do princípio da integralidade das ações de saúde. José Gomes Temporão-
Ministro de Estado da Saúde.

A Assistência Farmacêutica é muitas vezes confundida com Atenção Farmacêutica. Os termos diferem-se em relação ao alvo das ações. No caso da Assistência Farmacêutica, as ações estão voltadas ao acesso e uso racional de medicamentos, mesmo que o beneficiário final não seja o paciente. Já a Atenção Farmacêutica refere-se ao cuidado diretamente dirigido ao paciente. Por contribuir para o uso racional dos medicamentos, a Atenção Farmacêutica pode ser considerada um dos elementos da Assistência Farmacêutica. Com a regulamentação da Constituição Federal em 1990 a Assistência Farmacêutica foi incluída como parte da assistência terapêutica integral, que deve ser dirigida aos usuários do SUS. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi concebida em um contexto no qual era necessário reorganizar a forma de fornecimento de medicamentos à população, em concordância com os princípios de descentralização das ações do SUS. Além da descentralização, foram considerados princípios da PNM: a promoção do uso racional de medicamentos, a otimização e eficácia do sistema logístico do setor público e o desenvolvimento de iniciativas para melhorar o acesso aos medicamentos.

O bem-estar do paciente é o objetivo máximo da assistência em saúde. Segundo a OMS (Organização mundial de saúde) a seleção de medicamentos é um processo contínuo, multidisciplinar e participativo que deve desenvolver-se baseado na eficácia, segurança, qualidade e custo dos medicamentos a fim de assegurar o uso racional dos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1987). Assim, a promoção do uso racional dos medicamentos é uma ferramenta importante de atuação junto à sociedade, para senão eliminar, minimizar o problema. Neste sentido, o farmacêutico pode contribuir sobremaneira, já que este é assunto pertinente ao seu campo de atuação. Sua participação em equipes multidisciplinares acrescenta valor aos serviços e contribui para a promoção da saúde. O farmacêutico como profissional direto com a produção deve instruir os usuários dos medicamentos a ter um uso correto e racional do mesmo, pois se você usa um medicamento errado ele pode causar efeito adverso, que o contrario do efeito que se espera, então se deve ter muito cuidado durante o tratamento fazendo um uso racional do medicamento.

A definição usada pelo Ministério da Saúde (MS) e instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e também a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é: “O uso racional de medicamentos parte do princípio que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente

requeridas para um adequado período de tempo e a um baixo custo para ele e sua comunidade.”

Na prática, todos são responsáveis por promover o uso racional e correto de medicamentos: governo, indústria, profissionais da saúde (como médicos e farmacêuticos) e inclusive os pacientes. Esta cartilha foi elaborada a partir da necessidade de ajudar as pessoas a conhecerem algumas regras para o correto consumo de medicamentos, além de diminuir ou minimizar os erros mais comuns e contribuir para o tratamento adequado dos pacientes.

Só use medicamentos sob orientação médica. Se o medicamento é bom para seu amigo, vizinho ou parente não significa que será bom para você! O médico escolhe o melhor medicamento para você de acordo com o resultado dos seus exames, seu estilo de vida, etc. O seu amigo, vizinho ou parente pode ter um problema parecido com o seu, mas o medicamento pode ter efeitos diferentes em você (e às vezes pode fazer mal!).

Tenha certeza de que entendeu o nome do medicamento, a concentração, a posologia (quantas vezes deverá ser consumido ao dia) e por quanto tempo (o período de tratamento). Isso é importante para sua saúde. Também vale perguntar ao médico como deve ser consumido, por exemplo: com ou sem alimentação. Lembre-se: o médico não sabe quais os outros medicamentos que você já está usando ou se você tem alergia. Por isto, sempre avise sobre outros medicamentos que esteja usando ou se já teve alergias. É importante perguntar se o medicamento que você já está tomando pode ser usado com o prescrito por ele. Além disso, esclareça se o nome do medicamento é o nome de marca ou o nome da substância química (também chamado princípio ativo). Peça para colocar o nome genérico (do princípio ativo), para que você possa escolher um medicamento genérico. Por exemplo, se o médico prescrever o medicamento de marca “Novalgina®”, peça para ele incluir na receita o nome “dipirona sódica”, que é o nome genérico. Ao fazer a troca de um medicamento de marca por um genérico, sempre consulte um farmacêutico.

Receita: confira se o que está recebendo é o que está escrito na receita. Para isto, verifique os seguintes itens. nome; concentração; apresentação. Embalagem: importante conferir os seguintes itens. data de validade; o rótulo, o lacre, a tampa, etc; aspecto da embalagem por fora, tais como a da caixa, cartucho, blister, a bisnaga, o frasco, etc. Onde conseguir os medicamentos de Farmanguinhos? Os medicamentos de Farmanguinhos são distribuídos gratuitamente em postos de saúde e hospitais públicos. Alguns medicamentos de Farmanguinhos também podem ser obtidos em Farmácias Populares do Brasil (do Governo Federal). Não jogue fora a bula, enquanto estiver em tratamento médico. Se já leu a bula a primeira vez, vá direto à orientação de interesse, ou seja, toda bula deve conter informações

ao paciente. O medicamento foi estudado para ser administrado (tomado) com água. Alguns medicamentos nem fazem efeito se forem tomados com leite. Assim, água é sempre a melhor escolha.

Sempre obedeça ao horário recomendado pelo médico. Você pode usar qualquer método para se lembrar: amarrar uma fita no dedo, programar o alarme do celular, despertador ou qualquer outro artifício que seja melhor, para você não esquecer. No caso de antibióticos, o horário é muito importante. Para um xarope, o horário não é tão rígido, mas é importante. Antes de tudo, procure na bula alguma orientação sobre o que fazer se esquecer de tomar uma dose. Em geral, tome o medicamento assim que lembrar, principalmente se tiver passado pouco tempo do horário. A próxima dose deverá ser tomada no horário normal (aquele que tomaria se não tivesse esquecido). Caso já esteja perto da próxima dose, não dobre a quantidade de medicamento. Apenas tome a dose no horário, sem tomar a que esqueceu.

Lavar sempre as mãos antes de tomar seu medicamento ou medicar outra pessoa (seu filho, sua mãe, etc.) No uso de cápsulas, não abra para tomar parte do conteúdo ou dissolver com água! Não parta ou corte comprimidos, a menos que orientado pelo médico. Não troque o medicamento de embalagem. O medicamento foi estudado do jeito que você recebeu. Qualquer alteração pode prejudicar a ação no seu organismo e, principalmente, a sua saúde.

Nenhum medicamento é 100% seguro. Mesmo medicamentos que não precisam de receitas médicas ou medicamentos produzidos com plantas, podem fazer mal. Para a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que regula os medicamentos é “qualquer ocorrência médica desfavorável, que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui, necessariamente relação causal com esse tratamento” Isto significa que, se você se sentir mal quando estiver tomando um medicamento, isto será considerado um evento adverso, mesmo sem saber se o medicamento é a causa do problema. Se estiver sentindo um evento adverso antes de tudo, deve-se procurar um médico, pois ele é o profissional adequado para avaliar o que está acontecendo. Nunca altere a dose ou suspenda o tratamento sem a orientação do médico!! Você pode pedir ao médico que notifique o caso para a indústria farmacêutica e para a Anvisa. Outra opção é você falar com o farmacêutico da indústria, ligando para o SAC – Serviço de Atendimento ao Cidadão, e pedir para ele notificar a Anvisa. O número do telefone está em todos os cartuchos. É importante notificar o ocorrido Por que notificar (informar o fabricante e a Anvisa) Somente aumentando o volume de notificações, a indústria e a Anvisa poderão avaliar o ocorrido e, com isto, proteger a saúde de todos. Quando for você. A melhor opção é notificar a indústria farmacêutica, para que ela informe a Anvisa. Para isto, basta ligar para o SAC da indústria que fabricou o medicamento ou mandar

um e-mail. O e-mail do SAC está em todos os cartuchos. No caso de produtos de Farmanguinhos, é só ligar para 0800.024 1692 ou enviar e-mail para sac@far.fiocruz.br. Quando for o médico, farmacêutico ou outro profissional da saúde. Também poderá notificar diretamente a indústria farmacêutica, mas também deverá notificar a Anvisa pelo sistema (Notivisa) disponibilizado no endereço eletrônico: www.anvisa.gov.br

Cuidados que se deve ter em casa com o medicamento, pois eles também podem influenciar em um mau uso, nunca guarde em lugar úmido, quente ou com muita luz, como cozinhas e banheiros. Sempre longe da luz e umidade Também evite guardar em lugares baixos, onde as crianças possam alcançar. Em geral, prefira um armário fechado, caixa com tranca, em lugar alto. Lembre-se que alguns produtos exigem cuidados especiais no armazenamento. Esta informação pode ser obtida na embalagem ou na bula do produto. A insulina, por exemplo, deve ser armazenada em sua embalagem original em geladeira (2 °C a 8 °C), não muito próximo do congelador, pois não pode ser congelada.

Os medicamentos não devem ser retirados da embalagem original. Embalagens como portas-comprimido exigem que o medicamento seja mantido na embalagem original. Os portas-comprimidos somente podem ser utilizados para separar medicamentos suficientes para um curto período, como um dia ou no máximo, uma semana. Caso seja uma embalagem fracionável, basta destacar o comprimido ou cápsula no local apropriado (“picote”). Caso não seja fracionável, o ideal é cortar o envelope ou o blister separando apenas aqueles medicamentos que serão utilizados. E se alguém tomar uma quantidade maior que a indicada, o ideal é sempre procurar um médico. Você também pode ligar para o Disque Intoxicação, da Anvisa: 0800 722 6001

Considerações finais

Considerando os dados apresentados no presente artigo, o resultado, a metodologia utilizada e os dados bibliográficos coletados durante a realização do trabalho, conclui-se que a Assistência Farmacêutica auxilia na melhoria da saúde da população, relacionando com a funcionalidade do profissional farmacêutico, que torna-se gradativamente mais importante no ambiente clínico e hospitalar, possibilitando uma gestão mais segura e eficaz sobre o uso racional e correto dos medicamentos.

O uso racional de medicamentos acontece quando o paciente adquire o medicamento apropriado à sua necessidade clínica na dose e posologia correta, por um período de tempo adequado e ao menor custo tanto para si quanto para a comunidade. No entanto, para

aquisição de medicamentos, é necessária a apresentação do receituário médico, dando ênfase às orientações farmacêuticas.

Todo medicamento apresenta riscos, mesmo quando sendo utilizados de forma correta. O seu consumo de forma racional tem como objetivo geral proporcionar o máximo de benefícios com a minimização dos possíveis efeitos prejudiciais. Além, da gestão do armazenamento de materiais essenciais que exigem especificidades aprofundadas para ajudar na atuação do farmacêutico.

REFERÊNCIAS

http://portal.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/USO%20CORRETOcartilha_final.pdf
ACESSO EM 23/04/2016

<file:///C:/Users/cliente/Downloads/33-65-1-SM.pdf> ACESSO EM 23/04/2016

<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n1/20.pdf> ACESSO EM 23/04/2016

<file:///C:/Users/cliente/Downloads/33-65-1-SM.pdf> ACESSO EM 23/04/2016

<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06> ACESSO EM 23/04/2016

http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_04.pdf ACESSO EM 23/04/2016

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3626/2930> ACESSO EM 23/04/2016

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3059> ACESSO EM 23/04/2016

<http://www.cff.org.br/userfiles/53%20-%20CORRER%20C%20J%20Assist%C3%ABncia%20Farmac%C3%ABtica%20integrada%20ao%20processo%20de%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde%20gest%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20medicamento.pdf> ACESSO EM 23/04/2016

A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: LEUCEMIA.

Ellys Cristine Eleonor Pereira TORRES¹⁶¹

Emilly Natânia de Souza FREIRE¹⁶²

Lucas Vinicius Nogueira de SOUSA²

Andreza Rochelle Vale MORAIS¹⁶³

RESUMO

Os Exames laboratoriais são de suma importância na atividade clínica. Referem-se a um conjunto de exames e testes realizados por encaminhamento do médico responsável visando um diagnóstico ou, simplesmente, um controle periódico de que a saúde está em ótimo estado. O diagnóstico precoce faz toda a diferença em relação ao tratamento de doenças mais graves, como por exemplo a leucemia. A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos) de origem, na maioria das vezes, não conhecida. Ela tem como principal característica o acúmulo de células jovens (blásticas) anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. Exames simples podem diagnosticar essa doença e seu tratamento pode ser um sucesso, como por exemplo o hemograma. O presente artigo tem como objetivo estudar a importância do diagnóstico precoce no tratamento da leucemia por meio de exames laboratoriais. Foi realizado a partir de pesquisas bibliográficas para obter as informações necessárias ao aporte teórico, foram utilizados para essa pesquisa alguns sites como: dnacenter, infoescola, fridelab, laboratóriotoledo, mdsaude, oncoguia, hemoanalises, dentre outros. As pesquisas realizadas ajudaram a esclarecer alguns conceitos e dúvidas sobre o assunto abordado nesse artigo. O Câncer é o nome dado a doenças que tem o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. A carcinogênese é o processo de formação do câncer, que em geral ocorre lentamente. Diante das pesquisas realizadas, concluiu-se que a realização de exames laboratoriais com frequência, podem chegar a salvar vidas, ou até mesmo impedir que uma simples doença evolua a um quadro mais grave.

Palavras-Chave: Exames laboratoriais, diagnóstico precoce, leucemia.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença existente desde épocas remotas. Embora exista o registro de um dos mais antigos tumores no ser humano (um maxilar com sinais de linfoma, datado como 4.000 A.C.), não há um primeiro registro científico inaugural que fale sobre a doença, pois egípcios, persas e indianos, séculos antes de Cristo, já faziam menções aos tumores malignos.

¹⁶¹ Graduando do 1º período do curso de Farmácia da FACENE/RN. Endereço: primeiro de maio, 152, centro, Apodi- RN. Telefone: (84) 991453169 Email: ellystorres@hotmail.com

¹⁶² Graduando do 1º período do curso de Farmácia da FACENE/RN.

¹⁶³ Mestre, docente no curso de Farmácia da FACENE/Mossoró- RN.

Mas foi a escola de medicina de Hipócrates na Grécia (pioneiros por separar a medicina da magia) que primeiramente definiu a doença como um tumor duro que, muitas vezes, reaparecia depois de extirpado. Desta época até o século XVI, os conhecimentos gerais de medicina consideravam que a doença era um desequilíbrio dos fluídos corpóreos e/ou um desequilíbrio do sistema linfático. (TEIXEIRA, 2007)

Apesar de ser uma doença que já estava presente na sociedade há milênios, ela só começou a ser entendida de maneira diferente depois de alguns estudos de anatomistas e médicos no século XVII. O patologista italiano foi responsável por caracterizar o câncer como uma unidade específica localizada em uma parte do corpo e Marie Bichat colaborou para a compreensão que os órgãos tinham em diferentes tecidos que, por sua vez, eram afetados por diferentes tipos de câncer. Ainda neste mesmo período o médico Joseph Claude Anthelme Recamier foi o primeiro a identificar um caso de metástase causada pela corrente sanguínea ou linfática. (TEIXEIRA, 2007)

Estudos epidemiológicos têm sido fundamentais para o conhecimento de várias doenças, incluindo o câncer. Estudos sobre tipos específicos de câncer possibilitaram a associação da sua ocorrência com sexo, faixa etária, estilo de vida, padrão alimentar, fatores genéticos e ambientais. No Brasil existe uma carência de registros e dados epidemiológicos sobre a incidência de câncer, tornando premente o rastreamento das neoplasias, pois a mortalidade pelo tumor correspondia até 10,8 por cento dos óbitos registrados em 1994. (BITTENCOURT. R; SCALETZK. A; BOEHL. J, 2004)

Com o aumento dos estudos e preocupações com doenças relacionadas ao sangue, algumas áreas específicas sobre esse assunto foram criadas. A Hematologia Clínica é o estudo do sangue, seus distúrbios e doenças. Estuda seus elementos figurados como os glóbulos vermelhos (hemácias), glóbulos brancos (leucócitos) e plaquetas, além de estudar os órgãos onde são produzidos, como a medula óssea, o linfonodo e o baço. Existem várias doenças relacionadas ao sangue. As mais conhecidas são a anemia, hemofilia e a leucemia. O diagnóstico dessas doenças de forma precoce ajuda no tratamento das mesmas. “Estima-se uma incidência anual de cerca de 200 mil casos em todo o mundo, sendo a leucemia o tipo mais comum na população infantil”. (ELMAN. I, 2006)

As doenças hematológicas se dividem em anemias, alterações da coagulação e doenças dos leucócitos. A anemia resulta da alteração estrutural ou diminuição do número de glóbulos vermelhos ou da redução da quantidade de hemoglobina presente no seu interior. A hemofilia é um distúrbio genético e hereditário que afeta a coagulação do sangue e faz parte das doenças hematológicas responsáveis pela alteração da coagulação. As doenças que afetam os

leucócitos são a leucemia e linfomas. A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos) de origem, na maioria das vezes, não conhecida. Ela tem como principal característica o acúmulo de células jovens (blásticas) anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. As manifestações clínicas da leucemia aguda são secundárias à proliferação excessiva de células imaturas da medula óssea, que infiltram os tecidos do organismo, tais como: amígdalas, linfonodos (ínguas), pele, baço, rins, sistema nervoso central (SNC) e outros. A fadiga, palpitação e anemia aparecem pela redução da produção dos eritrócitos pela medula óssea. Infecções que podem levar ao óbito são causadas pela redução dos leucócitos normais (responsáveis pela defesa do organismo).

Alguns exames laboratoriais que podem diagnosticar a leucemia ou outras doenças relacionadas ao sangue são: hemograma, aspirado e biópsia da medula óssea, punção lombar e análise do líquido cefalorraquiano. O hemograma é uma das análises de sangue mais úteis e mais solicitadas na prática médica, é um teste que dá informação sobre os três principais tipos de células no sangue. Ele conta o número de cada um dos três tipos de células no sangue e mostra se seus níveis são baixos, normais ou altos. Esse exame é extremamente comum, mas de uma importância excessiva, pois pode diagnosticar doenças gravíssimas. Os brasileiros não têm o costume de realizar exames preventivos, sendo que é extremamente importante para detectar e tratar doenças em estágio inicial.

METODOLOGIA

Este artigo foi realizado a partir de pesquisas bibliográficas, onde foi pesquisado sobre a importância da realização de exames laboratoriais no diagnóstico de doenças hematológicas, como a leucemia. Chegou-se a esse tema por perceber que a maioria da população não tem o hábito de realizar exames de rotina, na maioria das vezes por não se saber que um simples hemograma pode detectar uma grave doença.

Para obter as informações necessárias ao aporte teórico do presente artigo, realizou-se, pesquisas em alguns sites como: dnacenter, infoescola, fridelab, laboratóriotoledo, mdsaude, oncogua, hemoanalises, dentre outros. Utilizando-se as seguintes palavras chaves: exames laboratoriais, doenças hematológicas, leucemia, importância da realização de exames laboratoriais. O objetivo do presente artigo foi estudar a importância do diagnóstico precoce no tratamento da leucemia por meio de exames laboratoriais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

Hematologia é o ramo da medicina que tem como função o estudo do sangue, seus distúrbios e doenças. Estuda seus elementos figurados como os glóbulos vermelhos (hemácias), glóbulos brancos (leucócitos) e plaquetas, além de estudar os órgãos onde são produzidos, como a medula óssea o linfonodo e o baço.

O sangue é composto por uma porção líquida, o plasma, e de células de três tipos básicos: os glóbulos vermelhos (hemácias), glóbulos brancos (leucócitos) e as plaquetas. O plasma é a parte líquida do sangue. Sua função é transportar água e nutrientes para todos os tecidos do organismo. O plasma também contém sais minerais, proteínas relacionadas com a coagulação do sangue (fatores de coagulação) e com a defesa contra infecções (imunoglobulinas), hormônios, enzimas e as células do sangue. As hemácias contêm no seu interior uma proteína chamada hemoglobina a qual é responsável pelo transporte do oxigênio do pulmão a todas as partes do organismo e do gás carbônico dos tecidos para os pulmões. São os leucócitos as células de defesa do nosso organismo contra infecções. Eles possuem a capacidade de migrar do sangue para os tecidos e combater microorganismos que invadem o corpo. A diminuição do número de leucócitos ou a alteração da sua função deixa o organismo susceptível a múltiplas infecções. As plaquetas são pequenos fragmentos celulares presentes no sangue que contribuem para a parada do sangramento após um ferimento.

LEUCEMIA

O processo do câncer se inicia quando células de algum tecido ou órgão do corpo começam a crescer sem controle, gerando células anômalas, que podem se multiplicar e invadir outros órgãos, em um processo conhecido por metástase.

Cerca de 10% dos casos de câncer são hereditários. A grande maioria dos diagnósticos, dessa forma, tem relação direta com fatores ambientais e hábitos de vida, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada e exposição exagerada ao sol ou a alguns micro-organismos. (CAMARGO, 2014)

O câncer altera, de várias formas a vida da criança. Alguns efeitos estão relacionados diretamente aos aspectos psicológicos durante o curso da doença ou do tratamento, porém a etiologia destes efeitos ainda não está totalmente clara. Piora da função psicológica pode ser secundária a toxicidade do tratamento ou atribuída a desmotivação por perda de energia. As

sequelas psicológicas, tais como diminuição no desempenho escolar ou social, podem resultar de déficits neuropsicológicos, atribuídos a toxicidades, da quimioterapia ou do isolamento que o paciente sofreu, imposto pela doença ou tratamento. (LOPES; CAMARGO; BIANCHI, 2000)

A leucemia é um tipo de câncer que se inicia na medula óssea, local onde são produzidas as células sanguíneas. Essas células passam por diversos estágios de desenvolvimento. As leucemias são os tumores derivados destas células precursoras, que ainda não atingiram a maturidade. A doença se divide em agudas e crônicas, e em mielóides e linfóides.

A Leucemia Mielóide Aguda é uma doença geralmente bastante grave, agressiva, que pode causar queda no número de glóbulos brancos, de glóbulos vermelhos (anemia) e das plaquetas; ou ainda elevação de glóbulos brancos com presença de células imaturas. Pode atingir qualquer faixa etária. O paciente muitas vezes apresenta infecções, sangramentos, febre e cansaço. O tratamento consiste de quimioterapia, transfusões de sangue e plaquetas, antibióticos, em geral sendo necessária internação. Em determinados casos há indicação de transplante de medula óssea.

A Leucemia Linfóide Aguda é a leucemia mais comum na infância, quando tem excelente prognóstico. Pode, porém, atingir também outras faixas etárias. Como a anterior, pode também ser uma doença agressiva, ocasionando os mesmos transtornos sanguíneos e clínicos. Em alguns casos pode ser necessário o transplante de medula óssea.

Estudos mostraram que a leucemia linfóide aguda (LLA) é mais comum em crianças brancas do que negras (1,8:1), e em meninos do que meninas (1,2:1). A etiologia ainda não está determinada, embora sejam enfatizados como possíveis causas: efeitos da irradiação, exposição a drogas antineoplásicas, fatores genéticos associados, imunológicos e exposição a alguns vírus. (ELMAN.I, 2006)

O tratamento da LLA (Leucemia Linfóide Aguda) é prolongado, variando de dois a três anos. Embora os esquemas terapêuticos possam mudar entre os diversos centros, os protocolos modernos invariavelmente são constituídos de cinco fases: indução de remissão, intensificação-consolidação, reindução, prevenção da leucemia no sistema nervoso central e continuação ou manutenção de remissão. (ELMAN.I, 2006)

A Leucemia Mielóide Crônica é uma doença mais comum após os 50 anos, é bastante indolente, em geral manifestando-se com um acentuado aumento dos leucócitos e às vezes de plaquetas. Geralmente o paciente tem poucos sintomas; um deles pode ser desconforto abdominal, por aumento do baço. O tratamento inclui quimioterapia oral, alfa-interferon, e

atualmente o novo medicamento STI571 (mesilato de imatinib). O transplante de medula óssea é uma alternativa terapêutica que pode ser curativa.

A Leucemia Linfóide Crônica é uma doença em geral observada nos idosos, é bastante indolente na maioria dos casos, causando poucos sintomas. Às vezes a suspeita vem de um hemograma solicitado apenas para um "check up" periódico ou pré-operatório. Em alguns casos, porém, pode ser mais agressiva, causando aumento do fígado, baço e gânglios linfáticos ("ínguas"), sudorese, febre e perda de peso. No sangue em geral há um aumento acentuado do número de linfócitos (um dos subtipos de glóbulos brancos). O tratamento nem sempre é necessário, pois em casos iniciais não leva a benefício algum, conforme comprovado no mundo todo por inúmeras publicações. Quando indicado, inclui quimioterapia (oral ou venosa), antibióticos, e às vezes transfusões, corticóides e imunoglobulinas.

As leucemias apresentam sintomas e sinais inespecíficos que podem simular o quadro clínico de muitas patologias, entre elas a artrite reumatóide juvenil (ARJ), febre reumática (FR), lupus eritematoso sistêmico (LES), púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), aplasia medular e mononucleose infecciosa, entre outras (BARBOSA, 2002).

O paciente pode ser diagnosticado com leucemia a partir de um exame laboratorial, como o hemograma, que é um exame bastante comum onde todos têm acesso, por ser de baixo custo, simples e rotineiro. O hemograma avalia os diferentes tipos de células do sangue (glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas), mudanças no seu número e na sua forma.

Para descobrir se a pessoa tem leucemia, primeiro ela é avaliada do ponto de vista clínico. Ela pode chegar ao médico com queixas que variam muito e podem ser de cansaço, febre, sonolência, fraqueza, palidez, pequena perda de peso, dor óssea e abdominal, falta de ar, ou até mesmo infecções com facilidade, pode ter sangramento, hemorragias (especialmente no nariz e gengivas), assim como hematomas pelo corpo. O problema é que as pessoas costumam ignorar alguns desses sintomas, não procuram o médico habitualmente e nem fazem os exames de rotina, nem mesmo hemogramas que se recomenda a cada seis meses para avaliar as células sanguíneas. Por isso, em alguns casos, quando detectada a doença em estágio avançado, as chances são menores. (FERNANDES, 2014)

Os tratamentos, principalmente a quimioterapia e a radioterapia, têm efeitos agressivos para o hospedeiro, por deixar o organismo vulnerável e debilitado, aumentar o risco para o comprometimento nutricional e prejudicar a resposta terapêutica (ELMAN.I, 2006).

EXAMES LABORATORIAIS

Os exames rotineiros têm como principais objetivos: ajudar a prevenir doenças por meio da informação e da realização de ações de prevenção. Essas ações incluem a vacinação, o estabelecimento de uma dieta equilibrada, orientações para parar de fumar, etc. Adicionalmente, esses exames são capazes de diagnosticar doenças já instaladas, porém ainda não manifestadas (colesterol alto, diabetes, hipertensão) cujo tratamento terá impacto positivo na saúde e na qualidade de vida do indivíduo. Portanto, os exames laboratoriais apresentam grande relevância no diagnóstico e tratamento de doenças.

O Check-Up consiste na realização de exames laboratoriais de rotina para avaliar a saúde das pessoas. Como o número de doenças crônicas e patologias estão crescendo na sociedade atual, a realização de exames laboratoriais exerce um papel fundamental na avaliação da saúde de qualquer indivíduo; seja no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, ou no âmbito de acompanhamento de patologias já estabelecidas e complicadas, numa tentativa de reestabelecer a qualidade de vida deste indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo concluiu-se que a realização de exames laboratoriais com frequência, podem chegar a salvar vidas, ou até mesmo impedir que uma simples doença evolua a um quadro mais grave. Por tanto é de suma importância que todos os indivíduos adquiram o hábito de em seis em seis meses procurar um laboratório de análises clínicas para a realização de exames de rotina. Pois um simples exame, como, por exemplo, o hemograma, pode diagnosticar doenças graves que quanto mais precoces forem descobertas trará mais chances de sobrevivência ao indivíduo que as possui.

REFERÊNCIAS

Importância dos exames laboratoriais. Laboratório Nilson Santos. Outubro, 2015. Disponível em: < <http://www.labnilsonsantos.com.br/blog/importancia-exames-laboratoriais/>> acesso em: 22 de abr. 2016.

AGUIAR, P. A importância da realização de testes laboratoriais. Itunotícias. Março, 2011.

COSER, J.; ROSA, C.; BRUNELLI, A.; KAEFER, C.; HANSEN, D.; KRUG, M.; MARISCO, N.; GARCES, S. A importância dos exames laboratoriais para avaliação e acompanhamento da saúde na terceira idade. Disponível em: < <http://www.unicruz.edu.br/seminario/downloads/anais/ccs/a%20importancia%20dos%20exa>

mes%20laboratoriais%20para%20avaliacao%20e%20acompanhamento%20da%20saude%20na%20terceira%20idade.pdf > acesso em: 22 de abr. 2016.

PINHEIRO, P. Exames de sangue| exames laboratoriais mais comuns. MD saúde. Março, 2015.

SUMITA, N. Exames laboratoriais e a importância dos cuidados pré-analíticos. Fleury medicina e saúde. Novembro, 2014. American cancer society. Exames para Diagnóstico da Leucemia Linfóide Aguda (LLA). Oncoguia. Julho, 2015.

GÓSS, A. Hematologia. Infoescola. 2006.

ARAÚJO, T. Diagnóstico de Doenças Hematológicas através do Estudo de Biologia Molecular e Técnicas Hematológicas especializadas. Disponível em: < http://www.proext.ufba.br/sites/proext.ufba.br/files/banner_-_tamires_argolo.pdf > acesso em: 22 de abr. 2016.

ELMAN, I.; SILVA, M. Crianças Portadoras de Leucemia Linfóide Aguda: Análise dos Limiares de Detecção dos Gostos Básicos. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 53, p. 297-303, 2007.

BARBOSA, C.; NAKAMURA, C.; TERRERI, M.; LEE, M.; PETRILLI, A.; HILÁRIO, M. Manifestações músculo-esqueléticas como apresentação inicial das leucemias agudas na infância. Jornal de Pediatria. Vol. 78, Nº6, 2002.

LOPES, L.F.; CAMARGO, B.; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. Revista da associação médica brasileira. Vol.46, n.3, July/Sept. 2000.

RODRIGUES, K.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. Revista da associação médica brasileira. V. 49, p. 29-34, 2003.

CAMPOS, J.; CHAGAS, J.; MAGNA, L. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. V. 36, nº 2, p. 65 - 68, abril/maio/junho 2007.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista brasileira de cancelorologia**. V. 50, nº 2, p. 95-101, abr.-jun 2004.

TEIXEIRA, L. Câncer: uma doença e sua história. Revista veja. 2007.

A.C. CAMARGO. Tudo sobre o Câncer. Disponível em: <

<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer> > acesso em: 22 de abr. 2016.

Portal da educação. Doenças hematológicas. Disponível em: <

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/691/doencas-hematologicas> > acesso em: 22 de abr. 2016.

GT 10 – EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE

**PREVENÇÃO E COMBATE AO AEDES AEGYPTI: UMA REVISÃO DE
LITERATURA****IARA ILKA ALMEIDA SANTOS¹⁶⁴**DANIELLI ALVES DA SILVA²ANTONIA AUDICLAUDIA LOPES²ELISA MARIA PASSOS DA COSTA REBOUÇAS³**RESUMO**

INTRODUÇÃO: O *Aedes Aegypti* é um vetor originário da África, encontrado no meio ambiente. Localizado em depósitos de armazenamentos de água e pequenas coleções temporárias. Pertence ao gênero da família Flaviviridae. É o principal vetor que transmite a dengue e a febre amarela. A dengue é considerada uma doença tropical, pois prolifera mais em países tropicais em razão do clima quente e úmido. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é apresentar, de acordo com a literatura, as formas de combate à proliferação do *Aedes Aegypti*. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão de Literatura, com abordagem qualitativa e descritiva. Foram utilizados bibliografia atualizada e artigos científicos presentes na Scielo, BVS e Google acadêmico. Foram utilizadas referências no período entre 2009 a 2014, em português. Os principais descritores utilizados foram: *Aedes Aegypti*, Dengue, Prevenção primária. Foram utilizados 20 artigos para a realização da pesquisa. **RESULTADO E DISCUSSÕES:** No Brasil, o nível endêmico dessa doença está relacionada à elevada infestação domiciliar, onde se encontra grande parte dos criadores. A participação dos Agentes de controle de endemias é fundamental. Esses profissionais são responsáveis pela identificação e eliminação de criadores, realiza atividades e orienta quanto aos cuidados de combate da doença como a dengue. A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária, porém todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, e se necessário, encaminhar para o serviço de alta complexidade. **CONCLUSÃO** Hoje é praticamente impossível discutir a erradicação do mosquito transmissor da dengue, sendo possível apenas o seu controle. *Para o combate ao mosquito é necessário realizar medidas de prevenção, como cuidados com o acúmulo de lixo e água parada, distribuição de larvicidas e adulticidas (fumacê) sendo essas algumas das medidas de controle da proliferação do mosquito *Aedes aegypti*.*

DESCRITORES: *Aedes Aegypti*, Dengue, Prevenção Primária.

¹⁶⁴ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN. Endereço: S. Lazaro - Cidade Mossoró /RN E-mail: iarailka2@hotmail.com contato: (84) 996899377.

² Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN

³ Enfermeira . Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN

1. INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais. (WINGERT, 2009)

O *Aedes Aegypti* é um vetor originário da África, encontrado no meio urbano. Localizado em depósitos de armazenamentos de água e pequenas coleções temporárias. Pertence ao gênero da família Flaviviridae. Mede menos de 1 cm, possui uma aparência inofensiva, e de cor preta com listras brancas no corpo e nas pernas. (SILVA, 2008)

A dengue chegou ao Brasil na metade do século XIX, provavelmente trazida pelos navios negreiros, provenientes da África, durante o período colonial. Os primeiros relatos aconteceram em 1946, no Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador, Porém, somente no século passado começou-se a combater a dengue, pois antes todos os esforços eram voltados ao combate da febre amarela, que em 1902 levou a morte de mais de 900 pessoas no estado do Rio de Janeiro. Após esta epidemia, foi realizado um trabalho envolvendo cerca 2.500 guardas sanitários, mas não obtiveram sucesso na erradicação do mosquito. (RIBEIRO, 2013)

A dengue é considerada uma doença tropical, pois prolifera mais em países tropicais em razão do clima quente e úmido; por isso, nesses países há uma maior necessidade de estudo de prevenção desta epidemia. As condições sócio-ambientais destes países também são favoráveis à proliferação do vetor transmissor da dengue. Estudos têm provado que o clima tem uma influência significativa na distribuição do mosquito da dengue. (SILVA, 2008)

Segundo o Ministério da Saúde 2010, a dengue pode ser classificada como dengue clássica, dengue hemorrágica e febre hemorrágica (FHD). É importante saber que ambas possuem as mesmas manifestações clínicas. (SANTOS, 2016)

No Brasil, a primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu entre 1981-1982 em Boa Vista, Roraima. Em 1986-1987 uma epidemia de grandes proporções assolou a cidade do Rio de Janeiro. A partir daí, novas epidemias ocorreram em diversos estados. Em 2002 ocorreu uma das maiores incidências da doença no Brasil, com quase 700.000 casos notificados. Depois disso, houve diminuição significativa do número de casos da doença em 2003 e 2004, voltando a aumentar em 2005. Em 2010, até o início do mês de julho, foram detectados 789.055 casos suspeitos de dengue no país, representando aumento de mais de 150% em relação ao mesmo período de 2009. Desse total, 2.271 casos foram de Febre

Hemorrágica da Dengue (FHD), com 367 óbitos. A região sudeste foi a que notificou o maior número de casos (51,2%), seguida do Centro-Oeste (23,7%), Nordeste (11,3%), Norte (8,5%) e Sul (5,3%). (DIAS, 2010)

Dessa forma pode-se considerar que a missão da unidade básica de saúde independentemente da sua estratégia e organização, é desenvolver ações de promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes. (MEDEIROS, 2010)

Com isso percebe-se que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso empunha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

O objetivo deste trabalho é apresentar, de acordo com a literatura, as formas de combate à proliferação do *Aedes Aegypti*.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Literatura, com abordagem qualitativa e descritiva. Foram utilizados bibliografia atualizada e artigos científicos presentes na Scielo, BVS e Google acadêmico. Foram utilizadas referências no período entre 2008 a 2016, em português. Os principais descritores utilizados foram: *Aedes Aegypti*, Dengue, prevenção primária. Foram utilizados 20 artigos para a realização da pesquisa.

3. RESULTADO E DISCUSSÕES

3.1 INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DA DENGUE

O *A. aegypti*, principal vetor responsável pela transmissão da dengue, é um mosquito de hábitos doméstico e diurno, utilizando-se preferencialmente de depósitos de água limpa para depositar seus ovos, os quais têm uma alta capacidade de resistir à dessecação. O mesmo tem revelado grande capacidade de adaptação a diferentes situações ambientais desfavoráveis. (ROSA, 2004)

Como a água é indispensável à sobrevivência, a população vê-se obrigada a armazenar água em depósitos domésticos, que servem como criadouros do vetor. Da mesma forma, como o acúmulo de lixo é incompatível com a vida, seu depósito em áreas, como ao redor dos domicílios, leva ao acúmulo de recipientes que servem de reservatórios do vetor, particularmente nos meses chuvosos do ano. (ROSA, 2004)

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. (SALES, 2008)

Tradicionalmente, o combate ao vetor foi desenvolvido conforme as diretrizes de erradicação vertical, na qual a participação comunitária não era considerada como atividade essencial. No entanto, verificou-se segundo Guerra (2008)p131 “a necessidade de uma ação continuada de conscientização pela mudança de hábitos da população como um fator fundamental e imprescindível no controle da expansão do vetor”.

Sabendo que grande parte dos criadouros infestados se encontra no interior dos domicílios, as atividades educativas têm cada vez mais responsabilidades, tanto no envolvimento da população quanto na eliminação dos criadouros, como também, no esclarecimento sobre a dengue e suas causas. (SALES, 2008)

Segundo as diretrizes de Educação em Saúde (2007), esta é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva. Dessa forma a Educação em Saúde ocorre nas relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e saneamento, assim com, os serviços na sua organização, gestão participativa e escolha dos melhores caminhos a percorrer que suscitem a maior participação da comunidade. (ROSA, 2004)

Sobre o controle das doenças causadas pelo mosquito *Aedes aegypti*, as formas tradicionais de controle de mosquitos têm fortes limitações no ambiente urbano. O controle químico, por exemplo, tem sido em geral associado a problemas como o desenvolvimento de resistência, agressão ao ambiente e à saúde da população, e, pior, costuma causar uma errônea impressão de que poderia resolver sozinha a questão do controle, diminuindo, com isso, o papel das outras formas, deixando claro, a importância de se falar a população sobre o que e a educação em saúde. (ROSA, 2004)

Assim, no caso da dengue, a educação deve ter como objetivo uma eliminação mensurável de criadouros dos mosquitos vetores no ambiente doméstico, pelo cidadão, e não simplesmente o acréscimo de conhecimento. (BRASSOLATTI; ANDRADE 2002)

Campanhas informativas, que utilizam redes de televisão, rádios, jornais, folhetos, cartazes, palestras comunitárias buscando a colaboração da população para a eliminação dos focos de mosquitos têm demonstrado eficiência limitada. As abordagens baseadas na participação comunitária e educação em saúde têm sido cada vez mais valorizadas, ao lado das ações ambientais e da vigilância epidemiológica, entomológica e viral. (SALES, 2008)

Dessa forma, percebeu-se que vários trabalhos educativos convencionais já haviam sido criados há algum tempo, como por exemplo: veiculação pela mídia, outdoors, faixas, painéis, cartazes, folhetos, ou palestras em escolas e outros núcleos sociais, mostrando à população a importância de se ensinar saúde, mas, para isso é necessário que haja conscientização da população para melhor contribuição em relação ao bem estar deste e de toda a comunidade. (BRASSOLATTI; ANDRADE 2002)

3.2 CONTROLE DO VETOR

Práticas para controle de insetos são muito antigas. Há registro do seu uso na China há mais de 2.000 anos. Os primeiros programas de controle eram baseados em medidas físicas e na aplicação de óleo ou de verde de Paris nos criadores. O controle do vetor ainda é imprescindível para prevenir diversas doenças. (BRAGA, 2007)

As ações de combate do *Aedes Aegypti* é um elo que todos estão centrados. Ambos incluem o apoio de componentes básicos com saneamento básico, ações de educação, comunicação e informações e combate direto ao vetor através de substâncias químico, físico e biológico. (TEIXEIRA, 1999)

É apropriado salientar que, em acréscimo a falta de serviços essenciais dispensados a população como água tratada, instalações sanitárias, serviços de esgoto e coleta de resíduos sólidos, práticas sanitárias e educação em saúde, configuram um conjunto peculiar de fatores de risco para o surgimento de doenças (GIATTI, et al, 2007). (COSTA, 2011)

A participação dos Agentes de controle de endemias é fundamental. Esses profissionais são responsáveis pela identificação e eliminação de criadores, como também realiza atividades e orienta quanto aos cuidados de combate da doença como a dengue. (MAIA, 2013)

Essa doença é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. No Brasil é considerada de maior impacto relacionado a outras doenças. As medidas de controle são bastante difícil quando depende de fatores como infraestrutura, transporte de pessoas e o meio ambiente. (PINTO, 2013)

A dengue é uma doença viral transmitida aos homens por mosquitos *Aedes Egypto*. Depois de certo tempo incubado, entre 3 a 15 dias a doença começa a se manifestar. (BRASIL, 2009). Segundo Gubler 2004 É considerada a única adaptada aos seres humanos. Possuem quatro sorotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3, 3 DEN-4. Todos esses sorotipos podem ser infectados quatro vezes durante sua vida, causa a dengue clássica, como também a dengue hemorrágica que é considerada de maior gravidade.

A Classificação da dengue pode ser sintomática e assintomática. O diagnostico é realizado diante a febre acompanhado de náuseas/ vômitos, cefaleia, dor retro- orbitária. A definição FHD baseia na presença da febre, sangramento espontâneo e trombocitopenia. (ROCHA, 2011)

A identificação e classificação da dengue são de suma importância para determinar ações e programar medidas preventivas, a fim de evitar consequências mais danosas à saúde da população, desta forma prima pela área de vigilância epidemiológica e a efetivação de planos para o controle da dengue nas várias estâncias (BRASIL, 2007).

A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária; porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender e, se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/necessidade do paciente, responsabilizando-se por sua transferência (BRASIL, 2011 apud, SANTOS, 2014)

3.3 REDUZIR OS FATORES DE RISCO AMBIENTAL DA TRANSMISSÃO

As principais estratégias de ação, atualmente adotadas pelo poder público para o controle desse problema de saúde, têm sido a realização de ações de educação em saúde e de controle direto da proliferação do mosquito. Nesse sentido, o poder público tem veiculado campanhas publicitárias, fumegado locais de maior risco, assim como, realizado visitas domiciliares através de diferentes funcionários (agentes ambientais, agentes comunitários de saúde, etc.) das redes estaduais e municipais de saúde, visando a inspecionar as condições ambientais desses locais e realizar atividades de educação em saúde. (RIBEIRO, 2013)

No Brasil, hoje em dia, considera-se que sua eliminação é praticamente impossível, sobretudo, devido ao crescimento da população, ocupação desordenada do ambiente e à falta de infraestrutura dos grandes centros urbanos. A industrialização também dificulta o enfrentamento desse tipo de inseto, já que os novos produtos descartáveis por ela produzidos (tais como copos e garrafas de plástico) são eliminados de forma incorreta e acabam por

transformar-se em possíveis focos para a multiplicação do vetor. No entanto, o máximo controle da presença do mosquito é posto como uma medida necessária e imprescindível para diminuir a intensidade de surtos epidêmicos. (BRASIL, 2011)

. Para diminuir os fatores de risco ambiental e melhorar as condições de saúde das populações, é necessário construir indicadores que permitam uma visão abrangente e integrada da relação saúde e ambiente. Os fatores de risco biológicos, e as ações de prevenção nos sistemas de saúde estruturaram-se por intermédio das várias formas de vigilância, tendo por objeto central o controle dos modos de transmissão das doenças. (COELHO, 2008)

. Por manejo ambiental entendem-se intervenções nos fatores de risco ambientais que impeçam ou minimizem a propagação do vetor, evitando ou destruindo os criadouros potenciais do *Aedes aegypti*. A limpeza dos ambientes, a aplicação das boas práticas em todas as etapas de gestão de resíduos sólidos. A prevenção da doença pode ser feita de duas formas. Uma pela redução ou controle de infestação pelo mosquito, medida que tem sido promovida e realizada nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, que sempre solicita ajuda e conscientização da população. A outra seria a utilização de uma vacina eficaz. No entanto, ainda não está disponível para aplicação em larga escala uma vacina tetravalente, ou seja, a qual deverá imunizar contra os quatro tipos de vírus dengue. Os resultados até então obtidos não permitem definir com certeza quando vacinas estarão disponíveis para a doença, restando como alternativa as medidas de combate aos vetores. (Instituto Oswaldo Cruz, 2014)

4. CONCLUSÃO

Hoje é praticamente impossível discutir a erradicação do mosquito transmissor da dengue, sendo possível apenas o seu controle. *Para o combate ao mosquito é necessário realizar medidas de prevenção, como cuidados com o acúmulo de lixo e água parada, distribuição de larvicidas e adulticidas (fumacê) sendo essas as medidas de controle da proliferação do mosquito Aedes aegypti, organizar medidas de intervenção em saúde para eliminar os criadouros do mosquito, responsável por causar doenças que podem ter consequências epidemiológicas muito graves.*

O fato do mosquito transmissor da dengue se reproduzir em qualquer recipiente se torna uma grande barreira para o seu controle. O primeiro passo após a prevenção é realizar a quebra da cadeia de transmissão, ou seja, eliminar os recipientes que são os locais de transmissão do mosquito, o que é possível apenas com as participações do poder público,

órgãos de pesquisa e a própria comunidade, adotando medidas em parceria para erradicar o ciclo de contaminação e transmissão da dengue.

REFÊRENCIAS

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa. p.70, 2007.
- BRAGA, I. A; VALLE, D. **Aedes aegypti**: inseticidas, mecanismos de ação e resistência. **Epidemiologia serviço saúde**. Brasília. v.16, n.4, p. 279-n293, out- dez, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O agente comunitário de saúde e controle da dengue**. Brasília, 2009.
- BRASSOLATTI, R. C; ANDRADE, C. F. S. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.243-251, 2002.
- COSTA, C.A et al. Políticas publicas de saúde para prevenção e redução da incidência de dengue no município de São Luís de Montes Belo. **Revista Faculdade de Montes Belos**. Goiás. V.4, n.1, set, 2011.
- COELHO, G.E. Dengue: desafios atuais. **Rev. Epidemiologia serviço saúde**. Brasília. V.17, n.3, set.2008.
- DIAS, L. B. A et al. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento. **Ribeirão Preto**. v.43, n.2, p. 143- 152, 2010.
- GUERRA, T. et al. Educação Ambiental como estratégia de prevenção à dengue no bairro do Arquipélago, Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2008.
- INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Eliminar a dengue**: Um programa de pesquisa internacional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infol=1589&sid=137 acesso em 06 de maio de 2016.
- MAIA, L. S, et al. Conhecimentos do agentes de endemias: aplicação de bases teóricas sobre saneamento e ambiente. **Revista visa em debate**. v.1, n.3, p.27-34, 2013.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue**: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. 4.ed, Brasília, 2011.
- PINTO, P. S; PINTO, F.O; DUARTE, S. C. A dengue e sua relação com educação ambiental no município de Quissamã. **Revista Científica da faculdade de Campos**. Rio de Janeiro. v.8, n.1, maio, 2013.
- ROCHA, A. P. S, et al. Dengue história de definição de casos graves e potencialmente graves. **Rev. Medicina. Minas Gerais**. v.21, n.4 supl 6, 2011.

RIBEIRO, A.L. N; BALSAN, L.A. G; MOURA, G.L. Análise das políticas públicas de combate a dengue. **En contribuciones a las ciencias sociales**. Abr. 2013.

ROSA, M. L. G. et al. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6,1447-1457, nov-dez, 2004.

SALES, F. M. S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**. v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2008.

SANTOS, G. A. C et al. Dengue: prevenção, controle e cuidados de enfermagem- Revisão integrativa da literatura 2008-2013. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V.20, n.1, p.71-78, 2016.

SANTOS, I.M. **Avaliação das ações de controle da dengue em Itabuna/BA sob a ótica da população**. Ribeirão Preto, 2014.

SILVA, J.S; MARIANO, Z.F; SCOLPEL, I. **A dengue no combate no Brasil e as políticas de combate ao Aedes Aegypti**: Da tentativa de erradicação às políticas de controle. Hygeia. v.3, n.6, p. 163-175, jun, 2008.

TEIXEIRA, M.G; BARRETO, M.L; GUERRA, Z. **Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue**. Salvador. V.8, N.4, P. 5- 33, 1999.

PREVENÇÃO E CONCIENTIZAÇÃO CONTRA O *Aedes Aegypti*: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Eliza Maria Passos da Costa Rebouças¹⁶⁵

Jaiana Maria da Silva¹⁶⁶

Katia Morais de Albuquerque¹⁶⁷

Tayssa Nayara Santos Barbosa¹⁶⁸

RESUMO:

Atualmente no Brasil o *Aedes Aegypti* é o vetor responsável pela transmissão da dengue, zika e chikungunya. No ano de 2016 já foram notificados 802.429 casos prováveis de dengue, 39.017 casos prováveis de febre chikungunya e 91.387 casos prováveis de zika. A partir das práticas vivenciadas durante um estágio por um grupo de estagiarias do curso de enfermagem na Unidade Básica de Saúde do bairro Liberdade I, no município de Mossoró-RN, ações de intervenção foram elaboradas, no bairro, visando o controle de casos de viroses transmitidas pelo *Aedes Aegypti* a partir da conscientização da população da sua participação. O objetivo desse trabalho é relatar as intervenções realizadas desde o planejamento a execução das ações de combate ao *Aedes Aegypti*. Trata-se de um relato de experiência das alunas do curso de enfermagem do oitavo período, fundamentado na revisão de literatura, que procurou desenvolver intervenções com a população, por meio da conscientização de medidas preventivas, afim de se eliminar os focos de mosquito *Ae. Aegypti* e diminuir os casos de doenças por ele transmitidas. A intervenção foi realizada juntamente com alguns alunos e populares contando com a participação da UBS, e a mesma dará continuidade nessa ação na busca ativa e eliminação de criadores de foco de mosquitos. Concluímos que falar das medidas preventivas do mosquito para população, não trouxe solução imediata, mas proporcionou com clareza as formas de profilaxia dessas patologias para população, notamos também que esta tem consciência da forma de prevenção do mosquito *Ae. Aegypti*, entretanto, não tem a práticas preventivas no dia a dia.

Palavras-Chave: Dengue; Aedes; Prevenção.

INTRODUÇÃO

O mosquito *Aedes Aegypti* é originário do Egito, mais sua dispersão no mundo ocorreu a partir da África. Relatos apontam que sua primeira descrição foi feita em 1962, quando foi

¹⁶⁵ Enfermeira, Preceptora pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE.

¹⁶⁶ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE.

¹⁶⁷ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE.

¹⁶⁸ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE, Rua: Chico de Clara, Bairro Abolição, Mossoró-RN, Telefone: 98706-3237, E mail: tayssa_nayarasb@hotmail.com.

denominado *Culex aegypti*, a palavra *Culex* significa mosquito e *aegypti*, egípcio, sendo portanto: mosquito egípcio (BRASIL, 2016).

O gênero *Aedes* foi descrito somente em 1818, no período, contatou-se várias características morfológicas semelhantes ao gênero *Aedese* não as do conhecido gênero *Culex*, convencionando assim o nome: *Aedes Aegypti* (BRASIL, 2016).

Esse mosquito apesar de existir no cenário mundial, em geral encontra-se entre as latitudes de 35° Norte e 35° Sul, onde a isoterma de inverno é de 10°C. Outro detalhe importante é que sua distribuição é restrita a altitude, geralmente não é encontrado em zonas acima de 1000m, muito embora, a relatos da presença do *Aedes Aegypti* em altitudes superiores a 2000m, como por exemplo na Colômbia (BRASIL, 2007).

A espécie *Ae. Aegypti* é adaptada ao ambiente urbano e se utiliza dos mais variados objetos no domicílio e no paridomicílio para sua reprodução, qualquer objeto que seja capaz de armazenar água (barris, pneus usados, tanques, garrafas, latas, axilas das folhas, calhas e outros mais) é um meio de desenvolvimento de sua fase larvária (BRASIL, 2007).

O ciclo de vida do mosquito abrange quatro fases: ovo, larva, pupa e mosquito adulto. Seus ovos são depositados em lugares quentes e úmidos, próximos água, os embriões levam de 2 a 3 dias para crescerem e eclodirem, se em condições adequadas. O período larvário dar-se em a 5(cinco) dias. Esta é a fase de alimentação e crescimento. Já a pupa é uma fase sem alimentos e, além disso, é a fase onde ocorre a transformação para o estágio adulto (COSTA, 2001).

Mosquito de hábitos diurnos, que se alimenta e deposita seus ovos preferencialmente durante o amanhecer e no crepúsculo da tarde. Sua alimentação é a partir de substancia que possuem açúcar (seiva, néctar), entretanto, a fêmea são hematófagas, ou seja, necessitam se alimentar de sangue para produzir seus ovos (NATAL, 2002).

Em geral, mosquitos se alimentam do sangue de uma pessoa a cada lote que produzem, mas o *Aegypti* tem a chamada discordância gonotrófica, significando que este se alimenta do sangue de mais de uma pessoa a cada lote de ovos produzidos (BRASIL, 2007).

Esse culicídeo foi reconhecido como o transmissor da malária em 1881 e em 1906 surgiram as primeiras evidencias que este também era o vetor responsável pela transmissão da dengue (VASCONCELOS, 2003; BRASIL, 2007).

O ciclo de transmissibilidade se da quando um mosquito sadio suga o sangue de uma pessoa infectada, adquirindo assim o vírus e sendo capaz de transmiti-lo a outras pessoas sadias. Se a fêmea estiver infectada pelo vírus da dengue quando realizar a deposição de ovos,

há a possibilidade de as larvas já nascerem com o vírus, esse processo é chamado de transmissão vertical (BRASIL,2016).

Uma das principais medidas de prevenção do mosquito *Aedes aegypti* é não deixar água parada em pneus, fazer furos nestes pneus para evitar o acúmulo de água, evitar o acúmulo de água em jarros de plantas, e não deixar água parada sobre a laje de sua residência e nas calhas. Remover folhas, galhos ou qualquer material que impeça a circulação da água, vasilhas que servem para animais como gato, cachorros e pássaros não podem ficar mais do que um dia com a água sem trocar, tratar a piscina sempre com cloro, não colocar o lixo em terrenos baldios e ao desprezar o lixo colocar em sacos bem amarrados para não vazarem (SOUZA,2014).

Assim é fundamental que as pessoas reforcem as medidas de eliminação dos criadouros de mosquitos nas suas casas e na vizinhança. Quando há notificação de caso suspeito, as Secretarias Municipais de Saúde devem adotar ações de eliminação de focos do mosquito nas áreas próximas à residência e ao local de atendimento dos pacientes (BRASIL,2016).

Atualmente no Brasil o *Aedes Aegypti* é o vetor responsável pela transmissão de três viroses: dengue, zika e chikungunya. Até o início de abril no ano de 2016 já foram notificados 802.429 casos prováveis de dengue (244 casos de dengue grave e 2.724 casos de dengue com sinais de alarme), 39.017 casos prováveis de febre de chikungunya e 91.387 casos prováveis de Zika.

A partir das práticas vivenciadas durante um estágio por um grupo de estagiárias do curso de enfermagem na Unidade Básica de Saúde do bairro Liberdade I, no município de Mossoró-RN, ações de intervenção foram elaboradas visando o controle de casos de viroses transmitidas pelo *Aedes Aegypti* a partir da conscientização da população da sua participação.

A intervenção proposta justifica-se em conscientizar a população e com isso ser capaz de eliminar os focos de mosquito e evitar a proliferação dessas doenças.

O objetivo desse trabalho é relatar as intervenções realizadas: o planejamento e execução das ações de combate ao *Aedes Aegypti*.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

DENGUE

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica, e grave quando se apresenta na forma hemorrágica. A dengue é, hoje, a mais importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes) que afeta o homem e constitui-se em sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes Aegypti*, principal mosquito vetor (BRASIL, 2002).

O vírus da dengue é um arbovírus do gênero Flavivírus, pertencente à família Flaviviridae, sua transmissão se faz pela picada do *Aedes aegypti*, no ciclo homem - *Aedes Aegypti* - homem. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito fica apto a transmitir o vírus, depois de 8 a 12 dias de incubação (BRASIL, 2002b).

CHIKUNGUNYA

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegyptie*, *Aedes albopictus*. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014. Chikungunya significa "aqueles que se dobram" em *swahili*, um dos idiomas da Tanzânia. Refere-se à aparência curvada dos pacientes que foram atendidos na primeira epidemia documentada, na Tanzânia, localizada no leste da África, entre 1952 e 1953 (BRASIL, 2016).

Os principais sintomas desta doença são febre alta de início rápido, dores intensas nas articulações dos pés e mãos, além de dedos, tornozelos e pulsos, dor de cabeça, dores nos músculos e manchas vermelhas na pele. Não é possível ter chikungunya mais de uma vez. Depois de infectada, a pessoa fica imune pelo resto da vida. Os sintomas iniciam entre dois e doze dias após a picada do mosquito. O mosquito adquire o vírus CHIKV ao picar uma pessoa infectada, durante o período em que o vírus está presente no organismo infectado. Cerca de 30% dos casos não apresentam sintomas (BRASIL, 2016).

ZICA

O Zika vírus (ZIKV), é um arbovírus do gênero Flavivírus, família Flaviviridae, identificado pela primeira vez em 20 de abril de 1947, na floresta Zika (daí o nome do vírus), localizada em Uganda, na África, em um macaco do gênero Rhesus. No homem o vírus foi descoberto em 1952 na Uganda e Tanzânia. Apesar do vírus existir a vários anos, foi identificado no Brasil apenas em 2015, quando foram registrados os primeiros casos confirmados de infecção do ZIKV (CHAVES et al, 2015).

No Brasil no ano de 2016 foram notificados 91.387 casos prováveis de Zika no país, com uma taxa de incidência de 44,7 casos/100 mil hab., dos quais 31.616 foram confirmados e três mortes em decorrência do vírus foram notificadas. Das regiões, o Centro-Oeste apresentou a maior taxa de incidência e a região Sul a menor (BRASIL, 2016).

O ZIKV é um vírus RNA, seus reservatórios são primatas e humanos, embora que, a possibilidade de que outros animais também possam alojar o vírus, não tenha sido descartada. Inúmeras lacunas acerca do ciclo de transmissão do ZIKAV ainda precisam ser preenchidas, seja em ambientes urbanos ou silvestres (BRASIL, 2015).

O período de incubação do ZIKV é bastante variável entre 3 a 12 dias após a picada do mosquito. O ZIKV pode causar manifestações clínicas, que incluem artralgia, edema de extremidades, febre moderada, erupções pruriginosas maculopapular com frequência, dores de cabeça, dor retro-orbitária, conjuntivite não purulenta, vertigem, mialgia e distúrbio digestivo, de duração variável de 4 a 7 dias (BRASIL, 2015).

De acordo com o MINISTERIO DA SAUDE (2016) Apesar de ser uma infecção viral considerada leve, até mesmo, assintomática, o ZIKV em casos mais severos, pode prejudicar o sistema nervoso central, sendo associada à síndrome de Guillian-Barré e a microcefalia em bebês durante o período gestacional.

O modo mais importante de transmissão do vírus Zika é por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*. Em relação às demais vias de transmissão, a identificação do vírus em líquido amniótico é que tem a maior importância devido ao risco de dano ao embrião (BRASIL, 2015).

A identificação do vírus na urina, leite materno, saliva e sêmen pode ter efeito prático apenas no diagnóstico da doença. Por isso, não significa que essas vias sejam importantes para a transmissão do vírus para outra pessoa (BRASIL, 2015).

Ainda não há vacina ou tratamento específico. O tratamento é similar ao da dengue clássica, que inclui a ingestão de grande quantidade de líquido, para o alívio da dor e febre indica-se o uso de acetaminofeno (Paracetamol) ou dipirona e antihistamínicos (no caso de erupções pruriginosas). O uso de ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios não são recomendados devido ao risco de hemorragias (BRASIL, 2016).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que consiste em uma apresentação de uma experiência vivenciada, das alunas do oitavo período do curso de enfermagem da FACENE,

em que realizou-se uma intervenção com a população do bairro Liberdade I, no município de Mossoró-RN, afim de conscientização e participação da sociedade em ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* e conseqüentemente as viroses por este transmitidas.

Para realização deste trabalho, fundamentou-se na revisão de literatura, que segundo Nazima et al (2008), consiste no agrupamento de toda literatura encontrada sobre determinado tema, sendo que o pensamento dos autores é analisado criticamente em relação as contribuições positivas, de forma a facilitar o acúmulo de conhecimentos, habilitando tanto quem produz, como aqueles que consomem o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante da realidade vivenciada nos últimos meses tanto na esfera municipal, como nacional, optou-se por desenvolver uma intervenção baseada nas viroses desencadeadas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, uma vez que foi observado o grande número de pessoas que procuravam a atenção primária em decorrência de sintomas dessas viroses, como também a clara falta de conscientização por parte da população, que não contribuem em medidas de prevenção de criadouros do mosquito.

Para a realização da intervenção foram convidadas 3 (três) escolas que se encontram dentro da área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da Unidade Básica de Saúde do Liberdade I, a equipe do NASF, agentes de endemias, alguns meios de comunicação para divulgação, garis com caminhão de lixo.

Conforme vem sendo abordado, para chegarmos ao ponto alvo de nossa intervenção, traçamos um cronograma para realização de nossas atividades, realizamos a capacitação dos alunos das escolas e os idosos em forma de palestras, nela apresentamos as três doenças fluentes no momento, Dengue, Zika e Chikugunya, falando do conceito, sinais e sintomas e medidas preventivas e outros cuidados. Também realizamos sala de espera sobre a prevenção do mosquito *Aedes Aegypti*, enfeitamos a UBS a fim de chamar a atenção dos usuários à gravidade desse problema na população. Tivemos a ideia de realizar um dia “D” de conscientização das medidas de prevenção ao mosquito *Aedes Aegypti*.

Para realizarmos esta ação solicitamos o carro do lixo e os garis da prefeitura, carro de som, pessoal da UBS, equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), agentes comunitários, agentes de endemias, alunos das escolas, compramos picolés e água para a distribuição dos participantes da ação, fizemos também uma paródia falando do mosquito. Esta ação deu início das 07:00hs às 11:00hs da manhã no dia 15/04/2016 em frente a UBS

Francisco Pereira de Azevedo, o carro de som serviu ponto de encontro para a concentração da população dar partida para a caminhada. Fomos ao encontro das crianças que estavam localizadas no Colégio Ronald, realizamos a caminhada com as crianças que já estavam com cartazes e bonecos ilustrando a prevenção do mosquito *Aedes Aegypti*. No final da ação nós recolhemos o lixo localizado na praça e nas imediações da UBS em conjunto com os garis da prefeitura.

Este projeto de intervenção irá permanecer e ser continuado na UBS, com a ajuda dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) na monitorização dos pontos de específicos de proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, e posteriormente levando essas informações para a unidade de saúde, onde será solicitado o carro do lixo sempre que necessário, e com isso diminuir a reprodução do mosquito e transmissão das doenças. Também a equipe no NASF núcleo de apoio a saúde da família dará, continuidade das palestras nas escolas no intuito de deixar a população sempre alerta na prevenção no mosquito estando no período de endêmico ou não

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos fatos, a conscientização da prevenção do mosquito *Aedes Aegypti* se torna imprescindível neste momento, onde os dados epidemiológicos nos mostram casos epidêmicos das doenças Dengue, Zika e Chikungunya. Falar das medidas preventivas do mosquito para população, não trouxe solução imediata, mas tentamos proporcionar com clareza as formas de profilaxia dessas patologias para população. Percebemos que a população tem consciência da forma de prevenção do mosquito *Ae. Aegypti*, como também não tem a prática no dia a dia.

Desta forma é viável reforçar a população cada vez mais em medidas de limpeza diariamente, como faxina na casa, limpeza do quintal entre outros, mesmo sendo de difícil absorção e prática destas medidas para os cidadãos, devemos continuar orientando e mostrando a gravidade que essas doenças podem causar no indivíduo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Combate ao *Aedes Aegypti***. Ministério da Saúde. 2016 Disponível em <<http://combateaedes.saude.gov.br/index.php/tira-duvidas#o-que-e-dengue>> Acesso em: 06 Mai. 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aedes aegypti*: inseticidas, mecanismos de ação e resistência. **Rev. Epidemiol. Ser. Saúde**: Brasília, v. 16, n.4, p. 279-293, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação e prevenção**: Sobre o *Aedes aegypti*. Disponível em :<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/301-dengue/14610-curiosidades-sobre-o-aedes-aegypti>> acesso dia 07 de maio de 2016.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. v. 46, n.26, Ministério da Saúde: Brasília.2015.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. v. 47, n.18, Ministério da Saúde: Brasília.2016.
- BRASIL. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika: Plano nacional de enfrentamento à microcefalia no Brasil**. Ministério da Saúde: Brasília. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue Aspectos Epidemiológicos**, Ministério da Saúde Diagnóstico e Tratamento. 2002. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf > acesso dia 07 de maio de 2016.
- COSTA, M. A. R. **A Ocorrência do *Aedes aegypti* na Região Noroeste do Paraná: um estudo sobre a epidemia da dengue em Paranavaí – 1999**, na perspectiva da Geografia Médica. 2001. 214 p. Dissertação (Mestrado em Institucional em Geografia). Universidade Estadual Paulista - Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranavaí, Presidente Prudente.
- CHAVES, M.R. O. et al. **Dengue, chikungunya e zika: a nova realidade brasileira**. Universidade Paulista: Instituto de Ciências da Saúde. 2015.
- NATAL, D. Biologia do *Aedes Aegypti*. **Rev. Biológico**: São Paulo, v.64, n.2, p. 205-207, 2002.
- NAZIMA, T.J.; et al. Orientações em saúde por meio do teatro: relato de experiência. **Rev. Gaucha Enferm**: Porto Alegre, v.29, n.1, 2008.
- SOUZA, José Luis. Combate á Dengue. Disponível em< http://www.suapesquisa.com/ecologiasaude/combate_dengue.htm> Acesso em: 06 Mai. 2016.
- VASCONCELOS, P.F.C. Febre Amarela. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.2, n.36, p. 275-293, 2003.

EPIDEMIA DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE UPANEMA/RN: PROJETO DE INTERVENÇÃO¹⁶⁹

GÓES, Renata Santos Silva¹⁷⁰

VALE, Mislândia Medeiros¹⁷¹

VALE, Micherlânia Medeiros.¹⁷²

RESUMO

Este estudo tem como objetivos identificar as formas clínicas, analisar os fatores de riscos encontrados na doença, possíveis complicações do Dengue, detectar as medidas de agravo e as medidas preventivas. O estudo consiste em um projeto de intervenção, a fim de expor informações sobre a epidemia do Dengue no Município de Upanema/RN. O local de pesquisa foi realizado na Unidade Básica de Saúde Elna Rocha da Silva na zona rural do município de Upanema/RN, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família IV, coordenada pela Enfermeira Renata da Santos Silva Góes, através de ações educativas, visita casa a casa, leitura em artigos de revistas científica e em sites como o Google acadêmico, Scielo e BVS. A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a abril de 2016, que obedeceram aos critérios de avaliação com ano de publicação, desde 2000 até 2016. O Dengue é uma doença febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta. Seu diagnóstico é clínico e laboratorial, vários fatores como imunológicos e ambientais que determinam o seu desenvolvimento. O tratamento se baseia em hidratação oral, repouso e monitoramento rigoroso da doença. A Enfermagem é responsável por realizar toda a anamnese e exame físico do indivíduo, podendo intervir em seus primeiros sinais e sintomas com orientações, cuidados e encaminhamento. Considerando a problemática do tema, torna-se relevante discutir o motivo do que leva as pessoas a não se conscientizarem no aspecto de estarem colocando em prática suas ações sobre as medidas preventivas do Dengue.

DESCRITORES: Dengue. Prevenção. Tratamento.

INTRODUÇÃO

O dengue é atualmente a arbovirose mais prevalente no mundo, com cerca de 40% da população em risco. Circulam quatro sorotipos do vírus, aumentando significativamente as formas graves e letais da doença (VIANA, 2013).

¹⁶⁹ Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão da FACENE/RN.

¹⁷⁰ Graduada em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN e Especialista em Psicopedagogia Institucional na Faculdade Evangélica Cristo Rei (FECR). (Orientadora).

¹⁷¹ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Pós-graduanda em UTI e Cardiologia. Endereço de email: mislandiamedeiros@hotmail.com, (84) 998197564 Upanema/RN.

¹⁷² Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, Pós-graduanda em UTI e Cardiologia. Endereço de email: micherlaniamedeiros@hotmail.com, (83) 996180893 Upanema/RN.

Sua transmissão ocorre através de picadas de mosquitos do gênero *Aedes*, majoritariamente *Aedes aegypti*. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o dengue a infecção viral transmitida por artrópodes que mais rapidamente se alastra no mundo. A transmissão ocorre de forma endêmica em mais de 100 países, onde anualmente são notificados de cinquenta a cem milhões de casos, causando pelo menos vinte e quatro mil óbitos. Na América do Sul entre 2001-2007, 64% dos casos de dengue foram diagnosticados em países do cone-sul (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), dos quais 98% no Brasil, que apresenta a maior taxa de letalidade da sub-região (FILHO et al., 2011).

O processo patológico da infecção da dengue começa com uma relação íntima entre o hospedeiro e o vetor que transporta o vírus. Os humanos são infectados com o vírus depois de um mosquito infectado *feeds* ou sondas no hospedeiro suscetível humana (BRASIL, 2008).

Na fisiologia do dengue, o vetor pica o humano, e a população viral, depois de inoculada, multiplica-se dentro de linfonodos regionais. Em seguida, acessa a circulação sanguínea. Entre os sinais, observa-se aumento na temperatura corporal (cinco a oito dias) (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

No segundo ciclo de replicação, o vírus está nos monócitos circulantes. O tropismo, (especial para monócitos, macrófagos e células musculares) explica a mialgia que pode ser observada (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

A replicação estimula produção de citocinas pelos macrófagos. Há um quadro febril, provavelmente estimulado pela liberação de TNF-a e IL-6. Na primeira semana da doença, o sistema imune inicia uma resposta à infecção. Linfócitos citotóxicos CD 8+ podem destruir as células infectadas (citotoxicidade dependente de anticorpos) (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

Os anticorpos IgM anti dengue podem ser observados a partir do quarto dia da doença, com pico no final da primeira semana. Eles conseguem, no entanto, permanecer por meses. Os anticorpos IgG podem ser observados na primeira semana, com elevação no final da segunda. Permanecem no sangue por anos e são responsáveis pela imunidade contra o determinado sorotipo do vírus (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

Em caso de reinfecção, o risco de FHD aumenta, segundo a teoria de Halstead, a qual pontua que um indivíduo previamente infectado com um dos quatro sorotipos do dengue produz anticorpos antivirais circulantes e não neutralizantes. Quando uma pessoa que já teve dengue é infectada por outro sorotipo, temos a chamada infecção secundária. O vírus é reconhecido no organismo pelos anticorpos não neutralizantes, mas a replicação não chega a ser inibida (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

O corpo forma um complexo antígeno-anticorpo, o qual é reconhecido pelos receptores em macrófagos e, então, neutralizado. Quando esse processo ocorre, o vírus fica livre para replicar-se, criando a amplificação imunológica. A penetração viral em um macrófago por opsonização seria facilitada. Desse modo, um grande número de cópias do vírus pode penetrar os fagócitos e replicar intensamente (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

Esse quadro gera um aumento da viremia e estimula a produção de mais citocinas – fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e interleucina-6 (IL-6), além das proteases que ativam o sistema complemento e tromboplastina (fator pró-coagulante). Ocorre, então, o chamado mecanismo de retroalimentação positiva, pois o interferon gama liberado age em macrófagos infectados: ele potencializa a internalização viral e a expressão de moléculas HLA classe II na membrana de linfócitos auxiliares específicos adicionais, os quais são ativados por moléculas HLA classe II macrofágicas. Macrófagos liberam mediadores vasoativos. Ocorre aumento na permeabilidade vascular e extravasamento de plasma pela parede de vasos. Associa-se hipovolemia e choque (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

A infecção pelo vírus da dengue causa uma doença de amplo espectro clínico, incluindo desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito (BRASIL, 2013).

Na apresentação clássica, a primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39°C a 40°C), de início abrupto, associada à cefaléia, adinamia, mialgias, artralguas, dor retroorbitária. O exantema clássico, presente em 50% dos casos, é predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas de pés e mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre (BRASIL, 2013).

Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes. Segundo Brito (2007), a diarreia, presente em 48% dos casos, habitualmente não é volumosa, cursando apenas com fezes pastosas numa frequência de três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterites de outras causas (BRASIL, 2013).

As manifestações hemorrágicas como epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia, hematêmese, melena, hematúria e outros, bem como a plaquetopenia podem ser observadas em todas as apresentações clínicas de dengue. É importante ressaltar que o fator determinante na febre hemorrágica da dengue é o extravasamento plasmático, que pode ser expresso por meio da hemoconcentração, hipoalbuminemia e ou derrames cavitários (BRASIL, 2008).

O dengue na criança, na maioria das vezes, apresenta-se como uma síndrome febril com sinais e sintomas inespecíficos: apatia, sonolência, recusa da alimentação, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas (BRASIL, 2008).

Nos menores de 2 anos de idade, especialmente em menores de 6 meses, os sintomas como cefaléia, mialgias e artralgias podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, geralmente com ausência de manifestações respiratórias, podendo confundir com outros quadros infecciosos febris, próprios desta faixa etária. As formas graves sobrevivem geralmente em torno do terceiro dia de doença, acompanhadas ou não da defervescência da febre (BRASIL, 2008).

Na criança, o início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento geralmente é súbito, diferente do adulto, no qual os sinais de alarme de gravidade são mais facilmente detectados. O exantema, quando presente, é maculopapular, podendo apresentar-se sob todas as formas (pleomorfismo), com ou sem prurido, precoce ou tardiamente (BRASIL, 2008).

Pacientes gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue. As gestantes necessitam de vigilância, devendo o médico estar atento aos riscos para mãe e concepto. Os riscos para mãe infectada estão principalmente relacionados ao aumento de sangramentos de origem obstétrica e as alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença. Para o concepto de mãe infectada durante a gestação, há risco aumentado de aborto e baixo peso ao nascer (ver em detalhes seção de parecer técnico científico para situações especiais) (BRASIL, 2013).

O dengue manifesta-se, clinicamente, sob duas formas principais: o dengue clássica (também chamada febre do dengue); e a forma hemorrágica, ou febre hemorrágica do dengue (FHD), às vezes com síndrome de choque do dengue (FHD/SCD) (TORRES, 1998 apud BRAGA, 2007).

A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e implantação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente evitar a ocorrência de óbitos. A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é necessária para reduzir a letalidade por dengue no país, bem como permite conhecer a situação da doença em cada região. É mandatória a efetivação de um plano de contingência que contemple ações necessárias para o controle da dengue em estados e municípios (BRASIL, 2013).

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 (MARTINEZ, 1988 apud BRAGA, 2007).

Os primeiros relatos clínicos e epidemiológicos compatíveis com dengue são encontrados em uma enciclopédia chinesa, cuja primeira publicação data de 265 a 450 d.C. Também são descritos surtos de uma doença febril aguda no oeste da França, em 1635, e uma doença similar no Panamá em 1699. Não há consenso quanto a essas descrições terem sido febre do dengue ou *Chikungunya* (BURKE, 2001 apud BASTOS, 2004).

Essa doença tem sido relatada há mais de 200 anos nas Américas, mas o que contribuiu intensamente no século passado para as grandes epidemias foram os transportes comerciais entre os portos da região do Caribe e do sul dos Estados Unidos com o resto do mundo (OPAS, 1994 apud BASTOS, 2004).

No Brasil, os primeiros relatos sobre epidemia de dengue datam de 1845, com casos no Rio de Janeiro. Ainda nesse século foram registradas duas epidemias de dengue: uma entre 1846-1848 e outra no período de 1851-1853. Dessa época até 1981 foram registradas apenas duas epidemias: uma em 1916 e outra em 1923 (NOBRE, 1994 apud BASTOS, 2004).

Em 2010, até o início do mês de julho, foram detectados 789.055 casos suspeitos de dengue no país, representando aumento de mais de 150% em relação ao mesmo período de 2009. Desse total, 2.271 casos foram de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), com 367 óbitos. A região sudeste foi a que notificou o maior número de casos (51,2%), seguida do Centro-Oeste (23,7%), Nordeste (11,3%), Norte (8,5%) e Sul (5,3%) (MOTA, 2010).

Segundo Nogueira et al (2000), a introdução e a circulação do sorotipo DEN-2 no país após extensivas epidemias causadas pelo DEN-1, como as que ocorreram no Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte, aumentou o número de casos graves da doença (FHD/CSD).

Durante a década de 90, a incidência do dengue aumentou muito em consequência da disseminação do *Aedes aegypti* no país, principalmente a partir de 1994. A dispersão do vetor foi seguida pela disseminação dos sorotipos DEN-1 e DEN-2 em vinte dos vinte e sete Estados do país (FUNASA, 2003).

O diagnóstico da dengue é definido com base nos seguintes sintomas: doença febril (com início abrupto), mal-estar geral, mialgia e dor nos membros, olhos e dorso (LUPI, 2007 apud DALBEM, 2014).

Não é necessária a confirmação diagnóstica em todos os casos suspeitos da dengue nos períodos de epidemia. Os exames de confirmação deverão ser solicitados para os pacientes

que apresentam as formas graves da doença, gestantes, crianças e em períodos inter epidêmicos e para aqueles que apresentem formas atípicas (PRATA, 2011).

A escolha do método laboratorial dependerá do tempo de instalação dos sintomas da doença. Do primeiro ao quinto dia, por ainda não haver conversão sorológica, a infecção pode ser diagnosticada através de isolamento viral em cultura de células, detecção do RNA viral através de técnicas de amplificação (RT-PCR) ou pela detecção de antígenos virais como o NS-1. Após o quinto dia, a viremia e antigenemia desaparecem coincidindo com a possibilidade de detecção dos anticorpos específicos. A partir do sexto dia o IgM ELISA é o método de escolha para o diagnóstico da dengue, apresentando uma positividade superior a 70% no sétimo dia do início dos sintomas e 100% a partir do décimo dia da evolução da doença (VERDEAL, 2011).

É necessária uma boa anamnese, com realização da prova do laço, exame clínico e confirmação laboratorial específica. A confirmação laboratorial é orientada de acordo com a situação epidemiológica: em períodos não epidêmicos, solicitar o exame de todos os casos suspeitos; em períodos epidêmicos, solicitar o exame em todo o paciente grave ou com dúvidas no diagnóstico, seguindo as orientações da Vigilância Epidemiológica de cada região (BRASIL, 2012).

A PL (Prova do Laço) positiva é uma manifestação frequente nos casos de dengue, principalmente nas formas graves, e apesar de não ser específica, serve como alerta, devendo ser utilizado rotineiramente na prática clínica como um dos elementos de triagem na dengue, e na presença da mesma, alertar ao médico que o paciente necessita de um monitoramento clínico e laboratorial mais estreito. A prova do laço positiva também reforça o diagnóstico de dengue (BRASIL, 2013).

A Prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

- Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.
- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e dez ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida.
- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque (BRASIL, 2013).

Devem-se considerar, na apresentação clínica das formas graves de dengue, os seguintes diagnósticos diferenciais: abdome agudo (gastroenterite grave, apendicite, colecistite, pancreatite, perfuração intestinal), sepse bacteriana ou fúngica, meningococemia, malária, leptospirose, febre tifóide, hepatite viral aguda grave, febre amarela, influenza, febre maculosa, hantavirose, síndrome retroviral aguda, doenças hematológicas agudas graves (leucemia, púrpuras trombocitopênicas), doença de Kawasaki (VERDEAL, et al 2011).

Os dados de anamnese e exame físico serão utilizados para orientar as medidas terapêuticas cabíveis. É importante lembrar que o Dengue é uma doença dinâmica e o paciente pode evoluir de um estágio para outro, rapidamente (BRASIL, 2012).

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo monitoramento e reestadiamento dos casos e da pronta reposição hídrica. Com isso, torna-se necessária a revisão da história clínica, acompanhada do exame físico completo, a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes (prontuários, ficha de atendimento, cartão de acompanhamento). O tratamento é sintomático (com analgésico e antipiréticos), sendo indicada hidratação oral ou parenteral, dependendo da caracterização do paciente (BRASIL, 2012).

Cabe ao profissional de enfermagem coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 2012).

METODOLOGIA

O estudo consiste em um projeto de intervenção, a fim de caracterizar fatores de risco para a população no município de Upanema/RN. O local de pesquisa: Unidade Básica de Saúde Elna Rocha da Silva, zona rural do município Upanema/RN, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família IV, através de ações educativas, visita casa a casa, artigos científicos e em sites como o Google acadêmico, Scielo e BVS, que trás as possíveis formas de abordar a população para uma conscientização, fatores de risco, identificação das formas clínicas e o método de tratamento da doença.

A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a abril de 2016, que obedeceram aos critérios de avaliação com ano de publicação, desde 2000 até 2015 e, relata sobre as formas clínicas da Dengue com ênfase no desenvolvimento do projeto de intervenção sobre a epidemia de Dengue no município de Upanema/RN, fato este que apresentou um impacto prejudicial na qualidade de vida dos indivíduos que estiveram expostos a tal risco.

Inicialmente, foi realizada uma leitura profunda dos artigos e de outros materiais bibliográficos, depois da leitura foi construída a análise do conteúdo.

DISCUSSÃO

A equipe Estratégia de Saúde da Família IV, coordenada pela Enfermeira Renata Santos Silva de Góes e temporariamente a acadêmica em Enfermagem Mislândia de Medeiros Vale (Estagiária), a qual deu início ao projeto de intervenção de combate ao mosquito *Aedes aegypti* transmissor da Dengue, Chikungunya e Zika por meio de uma capacitação em slides, banner e cartilhas para o Médico, Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde das 05 (cinco) micro áreas composta na respectiva equipe, abordando à definição das doenças Dengue, Chikungunya e Zika com modos de transmissão, períodos de incubação, sinais e sintomas das doenças, com ênfase para o combate ao mosquito e os focos.

Realizado palestras educativas e de incentivo de combate ao mosquito *Aedes aegypti* em 03 (três) das escolas pertencentes a área da equipe tendo como público alvo alunos da 1ª série do fundamental ao 9º ano, professores e funcionários, utilizado como métodos para explanação a apresentação em slides, cartilhas educativas, impressos e debates sobre o tema, com participação ativa e positiva da platéia.

Em domicílio foi realizado vários trabalhos casa a casa na zona rural com o apoio dos alunos capacitados para tal mobilização coletiva, juntamente com professores, funcionários e a equipe da ESF IV, a fim de, orientar a população sobre a doença que está acometendo diversos indivíduos em todo o país com entrega de cartilhas educativas e manuais, recolhimento de lixos e entulhos que apresentam fator de risco para propagação do vetor. Ainda, foi solicitada a presença de carros de lixo para o recolhimento destes lixos e entulhos.

Além disso, foi acionada a presença da Vigilância epidemiológica com seus respectivos agentes de endemias para a realização de visitas domiciliares com vistoria em residências, depósitos, terrenos baldios e estabelecimentos comerciais para busca ativa de focos endêmicos, aplicação de larvicidas e inseticidas para tratar os criadouros do mosquito.

Durante as respectivas mobilizações pôde ser observado o alto índice de precariedade de saúde pública no que se diz respeito ao surgimento de focos do mosquito *Aedes aegypti*.

Para obtenção de um projeto positivo e com minimização do problema foi solicitado e atendido ao pedido da presença de alunos, funcionários, professores, agentes de endemias, secretária de saúde, coordenadora da secretaria de saúde, enfermeira, médico, agentes comunitários de saúde e a população, para mobilização ativa de prevenção e combate do

mosquito *Aedes aegypti*, este transmissor das doenças Chikungunya, Dengue e Zika Vírus. Foram realizadas 15 (quinze) ações em escolas, domicílios, comércios e UBS, e tem-se por objetivo a continuidade deste trabalho no decorrer dos anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incapacidade de controlar o Dengue é um fenômeno mundial, pois acontece de forma abrupta, ou seja, em grande velocidade de desenvolvimento, por isso, é imperativo que seja dispensada informação à sociedade quanto à sua caracterização epidemiológica, clínica e laboratorial, além do contínuo treinamento dos profissionais de saúde para atuarem não somente nas formas curativas, mas na prevenção enfaticamente.

Ademais, é indispensável à conscientização e participação da população na eliminação dos criadouros do mosquito, a fim de prevenir e controlar o Dengue.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: manual de enfermagem - adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e parasitárias: guia do bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BASTOS, M. S. **Perfil soropidemiológico do dengue diagnosticado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (1998-2001)**. 85f. Monografia, 2004.

BENITO, G. A. V.; et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v. 65, n.1, p. 172-178. 2012.

DIAS, L. B. A.; et al. **Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento**. v.43, n.2, p. 143-152. Ribeirão Preto: 2010.

EVANGELISTA, D. L.; IVO, O. P. Contribuições do Estágio Supervisionado para a Formação do Profissional de Enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*. v. 3, n.2, p. 123-130. 2014.

RODRIGUES, L. M. S.; TAVARES, C. M. M. Estágio Supervisionado de Enfermagem na Atenção Básica: O Planejamento Dialógico como Dispositivo do Processo Ensino-Aprendizagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Rio de Janeiro. v.13, n.5, p. 1075-1083. 2012.

SILVA, Renata Martins da; SILVA, Ilda Cecília Moreira da; RAVALLIA, Rosana Aparecida. Ensino de Enfermagem: Reflexões Sobre o Estágio Curricular Supervisionado. **Revista Práxis**. Janeiro, 2009.

VIANA, D. V.; IGNOTTI, E. A ocorrência da Dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 16, n.2, p. 240-256, 2013.

VERDEAL, J. C. R.; et al. Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v.23, n.2, p.125-133. 2011.

BUSCA ATIVA E IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA HIPERTENSÃO E REDUÇÃO DOS AGRAVOS EM PACIENTES CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DELSON SIMÃO DA SILVA NO MUNICÍPIO DE UPANEMA/RN: PROJETO DE INTERVENÇÃO¹⁷³

PAIVA, Ana Claudia de Souza¹⁷⁴

VALE, Micherlânia de Medeiros³

COSTA, Mozart Múcio⁴

VALE, Mislândia de Medeiros¹⁷⁵

RESUMO

Se a educação superior for baseada somente em qualificar o sujeito para atuar no mercado de trabalho, aprimorado pela perspectiva científica, técnica e profissional, e não para agir no mundo do trabalho, existirão profissionais que pensem e agem em benefício dessa tendência – individualismo e isolamento. Agora, se for privilegiado uma formação mais abrangente, que integre aspectos científicos, técnicos e profissionais à dimensão humana, ética e política, terá profissionais que se comprometam em participar, no sentido de agirem e pensarem em intervenção consciente e criativa enquanto seres humanos pertencentes da realidade com a qual entram em contato, realizando um trabalho coletivo. Objetivos: Promover práticas educativas, possibilitando a interação entre o conhecimento técnico e o popular através do diálogo, respeitando a realidade; Atingir o maior número de pacientes possíveis nas educações em saúde; Realizar acompanhamento por meio de visitas domiciliares; Realizar ações educativas voltadas para alimentação saudável. Os estágios estão sendo realizados em horários pré-determinados: 15/02 a 17/06/16 (das 7h as 13:00), respeitando-se a carga horária. Cada grupo e/ou aluno, será supervisionado por um Enfermeiro, o qual é orientado pelo Coordenador de Estágio e os acadêmicos foram divididos em grupos ou individualmente. Além da aproximação do profissional e os pacientes, garante conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus da seguinte população, bem como o rastreamento dos usuários que possam estar acometidos pela hipertensão arterial pode dar-se no momento do Hipertensão. Além de garantir a eles um espaço de socialização de vivências, sendo uma oportunidade para expressar dúvidas e questionamentos, angústias e motivo pelo qual não compareciam a Unidade Básica de Saúde para buscar suas respectivas medicações. Ao final do estágio, espera-se que a Enfermeira local possa dar continuidade ao projeto.

¹⁷³ Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão FACENE/RN.

¹⁷⁴ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Potiguar e especialista em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva. (Orientadora)

¹⁷⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN. Pós graduanda em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Cardiologia. Endereço de email: micherlaniamedeiros@hotmail.com, (83) 99618-0893, Upanema/RN.

⁴ Graduando do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN.

⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN.

DESCRITORES: Estratégia Saúde da Família. Enfermagem. Programa Hiperdia.

INTRODUÇÃO

O estágio supervisionado vai muito além de um simples cumprimento de exigências acadêmicas. Ele é uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Além de ser um importante instrumento de integração entre universidade, escola e comunidade (FILHO, 2010). Possibilita ao aluno entrar em contato com problemas reais da sua comunidade, momento em que, analisará as possibilidades de atuação em sua área de trabalho. Permite assim, fazer uma leitura mais ampla e crítica de diferentes demandas sociais, com base em dados resultantes da experiência direta. Deve ser um espaço de desenvolvimento de habilidades técnicas, como também, de formação de homens e mulheres pensantes e conscientes de seu papel social (ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2014).

Se a educação superior for baseada somente em qualificar o sujeito para atuar no mercado de trabalho, aprimorado pela perspectiva científica, técnica e profissional, e não para agir no mundo do trabalho, existirão profissionais que pensem e agem em benefício dessa tendência – individualismo e isolamento. Agora, se for privilegiado uma formação mais abrangente, que integre aspectos científicos, técnicos e profissionais à dimensão humana, ética e política, terá profissionais que se comprometam em participar, no sentido de agirem e pensarem em intervenção consciente e criativa enquanto seres humanos pertencentes da realidade com a qual entram em contato, realizando um trabalho coletivo (BORSSOI, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil na metade da década de 1990, em um contexto político e econômico bastante conflituoso, marcado pela contradição entre a consolidação da saúde, com o advento da Constituição Federal de 1988 (a concretização de um sistema de Seguridade Social) e o desenvolvimento do neoliberalismo, através de uma série de medidas de reformas do estado na lógica do capital, denominadas ajuste estrutural (DALPIAZ; STEDILE, 2012).

A partir de 1988, com a Constituição Federal e posteriormente com a Lei 8080/90 a saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, adquirindo caráter universal, que deve ser ofertada através de um Sistema Único, descentralizado e hierarquizado. No entanto, neste mesmo momento há, no Brasil, o avanço e o desenvolvimento do neoliberalismo, via ajuste estrutural, que entre outras medidas propõe: a redução do Estado no que concerne às políticas públicas; a focalização dos serviços sociais nos cidadãos mais pobres ao invés da universalização, como direito de todos; a ampliação da

esfera do mercado na regulação da economia, inclusive na “comercialização” da saúde que podem ser visualizados através do significativo crescimento dos planos de saúde privados a partir da década de 1990 (DALPIAZ; STEDILE, 2012).

Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2012).

O Programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde/SUS (DATASUS, [2016?]).

Os estágios estão sendo realizados em horários pré-determinados: 15/02 a 17/06/16 (das 7h as 13:00), respeitando-se a carga horária. A avaliação da aprendizagem é um processo contínuo e acumulativo do desempenho do aluno, variando de 0 (zero) a 10 (dez). Cada grupo e/ou aluno, será supervisionado por um Enfermeiro, o qual é orientado pelo Coordenador de Estágio e os acadêmicos foram divididos em grupos ou individualmente, para realizar o Estágio em Unidade Básica de Saúde e/ou Estratégia Saúde da Família entre os municípios de Mossoró/RN, Upanema/RN ou Areia Branca/RN. Para cumprimento do VIII ECS sob a supervisão de preceptores, no qual os grupos estão aptos a desenvolver durante este período as atividades de enfermagem e um projeto de intervenção com a população na abrangência destas UBS.

A escolha do tema se deu a partir da informação repassada pela enfermeira de que os pacientes que estão incluídos no programa Hiperdia, não comparecem para pegar suas respectivas medicações e que pelo fato de ter essa resistência, não teve a oportunidade de mudar esse quadro. Estas medicações, por sua vez, são entregues casa a casa pelos Agentes Comunitários de Saúde, dificultando o trabalho para troca de informações e a não realização dos procedimentos, como aferir TA e teste de glicemia, bem como as informações necessárias sobre alimentação saudável.

OBJETIVOS

GERAL

- ✓ Promover práticas educativas, possibilitando a interação entre o conhecimento técnico e o popular através do diálogo, respeitando a realidade;

ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar acompanhamento por meio de visitas domiciliares;
- ✓ Attingir o maior número de pacientes possíveis nas educações em saúde.
- ✓ Realizar ações educativas voltadas para alimentação saudável;

REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde/SUS (DATASUS, [2016?]).

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, ante a sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao diabetes mellitus (DM) e a dislipidemia constitui decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM encontra-se na Estratégia Saúde da Família (ESF), definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. A partir de 1994, quando foi instituída sob a denominação de Programa Saúde da Família visou a reorganização dos serviços, favorecendo a construção da saúde através de uma troca solidária e capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a criação de ambientes saudáveis (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

O Hiperdia consiste de uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos ou diabéticos, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças. Na ESF a

abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Consolidado por intermédio dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família (SF), que ao implementarem as ações aos usuários e demonstrarem a importância que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) apresentam, instigam modelos de atenção mais responsáveis e estimulam nos usuários o autocuidado, corresponsabilizando-os pela sua própria saúde (SANTANA et al., 2012).

Assim, o atendimento do hipertenso e/ou diabético exige disposição dos profissionais, seriedade na execução das ações e acima de tudo, o planejamento e organização da assistência com base em protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disponibilizado a todos os trabalhadores em saúde inseridos na Saúde da Família (SANTANA et al., 2012).

Ressalta-se que a base para o bom atendimento a pessoas portadoras de doenças crônicas reside no fato de os trabalhadores manterem uma relação de respeito para com os doentes, oportunizado a troca de experiências, empoderando os pacientes e proporcionando a tomada de decisão acerca da terapêutica mais adequada e da maneira mais correta de efetivar o tratamento (SANTANA et al., 2012).

Neste sentido, os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde, que de fato, mantém uma relação mais próxima com os hipertensos e/ou diabéticos, devem incentivar os usuários a buscarem atendimento o mais precocemente possível, identificando possíveis sequelas e/ou intercorrências e incentivando a adesão ao tratamento (SANTANA et al., 2012).

MÉTODOS

O projeto foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Delson Simão da Silva, localizado no Assentamento Palheiros III, Zona Rural do Município de Upanema/RN, as 08:00, quartas-feiras, no turno da manhã, tendo como público alvo os Hipertensos e Diabéticos da comunidade local, onde montamos toda a estrutura para realizar a ação.

A Unidade Básica de Saúde Delson Simão da Silva funciona de segunda a sexta feira na qual dar-se início ao expediente às sete horas da manhã e finaliza as treze horas da tarde, salientando que na segunda-feira o atendimento acontece na cidade local.

A mesma segue um cronograma feito mensalmente no qual os programas são distribuídos durante a semana para um melhor atendimento e controle. Todo final de mês, mas precisamente, na última segunda feira de cada mês, a enfermeira tem como uma de suas responsabilidades comparecer a Secretária de Saúde do Município de Upanema/RN, para resolver a parte burocrática, como atualização do cartão de vacina; e-SUS; entre outros.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atende a aproximadamente 339 famílias, com 09 gestantes, 03 puérperas, 38 crianças menores de 2 (dois) anos, 116 hipertensos e 18 diabéticos.

Os funcionários que compõem a mesma são: cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico em enfermagem, um enfermeiro, um médico, um dentista, técnico em saúde bucal, um estagiário temporário e uma assistente de serviço gerais, nutricionista, educadora física.

Para favorecer o processo de ensino-aprendizagem foram utilizados recursos didáticos como Glicosímetro e fitas; Tensiômetro; Esfigmomanômetro; 1 caixa de luvas; Mesa; Cadeiras; Notebook; Projetor multimídia em slide; Caixa de som e Prontuários.

Sendo organizado pelos Acadêmicos de Enfermagem do 8º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, bem como a preceptora de estágio, que é Enfermeira. Para finalizar houve um momento de socialização com um lanche saudável com frutas e sucos.

METODOLOGIA

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contaremos com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, profissional esse que tem grande importância na saúde, por ser o elo entre os demais profissionais e a comunidade. A nutricionista ficará responsável por realizar a palestra mensalmente em cada sítio e/ou assentamento, com o intuito de reforçar as informações repassadas e trazer novos conhecimentos, bem como, da à oportunidade a aquelas pessoas que não puderam comparecer no encontro anterior.

As atividades educativas do grupo de HiperDia está sendo realizada no Assentamento Palheiros III, às quartas-feiras, no turno da manhã. Inicialmente, os pacientes são acolhidos pelos A.C.S, em seguida são levados para aferir TA e ser realizado o teste de glicemia, pelos acadêmicos e enfermeiro. Feito isso, são encaminhados para outra sala onde é realizado a palestra, utilizando uma linguagem acessível e clara, permitindo que eles se apropriem do conhecimento técnico sem descaracterizar o conhecimento popular.

Data	Horário	Atividade	Local
06.04.16	08:00	Educação em saúde; consultas de enfermagem e cadastro	Assentamento Palheiros III
13.04.16	08:00	Educação em saúde e consultas de enfermagem	Assentamento Palheiros III
20.04.16	08:00	Educação em saúde e consultas de enfermagem	Assentamento Palheiros III
27.04.16	08:00	Educação em saúde e consultas de enfermagem	Assentamento Palheiros III
04.05.16	08:00	Educação em saúde e consultas de enfermagem	Assentamento Palheiros III

Com início no mês de abril e que após a saída dos estagiários, os profissionais possam dar continuidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, verificaram-se muitos obstáculos ao cuidado ético e moralmente aceito, quer seja pela não realização de algumas ações fundamentais ou pela implementação incompleta ou inadequada. Foi possível elucidar a importância da atividade, descrevendo a prática, associado ao desenvolvimento educacional teórico/prático e à evolução profissional e humana.

Sendo possível solucionar problemas mediante a tomada de decisões para encará-las de forma globalizada e favorecer-nos o olhar crítico, questionador e pesquisador, que são limitados aos aspectos técnicos. Para o aprimoramento da formação, de modo que a

participação neste tipo de atividade deva ser cada vez mais incentivada, visando desenvolver suas habilidades.

Além da aproximação do profissional e os pacientes, garante conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus da seguinte população, bem como o rastreamento dos usuários que possam estar acometidos pela hipertensão arterial. Contribuindo para a elucidação da importância da assistência de enfermagem no processo de educação em saúde que se torna um mecanismo ainda mais importante para o alcance da qualidade de vida, pois funciona como uma cadeia de transmissão, onde cada cidadão consciente transmite a outros o seu conhecimento construtivo e favorável para o alcance de uma vida com qualidade.

Ao final do estágio, espera-se que a Enfermeira local possa dar continuidade ao projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORSSOI, Berenice Lurdes. O estágio curricular supervisionado como potencializador da formação do sujeito político. **Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**, 2012, p. 01/14.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas. **V Jornada de Políticas Públicas**, 2012.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 18 abr 2016.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO. Disponível em: <<http://www.eafcol.gov.br/Documentos/20102/LICA/Est%C3%A1gio%20Supervisionado.pdf>>. Acesso em: 30 abr 2016.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; VIANA, Lívia Maria Mello. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011.

FILHO, A. P. O Estágio Supervisionado e sua importância na formação docente. *Revista P@rtes*. 2010. Disponível em: <<http://www.partes.com.br/educacao/estagiosupervisionado.asp>>. Acesso em: 24 abr 2014.

SANTANA, et al. **Programa hiperdia: do preconizado ao realizado – interfaces com a ética na enfermagem**. Caxias/MA, 2012.

BUSCA ATIVA PELOS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DURANTE A FASE REPRODUTIVA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EXPEDITO GENÉSIO DA SILVA NO MUNICÍPIO DE UPANEMA/RN.¹⁷⁶

SILVA, Alexandre Bezerra¹⁷⁷

SILVA, Luanna Kaddigynna Argemiro de Oliveira

FIGUEIREDO, RaquelCosta¹⁷⁸

RESUMO

O estágio curricular supervisionado (ECS) tem o papel de preparar o aluno para a realidade, fazendo com que estes futuros profissionais se tornem aptos a desenvolver suas funções com competência e habilidade, correlacionando sempre a prática e a teoria, isto irá possibilitar tanto para o aluno quanto para a população vários benefícios. Os objetivos desta intervenção é identificar as dificuldades que os enfermeiros encontram para desenvolver as estratégias voltadas para o cuidado da saúde do homem; entender as dificuldades que os homens apresentam com relação atenção primária no município de Upanema-RN e Auxiliar no desenvolvimento da Política Nacional Atenção Integral a Saúde do Homem para que esta tenha um espaço reservado no cronograma da equipe. Existem políticas públicas para cada nível de assistência, com o objetivo de garantir os direitos preconizados pelo SUS para toda a população, existia uma parte da população entre 20-59 anos que era excluída, sendo necessário a implantação de uma política específica para estes. O projeto foi desenvolvido na UBS Expedito Genésio da Silva, no Assentamento Nova Vida, Zona Rural do Município de Upanema/RN, as 09:00 de cada terças-feiras do mês de abril do referente ano, durante o turno da manhã, tendo como público alvo os Homens durante sua fase reprodutiva da comunidade local, durante os eventos foram realizados educação em saúde, orientações e consultas de enfermagem voltados para a população masculina, em quatro micro áreas da UBS. Concluímos que possível cumprir com nossos objetivos como por exemplo entender as dificuldades que os homens apresentam com relação atenção primária no município de Upanema-RN.

DESCRITORES: Homens. Acadêmicos. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

¹⁷⁶ Artigo apresentado no IV Congresso Científico e de Extensão da FACENE/RN.

¹⁷⁷ Enfermeiro licenciado e bacharel pela Universidade Estadual do Rio Grande de Norte (UERN), especialista em Saúde Coletiva, Saúde da pessoa Idosa, Saúde e segurança no trabalho e Gestão de Redes de Atenção a Saúde e mestrando Saúde da Família –UFRN/RENASF (Orientador).

¹⁷⁸ Graduandas do Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN. Endereço de email: kaddigynna@hotmail.com, (84) 99612-7703, Upanema/RN.

INTRODUÇÃO

Em decorrência da globalização várias mudanças têm ocorrido, como o surgimento de novas tecnologias, desta forma observasse a necessidade do aperfeiçoamento dos profissionais, para que estes tenham maior resolutividade e desempenho no desenvolver de sua profissão (SILVA; RAVALIA; SILVA, 2009).

O destaque dos profissionais no mercado de trabalho ocorre devido a existência das atividades complementares, pois estas tornam seu perfil risco e possivelmente aptos, possibilitando a avaliação de suas habilidades, competências por conhecimento, muitas vezes adquiridos fora do ambiente acadêmico (CNE, 2004).

O estágio curricular supervisionado (ECS) de Enfermagem é obrigatório, é de grande importância para que o aluno possa entrar em contato com a realidade da comunidade na qual ele está estagiando, e refletindo sobre a prática/teoria, desta forma identificar e trabalhar os problemas para que o mesmo tenha um melhor resultado. Com o objetivo de formar bons profissionais, desenvolver as habilidades interpessoais, técnicas e formando homens/mulheres pensantes e consciente do seu papel social preparando-o para o exercício de sua profissão (PASSINI, 2008/2009).

O estágio curricular supervisionado (ECS) é um requisito fundamental para a conclusão do curso de bacharelado em enfermagem, no qual se entrelaça teoria e a prática, e os discentes tem a oportunidade de vivenciar e compreender a realidade desenvolvendo a prática, através de vários meios como operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), desenvolvimento dos registros das informações e outras, que englobem a teoria e prática (FERREIRA; FONSECA, 2009).

O estágio, quando visto como uma atividade que pode trazer imensos benefícios para a aprendizagem, para a melhoria do ensino e para o estagiário, no que diz respeito sua formação, certamente trará resultados positivos. Estes se tornam ainda mais importantes quando se tem consciência de que as maiores beneficiadas serão a sociedade e, em especial, a comunidade a que se destinam os profissionais egressos da universidade. (FERREIRA; FONSECA, p 35. 2009).

De acordo com Silva; Ravalia; Silva (2009), o Conselho Nacional de Educação (CNE, 2001) informa que se faz necessário a interação entre a teoria e prática no decorrer de sua formação, a inclusão deste na prática em setores como hospitais gerais, ambulatoriais, redes básicas de serviços de saúde e comunidades ao término do curso é de caráter obrigatório.

Ao concluir o curso de Graduação em enfermagem o discente deverá contar no mínimo com uma carga horária de 20% do somatório total do referido curso conforme determinação do Conselho Nacional de Educação (CNE) (SILVA; RAVALIA; SILVA, 2009).

Para que os discentes possam realizar o ACS determina-se que um profissional enfermeiro o acompanhe para a supervisão este, cabe ao enfermeiro supervisor: a responsabilidade de cuidar da realização das disposições contidas no regulamento do estágio supervisionado; como acompanhar, documentar e avaliar o desenvolvimento do discente durante a realização da prática como também promover meios para o aperfeiçoamento do exercício da prática deste (FERREIRA; FONSECA, 2009).

As instituições de ensino dividem os acadêmicos em pequenos grupos, que vão tendo a possibilidade de estagiar em diversos setores da rede pública e privada de saúde, tanto em atenção primária, como na secundária e terciária. Setores como clínica médica, clínica cirúrgica, pronto atendimento, Centro de Tratamento Intensivo (CTI), maternidade, Estratégia Saúde da Família (ESF), pediatria, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros, são utilizados para o desenvolvimento do estágio supervisionado (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009).

Conhecendo a importância e respeitando a obrigatoriedade do ECS a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró através de convênios estabelecidos com diversas instituições (públicas e privadas) dispõe de campos de estágios no qual atualmente a turma 2016.1 composta por 30 alunos que foram divididos em grupos em Unidades Básicas Saúde (UBS) de Mossoró-RN e o outros na UBS de Upanema- RN no período de 15/02/2016 a 17/06/2016, para cumprimento do VIII ECS sob a supervisão de preceptoras, no qual estes grupos deverão desenvolver durante este período atividades de enfermagem e um projeto de intervenção com a população na abrangência destas UBS.

O projeto de intervenção está sendo desenvolvido na área da UBS Expedito Genésio da Silva juntamente com a equipe da ESF que ocorre na forma de busca ativa casa em casa e também montando pontos estratégicos para realizar abordagem as pessoas. O projeto foi sugerido pelo enfermeiro da UBS frente a necessidade da comunidade.

De acordo com ALVARENGA et al (2013), um dos maiores desafios da ESF é fazer com que os homens frequentem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) mudando seu estilo de vida, desenvolvendo o autocuidado de maneira constante e necessária para o melhor desempenho de sua saúde. Identificar os problemas existentes entre o homem e as UBS é fundamental para vincular laços entre os dois.

O trabalho tem como objetivo geral identificar as dificuldades que os enfermeiros encontram para desenvolver as estratégias voltadas para o cuidado da saúde do homem e como específicos entender as dificuldades que os homens apresentam com relação atenção primária no município de Upanema-RN e auxiliar no desenvolvimento da Política Nacional Atenção Integral a Saúde do Homem para que esta tenha um espaço reservado no cronograma da equipe.

MÉTODOS

O projeto foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Expedito Genésio da Silva, localizado no Assentamento Nova Vida, Zona Rural do Município de Upanema/RN, as 09:00, terças-feiras, no turno da manhã, tendo como público alvo os Homens durante sua fase reprodutiva da comunidade local, onde montamos toda a estrutura para realizar a ação.

Para favorecer o processo de ensino-aprendizagem foram utilizados recursos didáticos como Glicosímetro e fitas; Tensiômetro; Esfigmomanômetro; 1 caixa de luvas; Mesa; Cadeiras; Notebook; Projetor multimídia em slide; Caixa de som e Prontuários.

Sendo organizado pelos Acadêmicos de Enfermagem do 8º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, bem como o preceptor de estágio, que é Enfermeiro.

Para finalizar houve um momento de socialização com um lanche saudável com frutas e sucos.

REFERENCIAL TEÓRICO

A pouca adaptação dos homens ao serviço de atenção primária de saúde, que tem como meta e funções a prevenção e promoção a saúde, reflete diretamente no índice elevado de morbimortalidade deste público de forma a ser quase impossível sua alteração (SILVA et al, 2015).

Foi por meio da realização de estudos, que demonstraram a existência de um índice elevado da mortalidade e patologia que acometia o homem que foi identificada a necessidade de se promover algo que fizesse com que este público melhorasse as condições de saúde, como uma política que pudesse promover a assistência integral a saúde do homem e desenvolvesse uma boa qualificação dos profissionais de saúde orientando-os acerca de suas necessidades e ingressando-os nas UBS (MENDONÇA; ANDRADE, 2010)

O Ministério da Saúde em 2008 com a intensão de acolher os homens em meio a saúde pública lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo aumentar e facilitar nas UBS a vivencia do homem promovendo assim a prevenção e promoção a saúde dos mesmos (ALVARENGA et al, 2012).

O papel do enfermeiro na ESF é o de prevenção das patologias e conseqüentemente e seus agravos como também na promoção da melhoria das condições de vida tanto do indivíduo como da coletividade focando nos grupos consideráveis de risco, como os homens durante sua fase produtiva, vale lembrar ainda que é nesta fase que os homens usufruem de uma série de fatores que irá distancia-los do serviço de saúde (ALVARENGA et al, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cronograma de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Expedito Genésio da Silva é de segunda a sexta feira no qual dar-se início ao expediente as sete horas da manhã e finaliza as treze horas da tarde. Os funcionários que compõem a mesma são: 05 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiros, 01 médicos, 01 dentistas, 01 assistentes de saúde bucal, 01 estagiários temporário e 01 assistentes de serviço gerais (ASG).

A mesma abrange 14 comunidades rurais formando desta forma cinco micro áreas, os atendimentos são realizados nas casas de apoio de cada micro área, sendo uma casa de apoio no Assentamento Esperança, Sítio Retiro, Assentamento Lagoa Vermelha, Assentamento Monte Alegre e uma unidade própria no Assentamento Nova Vida que dispõe em sua estrutura física de uma sala de espera, sala de atividade coletiva/ACS, sala de administração e gerencia, sala para triagem, sala de vacina, consultório médico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de medicação, curativos, expurgo, esterilização, almoxarifado, copa, 06 banheiros para funcionários e para a usuários, arquivo/ prontuários.

. A ESF atende a aproximadamente 420 famílias, com 08 gestantes, 03 puérperas, 17 crianças menores de 1 (um) ano, 154 idosos, 113 hipertensos e 12 diabéticos. Em seu território encontram-se como importantes condicionantes para a saúde/doença dos moradores desta: três igrejas, uma escola, uma sede da associação, um centro de convivência (Padre Pedro), quatro comercio de cereais, duas lojas de variedades, uma oficina a própria UBS, uma quadra de esportes e dois bares.

Cabe ao enfermeiro desenvolver seu trabalho em dois setores fundamentais que é a comunidade assistindo à população conforme sua necessidade e na unidade básica,

coordenando sua equipe para um melhor desenvolvimento do trabalho na área estabelecida, focando sempre a promoção e prevenção a saúde, dando ênfase a educação continuada.

A prática da educação em saúde é algo social, pois a mesma contribui para a construção de pessoas com consciência crítica relacionados a sua saúde, diante da realidade vivenciado, desta forma ocorre o incentivo a solucionar e organizá-los tanto de forma individual quanto coletivamente. O objetivo da educação em saúde é preparar os indivíduos para trabalhar sobre a realidade e transformá-la (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Foi realizada educação em saúde, orientações e consultas de enfermagem voltados para a população masculina, em quatro micro áreas da UBS Expedito Genésio da Silva, antes de iniciarmos será disponibilizado um café da manhã, em seguida abordaremos a Política Nacional Integral a Saúde do Homem, os dados epidemiológicos e a presença de doenças crônicas (hipertensão arterial e Diabetes Mellitus) na vida destes, e por fim será realizado uma dinâmica para avaliar a interação dos homens com a unidade básica.

Para a realização destes, contamos com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, que comunicam a população masculina sobre o evento. Os mesmos estão sendo realizados nas casas de apoio de quatro micro áreas, a cada terça feira durante o mês de abril e maio de 2016.

O presente grupo irá disponibilizar para a Unidade Básica de Saúde Expedito Genésio da Silva um banner educativo com os resultados do trabalho desenvolvido, para que o mesmo possa servir como base para a continuidade deste.

As ações foram realizadas com o auxílio da equipe da Estratégia Saúde da Família em especial dos agentes comunitários de saúde que irá comunicar a população masculina a realização de educação em saúde, consultas de enfermagem e orientações voltadas para estes.

CRONOGRAMA

Data	Horário	Atividade	Local
05	09:00	Dinâmica, Lanche, educação em saúde e Consultas de Enfermagem	Lagoa vermelha
12	09:00	Dinâmica, Lanche, educação em saúde e Consultas de Enfermagem	Monte alegre
19	09:00	Dinâmica, Lanche, educação em saúde e Consultas de	Nova vida

		Enfermagem	
26	09:00	Dinâmica, Lanche, educação em saúde e Consultas de Enfermagem	Retiro

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível elucidar a importância da atividade, descrevendo a prática, associado ao desenvolvimento educacional teórico/prático e à evolução profissional e humana.

Durante o desenvolver dos encontros foi grande a surpresa de todos da equipe como também dos pesquisadores envolvidos, pois dificilmente se ver um homem sem nem uma patologia em uma unidade de saúde, e nos encontros estavam presentes um número considerável de homens e destes cerca de 98% eram com idade entre 20 e 59 anos (fase reprodutiva) como se preconiza a PNAISH.

Foi possível cumprir com nossos objetivos como por exemplo entender as dificuldades que os homens apresentam com relação atenção primária no município de Upanema-RN, diante deste interrogatório muito foram as respostas dadas pelos homens, muitas vezes até um pouco indignados respondiam que não frequentavam devido a não existência de um espaço concedido para eles nos cronogramas da unidade, e mesmo assim quando buscam pela atenção primária não existe vaga no atendimento do dia.

Foi notável a dificuldade que a equipe tem em desenvolver a PNAISH, pois já existe um paradigma de que o homem não busca a promoção e prevenção das patologias, ainda foi possível interpretar que por esta política ser algo novo e não existe uma preparação para a sua execução acaba sendo algo sem importância, pois tanto os homens quanto a coordenação da ESF não questionam nada a respeito. Ao final do estágio, espera-se que a Enfermeiro local possa dar continuidade ao projeto.

Ao fim da pesquisa realizada foi possível observar que as ações que envolvem o diálogo é de extrema importância por que a mesma deixar o homem livre para relatar suas experiências e desta forma identificar os problemas mais frequentes, como também se percebe a melhoria quanto a exposição de seus sentimentos que muitas vezes eram de vergonha.

REFERÊNCIAS

CNE. Resolução CNE/CES 9/2004. Diário Oficial da União, Brasília, 1º de outubro de 2004, Seção 1, p. 17

SILVA, Renata Martins da; SILVA, Ilda Cecília Moreira da; RAVALLIA, Rosana Aparecida. Ensino de Enfermagem: Reflexões Sobre o Estágio Curricular Supervisionado. **Revista Práxis**. Janeiro, 2009.

FERREIRA, Ana Maria Oliveira; FONSECA, Andrea Borges Gonçalves. **Estágio curricular supervisionado em Enfermagem no hospital Getúlio Vargas: um olhar na relação docente/discente**. Revista FSA - Teresina - nº 6 / 2009

PASSINI, Elza Yasuko. ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO. Bol. geogr. Maringá, v. 26/27, n. 1, p. 105-106, 2008/2009

MINISTERIO DA SAUDE, Educação em Saúde Diretrizes Copyright © 2007 2 ed. Brasília-DF

ALVARENGA, W. A. et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.65, n.6, p. 929-935. 2012. Disponível em em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a07v65n6.pdf>> acesso em: 20 set 2015

SILVA, S. K. N. et al. A Saúde do homem na Atenção Primária á saúde. In CARTAXO, K. et al. **Atenção de Enfermagem em Saúde Coletiva**. Joao Pessoa: Ideal, 2015.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PREVENTIVAS DA INFLUENZA A (H1N1)

ADRIANA DE OLIVEIRA ROCHA SOUZA¹⁷⁹

RAQUEL FERREIRA CAÉ¹⁸⁰

SANIA LUCIA FEITOSA LOBO¹⁸¹

YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO⁴

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: Influenza A (H1N1) avançou, mundialmente, obrigando a população a adotar planos de prevenção e controle. A manifestação deste subtipo viral ocorreu por uma recombinação genética de vírus humano, suíno e aviário. Atualmente, o Brasil apresenta transmissão sustentada da doença e, por isso, é necessário aprimorar a vigilância da influenza no País. **OBJETIVOS:** Conhecer as características clínicas e preventivas da Influenza A (H1N1). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica como requisito da disciplina de Enfermagem em Clínica II no período entre março e abril de 2016. Foi pesquisado nas principais bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE e do GOOGLE ACADÊMICO. Após leitura dos textos, foram selecionados 7 artigos, baseados nos critérios de inclusão. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** As características clínicas do H1N1 são, em geral, náuseas, vômitos e diarreia. Evoluem como síndrome febril, com temperatura corpórea elevada, de instalação repentina, com fadiga, dores pelo corpo, tosse, cefaléia, hiperemia conjuntival, rinorréia, náuseas, vômitos e diarreia. O controle do vírus H1N1 pela disponibilidade de vacina específica oferece vantagens reduzindo morbimortalidade. A importância do tratamento da infecção por influenza A (H1N1) solicita cuidados gerais, dieta hipercalórica e normoprotéica, hidratação das vias aéreas por intermédio da ingestão freqüente de líquidos pela via oral, nebulização e vaporização. No entanto, medidas adicionais devem ser utilizadas por profissionais de saúde na assistência a esses casos. Isso envolve a inclusão de medidas de precaução de contato de aerossóis. É importante destacar que o uso de EPI's deve estar sempre associado a outras medidas preventivas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A influenza A (H1N1) é considerada uma preocupação a nível mundial, afetando muitas pessoas diretamente e indiretamente, pois causou grande impacto social pela forma

¹⁷⁹Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. radriana092@gmail.com: (84) 9 9911-4510. Rua: Antônio Ivo Marinho nº07 Costa e Silva- Mossoró/RN.

²Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

³Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁴Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN

⁵Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

com que a doença se disseminou. Dessa forma, a divulgação das ações preventivas é considerada a melhor maneira para colaborar com o conhecimento da população.

DESCRITORES: Influenza. Transmissão. Prevenção.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 24 de abril de 2009 informou a todos os países o acontecimento de uma emergência de saúde pública de importância internacional, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, causada pela infecção por um novo vírus influenza A (H1N1) (CARMO, OLIVEIRA, 2009).

Influenza A (H1N1) avançou, mundialmente, obrigando a população a adotar planos de prevenção e controle até então considerados banais. A problemática foi agravada devido à falta de resposta em relação à confirmação dos casos suspeitos, o que gerou inseguranças na classe médica, nos doentes e familiares (CARNEIRO, et al 2010).

O seu início possivelmente está associado a uma epidemia de doença respiratória febril, que acometeu o México a partir do mês de março de 2009. Essa epidemia apresentava um comportamento inusitado em relação à ocorrência de influenza sazonal, considerando a ocorrência fora do inverno, predominância em adultos jovens e uma maior ocorrência de casos graves, fato este que posteriormente não se comprovou associado à epidemia (CARMO, OLIVEIRA 2009).

A manifestação deste subtipo viral ocorreu por uma recombinação genética de vírus humano, suíno e aviário, e devido à falta de imunidade prévia de grande parte da população, sua disseminação foi rápida fazendo com que se alastrasse mais rapidamente (JUNIOR, et al 2010).

O surgimento da pandemia de gripe ocasionada por um novo subtipo de vírus influenza A (H1N1) fez com que as populações e os profissionais de saúde se deparassem com novos desafios, no sentido de conter a rápida disseminação e realizar o tratamento adequado dos doentes. Embora não tenha se mostrado mais letal até o momento, essa é outra doença, com outras características: ataca jovens aparentemente saudáveis, é transmitida muito rapidamente e pode evoluir com gravidade (RIBEIRO, et al 2010).

O controle do vírus H1N1 pela disponibilidade de vacina específica oferece vantagens reduzindo morbimortalidade e favorece a manutenção da infraestrutura, sem superlotações, dos serviços de saúde, para atendimento à população. Outros benefícios associadas são a

redução do risco de transmissibilidade, aptidão dos trabalhadores de saúde, mantendo o pleno funcionamento dos serviços (CARNEIRO, et al 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010 anunciou a fase pós-pandêmica, a partir da qual deveriam ser intensificadas e monitoradas as ações preventivas, especialmente em relação aos grupos mais vulneráveis, como crianças, idosos, pessoas imunodeprimidas, cardiopatas e pneumopatas, uma vez que o vírus A (H1N1) apresenta maior potencial para causar morbidades e mortalidade em tais grupos. A OMS indica a vacinação como estratégia preventiva primordial para redução de infecções, hospitalizações e óbitos (VICTOR, et al 2014).

As medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas, baseadas em intervenções não farmacológicas, para reduzir o risco de adquirir ou transmitir doenças agudas de transmissão respiratória, incluindo o vírus da influenza A (H1N1), são: higienizar as mãos com água e sabonete antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz e após tossir, espirrar ou usar o banheiro; evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies; evitar disseminação de aerossóis; usar máscaras cirúrgicas; indivíduos que sejam casos suspeitos ou confirmados devem ficar em repouso (GRECO, et al 2009).

No Brasil, a Estratégia Nacional de vacinação contra o vírus Influenza Pandêmico A (H1N1) teve início em 2010, alcançando mais de 88% de cobertura. A partir de 2011, a imunização contra Influenza A (H1N1) passou a compor o calendário nacional de vacinação, sob a forma de imunobiológico trivalente (associado a dois outros subtipos virais), e as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos permaneceram como um dos grupos-alvo (CARNEIRO, et al 2010).

A importância do tratamento da infecção por influenza A (H1N1) solicita cuidados gerais, dieta hipercalórica e normoprotéica, hidratação das vias aéreas por intermédio da ingestão frequente de líquidos pela via oral, nebulização e vaporização. Pode ser indispensável o uso de antitérmicos e analgésicos para o tratamento da sua sintomatologia. Os antivirais Oseltamivir e Zanamivir podem impedir a sua manifestação clínica se tomados até 48 horas depois de instalada a infecção, devendo ser mantidos por mais 10 dias. As complicações clínicas decorrem de insuficiência respiratória, metabólica e hemodinâmica, sendo necessário o suporte ventilatório, básico e avançado de vida (SENNA, et al 2009).

Portanto, o objetivo deste trabalho é conhecer as características clínicas e preventivas da Influenza A (H1N1).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica como requisito da disciplina de Enfermagem em Clínica II. Foi pesquisado nas principais bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO.

Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado no período de 2009 a 2014, estar escrito na língua portuguesa e abordar temas relacionados a vírus influenza A (H1N1). Após leitura dos textos, foram selecionados 8 artigos que serão discutidos no presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Influenza A (H1N1) /2009 foi à primeira pandemia do século XXI. Houve um grande número de casos, que se disseminaram rapidamente e acometeram principalmente indivíduos jovens, como sugeriram diversas coortes publicadas. Devido ao grande número de casos, embora a letalidade da doença pareça ter sido baixa, houve uma grande quantidade de pacientes admitidos na UTI, o que gerou uma série de estudos relatando a apresentação clínica e a evolução destes pacientes (JUNIOR MOCELIN, et al 2010).

A detecção do vírus se deu baseando-se em exames realizados em duas crianças na Califórnia, Estados Unidos, a partir de então, começou a ser detectada a disseminação para os demais estados desse país, com registro de transmissão comunitária. Em seguida à disseminação nesses países, foram detectados casos no Canadá, onde também foi registrada transmissão comunitária. Em meados de maio, mais de 40 países, incluindo o Brasil, apresentavam casos confirmados, havendo também registro de transmissão autóctone fora da América do Norte (JUNIOR MOCELIN, et al 2010).

A pandemia viral que acometeu diversos países e acarretou uma histeria generalizada, especialmente pela falta de informações concretas sobre uma nova doença. Um sintoma comum e até menosprezado como a tosse tornou-se um problema de relacionamento humano. Esta revisão tem o objetivo de fornecer um histórico e argumentos para que o clínico possa atuar precocemente frente à gripe A (H1N1) pandêmica (CARNEIRO, TRENCH et al 2010).

A pandemia de Influenza A (H1N1) avançou, mundialmente, obrigando a população a adotar planos de prevenção e controle até então considerados banais. A problemática foi agravada devido à falta de resposta em relação à confirmação dos casos suspeitos, o que gerou inseguranças na classe médica, nos doentes e familiares. A alta capacidade de resposta no atendimento e tratamento dos casos pode reduzir a mortalidade, pois o vírus H1N1 pandêmico possivelmente continuará disseminado no ambiente por anos (CARNEIRO, et al 2010).

Atualmente, o Brasil apresenta transmissão sustentada da doença e, por isso, é necessário aprimorar a vigilância da influenza no País (VRANJAC 2009).

Os vírus Influenza do tipo A causam doenças respiratórias agudas de alta transmissibilidade. Foram responsáveis por importantes pandemias, como as gripes Espanhola, Asiática, de Hong Kong e, mais recentemente, a gripe Suína, como ficou popularmente conhecida a infecção ocasionada por um novo subtipo de vírus. É impossível prever exatamente quando uma nova pandemia ocorrerá e o monitoramento dos vírus e da situação epidemiológica é tarefa constante das organizações de saúde nacionais e internacionais (VICTOR, et al 2014).

Os aparecimentos clínicos da infecção influenza A (H1N1) são, em geral, idênticas às verificadas na influenza sazonal humana, destacando-se a possibilidade de náuseas, vômitos e diarreia. Seu período de incubação situa-se entre um e três dias, com a infectividade instalando-se desde 24 horas antes até 10 dias após o início de sua sintomatologia. Evolui como síndrome febril, com temperatura corpórea elevada, de instalação repentina, com fadiga, dores pelo corpo, tosse, cefaléia, hiperemia conjuntival, rinorréia, náuseas, vômitos e diarreia. Sua gravidade e a letalidade estão por ser estabelecidas (SENN, et al 2009).

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 morbidades. 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 auto-imunes (GRECO, et al 2009).

O contágio pela influenza A (H1N1) determina, principalmente, doença das vias aéreas, sendo considerada desde a sua emergência, em abril de 2009, a partir de dados preliminares relatados no México, capaz de determinar letalidade em torno de 6 a 10%, o que provocou comoção mundial, pelos riscos de pandemia. Em suínos provoca doença respiratória, altamente contagiosa, sem expressiva mortalidade. O vírus A (H1N1) possui transmissão direta e indireta do suíno para o ser humano, respectivamente, ao inalar secreções respiratórias ou pelo contato com mão e objeto contaminados pelo vírus. A contaminação não se faz pelo consumo de carne ou produtos suínos cozidos a 70°C (SENN, et al 2009).

As amostras clínicas e radiológicas causadas pelo vírus influenza não são específicas. A análise diferencial inclui outros vírus e bactérias, incluindo vírus sincicial respiratório,

coronavírus, parainfluenza, rinovírus, adenovírus e Mycoplasmasp. No período de pandemia por influenza A, um alto nível de suspeição deve ser mantido, e o diagnóstico deve ser confirmado em todos os casos graves pela pesquisa por PCR em tempo real para a influenza A, do material aspirado de nasofaringe ou orofaringe, bem como deve ser preconizado o início de agentes antivirais, se possível nas primeiras 48 h dos sintomas. O uso precoce de antivirais diminui a severidade da doença e dos sintomas (RIBEIRO, et al 2010).

As medidas de precaução padrão e precauções para gotícula (partículas de secreção respiratória) são recomendadas na assistência aos casos suspeitos ou confirmadas. No entanto, medidas adicionais devem ser utilizadas por profissionais de saúde na assistência a esses casos. Isso envolve a inclusão de medidas de precaução de contato de aerossóis. É importante destacar que o uso de EPI's deve estar sempre associado a outras medidas preventivas (GRECO, et al 2009).

As medidas de saúde pública desenvolvidas pelo Ministério da Saúde brasileiro, com a participação de todas as unidades da federação, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram-se de extrema eficácia, revelando capacidade de mobilização da atenção à saúde com juízo e adequação de atitudes capazes de identificar precocemente os riscos e sua prevenção (SENNÁ et al 2009).

O Brasil, desde março de 2010, através do Programa Nacional de Imunizações, oferece a vacina contra a gripe (cepa pandêmica) de forma gratuita na rede pública. O público prioritário da vacinação será formado pelos: trabalhadores de saúde, população indígena aldeada, gestantes em qualquer idade gestacional, crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias), portadoras de doenças crônicas (obesidade Grau III, formas graves de asma, doença neuromuscular com comprometimento da função respiratória, imunodepressão por uso de medicação ou relacionada às doenças crônicas, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças respiratórias crônicas com insuficiência respiratória crônica, doença hepática, doença renal, doença hematológica, e entre outras doenças (CARNEIRO, et al 2010).

Os sinais clínicos da gripe H1N1 são muito parecidos com os da gripe comum, mas podem ser um pouco mais graves e costumam incluir algumas complicações também. Veja: febre alta, tosse, dor de cabeça, dores musculares, falta de ar, espirros, dor na garganta, fraqueza, coriza, congestão nasal, diarreia, náuseas e vômitos. As complicações decorrentes da gripe H1N1 são comuns em pessoas jovens, o que é bastante difícil de acontecer em casos de gripe comum. A insuficiência respiratória é um sintoma freqüente da gripe H1N1 que não

é devidamente tratada. Em casos graves, ela pode levar o paciente à morte (CARNEIRO, et al 2010).

A transmissão ocorre da mesma forma que a gripe comum, ou seja, por meio de secreções respiratórias, como gotículas de saliva, tosse ou espirro, principalmente. Após ser infectada pelo vírus, uma pessoa pode demorar de um a quatro dias para começar a apresentar os sintomas da doença. Da mesma forma, pode demorar de um a sete dias para ser capaz de transmiti-lo a outras pessoas. É importante ressaltar que, assim como a gripe comum e outras formas da doença, a gripe H1N1 também é altamente contagiosa (CARNEIRO, et al 2010).

O diagnóstico da suspeita de gripe H1N1 ocorre em pessoas com quadro de sinais e sintomas compatíveis aos de gripe, mas com as complicações típicas da H1N1. Nestes casos, o médico deverá coletar uma amostra de secreção do paciente e enviá-la para análise (SENNA, et al 2009).

As secreções respiratórias devem ser coletadas preferencialmente utilizando a técnica de aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar um maior número de células. Na impossibilidade de utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe, como alternativa poderá ser utilizada a técnica de swab de nasofaringe e orofaringe, exclusivamente com swab de rayon. As amostras de secreção respiratória coletadas devem ser mantidas entre 4°C e 8°C e encaminhadas aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENs) no mesmo dia da coleta (CARNEIRO, et al 2010).

A prevenção de gripe H1N1 segue as mesmas diretrizes da prevenção de qualquer tipo de gripe, só que o cuidado deve ser redobrado:

- Evite manter contato muito próximo com uma pessoa que esteja infectada;
- Lave sempre as mãos com água e sabão e evite levar as mãos ao rosto e, principalmente, à boca;
- Leve sempre um frasco com álcool-gel para garantir que as mãos sempre estejam esterilizadas;
- Mantenha hábitos saudáveis. Alimente-se bem e coma bastante verduras e frutas. Beba bastante água;
- Não compartilhe utensílios de uso pessoal, como toalhas, copos, talheres e travesseiros;
- Se achar necessário, utilize uma máscara para proteger-se de gotículas infectadas que possam estar no ar;
- Evite frequentar locais fechados ou com muitas pessoas;

- Verifique com um médico se há necessidade de tomar a vacina que já está disponível contra a gripe H1N1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A influenza A (H1N1) foi uma preocupação a nível mundial, afetando muita gente cada pessoa diretamente e indiretamente, pois causou grande impacto nas pessoas pela forma que a doença foi se espalhando rapidamente. Hoje percebemos que não há mais o medo que tomou conta das pessoas nos primeiros dias, até por que o ministério da saúde trabalhou muito em cima das formas de contágio e a prevenção que deveria ser tomada.

Dessa forma, frente os casos de Influenza A (H1N1) no Brasil e no mundo torna-se necessário à divulgação de ações preventivas pela mídia para conhecimento da população. Além disso, ressalta-se a importância da vacinação a determinados grupos com vistas à prevenção de morbimortalidade. Ações de educação em saúde são de extrema relevância a ser desenvolvidas principalmente por profissionais da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

CARMO, Eduardo Hag;. OLIVEIRA, Wanderson Kleber de.**Risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1).**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

CARNEIRO, Marcelo; TRENCH,Flávia Julyana Pina; WAIB, Luis Fernando.**H1N1 2009: Revisão da primeira pandemia do século XXI.**Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2010.

JUNIOR, Antonio Paulo Nassar; MOCELIN, Amílcar Oshiro;NUNES, André Luiz Baptiston. **Apresentação clínica e evolução de pacientes com infecção por Influenza A (H1N1) que necessitaram de terapia intensiva durante a pandemia de 2009.**Rev. Bras Ter Intensiva. 2010.

RIBEIRO, Sandra Aparecida;BRASILEIRO,GrazielaSgreccia; SOLEIMAN Luciana Novaes Campello. **Síndrome respiratória aguda grave causada por influenza A (subtipo H1N1).** J BrasPneumol. 2010.

GRECO, Dirceu B.;TUPINAMBÁS Unaí. FONSECA Marise. **Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas.** Rev. Med Minas Gerais, 2009.

SENNA, Maria Camilo; CRUZ, VivianeDias; PEREIRA, Ana Carolina Gomes.**Emergência do vírus influenza A (H1N1) no Brasil: a propósito do primeiro caso humano em Minas Gerais.**Rev. Med Minas Gerais, 2009.

VICTOR, Janaína Fonseca; GOMES, Gabriele dias; SARMENTO, Luana Rodrigues; SOARES, Arethusa morais de Gouveia. **Fatores associados à vacinação contra Influenza A (H1N1) em idosos.** Rev. EscEnferm USP, 2014.

VRANJAC, Alexandre. **Características dos casos notificados de Influenza A/H1N1.** Rev Saúde Pública, 2009.

INFLUENZA SAZONAL: ASPECTOS CLÍNICOS E DE TRANSMISSIBILIDADE

Vivianny Vanessa Gurgel Vieira¹⁸²

Ana Paula de Gois Barbosa¹⁸³

Eudson Pereira de Souza¹⁸⁴

Francisco Hélio Adriano¹⁸⁵

Jussara Adriana Alves¹⁸⁶

Giselle dos Santos Costa Oliveira¹⁸⁷

RESUMO

INTRODUÇÃO: A influenza sazonal é uma doença altamente contagiosa causada pelo vírus Influenza, o qual ocorre em surtos anuais e sua gravidade varia de acordo com a mutação genética do vírus. A incidência da doença apresenta padrão sazonal em áreas de clima temperado, com picos bem demarcados durante o inverno. **OBJETIVOS:** Conhecer os aspectos clínicos e de transmissibilidade da Influenza Sazonal. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica. Foram pesquisados nas principais bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Scholar por meio dos descritores Influenza, Sazonal, Vírus, Vacina, agrupados ou separados. Os critérios de inclusão definidos para busca dos conteúdos foram: publicações abrangendo o período de 2004 a 2014 e, artigos na Língua Portuguesa. Os critérios de exclusão foram: não contemplar os critérios citados acima. Foram consultados 4 artigos em revistas, 6 sites, 3 livros. Essa pesquisa foi realizada no mês de abril de 2016. **RESULTADOS:** A influenza sazonal ou gripe é uma infecção viral aguda do trato respiratório, com distribuição global e elevada transmissibilidade. Apresenta-se com início abrupto com febre, mialgia e tosse seca. Sua importância deve-se ao caráter epidêmico e alta morbidade, apresentando altas taxas de hospitalização em idosos ou portadores de doenças crônicas. Os primeiros sintomas costumam se manifestar 24 horas após o contato e, a pessoa apresenta febre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dor de cabeça, dor nos músculos, calafrios, prostração, tosse seca, dor de garganta, espirros e coriza. O período de incubação em geral, varia de 1 a 4 dias, onde a transmissibilidade ocorre 2 dias antes do início dos sintomas até 5 dias após os mesmos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, é de fundamental importância que os profissionais de

¹⁸² Discente do 6º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN). Residente na Rua Frederico Trota, 159. Residencial Club Green Garden, apartamento 102 bloco B, Alto de São Manoel, Mossoró/RN. Telefone: (84) 988635291. E-mail: viviannyvanessa@hotmail.com.

¹⁸³ Discente do 6º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN).

¹⁸⁴ Discente do 6º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. (FACENE/RN).

¹⁸⁵ Discente do 6º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. (FACENE/RN).

¹⁸⁶ Discente do 6º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. (FACENE/RN).

¹⁸⁷ Enfermeira e Mestre em Ambiente, Tecnologia e Sociedade – UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

saúde, realizem mais estudos nesta área no sentido de avaliar a cobertura vacinal e identificar os motivos de adesão ou não à vacinação da população favorecendo a prevenção.

Descritores: Influenza; Sazonal; Vírus.

INTRODUÇÃO

A influenza sazonal é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que após contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias pode levar o agente infeccioso direto a boca, olhos e nariz (BRASIL, 2013).

A incidência da doença apresenta padrão sazonal em áreas de clima temperado, com picos bem demarcados durante o inverno. No hemisfério Norte, a gripe ocorre no inverno, nos meses de outubro a abril de cada ano, porém o pico de incidência geralmente acontece entre dezembro e março. No hemisfério Sul, a atividade dos vírus influenza também ocorre no outono-inverno, correspondendo ao período de abril a setembro. Entretanto, a razão para sazonalidade da influenza e de outros vírus respiratórios ainda não é bem compreendida (SBIM, 2016).

Alguns autores sugerem que o clima pode ter uma influência direta na sobrevivência do vírus, na eficiência da transmissão, na suscetibilidade do hospedeiro, além de proporcionar a aglomeração da população. Em contrapartida, nos países de clima tropical, a epidemiologia do vírus influenza é diferente, podendo ocorrer em qualquer época do ano, porém as epidemias têm tendência de acontecer após mudanças nos padrões climáticos, como por exemplo, relacionadas a estação de chuvas (CIVES, 2016).

No Brasil a epidemiologia do vírus influenza é atualmente bem conhecida nas regiões Sul e Sudeste onde a sazonalidade está bem caracterizada ocorrendo nos meses de outono e inverno. A vigilância continuada do vírus influenza é uma necessidade e está implementada no Brasil através do Ministério da Saúde. Como se trata de um país com grande extensão territorial, é possível que mais de um padrão epidemiológico possa ser observado (BRASIL, 2015).

O Brasil conta com centros de referência para o diagnóstico e caracterização do vírus influenza e participa ativamente da rede de vigilância da OMS para este vírus, contribuindo

com seus dados para a decisão da composição anual da vacina contra influenza (BRASIL, 2016).

As internações hospitalares no país devido às complicações da influenza são responsáveis por um número significativo. Em 2009 foram 851.044 internações por influenza e pneumonias foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares, representando 10% a mais da média dos últimos cinco anos. Do total de internações, 24% foram de indivíduos com 60 ou mais anos de idade. Os idosos são o grupo mais vulnerável à gripe, em razão de a idade elevada estar associada à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e ao comprometimento imunológico. A vacinação contra influenza é a principal medida de prevenção, indicada pela Organização Mundial da Saúde desde 1963, e disponibilizada pelo Ministério da Saúde para idosos de todo o território brasileiro desde 1999. (SCORALICK, et al, 2013).

Nesse sentido, o presente artigo se propõe a conhecer as características clínicas e de transmissibilidade da Influenza Sazonal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a Influenza Sazonal. A revisão da literatura, também chamada “revisão bibliográfica”, visa demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto, proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores, comprovando a relevância acadêmica do trabalho realizado por um pesquisador (SANTOS, 2012).

Foram pesquisados nas principais bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar por meio dos descritores: Influenza, Sazonal, Vírus, Vacina, agrupados ou separados.

Os critérios de inclusão definidos para busca dos conteúdos foram: publicações abrangendo o período de 2004 a 2014 e, artigos na Língua Portuguesa. Os critérios de exclusão foram: não contemplar os critérios citados acima.

Dessa forma, foram consultados 4 artigos em revistas, 6 sites, 3 livros e 1 resolução da ANVISA. Essa pesquisa foi realizada no mês de abril de 2016, como requisito da disciplina de Enfermagem em Clínica II.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ASPECTOS CLÍNICOS

Segundo o Ministério da Saúde, a Influenza Sazonal ou gripe é uma infecção viral aguda do trato respiratório, com distribuição global e elevada transmissibilidade. Apresenta-se com início abrupto com febre, mialgia e tosse seca. Em geral, tem evolução autolimitada, de poucos dias. Sua importância deve-se ao caráter epidêmico e alta morbidade, com elevadas taxas de hospitalização em idosos ou pacientes portadores de doenças debilitantes crônicas.

Na Influenza Sazonal, os primeiros sintomas costumam se manifestar 24 horas após o contato e, normalmente, a pessoa apresenta febre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dor de cabeça, dor nos músculos, calafrios, prostração, tosse seca, dor de garganta, espirros e coriza. Pode também apresentar pele quente e úmida, olhos hiperemiados e lacrimejantes. A febre é o sintoma mais importante, com duração em torno de 3 dias (BRASIL,2015).

Os sintomas sistêmicos são muito intensos nos primeiros dias da doença. Com sua progressão, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantem-se, em geral, por 3 a 4 dias após o desaparecimento da febre. É comum a queixa de garganta seca, rouquidão e sensação de queimor retroesternal ao tossir. O quadro clínico em adultos saudáveis pode variar de intensidade. Nas crianças, a temperatura pode atingir níveis mais altos, sendo comum o aumento dos linfonodos cervicais, quadros de bronquite, além de sintomas gastrintestinais. Os idosos quase sempre se apresentam febris, às vezes sem outros sintomas, mas, em geral, a temperatura não atinge níveis tão altos (CIVES, 2016).

AGENTE ETIOLÓGICO E PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O agente etiológico da gripe é o *Myxovirus influenzae*, também denominado vírus influenza, que são vírus RNA de hélice única, da família Orthomyxoviridae, subdivididos em três tipos antigenicamente distintos: A, B e C. Os vírus Influenza A são classificados de acordo com suas proteínas de superfície (hemaglutinina e neuraminidase) e, periodicamente, sofrem alterações em sua estrutura genômica, o que permite o surgimento de novas cepas e a ocorrência de epidemias sazonais ou, em intervalos de tempo imprevisíveis, novas pandemias de gripe (CIVES,2016).

O tipo A é mais suscetível a variações antigênicas, contribuindo para a existência de diversos subtipos e sendo responsável pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe. Os vírus Influenza B sofrem menos variações antigênicas e, por isso, estão associados com

epidemias mais localizadas. Os vírus Influenza C são antigenicamente estáveis, provocam doença subclínica e não ocasionam epidemias, motivo pelo qual merecem menos destaque em saúde pública (SBIM, 2016).

O período de incubação em geral, varia de 1 a 4 dias, onde a transmissibilidade um indivíduo infectado pode transmitir o vírus no período compreendido entre 2 dias antes do início dos sintomas até 5 dias após os mesmos (BRASIL,2015).

As manifestações clínicas da gripe aparecem entre 2 e 5 dias após a infecção (período de incubação médio de 1 a 4 dias). As manifestações da gripe têm início súbito com febre, dor no corpo, dor de cabeça e tosse seca e, evolutivamente, dor ocular e coriza. A doença, em geral, tem duração de 2 a 3 dias. No entanto, em alguns casos, pode ocorrer evolução mais grave e a pessoa apresentarem pneumonia viral (causada pelo próprio vírus influenza) e, eventualmente, insuficiência respiratória (SBIM, 2016).

O resfriado comum, que não deve ser confundido com a gripe, em geral produz coriza intensa e não é acompanhado de febre ou causa febre baixa. A ocorrência de pneumonia bacteriana, uma complicação comum da gripe, é mais frequente em crianças até um ano, idoso e indivíduos com doenças pré-existentes (pulmonares, cardíacas, renais, hematológicas e deficiências imunológicas), pode tornar necessária a internação hospitalar (BRASIL, 2015).

MODO DE TRANSMISSÃO

O modo mais comum é a transmissão direta (pessoa a pessoa), por meio de gotículas expelidas pelo indivíduo infectado ao falar, tossir e espirrar. O modo indireto também ocorre por meio do contato com as secreções do doente. Nesse caso, as mãos são o principal veículo, ao propiciarem a introdução de partículas virais diretamente nas mucosas oral, nasal e ocular (SBIM, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde os procedimentos apropriados de coleta, transporte, processamento e armazenamento de espécimes clínicos são fundamentais para o diagnóstico etiológico. O espécime preferencial para o diagnóstico laboratorial são as secreções da nasofaringe (SNF), obtidas por meio de aspirado de nasofaringe, com auxílio de um coletor descartável ou de swab combinado (oral + nasal).

Essas amostras podem ser coletadas até o 5º dia do início dos sintomas (preferencialmente, até o 3º dia) e transportadas em gelo reciclável até o laboratório para o devido processamento (não podendo ser congeladas) (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde considera fatores de risco para complicação, com indicação de tratamento:

- Grávidas em qualquer idade gestacional;
- Puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Adultos ≥ 60 anos;
- Crianças < 2 anos;
- População indígena;
- Pneumopatias (incluindo asma); Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); Nefropatias; Hepatopatias;
- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus descompensado);
- Transtornos neurológicos que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, atraso de desenvolvimento, AVC ou doenças neuromusculares);
- Imunossupressão (incluindo medicamentosa ou pelo vírus da imunodeficiência humana);
- Obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC ≥ 40 em adultos);
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado com ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye).

Durante os quadros agudos, recomenda-se repouso e hidratação adequada. Além disso, são utilizadas medicações antitérmicas e analgésicos podem ser utilizadas (evitar o uso de Ácido Acetilsalicílico como AAS®, Aspirina®, Doril®, Melhoral® etc. nas crianças). Onde os mesmos podem ser utilizados para controlar as manifestações, principalmente a febre e a dor, porém são destituídos de ação contra o vírus da gripe (BRASIL, 2015).

Dessa forma, o Protocolo de Tratamento para Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) do Ministério da Saúde- MS, atualizado em 2013 junto com as sociedades médicas, indica, além do tratamento sintomático e hidratação, o uso do antiviral a todos os casos de SRAG e SG que tenham fator de risco para complicações, independentemente da situação vacinal (BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Influenza Sazonal evolui continuamente, possibilitando que as pessoas se infectem várias vezes durante a vida. Os ciclos sazonais regem a produção de vacinas e a circulação de novas variantes do vírus, e é um dos principais pontos em aberto sobre a gripe. Apesar de toda

a compreensão que já temos sobre a gripe, um dos principais pontos sobre as epidemias ainda permanece em aberto e mostra o quanto ainda precisamos estudar e entender a Influenza.

Portanto, é de fundamental importância que os profissionais de saúde, em especial os da Enfermagem, realizem mais estudos nesta área no sentido de avaliar a cobertura vacinal e identificar os motivos de adesão ou não à vacinação, visto que, preconceitos, inseguranças, desconhecimento sobre a vacina e, particularmente a não indicação do imunobiológicos pelas equipes de saúde, contribuem para a perda de oportunidade vacinal da população, que poderia se beneficiar com a proteção da vacina.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Influenza, histórico da doença [on line]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21725

Cives. Disponível em: <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/gripe/gripe-iv.html>> Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação: cartilha dos trabalhadores de sala de vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e campanhas. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/programas-e-campanhas/campanhas-de-vacinacao-2>
Acesso em: 25 mar. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Institucional. Disponível em: <<http://www.sbim.org.br/institucional/>> Acesso em: 25 Mar. 2016.

Portal Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/influenza>> Acesso em: 24 mar. 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 46/2013, que trata sobre as determinações que deverão ser adotadas para as vacinas da gripe que serão utilizadas no Brasil em 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de influenza. Brasil, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Informe Técnico. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza, ano 2013, Brasília, abril de 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_campanha_influenza_2013_svs_pni.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.

SANTOS, Valdeci. **O QUE É E COMO FAZER “REVISÃO DA LITERATURA” NA PESQUISA TEOLÓGICA.** 2012. Disponível em:

<http://mackenzie.br/fileadmin/Mantenedora/CPAJ/Fides_Reformata/17/17_1artigo6.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SCORALICK, Francisca Magalhães et al . Mortalidade por doenças respiratórias em idosos após campanhas vacinais contra influenza no Distrito Federal, Brasil, 1996-2009. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 39, n. 2, p. 198-204, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000200011>.

REEMERGÊNCIA DO SARAMPO: CONHECIMENTOS PREVIOS E ADQUIRIDOS APÓS PALESTRA EDUCATIVA

DAIANE COSTA SIQUEIRA ROCHA¹⁸⁸

FÁBIA SONAIRA DANTAS CARLOS¹

GÍVILLA BEZERRA MENDONÇA¹⁸⁹

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA¹⁹⁰

KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA¹⁹¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: As doenças infecciosas emergentes e reemergentes incorporam claramente dois focos principais: o surgimento de novos problemas de saúde relacionados a novos agentes infecciosos; e a mudança de comportamento epidemiológico de velhas doenças infecciosas, incluindo a introdução de agentes conhecidos em novas populações de hospedeiros suscetíveis e outras alterações importantes no seu padrão de ocorrência. O sarampo atingiu 3 milhões de crianças nos anos de 1970, onde teve seu vírus eliminado, ainda que possam ocorrer surtos como o de 1997, revelando o comportamento cíclico da doença. É importante que ocorra a manutenção do sistema de vigilância epidemiológica da doença, com objetivo de detectar todo caso de sarampo, bem como adotar medidas de controle ao caso, realizando busca ativa. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil dos alunos do ensino médio de uma escola pública; promover Educação em Saúde para os alunos sobre sarampo e analisar os conhecimentos prévios e adquiridos após a palestra. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizada na Escola Estadual Aida Ramalho. A amostra foi composta por 33 alunos. Os dados foram coletados no período de abril de 2014, por meio de questionário estruturado, sendo realizado antes e após a palestra. Para análise dos dados foi utilizado porcentagens, o conhecimento foi classificado como excelente, bom, regular, ruim e péssimo. **RESULTADOS:** Nota-se que quanto à aplicação dos questionários, os resultados foram satisfatórios, tendo um aumento considerável dos acertos acerca dos conhecimentos adquiridos dos alunos, mostrando a importância de promover educação em saúde para alunos dessa faixa etária sobre as doenças emergentes e reemergentes. **CONCLUSÃO:** Este estudo revela então a necessidade da melhoria da divulgação para estudantes em relação às características sobre o sarampo e principalmente para jovens que serão agentes multiplicadores de conhecimento levando atitudes que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

¹⁸⁸ Acadêmicas do curso de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

¹⁸⁹ Acadêmica do curso de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. Endereço: Rua Francisco Inácio, nº 17, Upanema/RN. Contato: (84) 99917-8999. E-mail: givillamendonca@outlook.com.

¹⁹⁰ Enfermeira. Mestra em Ambiente, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Semiárido - UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

¹⁹¹ Enfermeira. Mestra em Ambiente, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal do Semiárido - UFERSA. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN.

DESCRITORES: Educação em Saúde, Sarampo, Doenças transmissíveis.

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas ainda são consideradas um problema de saúde pública no Brasil, muito embora a proporção do total de mortes causadas por elas tenha caído de 50% para 5% ao longo dos últimos oitenta anos (BARRETO, 2011).

Desse modo, o conceito das doenças infecciosas emergentes e reemergentes, apesar de pouco preciso, incorporam claramente dois focos principais: o surgimento de novos problemas de saúde relacionados a novos agentes infecciosos; e a mudança de comportamento epidemiológico de velhas doenças infecciosas, incluindo a introdução de agentes já conhecidos em novas populações de hospedeiros suscetíveis e outras alterações importantes no seu padrão de ocorrência. Esses fenômenos da emergência e reemergência de doenças infecciosas estão relacionados a diversos fatores, desde as profundas e rápidas mudanças que têm ocorrido em aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais, além daqueles relacionados ao desempenho do setor saúde, das mudanças e mutações nos microrganismos, até a possibilidade de manipulação de agentes infecciosos com vistas ao desenvolvimento de armas biológicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

Portanto, a doença emergente é o surgimento ou a identificação de um novo problema de saúde ou um novo agente infeccioso como, por exemplo, a febre hemorrágica pelo vírus Ebola, a AIDS, a hepatite C, a encefalite espongiforme (doença da vaca louca) ou microrganismos que só atingiam animais e que agora afetam também seres humanos como o vírus da Febre do Nilo Ocidental, o hantavírus e o vírus da influenza aviária (A/H5N1) (BRASIL, 2006).

Ainda segundo Brasil (2006), as doenças reemergentes indicam mudança no comportamento epidemiológico de doenças já conhecidas, que haviam sido controladas, mas que voltaram a representar ameaça à saúde humana. Inclui-se aí a introdução de agentes já conhecidos em novas populações de hospedeiros suscetíveis.

Especialmente a partir da década de 1970, o Brasil viu declinar doenças como o tétano, a coqueluche ou a paralisia infantil, com alguns registros de decréscimos significativos, e daí por diante, com ações específicas realizadas a partir dos anos de 1990. O sarampo, que atingia até 3 milhões de crianças nos anos de 1970, também teve seu vírus eliminado, ainda que possam ocorrer surtos como o de 1997, revelando o comportamento cíclico da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2005).

Até o final dos anos 70, o sarampo era uma das principais causas de óbito, dentre as doenças infectocontagiosas, sobretudo em menores de cinco anos, em decorrência de complicações, especialmente a pneumonia. Até 1991, o país enfrentou nove epidemias, sendo uma a cada dois anos, em média. O maior número de casos notificados foi registrado em 1986 (129.942), representando uma taxa de incidência de 97,7 por 100 mil habitantes, e a faixa etária mais atingida foi de menores de 15 anos (BRASIL, 2015).

Porém, em 1992, o Brasil adotou a meta de eliminação do sarampo para o ano 2000, com a implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, cujo marco inicial foi à realização da primeira campanha nacional de vacinação contra a doença. No entanto, no período de março de 2013 a março de 2014, foram confirmados 224 casos de sarampo no Estado de Pernambuco, dos quais 44,6% (110/224) são menores de um ano de idade. Ocorreu um óbito de uma criança de sete meses de idade, feminino, portadora de doenças imunossupressoras (HIV e sífilis positivos). O genótipo identificado foi o D8. No estado do Ceará, entre dezembro de 2013 e maio de 2014, foram confirmados 174 casos. Dos 174 casos confirmados 37,7% (65/174) são menores de um ano de idade e não foi identificado vínculo do caso índice com viajante. Foi identificado o genótipo D8. Em 2014 foram confirmados sete casos de sarampo no estado de São Paulo com identificação dos genótipos D8 e B3 (BRASIL, 2015).

Mesmo após a interrupção dessa transmissão, é importante a manutenção do sistema de vigilância epidemiológica da doença, com o objetivo de detectar oportunamente todo caso de sarampo importado, bem como adotar todas as medidas de controle ao caso, realizando a busca ativa de casos, visando à manutenção da sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica.

A partir da contextualização da temática abordada, faz-se o seguinte questionamento: Qual o nível de conhecimento dos alunos do ensino médio de uma escola pública estadual sobre sarampo?

Portanto, os objetivos deste estudo foram: caracterizar o perfil dos alunos do ensino médio de uma escola pública; promover Educação em Saúde para os alunos do ensino médio sobre sarampo e analisar os conhecimentos prévios e adquiridos após a palestra sobre sarampo.

REFERENCIAL TEÓRICO

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa, muito comum na infância. A viremia, causada pela infecção, provoca uma vasculite generalizada (vesículas), responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas, inclusive pelas perdas consideráveis de eletrólitos e proteínas, gerando o quadro espoliante característico da infecção (MELLO et al, 2014).

É uma doença de distribuição universal, que apresenta variação sazonal. Nos climas temperados, observa-se o aumento da incidência no período compreendido entre o final do inverno e o início da primavera. Nos climas tropicais, a transmissão parece aumentar depois da estação chuvosa (BRASIL, 2015).

Segundo Condack (2008) o vírus do sarampo pertence à família *Paramixoviridae* e ao gênero *Morbillivirus*. Sorologicamente, o vírus é monotípico, mas a caracterização genética das linhagens selvagens identificou oito classes, que foram divididas em 24 subclasses, referidas como genótipos de acordo com a unidade taxonômica operacional. A caracterização genética do vírus selvagem circulante é um componente extremamente importante na vigilância laboratorial e nos estudos epidemiológicos moleculares, porque permite descrever os meios de transmissão do vírus e documentar a interrupção de transmissão endêmica.

Portanto, o sarampo afeta ambos os sexos igualmente. A incidência, a evolução clínica e a letalidade são influenciadas pelas condições socioeconômicas, nutricionais, imunitários e aquelas que favorecem a aglomeração em lugares públicos e em pequenas residências. O sarampo é uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade, sobretudo as desnutridas e que vivem nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Segundo Al-tawfiq e Memish (2012) o sarampo é considerado uma das doenças mais contagiosas do mundo, capaz de atingir todos os grupos etários, com risco particular em menores de cinco anos e naqueles entre 15 e 29 anos de idade, sendo uma das principais causas de morte evitáveis por vacina entre crianças.

A vacina contra o sarampo é a única medida preventiva e a mais segura. É importante que o esquema vacinal esteja completo. A primeira dose deve ser aplicada aos doze meses de vida, aos 15 (quinze) meses com a vacina tetra viral corresponde à segunda dose (D2) da vacina tríplice viral e uma dose da vacina (varicela). Todos os homens e mulheres até 49 anos devem tomar a dose da vacina e serem vacinados, independentemente de história pregressa da doença (MELLO et al, 2014).

Os seres humanos são os únicos hospedeiros naturais, e a doença ocorre uma única vez na vida. O vírus do sarampo pode ser transmitido diretamente de pessoa a pessoa através de

secreções nasofaríngeas, de quatro a seis dias antes do aparecimento do exantema e até quatro dias após, ou pela dispersão de gotículas com partículas virais no ar em ambientes fechados. Ele pode permanecer ativo e contagioso por até duas horas no ar ou em superfícies (OLIVEIRA; IN TAVARES, 2012).

O vírus penetra através das vias aéreas superiores, iniciando o período de incubação, que dura de dez a 14 dias, no qual o paciente é normalmente assintomático. Passada esta etapa, inicia-se o período prodrômico que costuma durar de dois a quatro dias. Nessa fase ocorre o auge de transmissão. O período prodrômico caracteriza-se pelo aparecimento de febre de 38°C a 40°C, mal estar, anorexia, conjuntivite, coriza e tosse, podendo surgir manchas na mucosa da boca, normalmente em frente aos molares (manchas de Koplik), que são patognomônicas da doença. Surgem aproximadamente 48 horas antes do início do exantema e podem espalhar-se por toda a mucosa bucal e labial, diminuindo de intensidade conforme o exantema se inicia e desaparecendo um a dois dias depois (EUROPEAN, 2013).

A enfermidade aparece normalmente entre 10 e 12 dias após a exposição ao vírus e dura cerca de sete dias. Os sintomas iniciais incluem febre alta, tosse, coriza, conjuntivite, fotofobia e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos que aparecem na mucosa bucal). Do 2º ao 4º dia, quando se acentuam os sintomas iniciais, aparecem as lesões características do sarampo, como exantema cutâneo máculo-papular de coloração vermelha, que se desenvolve a partir da região retro auricular se espalhando gradualmente pelo corpo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O diagnóstico laboratorial é realizado mediante detecção de anticorpos IgM no sangue na fase aguda da doença, desde os primeiros dias até quatro semanas após o aparecimento do exantema. Os anticorpos específicos da classe IgG podem eventualmente aparecer na fase aguda da doença e, geralmente, são detectados muitos anos após a infecção. **No Brasil, a rede laboratorial de saúde pública de referência para o sarampo utiliza a técnica de ELISA para detecção de IgM e IgG (BRASIL, 2015).**

O diagnóstico diferencial do Sarampo deve ser realizado para as doenças exantemáticas febris agudas. Dentre essas, destacam-se as seguintes: Rubéola, Exantema Súbito (*Roséola Infantum*), Dengue, Enterovirose, Eritema Infeccioso (Parvovírus B19) e Ricketioses (MELLO et al, 2014).

Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo. O tratamento profilático com antibiótico é contra indicado. É recomendável a administração da vitamina A em crianças acometidas pela doença, a fim de reduzir a ocorrência de casos graves e fatais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda administrar a vitamina A, em todas as

crianças, no mesmo dia do diagnóstico do Sarampo. Para os casos sem complicação manter a hidratação, o suporte nutricional e diminuir a hipertermia (BRASIL, 2015).

Segundo World Health Organization (2010) a maioria dos óbitos por sarampo está associada às complicações inerentes à doença. Crianças com menos de cinco anos e adultos com mais de 20 anos são as vítimas mais comuns. As ocorrências mais graves incluem cegueira, encefalite, diarreia grave e desidratação, otites e infecções respiratórias graves, como pneumonia.

Segundo Oliveira, In: Tavares (2012) todo caso suspeito de sarampo deve ser notificado a uma unidade pública de saúde por ocasião do primeiro atendimento, a fim de se obter confirmação laboratorial. No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1986. Essa atividade deve ser registrada em formulário específico, conforme fluxo de envio, após consolidada e revisada pelos técnicos das Secretarias Municipais de Saúde. Todos os casos suspeitos, identificados durante a busca ativa, devem ser avaliados, investigados, realizando as medidas de prevenção e controle, caso ainda não tenha ocorrido (BRASIL, 2015).

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Foi realizada na Escola Estadual Aida Ramalho do Ensino Médio, localizada no bairro Walfredo Gurgel no município de Mossoró, Rio Grande do Norte. Inicialmente, foi estabelecido contato com a diretoria da escola, explicando os motivos da pesquisa e os alunos foram convidados para participar voluntariamente.

A população foi composta pelos alunos do 2º ano (A e B). Sendo a amostra de 33 alunos, que estudavam na referida escola. Foram incluídos os alunos das duas turmas, pois se dispuseram a participar do estudo. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um Questionário Estruturado, com 10 perguntas fechadas contendo os diversos aspectos do sarampo, como sua definição, sinais e sintomas, transmissão, agente etiológico e prevenção, sendo realizado antes e após a palestra.

Os dados foram coletados no período de abril de 2014 no período da tarde, em uma sala de aula, antes e após a palestra. O estudo foi realizado considerando os aspectos éticos da pesquisa e segundo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Para análise dos dados e em função da porcentagem de respostas certas o nível de conhecimento foi classificado conforme Araújo et al. (2010) como: *Excelente*: quando o número de respostas certas variou de 9 a 10 pontos; *Bom*: quando o número de respostas certas variou de 7 a 8 pontos; *Regular*: quando o número de respostas certas variou de 5 a 6 pontos; *Ruim*: quando o número de respostas certas variou de 3 a 4 pontos e *Péssimo*: quando o número de respostas certas foi abaixo de 3 pontos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, 33 alunos participaram da pesquisa respondendo ao questionário. A Tabela 1 descreve o perfil dos alunos participantes da pesquisa e nela é possível perceber que a maioria dos alunos era composta pelo sexo feminino (51%), e para o sexo masculino (49%). A idade variou de 14 a acima de 18 anos, com média de 16 e 17 anos.

Tabela 1: Descrição da amostra de alunos do ensino médio de acordo com as variáveis sócio demográficas. Mossoró, Rio Grande do Norte, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	17	51%
Masculino	16	49%
Faixa etária		
14 -15	3	9%
16 -17	26	79%
Acima de 18	4	12%

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

Após conhecer o perfil, os alunos foram questionados sobre as doenças emergentes e reemergentes visando obter o conhecimento dos mesmos. Com os resultados obtidos, observou-se que para as doenças emergentes 17 (51%) alunos acertaram o questionário antes da palestra, e após a palestra esse número aumentou para 27 (81%) alunos. Em relação às doenças reemergentes, nota-se que antes da palestra 14 (42%) alunos responderam corretamente o questionário, no entanto, após a palestra esse número aumentou para 21 (63%) alunos. Com esses resultados, é notório que os alunos antes da palestra tinham um pouco de

conhecimento sobre ambas doenças, mas que após a palestra esses resultados aumentaram positivamente em relação aos acertos.

Em comparação com os resultados sobre quais são as doenças emergentes e reemergentes, observou-se que 27 (81%), antes da palestra, sabiam quais eram essas doenças. Já após a palestra, houve um aumento significativo de acertos, sendo 32 (97%).

Para Afonso et al (2010) as doenças infecciosas emergentes e reemergentes são aquelas cuja incidência em humanos vem aumentando nas últimas duas décadas ou ameaça aumentar num futuro próximo. Portanto, sem educação, recursos e cuidados de saúde não há perspectiva para o controle das doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas. Além disso, o acesso aos mesmos só ocorrerá após consideráveis modificações na ordem internacional, como o emprego adequado dos recursos públicos, a priorização de aplicação dos mesmos em atividades que beneficiem a maioria da população, como programas de saúde que visem o controle ou erradicação dessas doenças, além do investimento nas áreas da educação, saúde pública e saneamento básico. Desse modo, é importante que os alunos saibam o que são e quais são as doenças emergentes e reemergentes, para favorecer o seu conhecimento acerca delas.

As demais perguntas do questionário estavam relacionadas ao sarampo, sendo a principal doença negligenciada desse estudo. Quanto a questão do que seria o sarampo, 15 (45%) dos alunos acertaram a questão com os seus conhecimentos prévios, no entanto, esse percentual aumentou satisfatoriamente após a ação educativa, sendo que 28 (88%) dos alunos corrigiram sua afirmação.

No que se refere os resultados sobre o conhecimento dos alunos acerca dos sinais e sintomas do sarampo, podemos observar que 21 (63%) dos alunos entrevistados acertaram o questionamento antes da ação, mas que esse resultado aumentou para 28 (85%) após a realização da ação educativa. Mostrando que antes da ação os alunos tinham um bom conhecimento prévio acerca das manifestações clínicas da patologia descrita, mas que após a ação educativa o conhecimento adquirido foi significativo.

No que concerne os resultados acerca do modo de transmissão do sarampo, os entrevistados, 10 (30%), responderam antes da palestra que sabiam como ocorria, porém após a realização da palestra esse resultado aumentou positivamente para 27 (81%), demonstrando que o conhecimento adquirido foi satisfatório.

De acordo com a questão de qual seria o agente etiológico do sarampo, os alunos, com os seus conhecimentos prévios acertaram 18 (54%), já depois da palestra 25 (76%) os resultados adquiridos foi significativo.

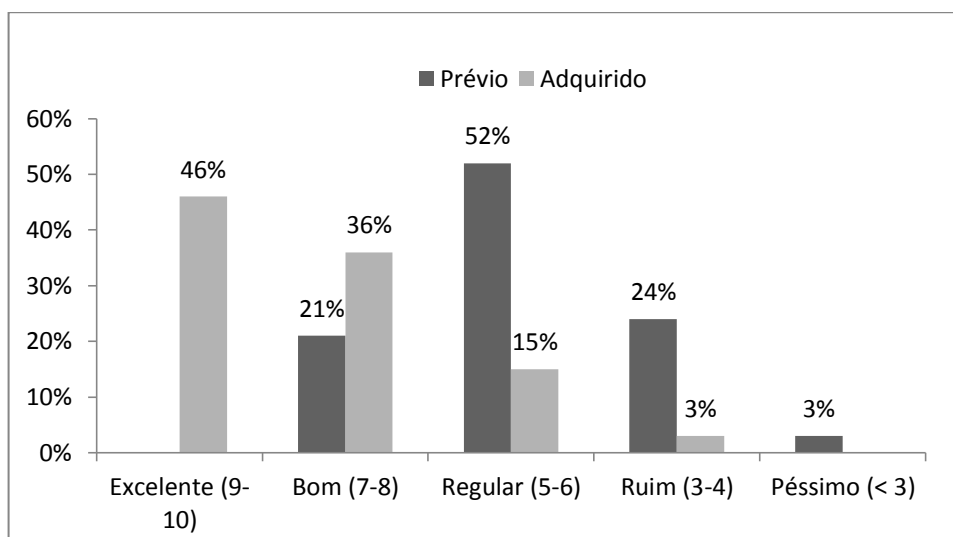
Quando perguntado sobre o tratamento, somente 5 (15%) dos entrevistados acertaram a pergunta antes da palestra, apesar disso, após a realização da mesma esse resultado aumentou para 18 (54%).

Quanto a pergunta se o Sarampo tinha cura, antes da ação educativa 22 (66%) dos alunos acertaram a questão, e depois da ação 23 (70%) corrigiram sua afirmação.

Com relação ao modo de prevenção do Sarampo, 27 (81%) dos alunos antes da palestra acertaram o questionamento, e de acordo com o conhecimento adquirido depois da palestra essa porcentagem aumentou significativamente para 33 (100%).

Dessa forma, de uma maneira global nota-se que quanto a aplicação dos questionários antes e depois da palestra, os resultados foram satisfatórios, no qual houve um aumento considerável dos acertos acerca dos conhecimentos adquiridos dos alunos que participaram da pesquisa. Porém, de acordo com Araújo et al (2010) no quesito excelente (9 a 10 acertos) na sua escala de avaliação, foi observado que 46% dos alunos obtiveram conhecimento através da palestra realizada (Gráfico 1).

Gráfico 1: Diferenças entre os conhecimentos prévios e adquiridos dos alunos, antes e após a palestra educativa. Mossoró/RN, 2014.



Fonte: Pesquisa direta (2014).

Em relação aos resultados desse estudo, percebe-se a importância de promover educação em saúde para alunos dessa faixa etária sobre as doenças emergentes e reemergentes, principalmente acerca do sarampo, sendo este o ponto principal do estudo.

Desse modo, podemos afirmar que a aplicação de diferentes metodologias e técnicas de ensino, contextualizando os conteúdos, constitui-se numa forma eficiente de promover a

aprendizagem aos estudantes. Considerando que a compreensão que o estudante tem sobre a natureza do conhecimento é fundamental para entender os conteúdos e relacioná-los com situações do cotidiano (ROSSASSI; POLINARSKI, 2012).

CONCLUSÃO

Para favorecer o controle das endemias e epidemias, esforços devem ser combinados para prevenir sua disseminação, com a educação continuada de todos em relação aos métodos preventivos, além do incentivo às pesquisas apropriadas para novos medicamentos, testes diagnósticos e vacinas. Assim como, reduzir as falhas nos sistemas de saúde, os quais ou não são capazes de identificar com a agilidade necessária às doenças reemergentes e emergentes, ou não conseguem estabelecer medidas adequadas de controle ou tratamento, acabam por contribuir com a disseminação dos agravos.

Portanto, este estudo revela então a necessidade da melhoria da divulgação para os estudantes em relação às características sobre o sarampo e principalmente para jovens que serão agentes multiplicadores de conhecimento levando a atitudes que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, P. S. et al. Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas: Revisão de literatura. **Rev. Ciênc. Saúde.** v. 12, n. 1, p. 29-38, 2010.

AL – TAWFIQ, J. A; MEMISH, Z. A. Mass galtherings and infections diseases: Preventions, detection, and control. **Infect. Dis. Clin. N. Am.** v. 26, n. 3, p. 725 – 737, 2012.

ALMEIDA, E. S de. **Direitos Sanitários: Concepção e organização.** (Série Saúde e cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. v. 1. 1998.

ARAÚJO, W. D. B. et al. Avaliação do conhecimento de manipuladores de alimentos quanto às boas práticas de fabricação. **Vivências.** v. 6, n. 9, p. 67-73, 2010.

BALESTRIN, M. F; BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá.** v. 1, 2009.

BARRETO, M. L. et al. **Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil:** o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisas. **Saúde no Brasil.** v. 3, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sarampo.** Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em: 07 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza.** 3ª versão. Brasília, 2006.

CONDACK, C. E. — *Atenuação do vírus vacinal do sarampo: infecção subótima do tecido linfático e alteração do tropismo.* 2008. 97 f. Tese (Doutorado em Medicina) — Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 02 out. 2015.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, STOCKHOLM – **Surveillance report: Measles and rubella monitoring.** 2013. Disponível em: <www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/euvac/data/pages/reports.aspx>. Acesso em: 02 out. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Emerging Infections, Microbial Threats to Health: emergence, detection and response.** Washington, National Academy Press. p. 367, 2003.

MELLO, J. N. et al. Panorama atual do sarampo no mundo risco de surtos nos grandes eventos no Brasil. **JBM.** v. 102, n. 1, p. 33-40, 2014.

OLIVEIRA, S. A; SETÚBAL, S.; TAVARES, W. – Sarampo. In: TAVARES, W. **Rotinas de diagnósticos e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias.** Rio de Janeiro, Atheneu. p. 907-913, 2012.

ROCHA, S. S.; BESSA, T. C. B.; ALMEIDA, A. M. P. Biossegurança, Proteção Ambiental e Saúde: compondo o mosaico. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 2, p. 287-292, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n2/a02v17n2.pdf>>

ROSSASI, Lucilei Bodaneze; POLINARSKI, Celso Aparecido. Reflexões sobre metodologias para o ensino de biologia: uma perspectiva a partir da prática docente. **Recuperado em.** v. 25, p. 491-494, 2012. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/491-4.pdf>>

SBI. **Sociedade Brasileira de Infectologia** – 25 anos. Belo Horizonte – MG. 2005.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe em promoção da saúde.** v. 2, n. 1, p. 03-05, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 01 out. 2015.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Imunizaccines and biologicos**. 2010.
Disponível em: <HTTP://www.[who.int/immunization/topics/measles/en/index.html](http://www.who.int/immunization/topics/measles/en/index.html)>. Acesso em: 03 out. 2015.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE PULMONAR EM ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

EUDSON PEREIRA SOUSA¹

RAQUEL FERREIRA CAÉ²

TEREZA DEISY LOPES JACOME³

GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, transmitida pelas vias aéreas, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch e continua sendo um sério problema de saúde pública. O bacilo é eliminado pelas gotículas da tosse, fala ou espirro do doente e penetra no organismo pela via respiratória. O Brasil, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos da doença. **OBJETIVOS:** Relatar uma experiência de estágio sobre os cuidados de enfermagem aos indivíduos com tuberculose pulmonar em isolamento respiratório. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência durante o estágio de Enfermagem em Clínica II no Hospital Rafael Fernandes em Mossoró/RN. Sendo uma pesquisa qualitativa, que apresenta as experiências através do uso de ações descritivas e observacionais. O estágio aconteceu no período de 04 a 08 de abril de 2016, sendo desenvolvidas atividades práticas de enfermagem, como: observação direta, anamnese, exame físico e evoluções de enfermagem. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O hospital era composto por quatro isolamentos respiratórios e no momento do estágio tinham apenas quatro pacientes internados em tratamento de TB, todos eles considerados com quadro clínico estável. Dessa forma, os cuidados de enfermagem se restringiam em: a realizar o transporte do paciente com fluxo previamente planejado, utilizando máscara cirúrgica e encaminhado ao quarto de isolamento que possui um sistema de pressão negativa, a utilização pela equipe de saúde, de máscaras tipo N95, e o registro da precaução respiratória no prontuário, para ciência de toda comunidade prestadora da assistência aos pacientes. Além disso, era realizada a administração de medicamentos, apoio psicológico e cuidados gerais. **CONCLUSÃO:** O papel da equipe de enfermagem é fundamental para a continuidade do tratamento de TB aos indivíduos em isolamento respiratório, pois a enfermagem está em contato diário com o paciente, realizando o cuidado integral e planejado para o controle dessa doença.

PALAVRAS CHAVES: Tuberculose. Isolamento. Assistência de enfermagem.

(1) RELATOR. Acadêmico do 6º período de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró- FACENE e-mail: eudson2301-2014@hotmail.com. Telefone: 8867-5123. Rua Ivone Monte, 35, bairro Santo Antônio.

(2) Acadêmica do 6º período de enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró- FACENE

(3) Enfermeira e Preceptora na Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE

(4) Enfermeira, Mestre e Docente na Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é considerada uma infectocontagiosa muito antiga, existindo descrições médicas na Grécia e Roma. Acredita-se que essa patologia já era conhecida também no antigo Egito, já que pesquisadores encontraram lesões de tuberculose em múmias. Entretanto, somente em 1882 a bactéria responsável pela doença, o *M. tuberculosis*, foi isolada pelo cientista alemão Robert Koch; em sua homenagem, o bacilo da tuberculose ficou conhecido como BK (SOUZA; VASCONCELOS, 2005; VIEIRA; GOMES, 2008).

A doença apresenta algumas características marcantes como um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença; tendo preferência pelos pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo como ossos, rins e meninges; e resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tissular (ISEMAN, 2005).

Existem uma facilidade de transmissão pelos aerossóis infectantes, somada aos fatores socioeconômicos e ambientais, dificultam o seu controle. Estes fatores contribuíram para que a Organização Mundial de Saúde decretasse a tuberculose como uma prioridade mundial (BRASIL, 2010). Dessa forma, outras espécies de micobactérias podem produzir quadro clínico semelhante ao da tuberculose. Para efetuar o diagnóstico diferencial e identificar as micobactérias é preciso realizar a cultura em laboratórios de referência (BRASIL, 2009).

O período de incubação é, em média, de 4 a 12 semanas até a descoberta das primeiras lesões. Grande parte dos novos casos de doença pulmonar ocorre por volta de 12 meses após a infecção inicial. A transmissibilidade é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento. Com o uso do esquema terapêutico recomendado há uma redução na transmissão, gradativamente, a níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas (BRASIL, 2011).

A fonte mais frequente da disseminação da tuberculose é o ser humano, que elimina grande número de bacilos pelas vias respiratórias, por isso, contatos próximos, como família e profissionais da saúde, tornam mais provável a ocorrência da transmissão (MACIEL EL, et al. 2009).

Nesse sentido, os pacientes diagnosticados com TB ou até casos suspeitos deverão receber tratamento hospitalar com seguimento domiciliar. Em ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem mantém uma estreita relação com o paciente internado em isolamento respiratório, para garantir os cuidados necessários, uma atenção integral e humanizada a fim de colaborar com o tratamento correto e evitar o abandono do seguimento domiciliar.

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é relatar uma experiência de estágio sobre os cuidados de enfermagem aos indivíduos com tuberculose pulmonar em isolamento respiratório.

REFERENCIAL TEÓRICO

Uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose é o diagnóstico precoce. Existem relatos que muitos casos de tuberculose não possuam diagnósticos pelo fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos pacientes sintomáticos respiratórios. O aumento do número de casos de tuberculose é multifatorial, no entanto, a falência do sistema de saúde, e a dificuldade de diagnosticar e tratar adequadamente os enfermos leva a uma maior disseminação da doença (FONSECA LS, 2012).

A identificação precoce do sintomático respiratório permite o diagnóstico e o início do tratamento de forma oportuna. Em instituições de saúde, o atendimento a este grupo de pacientes merece atenção diferenciada pelo potencial de disseminação de aerossóis contendo o bacilo, o que determina a necessidade da instituição de medidas oportunas de controle: medidas administrativas, medidas de controle ambiental e medidas de proteção individual (BARREIRA D; GRANGEIRO A, 2007; MUNIZ, 2005).

O diagnóstico clínico é realizado com a presença dos sintomas clássicos como a tosse persistente, produtiva ou não, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, e o diagnóstico complementar, como realização de exames histopatológicos, radiológicos, bacteriológicos, e a prova da tuberculina. Além dos exames complementares recomendados pelo Ministério da Saúde outros testes como de imagem (tomografia computadorizada, ressonância), testes fenotípicos, imunossorológicos e moleculares podem ser utilizados. O aparecimento da tuberculose em conjunto com o aumento de estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* multi-resistentes aumentou a necessidade de métodos rápidos de diagnósticos.

A fonte mais frequente da disseminação da tuberculose é o ser humano, que elimina grande número de bacilos pelas vias respiratórias, por isso, contatos próximos, como família e profissionais da saúde, tornam mais provável a ocorrência da transmissão. No entanto, uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose é o diagnóstico precoce, e há relatos que muitos casos de tuberculose não possuam diagnósticos pelo fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos pacientes sintomáticos respiratórios. (SECRETARIA DA SAÚDE SÃO PAULO, 2010, MUNIZ, 2005)

Para o controle da tuberculose, espera-se basicamente que o profissional seja capaz de identificar os indivíduos sintomáticos respiratórios e encaminha-los aos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2000). Profissionais da saúde possuem um grande risco ocupacional relacionado à probabilidade de ocorrência de um acidente de trabalho e aos procedimentos específicos a profissão desempenhada, principalmente ao considerar-se que hospital e o principal meio ambiente de trabalho dos profissionais que atuam nesta área (SECRETARIA DA SAÚDE SÃO PAULO, 2010). Detectando o seguimento de trabalho na admissão anamnese, exame físico, evolução, do paciente sintomático respiratório no ambiente hospitalar e contribuir com a conscientização dos profissionais quanto a adesão das preconizações dos serviços de saúde.

O tratamento da tuberculose, além de promover a cura do paciente, é medida fundamental no controle da doença, pois possibilita a interrupção da transmissão do bacilo. A aderência a ele e sua realização correta também impedem a emergência e seleção de cepas resistentes às drogas. Com o objetivo de evitar a internação de pacientes e garantir o tratamento correto, estratégias que facilitem sua realização em domicílio e com supervisão têm sido estimuladas e implementadas mundialmente (KENYON TA, 1997).

Dessa forma, o isolamento é uma técnica utilizada para prevenir a transmissão de microorganismos a partir de pacientes infectados ou colonizados para outros pacientes, profissionais de saúde e visitantes. As primeiras recomendações publicadas sobre isolamentos surgiram nos EUA em 1887, quando foi preconizada a internação de pacientes com doenças infecciosas em acomodações separadas, ganhando nesta época o nome de hospitais de doenças infecciosas (SILVA, 2001).

Na virada do século, os hospitais passaram a isolar seus pacientes com doenças contagiosas em quartos individuais separando seus utensílios. Mais adiante foi introduzido o sistema de compartimentos de isolamentos como alternativa para internação destes doentes fora dos hospitais de doenças infecciosas, onde profissionais utilizavam aventais diferentes, lavavam suas mãos com soluções antissépticas depois do contato com pacientes, e desinfetavam os objetos utilizados. Nesta época tais procedimentos ficaram conhecidos como “barreiras de enfermagem” (MARTINS, 1993).

Com o aumento do conhecimento sobre o modo de transmissão das infecções, as práticas de isolamento desenvolveram-se e afastaram-se das aproximações empíricas para serem implementadas com base na evidência científica. A maior parte destas mudanças constituiu um sistema que ficou universalmente conhecido como “barrier nursing”. Utilizava-

se um sistema de barreiras físicas (quarto de isolamento, batas e luvas) que permitiam aos doentes serem cuidados em hospitais gerais (GARNER, 1996).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado durante o estágio em Enfermagem em Clínica II, no Hospital Rafael Fernandes. Sendo uma pesquisa qualitativa, que apresenta as experiências através do uso de ações descritivas e observacionais. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O estágio aconteceu no período de 04 a 08 de abril de 2016, sendo desenvolvidas atividades práticas de enfermagem, como: observação direta, anamnese, exame físico e evolução de enfermagem com condutas específicas para realidade de cada paciente. Foi associado ainda com um estudo bibliográfico realizados do GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO e Ministério da Saúde, para contextualizar a pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O hospital era composto por quatro isolamentos respiratórios e no momento do estágio tinham apenas quatro pacientes internados em tratamento de TB, todos eles considerados com quadro clínico estável. Dessa forma, os cuidados de enfermagem se restringiam em: a realizar o transporte do paciente com fluxo previamente planejado, utilizando máscara cirúrgica e encaminhado ao quarto de isolamento que possui um sistema de pressão negativa, a utilização pela equipe de saúde, de máscaras tipo N95, e o registro da precaução respiratória no prontuário, para ciência de toda comunidade prestadora da assistência aos pacientes. Além disso, era realizada a administração de medicamentos, apoio psicológico e cuidados gerais.

A efetividade das precauções de isolamento num serviço de saúde depende da interação entre um apropriado ambiente físico, políticas de saúde e comportamento dos profissionais de saúde, pelo que, o desenvolvimento de uma política de isolamento é um importante aspecto no controle da infecção (POMBO, 1994)

O risco da infecção e/ou adoecimento pelo *Micobacterium tuberculosis* continua sendo um problema de saúde pública mundial (TUDOR, 2014; BAUSSANO, 2011). Com a emergência de cepas multirresistentes e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

houve modificação do perfil dos pacientes hospitalizados, aumentando o risco de transmissão nosocomial da tuberculose (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Apesar das políticas de biossegurança em tuberculose vigentes, tanto as nacionais como as internacionais, recomendarem a implementação de medidas preventivas administrativas, ambientais e individuais, a transmissão da tuberculose intra-hospitalar ainda continua ocorrendo, inclusive nos países desenvolvidos. A permanência desse risco nas instituições de saúde demonstra não ser suficiente apenas a existência de um programa de prevenção e controle da transmissão intra-hospitalar da tuberculose, mas especialmente a adesão dos profissionais a essas medidas. (GAULDINO JÚNIOR, et al, 2015)

Os profissionais de saúde das instituições devem estar treinados para a imediata suspeição da doença, principalmente em indivíduos que apresentem tosse persistente por período maior que três semanas, sintomas como hemoptise, sudorese noturna, febre e perda de peso naqueles com risco elevado de tuberculose, como comunicantes de indivíduos com diagnóstico da mesma, pessoas infectadas pelo HIV e imunodeprimidos.

A suspeita e o diagnóstico de tuberculose, especialmente quando compromete o sistema respiratório, devem desencadear na instituição atitudes que isolem o indivíduo doente dos demais pacientes e dos profissionais. Estas consistem de estabelecimento de quartos privativos com condições ambientais adequadas, específicas para acomodação dos pacientes, de ações que limitem o trânsito dos mesmos pelas diversas áreas da instituição e de restrição do número de pessoas que entram nos aposentos de isolamento (ALONSO-ECHANOVE, 2001).

Esta prática cria situações específicas de risco de transmissão nosocomial e deve ser tida em consideração em qualquer programa de controle da infecção. É necessário estabelecer as medidas básicas para a prevenção da transmissão da infecção, fundamentadas nas fontes e vias de transmissão de cada tipo de infecção, não esquecendo que a transmissão de algumas infecções pode ocorrer por mais do que uma via.

A transmissão de microrganismos que vai resultar em colonização ou infecção necessita de uma fonte, um hospedeiro susceptível e uma via de transmissão entre os dois. As fontes humanas de microrganismos infectantes nos serviços de saúde podem ser os doentes, profissionais e visitas e podem incluir pessoas com doença aguda, no período de incubação, pessoas colonizadas por um agente infeccioso, mas sem doença aparente, ou portadores crônicos de um agente infeccioso (POMBO, 1997).

Outras fontes de microrganismos patogênicos podem ser a própria flora endógena, que pode ser difícil de controlar e o ambiente inanimado que foi contaminado, incluindo

equipamento e medicamentos. Os microrganismos, nas instituições de saúde são transmitidos por diversas vias e o mesmo microrganismo pode ser transmitido por mais do que uma via. São cinco as principais vias: contacto, gotículas, via aérea, veículo comum (via hídrica ou entérica), e por vectores. Estas duas últimas representam um papel muito pouco significativo no que concerne às infecções relacionadas com os cuidados de saúde mais frequentes. A transmissão por contato tanto indiretamente (via equipamento ou mobiliário), ou diretamente (via mãos dos cuidadores) é a via mais frequente e importante de disseminação da infecção associada aos cuidados de saúde (Programa Nacional de Controlo da Infecção, 2006).

As medidas preventivas sugeridas a partir do diagnóstico na unidade de urgência e emergência incluem: o transporte do paciente com fluxo previamente planejado, utilizando máscara cirúrgica e encaminhado ao quarto de isolamento que possui um sistema de pressão negativa, filtro High Efficiency Particulate Air Filter (HEPA), a utilização pela equipe de saúde, de máscaras tipo N95, e o registro da precaução respiratória no prontuário, para ciência de toda comunidade prestadora da assistência aos pacientes (BRASIL, 2010). A adoção de normas de biossegurança em serviços de saúde é condição fundamental para a segurança dos trabalhadores, pois os riscos estão sempre presentes (GRYSCHEK AL et al, 2007).

Quanto à importância das medidas de biossegurança frente ao paciente sintomáticos respiratórios e do trabalho ativo da equipe de controle de infecção em instituir rotinas de precaução e isolamento. A adoção dessas medidas em unidades de saúde é fundamental para garantir a proteção dos profissionais e pacientes. A primeira concepção formada sobre a tuberculose é que contagiosa e o espaço de interação física torna-se um ambiente de risco (SOUSA SS, 2010). As medidas de biossegurança devem ser adotadas a todos os sintomáticos respiratórios no ambiente hospitalar para a segurança e o controle da doença entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Medidas simples e eficazes devem ser estimuladas para contribuir com o aumento da adesão as medidas de biossegurança com iniciativas administrativas, de controle ambiental e proteção individual.

A instalação de isolamento fica sob a responsabilidade da equipe médica e de enfermagem da unidade de internamento, que deverão analisar a natureza da infecção/colonização e as condições do paciente. É de fundamental importância que as medidas indicadas sejam observadas precocemente e na suspeita de doença infecciosa, a equipe deve avaliar se a doença é passível de isolamento e tomar as medidas necessárias para prevenir sua transmissão o mais breve possível. Além disso, os cuidados com o aspecto psicológico do paciente em isolamento.

Devem-se observar os seguintes aspectos no sentido de garantir a segurança para os demais e a equipe de enfermagem: permitir visitas e acompanhamento após orientação (mesmo de forma limitada), conversar com o paciente, explicando o porquê das medidas de isolamento e buscar esclarecer suas dúvidas, visando diminuir sua ansiedade e temores sem fundamento; incentivar uma boa interação entre o paciente e a equipe multiprofissional; verificar se o alarme ou campainha do quarto está funcionando, para garantir a rápida comunicação do paciente com a equipe de enfermagem; solicitar assistência social e psicológica.

Estudos relataram bons resultados na adoção das diversas medidas para controle da transmissão de tuberculose no ambiente hospitalar e para profissionais de saúde descrevem a realização de intervenções educacionais dentre as outras ações. São aspectos a serem abordados nos treinamentos: conceitos básicos de transmissão do *M. tuberculosis*, risco de adoecimento após a infecção, formas clínicas da infecção e doença, e sinais e sintomas da mesma, incluindo em situações de co-infecção com o HIV; informação sobre a doença na comunidade e seu risco ocupacional; princípios e práticas de controle para reduzir o risco de transmissão; o programa previsto para acompanhamento de profissionais; princípios da quimioterapia antituberculosa; importância de notificação e comunicação de casos aos órgãos governamentais; aspectos éticos envolvidos nos itens anteriormente citados (BRASIL, 2010).

É sugerido que se avalie anualmente a necessidade de ampliação de programas de educação continuada dos profissionais, levando-se em consideração o número de indivíduos admitidos, de profissionais não treinados, as mudanças ocorridas na organização dos diversos serviços e os dados sobre atendimento de tuberculose no hospital e evidências de transmissão nosocomial ou ocupacional da doença. A avaliação da infecção tuberculosa nos profissionais é geralmente feita por meio do teste tuberculínico. É preconizada sua realização na admissão do profissional; caso resulte não reator ele pode ser repetido periodicamente (Programa Nacional de Controle da Infecção, 2006).

De acordo com o risco que a instituição apresenta, e após exposições ocupacionais, ou indica-se a administração da vacina BCG ao profissional. Recentemente um teste para avaliação da resposta imune celular ao *M. tuberculosis*, com medida de concentração de interferongama, em amostras de sangue (QuantiFERON/QFT) foi apresentado como opção para a determinação de infecção em profissionais de saúde.

Assim como o teste tuberculínico, ele deve ser repetido periodicamente para detecção de infecção recente. A vacinação ou revacinação de profissionais que tenham apresentado resultado não reator ao teste tuberculínico é escolha mencionada como medida de prevenção

em situações envolvendo cepas resistentes a isoniazida ou mais drogas ou de forma geral para todos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento respiratório é o local indicado para o tratamento de pacientes com tuberculose pulmonar, onde requer cuidados específicos, para que possa evitar a transmissão da patologia aos pacientes imunodepressores, por existir outros pacientes que se tratam de outras patologias na mesma instituição como por exemplo HIV, familiares e profissionais da saúde. Podemos ver a importância do papel exercido da equipe de enfermagem quanto aos procedimentos realizados, tanto com o paciente quanto ao seu familiar e de como deve ser mantido a continuidade do tratamento.

O papel da equipe de enfermagem é fundamental para a continuidade do tratamento de TB aos indivíduos em isolamento respiratório, pois a enfermagem está em contato diário com o paciente, realizando o cuidado integral e planejado para o controle dessa doença.

REFERÊNCIAS

FERRI, Anise Osório et al. Diagnóstico da Tuberculose. **Revista Liberato**, Novo Hamburgo, v. 15, n. 24, p. 105-212, jul./dez. 2014.

NISHIDE, Vera Médice, BENATTI, Maria Cecília Cardoso. Risco ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm, USP**. 2004;38(4): 406-14.

CASSETTARI, Valéria Chiaratto; BALSAMO, Ana Cristina; SILVEIRA, Isa Rodrigues. Manual para prevenção das infecções hospitalares. 2009. **Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2009.

Guia Básico de Precauções, Isolamento e Medidas de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012/13.

OBLITAS, Flor Yesenia Musayón et al. O Papel da enfermagem no controle da tuberculose: Uma discussão sobre a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Jan- fev 2010.

NOGUEIRA, Antônio Francisco et al. Tuberculose: Uma abordagem geral dos principais aspectos, **Rev. Bras. Farm.** 93(1): 3-9, 2012.

COSTA, Magnania Cristiane Pereira da et al. A biossegurança durante os cuidados

de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(4):307-12.

GARNER, J. - Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 1996; 17:53-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica.** 7. ed. Brasília, DF, 2009. 816 p.

VIEIRA DEO & Gomes M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: **Experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo.** J. Bras. Pneumol. 34(12): 1049-1055, 2008.

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Precauções e isolamentos.** São Paulo: APECIH; 1999.

GALDINO JÚNIOR, H.; LOPES, L K O; SOUZA, M L, SANTOS, L V, TIPPLE, A F V. Adesão e conhecimento de profissionais da saúde em relação às precauções para aerossóis. **Rev Rene.** 2015 jul-ago; 16(4):514-21. Disponível:
<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2743/2126> Acesso em: 06.05.16